

VERSIÓN ARGENTINA DEL CUESTIONARIO “*VULVAR PAIN ASSESSMENT QUESTIONNAIRE*”: TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL



Victoria Lucía Bolognessi

Médica de Planta del Servicio de Ginecología del Hospital de Agudos Dr Cosme Argerich, Sección de Patología del Tracto Genital Inferior

Miembro de la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia

Miembro de la Sociedad Argentina para el Estudio del Virus del Papiloma Humano



Paula Candela Soloa

-Medica ginecologa

Sexologa clinica (SASH)

Fellowship Sexologia Hospital de clinicas (Hospital de Clinicas José de San Martín)

Esp. Ginecoendocrinología (SAEGRE)



Analía Blanco

- Medica tocoginecologa del hospital de clinicas “José de san Martín “

- Especialista en patología del tracto genital inferior y colposcopia UBA

- Sexóloga clínica SASH

- Docente adscripta UBA

- Fellow ISSVD



Verónica Andrea Maldonado

Jefa de la Sección Patología Vulvovaginal, División de Ginecología, Hospital de Clínicas “José de San Martín”, Universidad de Buenos Aires

Docente Adscripto a la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

Directora de la Diplomatura en Patología Vulvovaginal, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

Fellow Member de International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD)

Ex-Presidente de la Sociedad Latinoamericana de Patología Vulvar (SoLaPaV)



Juan Facundo Gómez Cherey

Medico de Staff del Programa de Prevención, Diagnóstico, Terapéutica y Vacunación en el Tracto Genital Inferior, División de Ginecología, Hospital de Clínicas “José de San Martín”, Universidad de Buenos Aires

Docente Adscripto a la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

Coordinador de la Diplomatura en Patología Vulvovaginal, Facultad de Medicina, Universidad de Bs.Aires

Fellow Member de International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD)

Miembro de la Sociedad Iberoamericana de Patología Vulvovaginal (SIAPV)



Javier E Ortiz

Doctor en Medicina.UBA.
Profesor Titular de Ginecología UBA
Jefe de Servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas UBA
Director del Consejo Departamental de Tocoginecología UBA
Vicepresidente de Sogiba
Coordinador de la Carrera de especialista en Tocoginecología UBA

Autores

Bolognési Victoria Lucía. (1)
Soloa Paula Candela (2);
Blanco Analía Mariel (1);
Gomez Cherey Juan Facundo (1);
Maldonado Verónica Andrea (1);
Ortiz Javier Enrique (3)

Centro: Hospital de Clínicas José de San Martín

1. Sección Patología Vulvovaginal, Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Universidad de Buenos Aires
2. Sección Sexología Clínica, Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Universidad de Buenos Aires
3. Jefe División Ginecología, Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Universidad de Buenos Aires

RESUMEN:

Objetivo: Realizar adaptación transcultural y validación del “Vulvar Pain Assessment Questionnaire” (VPA-Q).

Materiales y Métodos: Se realizó la traducción y la adaptación transcultural reclutando 65 mujeres. Se calculó consistencia interna con alfa de Cronbach (α) (adecuado $>0,8$) y estadísticamente significativo $p<0,05$.

Resultados: El promedio de edad fue 53,1 ($\pm 11,2$) años. Análisis de fiabilidad: Severidad del dolor (media:2,72; α : 0,94), Respuesta Emocional (media:1,78; α :0,96), Respuesta Cognitiva (media:1,17; α : 0,89), Interferencia en la vida (media:1,04; α :0,95), Interferencia en la vida sexual (media:2,02; α : 0,9), Interferencia en la autoestimulación (media:1,03; α : 0,86).

Conclusiones: El dolor vulvar impacta negativamente en la vida de la mujer. Para comprenderlo es esencial recopilar información sobre sus experiencias. Los análisis demostraron que el VPAQ-full cumple con los requisitos de validación.

Palabras clave: sexualidad, dolor vulvar, cuestionario, calidad de vida, VPAQ

ABSTRACT:

Objective: To perform a cross-cultural adaptation and validation of the Vulvar Pain Assessment Questionnaire (VPA-Q).

Materials and Methods: Translation and cross-cultural adaptation were carried out by recruiting 65 women. Internal consistency was calculated using Cronbach's alpha (α) (adequate >0.8) and statistical significance was set at $p<0.05$.

Results: The mean age was 53.1 (± 11.2) years. Reliability analysis: Pain Severity (mean: 2.72; α : 0.94), Emotional Response (mean: 1.78; α : 0.96), Cognitive Response (mean: 1.17; α : 0.89), Interference in life (mean: 1.04; α : 0.95), Interference in sexual life (mean: 2.02; α : 0.9), Interference in self-stimulation (mean: 1.03; α : 0.86).

Conclusions: Vulvar pain negatively impacts women's lives. To understand it, it is essential to collect information about their experiences. The analyses demonstrated that the VPAQ-full meets validation requirements.

