



# **UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**

**TESIS DOCTORAL**

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA FUNCIÓN SEXUAL Y  
LA VIOLENCIA DE GÉNERO: ASOCIACIONES Y  
FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CLIMATÉRICAS DE  
LA REGIÓN DE MURCIA**

**D<sup>a</sup> MARÍA MERCEDES MARTÍNEZ MADRID**

**2024**









## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

### DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

*Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022*

D./Dña. MARÍA MERCEDES MARTÍNEZ MADRID

doctorando del Programa de Doctorado en

**CIENCIAS DE LA SALUD**

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

**Estudio epidemiológico de la función sexual y la violencia de género: asociaciones y factores de riesgo en mujeres climatéricas de la Región de Murcia.**

y dirigida por,

D. José Arnau Sánchez

Dña. Ana María González Cuello

### DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

*Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:*

- La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 9 de septiembre de 2024



Fdo.: Dª María Mercedes Martínez Madrid

*Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de*

<b>Información básica sobre protección de sus datos personales aportados</b>	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

*Doctor.*



## AUTORIZACIÓN DIRECTORES DE TESIS

---

D. José Arnau Sánchez y D<sup>a</sup> Ana María González Cuello, profesores del Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia.

### **CERTIFICAN:**

Que, el trabajo titulado: **Estudio epidemiológico de la función sexual y la violencia de género: asociaciones y factores de riesgo en mujeres climatéricas de la Región de Murcia**, ha sido realizado bajo nuestra dirección por la Doctoranda D<sup>a</sup> Mercedes Martínez Madrid, en la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia, dentro del Doctorado en Ciencias de la Salud.

Que, a nuestro entender, el trabajo reúne los requisitos suficientes de investigación, originalidad e interés científico y de salud pública para ser presentado y defendido como trabajo de Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud.

Y, para que así conste, firmamos la presente en:

Murcia, a 9 de septiembre de 2024.

Dr. José Arnau Sánchez

Dra. Ana M. González Cuello



## PUBLICACIONES PARCIALES DE LA TESIS

---

Los resultados del presente trabajo han sido parcialmente publicados en los siguientes artículos y comunicaciones a congresos.

### ARTÍCULOS:

**Martínez-Madrid MM**, Arnau-Sánchez J and González-Cuello AM. *Assessing sexual function in middle-aged sexually active Spanish women: a community-based study focusing on the intimate partner*. **Menopause**. 2021 Mar 1;28(6):686-692. doi: 10.1097/GME.0000000000001745. PMID: 33651740.

**Martínez-Madrid MM**, Arnau-Sánchez J and González-Cuello AM. Sexual Function and Intimate Partner Violence Screening in Middle-Aged Women: A Bidirectional Study. **Climacteric**. 2024 (en revisión). Repertorio de Obstetrics and Gynecol. **30/136** (Primer cuartil, Q1 y Tercer Decil, D3).



## AGRADECIMIENTOS

---

Este trabajo hubiera sido imposible sin la ayuda, colaboración y acompañamiento de muchas personas, a todas va dedicado mi agradecimiento más sincero.

Gracias de manera muy especial y oportuna a mis directores de Tesis, la Dra. Ana María González Cuello y el Dr. José Arnau Sánchez por el invaluable aporte de sus acertadas observaciones, las cuales lograron enriquecer más profundamente la presente investigación. Muchas gracias, queridos maestros.

Al Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, a la Escuela Internacional de Doctorado y a la **Universidad de Murcia** por apostar por Enfermería y brindar la oportunidad, a mí y muchas otras compañeras, de poder realizar este desafío personal en el campo de la investigación y en consecuencia adquirir el conocimiento que proporciona su culminación a mi formación. Gracias por la oportunidad de cumplir mi sueño.

A mi familia, pilares fundamentales en la culminación de mis objetivos debido a que siempre he contado con vosotros. A mi marido y a mis hijos por su amor incondicional y el apoyo que siempre me habéis brindado. A mi nuera por darme en el transcurso de este tiempo la alegría de la casa y el consuelo de las penas, mi nietecita. No quiero olvidarme de mis hermanos, mi cuñada y mis sobrinos, una familia pequeña, pero muy unida.

A los seres queridos que no están en el mundo que vemos; os dedico estas palabras como un recuerdo muy grato en mi memoria.

Doy infinitas gracias a Dios por darme salud para poder trabajar y una familia unida, por ser mi guía y permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más.



## DEDICATORIA

---

Especialmente dedico la culminación de esta Tesis a las mujeres que voluntariamente ha participado en el estudio. Gracias porque sin su aportación no hubiera sido posible.

Sin olvidar a todos los profesionales de la Salud de los distintos Centros de Atención Primaria, los cuales voluntariamente brindaron todo su apoyo al proyecto.