Keywords: sexuality, vulvar pain, questionnaire, quality of life, VPAQ.

INTRODUCCIÓN

El dolor vulvar es un síntoma que puede manifestarse de diversas maneras. Hasta el 16% de las mujeres lo experimentan, siendo un motivo de consulta muy frecuente (Goldstein *et al.*, 2020). Implica cambios en el estilo de vida y en varios aspectos de la vida de la mujer. Las causas subyacentes del dolor vulvar son variadas y pueden incluir factores hormonales, trastornos dermatológicos, alteraciones neurológicas, infecciones, disfunciones musculares y trastornos del sistema inmunológico, entre otros. A su vez, la causa de dolor vulvar puede ser de origen incierto (Vasileva *et al.*, 2020).

La Sociedad Internacional del Estudio de las Enfermedades Vulvovaginales (ISSVD), la Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Mujer (ISSWSH) y la Sociedad Internacional del Dolor Pélvico (IPPS) definen la vulvodinia como **“dolor vulvar de al menos 3 meses de duración, sin una clara causa identificable, que puede tener potenciales factores asociados”**. Esta entidad requiere una evaluación exhaustiva, que incluye una historia médica detallada, un examen físico especializado y pruebas de laboratorio o estudios para descartar posibles causas. Actualmente, se estima una prevalencia de 8 a 12%, aunque se

presume que esta condición está subdiagnosticada (Bornstein *et al.*, 2016).

Para comprender mejor la magnitud del impacto del dolor vulvar en la calidad de vida de las mujeres y para diseñar enfoques de tratamiento más efectivos, es esencial recopilar información detallada sobre sus experiencias y necesidades.

Uno de los cuestionarios que se ha utilizado en los últimos 20 años es el “Female Sexual Function Index” (FSFI), el cual evalúa la función sexual femenina, proporcionando puntuaciones tanto sobre los niveles generales de función sexual como sobre los componentes principales de la función sexual en mujeres, incluyendo el deseo sexual, la excitación, el orgasmo, el dolor y la satisfacción. El mismo cuenta con unas excelentes propiedades psicométricas y tiene al menos 20 traducciones de idiomas diferentes al inglés. Fue respaldado por un consenso de expertos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, como la medida de autoinforme preferida para evaluar la función sexual en mujeres (Meston *et al.*, 2019). Sin embargo, este cuestionario resulta específico de mujeres con alteración únicamente de su función sexual, prescindiendo de otros tipos de dolor vulvar y situaciones que pueden generarlo. Además, se basa en la alteración de la función sexual del último mes, y no de los

últimos tres meses y no cuenta con una puntuación adaptada para las pacientes sexualmente inactivas, así como aquellas con hábitos de masturbación (Reed, 2022).

Dentro de la gama de cuestionarios que se emplean para pacientes con dolor vulvar, se encuentra “The Vulvar Pain Assessment Questionnaire (VPAQ)” desarrollado por el departamento de Psicología de la Universidad de Queens, Kingston, Canadá, que evalúa diferentes áreas: las características del dolor, las reacciones cognitivas y emocionales al dolor, la interferencia en la vida diaria, interferencia en la función sexual y en la autopenetración y cuenta con 63 ítems en total (VPAQ) (Dargie *et al.*, 2016). Esta información intenta obtener una imagen precisa y holística del impacto del dolor vulvar en la vida de una mujer, lo que a su vez facilita una atención médica más personalizada y efectiva, así como la identificación de áreas específicas que requieren intervención y tratamiento.

En nuestro medio, es importante contar con una herramienta que nos permita abarcar la mayor parte de las áreas de la vida del paciente que pueden resultar afectadas para poder brindar tratamientos específicos.

OBJETIVO

Evaluar la aplicación (validez y confiabilidad) del cuestionario VPAQ

traducido y adaptado transculturalmente, en pacientes de habla hispana con dolor vulvar crónico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo. Entre Noviembre 2023 y Abril 2024 en el consultorio de Ginecología General de un Hospital de Referencia se reclutaron 183 mujeres mayores de 18 años de edad. Todas las pacientes dieron su consentimiento escrito para participar de la investigación. Fueron excluidas las pacientes embarazadas y aquellas que no comprendían adecuadamente el idioma español.

Todas las pacientes realizaron el FSFI, mediante el cual se identificaron 65 pacientes con Dolor Vulvar Crónico. Para identificar a las pacientes con Dolor Vulvar Crónico se calculó el puntaje del dominio dolor y se multiplicó por un factor de conversión (Blumel *et al.*; 2004). El valor obtenido se catalogó por edad a rangos específicos. Cuando ese valor era menor de ese rango se consideró alterado y a la paciente se le entregó a realizar el VPAQ, junto con una consulta en la Sección de Sexología Clínica de dicho Hospital (Artiles Pérez *et al.*, 2006).

Las 65 pacientes con dominio de dolor alterado en el FSFI completaron, entonces, una versión traducida y adaptada del

VPAQ. Para obtener esa versión se realizó la traducción y la adaptación transcultural acorde a las guías “Los principios de Buenas Prácticas para el Proceso de Traducción y Adaptación Cultural” realizadas por el Grupo de Trabajo “International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research” (ISPOR), del cuestionario VPAQ. Los mismos cuentan con los siguientes pasos a seguir (**Figura 1**):

1. Preparación inicial: se solicitó permiso al autor para la realización de dicha investigación.
2. Traducción del cuestionario original al idioma español por 3 personas que trabajan en el ámbito de la salud y la investigación.
3. Unificación de las diferentes versiones por el equipo investigador.
4. Traducción de nuevo de esta versión al idioma original por una persona nativo inglés.
5. Comparación y revisión de las diferentes versiones con el cuestionario original por el equipo investigador.
6. Armonización de todas las traducciones para poder garantizar la equivalencia conceptual por el equipo investigador y consultas de dudas con los traductores.
7. Prueba piloto: el cuestionario traducido fue entregado a 6 estudiantes de medicina para su evaluación para recoger las dudas respecto a la comprensión y redacción.
8. Análisis de los resultados de la prueba piloto y finalización de la traducción por el equipo investigador.
9. Edición del cuestionario.
10. Informe final del equipo investigador.

Las pacientes realizaron en su mayoría el cuestionario VPAQ solas, aunque algunas decidieron tener un acompañante. El tiempo que se requirió para completar el cuestionario fue entre 30 y 60 minutos.

Se evaluó el valor de forma independiente en cada subescala. Las preguntas que se responden en escalas de 5 puntos (codificadas del 0 al 4) se utilizan para calcular los puntajes de las subescalas tomando el promedio de los ítems que conforman cada subescala. En el caso de las subescalas de “interferencia” se sugieren dos opciones de respuesta adicionales: “nunca” y “evito debido al dolor”. Cuando se proporciona la opción “nunca”, se recomienda codificar esa respuesta como “0”, y “evito debido al dolor” debe codificarse como “4”.

Luego, los datos fueron almacenados en planillas computarizadas de Excel (Microsoft Windows). Para realizar el análisis estadístico necesario se confeccionó una base de datos con la información obtenida de la recolección de los datos epidemiológicos básicos y de los resultados del cuestionario para cada paciente. La información recolectada se examinó mediante un análisis estadístico utilizando el programa IBM SPSS Statistics (versión 26) para calcular la consistencia interna del VPAQ.

Se describió la muestra con medidas de tendencia central y de dispersión para variables numéricas continuas y porcentaje para las categóricas. Se evaluó la confiabilidad con el Alfa de Cronbach para cada dominio de forma independiente y de forma global para todo el cuestionario. Se consideró un Alfa de Cronbach aceptable a un puntaje mayor a 0,7 y bueno mayor a 0,8. Se utilizó como punto de corte un puntaje mayor o igual a 2 en cualquiera de los dominios para considerar la evaluación de la subescala alterada. Ambos cuestionarios fueron recolectados manualmente por el profesional de salud.

El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la institución (**Protocolo 1225-23**). Todo el personal del estudio cumplió con la Declaración de Helsinki en su última versión (Fortaleza

2013) y la Ley Nacional de Protección de Datos Personales N° 25.326.

RESULTADOS

De las 65 pacientes con Dolor Vulvar Crónico, el promedio de edad fue 53,1 ($\pm$ 11,2) años, de las cuales el 81,5% (53/65) de las pacientes eran postmenopáusicas. La nacionalidad de las pacientes fue: 90,8% (59/65) argentinas, 1,5% (1/65) paraguayas, 1,5% (1/65) peruana, 1,5% (1/65) uruguaya, 1,5% (1/65) venezolana y 3% (2/65) no respondió la pregunta.

El estado civil de las pacientes fue: 66,2% (43/65) casadas, 15,4% (10/65) solteras, 16,9% (11/65) conviven en unión estable, 1,5% (1/65) viuda.

La jornada laboral de las pacientes fue: 43,1% (28/65) jornada parcial, 40% (26/65) tiempo completo, 6,2% (4/65) jubilados, 6,2% (4/65) desempleados, 1,5% (1/65) estudiantes, 3% (2/65) otros tipo de régimen laboral.

El nivel educativo más alto alcanzado por las pacientes fue: 1,5% (1/65) primaria, 15,4% (10/65) secundaria, 30,8% (28/65) terciario, 49,2% (32/65) universitario, 3,1% (2/65) no respondió la pregunta.

Los métodos anticonceptivos utilizados por las pacientes del estudio: 89,2% (58/65) no utilizan método anticonceptivo, 3,1% (2/65) método combinado, 3,1% (2/65)

anticoncepción libre de estrógenos, 4,6% (3/65) preservativo.