*“Es muy común recordar que alguien nos debe agradecimiento, pero es más común no pensar en quienes les debemos nuestra propia gratitud”*

John Wolfgang Von Goethe (1749-1832)



# ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

---

**$\beta$** : Coeficiente de regresión

**a.C.:** antes de Cristo

**APA:** Asociación Americana de psiquiatría (de sus siglas en inglés)

**CAMS:** Consejo de Sociedades Afiliadas de Menopausia

**CCFSD:** The Consensus-based Classification of Female Sexual Dysfunction

**DE:** Desviación estándar ( $\pm$  DE)

**DMS-V:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (de sus siglas en inglés)

**DS:** Disfunción Sexual

**DSF:** Disfunción Sexual Femenina

**FSH:** Hormona estimulante del folículo

**GnRN:** Hormona liberadora de Gonadotropinas (de sus siglas en inglés)

**HHO:** Eje Hipotálamo Hipófisis Ovárico

**IFS:** Índice de Función Sexual

**LH:** Hormona Luteinizante

**IC:** Intervalo de confianza

**IU:** Unidades Internacionales

**IFSF-6:** Índice de Función Sexual Femenina-seis ítems

**IMS:** Sociedad Internacional de la Menopausia (de sus siglas en inglés)

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**IPV:** Violencia de la Pareja Íntima (de sus siglas en inglés)

**M:** Media

**Me:** Mediana

**MLG:** Modelos Lineales Generalizados

**N (n):** Frecuencias absolutas

**NAMS:** Sociedad Norteamericana de Menopausia

**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible

**OMS:** Organización Mundial de la salud

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas

**OR:** Odds Ratio (Razón de momios)

**P:** Percentil

**p:** Significación estadística de un resultado

**PR:** Prevalencia de la ratio

**RIQ:** Rango intercuartílico

**ROC:** Área bajo la curva (AUC o ROC de sus siglas en inglés)

**SEGO:** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

**SGM:** Síndrome Genitourinario de Menopausia

**STRAW+10:** Stages of Reproductive Aging Workshop (de sus siglas en inglés)

**SWAN:** Women's Health Across the Nation (de sus siglas en inglés)

**TM:** Transición Menopáusica

**THS:** Terapia Hormonal Sustitutiva

**VG:** Violencia de género

**VPI:** Violencia de Pareja Íntima

**VS:** versus (“frente a” o “contra”)

**WAST:** Woman Abuse Screening Tool

# ÍNDICE

<b>DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD .....</b>	<b>v</b>
<b>AUTORIZACIÓN DIRECTORES DE TESIS .....</b>	<b>vii</b>
<b>PUBLICACIONES PARCIALES DE LA TESIS .....</b>	<b>ix</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>xi</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>xiii</b>
<b>ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....</b>	<b>xv</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>xvii</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
I.1. CLIMATERIO.....	1
I.1.1 Climaterio y menopausia .....	3
I.1. 2. Fases del Climaterio .....	4
I.1. 3. De la etapa reproductiva a la no reproductiva .....	6
I.1.4. Ciclo menstrual fase reproductiva del climaterio.....	7
I.1.5. Envejecimiento ovárico.....	13
I.1.6. Transición menopausia.....	16
I.1.7. Etapa no reproductiva: menopausia .....	17
I.1.8. Climaterio y Menopausia: impacto en la salud.....	19
I. 2. SALUD SEXUAL.....	22
I.2.1. Respuesta sexual .....	24
I.2.2. Respuesta sexual en el climaterio .....	31
I. 2.3. Disfunción sexual en el climaterio .....	32
I.2.4. Factores de riesgo de disfunción sexual en el climaterio .....	35
I.2.5 Cambios biológicos de la función sexual .....	39
I.2.6. Disfunción sexual femenina en el climaterio.....	40
I.3. VIOLENCIA DE GÉNERO .....	41
I.3.1. Mujeres y violencia de género: ODS-5 y ODS-3.....	42
I.3.2. Legislación aplicable a la violencia de género .....	45
I.3.3. Consecuencias para la salud de la violencia de género .....	48
I.3.4. Modelo ecológico .....	51
I.3.5. Circulo de la violencia de género .....	52
I.3.6. Violencia de género en las culturas y etnias .....	53
I.4. JUSTIFICACIÓN .....	54

<b>II. OBJETIVOS .....</b>	<b>59</b>
II.1. OBJETIVO PRINCIPAL .....	59
II.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	60
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>63</b>
III.1. DISEÑO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	63
III.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....	63
III.2.1. Población Diana .....	63
III.2.2. Criterios de inclusión .....	64
III.2.3. Criterios de exclusión .....	64
III.2.4. Área de estudio.....	65
III.3. TAMAÑO MUESTRAL.....	65
III.3.1. Método de muestreo.....	66
III.4. INSTRUMENTOS PARA EL ESTUDIO.....	66
III.4.1. Índice de Función Sexual Femenina seis ítems (IFSF-6).....	66
III.4.2. Woman Abuse Screening Tool (WAST).....	67
III.4.3. Cuestionario general.....	68
III.5. RECOGIDA DE DATOS .....	69
III.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	70
III.6.1. Estadística descriptiva de la muestra .....	71
III.6.2. Evaluación de la función sexual.....	71
III.6.3. Detección de la violencia de género .....	72
III.6.4. Factores asociados a disfunción sexual .....	72
III.6.5. Factores asociados a problemas sexuales.....	73
III.6.6. Factores asociados a violencia de género.....	73
III.6.7. Factores asociados a morbilidad.....	74
III.6.8. Ajuste de los datos .....	74
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>79</b>
IV.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS PARTICIPANTES.....	79
IV.2. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL.....	87
IV.3. DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	88
IV.4. FACTORES ASOCIADOS A FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA .....	95
IV.5. FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA DE GÉNERO .....	105
IV.6. FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD.....	116
<b>V. DISCUSIÓN .....</b>	<b>122</b>