De los resultados descriptivos se observó como síntomas más frecuentes asociados al dolor: 83,1% (64/65) sequedad vaginal, 76,9% (50/65) prurito vulvar y 36,9% (24/65) laceraciones o fisuras. Sobre la percepción del aspecto de sus genitales se evidenció que el 33,8% (22/65) nunca se miraron la vulva, 50,8% (33/65) notaron algún cambio en su aspecto y 15,4% (10/65) no notaron cambios en el aspecto de la vulva (**Figura 2**). Sobre la percepción de flujo se evidenció que el 41,5% (27/65) no creían que el flujo contribuyó al dolor, 7,7% (5/65) creía que el flujo contribuyó al dolor, 21,5% (14/65) creía que el flujo podría contribuir al dolor y 29,2% (19/65) no tenían flujo vaginal.

Respecto al tiempo de evolución del dolor vulvar, se evidenció que: 6,2% (4/65) fue menor a 6 meses, 27,7% (18/65) fue entre 6 meses y 2 años atrás, 44,6% (29/65) comenzó con dolor vulvar entre 2 y 5 años atrás, 16,9% (11/65) fue entre 6 y 10 años atrás y 4,6% (3/65) fue hace más de 10 años atrás (**Figura 3**).

Las situaciones que desencadenan el dolor vulvar se enumeran en la **Tabla 1**, siendo la más frecuente la actividad sexual, que incluya contacto vulvar (66,2% - 43/65). Este dolor empeora cuando un objeto, dedo o pene inicia la penetración (40% - 26/65).

Las situaciones que empeoran el dolor vulvar se enumeran en la **Tabla 2**.

La localización de dolor vulvar más frecuente fue el introito vaginal 86,2% (56/65). La descripción de frecuencias de las localizaciones del dolor se presenta en la **Tabla 3**. Cuando se agrupa por zonas afectadas, las pacientes tuvieron 1 zona afectada 69,1% (45/65), 2 zonas afectadas 15,4% (10/65) y ≥ 3 zonas afectadas 15,4% (10/65).

Los análisis de fiabilidad de las subescalas fueron: Severidad del dolor (media= 2,72; $\alpha= 0,94$), Respuesta Emocional (media= 1,78; $\alpha= 0,96$), Respuesta Cognitiva (media= 1,17; $\alpha=0,89$), Interferencia en la vida cotidiana (media= 1,04; $\alpha= 0,95$), Interferencia en la vida sexual (media= 2,02; $\alpha= 0,9$), Interferencia en la autoestimulación (media= 1,03; $\alpha= 0,86$) Estos se encuentran representados en la **Tabla 10**. La descripción de las respuestas del cuestionario; la severidad del dolor, la respuesta emocional, la respuesta cognitiva, la interferencia en la vida diaria, vida sexual, y en la autoestimulación se describen en las **Tablas 4 a 9**. Solo completaron la subescala de interferencia en la autoestimulación las 54 pacientes que referían hábitos masturbatorios.

DISCUSIÓN

La edad promedio de esta muestra fue de 53,1 años, las cuales presentan el dominio de dolor alterado, es decir, tienen síntomas de dolor. Teigen *et al.*, reportan que el promedio de edad de las pacientes que consultan por dolor vulvar en un centro de Noruega fue de 40,3 años (Teigen *et al.*, 2023).

Dargie *et al.* reportó en su cohorte que el 38,2% eran pacientes con estudios universitarios (Dargie *et al.*; 2017), porcentaje similar al de nuestra casuística que es del 49,2%. Esta situación podría explicarse por el carácter del hospital universitario, el cual atiende a pacientes con educación superior.

En esta casuística el 81,5% de las pacientes con dolor vulvar eran menopáusicas. A su vez en el estudio de Palacios *et al.* que evaluaron 1094 mujeres posmenopáusicas se observó que el 59,1% de las pacientes sin signos de atrofia vulvovaginal (AVV) y 73,1% en pacientes con signos de AVV presentaban dispareunia, es decir, dolor con las relaciones sexuales ($p=0,014$) (Palacios *et al.*, 2019). Mitro *et al.* evaluó 371 mujeres postmenopáusicas, el 4% de las mujeres fueron diagnosticadas con vulvodinia y el 13,7% reportó dolor vulvar crónico pasado pero no actual o síntomas de

dolor vulvar de corta duración (Mitro *et al.*; 2016).

El 42,2% de las pacientes refirieron sequedad vaginal como el síntoma más frecuentemente asociado. En concordancia con nuestros resultados Mitro *et al.* reportó que el 73,3% de las pacientes refirieron sequedad vaginal; el 26,7% vulvodinia y sequedad vaginal y el 64,7% reportaron dolor vulvar crónico pasado o de corta duración (Mitro *et al.*; 2016).

El 76,9% de las pacientes presentaban prurito vulvar y el 36,9% laceraciones o fisuras. Las pacientes que presentan prurito vulvar y laceraciones/fisuras asociado al dolor deben ser evaluadas para descartar un trastorno subyacente clínicamente identificable como por ejemplo, afecciones inflamatorias (liquen escleroso, entre otras), neoplasias, infecciones o trastornos neurológicos (“Diagnosis and Management of Vulvar Skin Disorders: ACOG Practice Bulletin, Number 224,” 2020). Cuando se descartan otras causas se puede realizar el diagnóstico de vulvodinia (“Committee Opinion No 673: Persistent Vulvar Pain,” 2016).

Respecto a la percepción de la autoimagen genital, el 33,8% nunca se miró la vulva. Hasta el momento, no hay estudios publicados en cuanto a la falta de autoexploración/inspección de los genitales femeninos, sin embargo la autoimagen

genital de una mujer puede influir en su función sexual general, angustia sexual, autoestima y comportamiento ante al examen ginecológico y que la mayoría de las mujeres han descrito una vulva bonita como aquella que es sin vello, rosada y con labios menores muy pequeños o inexistentes (Hamori & Stuzin, 2018), pudiendo resultar en una distorsión de la imagen genital, especialmente en aquellas etnias afrocaribeñas o hispanas.

El 66,2% de las pacientes refieren dolor durante la actividad sexual que incluya contacto vulvar y 40% empeoramiento en el inicio de la penetración. Sutton *et al.* en su estudio reporta que el 82,5-84,7% de las pacientes refieren que el dolor comienza con las relaciones sexuales (Sutton *et al.*; 2015). De acuerdo a Goldstein *et al.* el dolor provocado durante las relaciones sexuales con penetración vaginal es la causa mas frecuente de vulvodinia provocada localizada (Goldstein *et al.*, 2016). Un estudio canadiense de adolescentes sexualmente activas de entre 13-19 años (edad media de 15 años), reportó que el 20 % refirió dolor durante las relaciones sexuales por más de 6 meses. Este dolor se localizaba en el introito vaginal, dentro de la vagina o en la región abdominal inferior, siendo el introito vaginal el sitio más doloroso según la

mayoría de las participantes (Landry & Bergeron, 2011).

La mayoría de las pacientes que respondieron el VPAQ tuvieron una zona de la vulva afectada en un 69,1%, siendo la más frecuente el introito vaginal en un 86,2%. En un estudio realizado por Lamvu *et al.* se observó que más del 90% de las pacientes de su cohorte referían vulvodinia localizada provocada, siendo la localización más frecuente el introito vaginal (vestibulodinia) (Lamvu *et al.*, 2015).

El uso de cuestionarios, como el VPAQ, es una forma útil de recopilar información sobre los diversos componentes que afectan la calidad de vida en pacientes con dolor vulvar crónico. El VPAQ consta de varias subescalas que evalúan la severidad del dolor, la respuesta emocional, la respuesta cognitiva, la interferencia en la vida diaria, la función sexual y la autoestimulación o penetración. Dargie *et al.* desarrolló el cuestionario VPAQ para evaluar características del dolor y determinar qué áreas en sus vidas se ven más afectadas, así como medir el progreso a lo largo del tratamiento (seguimiento) (Dargie *et al.*; 2016).

En un estudio en donde se analizaron las características psicométricas de cada parte del VPAQ se llegó a la conclusión que este cuestionario tiene una estructura de factores

psicométricamente sólida. Informó que el coeficiente de Alfa de Cronbach fue de 0,77 a 0,94 (adecuada consistencia interna) (Dargie *et al.*, 2016, 2017). En este reporte todas las subescalas dieron un Alfa de Cronbach mayor a 0,85, lo cual indica una buena consistencia interna.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados:

- Tamaño de la muestra: la cantidad de pacientes incluidas en el estudio fue pequeña para obtener resultados más representativos de la población.
- Centro único: todas las pacientes fueron reclutadas en un único ámbito asistencial, lo que puede introducir sesgos relacionados con las características propias de dicho centro.
- Respuestas inconclusas en la subescala interferencia con la autoestimulación: solo 54 pacientes la completaron, las 11 pacientes restantes no presentaban hábitos masturbatorios al momento de completar dicho cuestionario.

Estas limitaciones deben ser tenidas en cuenta al analizar los datos obtenidos, y futuros estudios podrían enfocarse en superar estos aspectos mediante el aumento

de la muestra y la inclusión de múltiples centros.

CONCLUSIONES

El dolor vulvar crónico impacta negativamente diversas áreas de la vida de la mujer, involucrando otros aspectos de su vida más allá de lo sexual: aspectos cognitivos, laborales, emocionales, así como sus relaciones y vínculos interpersonales.

Para comprender mejor la magnitud del impacto del dolor vulvar en la calidad de vida de las mujeres y para diseñar enfoques de tratamiento más efectivos, es esencial recopilar información detallada sobre sus experiencias y necesidades.

Los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios aportan información de que esta versión del VPAQ adaptada al español, cumple satisfactoriamente con los requisitos de validación. Contar con una herramienta de habla hispana, sencilla y con adecuadas características psicométricas permitirá evaluar mejor a pacientes con dolor vulvar en la práctica clínica diaria. Es necesario continuar con futuros trabajos que evalúen la validez de este cuestionario en otras muestras de diferentes ámbitos y con un mayor tamaño muestral.

Los principios de Buenas Prácticas para el Proceso de Traducción y Adaptación Cultural

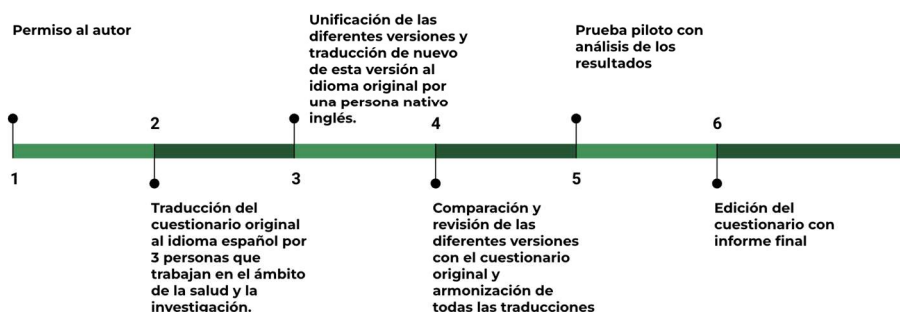


Figura 1: Pasos requeridos por “Los Principios de Buenas Prácticas para el Proceso de Traducción y Adaptación Cultural” acorde al Grupo de Trabajo “International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research” (ISPOR).

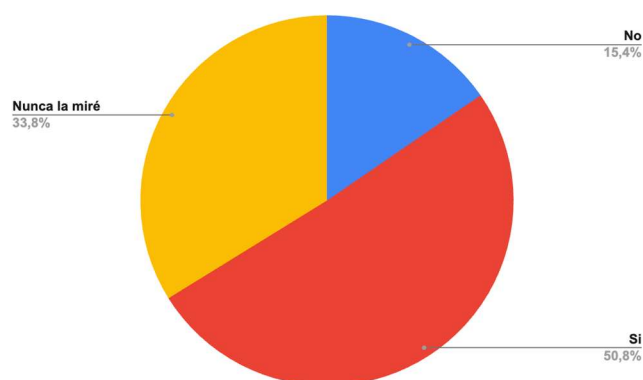


Figura 2: Porcentajes de acuerdo al cambio de características de la vulva observados por la paciente



Figura 3: Porcentajes de acuerdo al tiempo de dolor vulvar crónico

Tabla 1: Situaciones que desencadenan el dolor vulvar identificadas mediante el cuestionario VPAQ	
Situación	n = 65
Durante el día, en cualquier momento	23,1% (15/65)
Al contacto vulvar con algo, pero no sexual	4,5% (3/65)
Durante la actividad sexual, que incluya contacto vulvar	66,2% (43/65)
Otra situación	6,2% (4/65)

Tabla 2: Situaciones que empeora el dolor vulvar identificadas mediante el cuestionario VPAQ	
Situación	n = 65
Frente a cualquier contacto con la vulva	29,2% (19/65)
Cuando un objeto, dedo o pene inicia la penetración	40% (26/65)
Cuando un objeto, dedo o pene realiza empujes	23,1% (15/65)
Cuando eyacula en vagina sin preservativo	1,5% (1/65)
No se modifica durante el contacto vulvar/penetración	6,2% (4/65)

Tabla 3: Localización del dolor vulvar (se observarán los porcentajes de las localizaciones del dolor vulvar, pudiendo abarcar en una misma paciente más de una localización)	
Localización Anatómica	n = 65
Introito	86,2% (56/65)
Meato uretral	7,7% (5/65)
Clítoris	16,9% (11/65)
Labios Mayores	10,8% (7/65)
Labios Menores	16,9% (11/65)
Ano	13,8% (9/65)

Tabla 4: Escala Severidad del Dolor	
Pregunta	n = 65

	Media ($\pm$DE)
Intensidad promedio de su dolor	2,54 ($\pm$ 0,97)
La peor intensidad que le ocasionó su dolor	2,80 ($\pm$ 0,97)
El promedio de disgusto del dolor	2,65 ($\pm$ 1,05)
Cuándo le ocasionó más disgusto su dolor	2,75 ($\pm$ 1,10)
La peor sensación de malestar provocada por su dolor	2,80 ($\pm$ 1,03)
El promedio de malestar que le ocasiona el dolor	2,78 ($\pm$ 0,99)

Tabla 5: Escala Respuesta Emocional al dolor

Pregunta	n = 64 Media ($\pm$DE)
Tristeza	2,02 ($\pm$ 1,22)
Incapaz de hacer cambios en mi vida	1,69 ($\pm$ 1,29)
Mal con respecto a mi misma a raíz del dolor	2,20 ($\pm$ 1,33)
Emocionalmente exhausta por el dolor	1,97 ($\pm$ 1,49)
Enojada con mi dolor	2,20 ($\pm$ 1,47)
Deprimida	1,57 ($\pm$ 1,40)
Que el dolor nunca va a pasar	1,89 ($\pm$ 1,44)
Como si mi cuerpo se hubiese defraudado	1,67 ($\pm$ 1,45)
Físicamente tensa	2,14 ($\pm$ 1,45)
Rendida	1,47 ($\pm$ 1,53)
Que no valgo la pena como persona	1,11 ($\pm$ 1,44)
Distraída	1,27 ($\pm$ 1,48)
Odiándome como persona	0,78 ($\pm$ 1,30)
Estresada por el dolor	1,81 ($\pm$ 1,44)
Es injusto que tenga dolor	1,86 ($\pm$ 1,51)

Tabla 6: Respuesta Cognitiva al dolor

Pregunta	n = 63 Media ($\pm$DE)
Las personas deben pensar que soy una mala pareja sexual	1,27 ($\pm$ 1,33)
Mi pareja va a pensar soy frígida, sexualmente insensible	1,35 ($\pm$ 1,38)

Mi pareja me va a dejar	1,02 ($\pm$ 1,25)
La gente me tendrá menos en cuenta por mi dolor	0,56 ($\pm$ 1,01)
Otras personas son mejores parejas sexuales que yo	1,33 ($\pm$ 1,38)
Soy una mala pareja sexual	1,21 ($\pm$ 1,33)
No seré capaz de encontrar una pareja en el futuro	1,00 ($\pm$ 1,28)
Mis músculos de la pelvis están muy tensos	1,65 ($\pm$ 1,41)

Tabla 7: Interferencia del dolor en la vida diaria

Pregunta	n = 63 Media ($\pm$DE)
Sentarse	1,00 ($\pm$ 1,18)
Caminar	0,87 ($\pm$ 1,2)
Usar ropa ajustada	1,59 ($\pm$ 1,43)
Participar de actividades recreativas	0,86 ($\pm$ 1,33)
Capacidad de trabajo	0,86 ($\pm$ 1,27)
Salir con amigos	0,73 ($\pm$ 1,21)
Cumplir con las responsabilidades en la familia	0,68 ($\pm$ 1,15)
Habilidad para realizar tareas en el trabajo	0,73 ($\pm$ 1,19)
Actividades que impliquen en forma directa o indirecta presión en la vulva, como ciclismo, cabalgar, etc	1,49 ($\pm$ 1,47)
Usar toallas femeninas	1,48 ($\pm$ 1,54)
Conciliar el sueño	1,17 ($\pm$ 1,4)

Tabla 8: Interferencia del dolor en la vida sexual

Pregunta	n = 64 Media ($\pm$DE)
Mi respuesta a las insinuaciones sexuales de mi pareja	2,13 ($\pm$ 1,42)
Deseo de tener actividad sexual	2,34 ($\pm$ 1,23)
Sentir placer sexual	2,36 ($\pm$ 1,33)
Frecuencia en experimentar orgasmo	1,92 ($\pm$ 1,31)
Participar en relaciones sexuales sin penetración vaginal	1,38 ($\pm$ 1,43)
Participar en relaciones sexuales con penetración vaginal	2,27 ($\pm$ 1,43)

Preocupada porque la satisfacción sexual ya no es posible	2,17 ($\pm 1,43$)
Preocuparse de que cualquier sensación en sus genitales le produzca dolor.	2,28 ($\pm 1,47$)
Quitarse la ropa con tu pareja	1,14 ($\pm 1,47$)
Preocupándome por la próxima vez que su pareja/s desee tener actividad sexual	2,28 ($\pm 1,57$)

Tabla 9: Interferencia de dolor en la autoestimulación

Pregunta	n = 54 Media ($\pm$DE)
Usar tampones	0,94 ($\pm 1,61$)
Estimulación sexual solitaria de mi vulva (es decir, masturbación)	1,19 ($\pm 1,51$)
Masturbación en presencia de la pareja.	0,98 ($\pm 1,49$)
Autopenetración con los dedos (sin pareja)	1,02 ($\pm 1,47$)
Autopenetración con juguete sexual (sin pareja)	1,06 ($\pm 1,57$)

Tabla 10: Análisis de fiabilidad del cuestionario V-PAQ en su versión en español

	n	Media	Intervalo	α de Cronbach:
Severidad del Dolor	65	2,72	2,5 - 2,8	0,94
Respuesta Emocional	64	1,78	0,7 - 2,2	0,96
Respuesta Cognitiva	63	1,17	0,5 - 1,6	0,89
Interferencia en la vida	63	1,04	0,6 - 1,5	0,95
Interferencia en la vida sexual	64	2,02	1,1 - 2,3	0,9
Interferencia en la Autoestimulación	54	1,03	0,9 - 1,1	0,86

BIBLIOGRAFÍA:

- Artiles Pérez, V., Gutiérrez Sigler, M. D., & Sanfélix Genovés, J. (2006). [Female sexual function and related factors]. *Atencion primaria*, 38(6), 339–344.
- Bornstein, J., Goldstein, A. T., Stockdale, C. K., Bergeron, S., Pukall, C., Zolnoun, D., Coady, D., & on behalf of the consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the Internati. (2016). 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstetrics & Gynecology*, 127(4), 745.
- Committee Opinion No 673: Persistent Vulvar Pain. (2016). *Obstetrics & Gynecology*, 128(3), e78.
- Dargie, E., Holden, R. R., & Pukall, C. F. (2016). The Vulvar Pain Assessment Questionnaire inventory. *Pain*, 157(12), 2672–2686.
- Dargie, E., Holden, R. R., & Pukall, C. F. (2017). The Vulvar Pain Assessment Questionnaire: Factor Structure, Preliminary Norms, Internal Consistency, and Test-Retest Reliability. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(12), 1585–1596.
- Diagnosis and Management of Vulvar Skin Disorders: ACOG Practice Bulletin, Number 224. (2020). *Obstetrics & Gynecology*, 136(1), e1.
- Goldstein, A. T., Pukall, C. F., Brown, C., Bergeron, S., Stein, A., & Kellogg-Spadt, S. (2016). Vulvodynia: Assessment and Treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 572–590.
- Goldstein, A. T., Pukall, C. F., & Goldstein, I. (2020). *Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management*. John Wiley & Sons.
- Hamori, C. A., & Stuzin, J. M. (2018). Female Cosmetic Genital Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(4), 916–918.
- Lamvu, G., Nguyen, R. H. N., Burrows, L. J., Rapkin, A., Witzeman, K., Marvel, R. P., Hutchins, D., Witkin, S. S., Veasley, C., Fillingim, R., & Zolnoun, D. (2015). The Evidence-based Vulvodynia Assessment Project. A National Registry for the Study of Vulvodynia. *The Journal of Reproductive Medicine*, 60(5-6), 223–235.
- Landry, T., & Bergeron, S. (2011). Biopsychosocial factors associated with dyspareunia in a community sample of adolescent girls. *Archives of Sexual Behavior*, 40(5), 877–889.
- Meston, C. M., Freihart, B. K., Handy, A. B., Kilimnik, C. D., & Rosen, R. C. (2019). Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *The Journal of Sexual Medicine*, 17(1), 17–25.
- Palacios, S., González, S. P., Fernández-Abellán, M., Manubens, M., García-Alfaro, P., & EVES Study Spanish investigators. (2019). Impact Of Vulvovaginal Atrophy Of Menopause In Spanish Women: Prevalence And Symptoms According To The EVES Study. *Sexual Medicine Today*, 7(2), 207–216.
- Reed, S. D. (2022). Dyspareunia—where and why the pain? *Menopause*, 29(6), 639.
- Teigen, P. K., Hagemann, C. T., Fors, E. A., Stauri, E., Hoffmann, R. L., & Schei, B. (2023). Chronic vulvar pain in gynecological outpatients. *Scandinavian Journal of Pain*, 23(1), 97–103.
- Vasileva, P., Strashilov, S. A., & Yordanov, A. D. (2020). Aetiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *Przegląd Menopauzalny = Menopause Review*, 19(1),

Blümel M, Juan Enrique, Binfa E, Lorena, Cataldo A, Paulina, Carrasco V, Alejandra, Izaguirre L, Humberto, & Sarrá C, Salvador. (2004).

ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(2), 118-125. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006>

Donders, G. G. G., Bellen, G., & Ruban, K. S. (2018). Abnormal vaginal microbioma is associated with severity of localized provoked vulvodynia. Role of aerobic vaginitis and Candida in the pathogenesis of vulvodynia. *European journal of clinical microbiology & infectious diseases : official publication of the European Society of*

Clinical Microbiology, 37(9), 1679–1685.

<https://doi.org/10.1007/s10096-018-3299-2>

Graziottin, Alessandra et al. “Vulvar pain: The revealing scenario of leading comorbidities in 1183 cases.” *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* vol. 252 (2020): 50-55. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.05.052

Mitro, S.D., Harlow, S.D., Randolph, J.F. et al.(2016). Chronic vulvar pain in a cohort of post-menopausal women: Atrophy or Vulvodynia?. *womens midlife health* 2, 4 <https://doi.org/10.1186/s40695-016-0017-z>
Sutton, K., Pukall, C., Wild, C., Johnsrude, I., & Chamberlain, S. (2015). Cognitive, psychophysical, and neural correlates of vulvar pain in primary and secondary provoked vestibulodynia: a pilot study. *The journal of sexual medicine*, 12(5), 1283–1297. <https://doi.org/10.1111/jsm.12863>