## Índice

---

V. I. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	128
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>129</b>
VI.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA .....	129
VI. 2. FUNCIÓN SEXUAL DE LAS MUJERES .....	129
VI.3. VIOLENCIA DE GÉNERO .....	130
VI.4. FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA .....	130
VI.5. FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA DE GÉNERO .....	131
VI.6. FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD.....	131
<b>VII. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>133</b>
<b>VII. ANEXOS .....</b>	<b>147</b>
Anexo I: Índice de Función Sexual Femenina (IFSF-6) .....	147
Anexo II: Woman Abuse Screening Tool (WAST).....	149
Anexo III: Cuestionario general .....	151
Anexo IV: Tratamiento de las variables .....	153



# INTRODUCCIÓN



*“En principio, la investigación necesita  
más cabezas que medios”*

Severo Ochoa (1905-1993)

# I. INTRODUCCIÓN

---

## I.1. CLIMATERIO

**A** lo largo de la vida, desde el nacimiento, el ser humano va a experimentar el proceso de envejecimiento. En el caso específico de las mujeres, podemos mencionar la pubertad con cambios físicos, psicológicos, sociales y hormonales, la cual lleva implícito el advenimiento de la menarquia, el comienzo del ciclo menstrual y el comienzo de la etapa de la fertilidad. En contraposición, la etapa del climaterio manifestada por cambios hormonales, diferentes ambientes emocionales, la pérdida de la fertilidad y el hito de la menopausia<sup>1</sup>.

Etiológicamente la palabra climaterio proviene del vocablo griego κλιμακτήρ klimaktér, la cual significa “escalón o peldaño”. No obstante, el vocablo griego κλιμακτήρ aparte de escalón o peldaño también significaba en griego etapa crítica de la vida, concretamente, periodo crítico de la vida. Desde ese punto de vista paso a la literatura de las Ciencias de la Salud como climaterio<sup>2</sup>.

El grupo científico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1981 presentó su primer informe de Investigaciones sobre la menopausia<sup>3</sup>. En 1996 la OMS retomó las investigaciones en el campo de la menopausia y presentó un segundo informe a la comunidad científica y sanitaria<sup>4</sup>, el cual ampliaba el anterior, recomendaciones y prácticas con el fin de establecer estrategias de afrontamiento para mejorar la calidad de vida y un advenimiento a la senescencia saludables<sup>3,4</sup>. No obstante, la Sociedad Internacional de la Menopausia (IMS por sus siglas en inglés), manifestó incertidumbre en la terminología empleada con el campo del climaterio y de la menopausia, exponiendo que resultaba confusa entre los profesionales de atención sanitaria, los investigadores, los medios de comunicación y la comunidad. Para ayudar a garantizar una definición estandarizada de las palabras clave utilizadas en este campo. La IMS encargó un

proyecto a través de su órgano de política internacional, el Consejo de Sociedades Afiliadas de Menopausia (CAMS por sus siglas en inglés)<sup>5</sup>. Respetando siempre que fuese posible, intactas las definiciones previas de la OMS aceptadas en la literatura y en las prácticas clínicas en ciencias de la salud para evitar agregar confusión a esta área<sup>3,4,6</sup>.

El proyecto IMS fue debido a que términos como climaterio, síndrome climatérico, premenopausia, perimenopausia no habían tenido definiciones científicas específicas. Su uso había causado confusión entre quienes trabajan en la especialidad del climaterio o la menopausia<sup>5</sup>. Normalmente se utilizaba el término menopausia o transición menopáusica para designar la etapa del climaterio<sup>5-7</sup>. De hecho, incluso la definición de menopausia en sí no era la misma en todo el mundo<sup>5,8</sup>.

Las organizaciones IMS y CAMS y la Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS por sus siglas en inglés) instaron a todos los involucrados en la atención sanitaria y la investigación sobre el climaterio y la menopausia a que adoptasen las definiciones estandarizadas, exhaustivas, concretas y estudiadas minuciosamente para unificar criterios y términos adecuados. Con los objetivos de poder ofrecer una comunicación adecuada, establecer constancia de que solamente así se podrá trabajar unidos para mejorar la salud de las mujeres cuando alcancen el climaterio, la menopausia y más allá<sup>6</sup>.

La lista de definiciones relacionadas con el climaterio y la menopausia fue aprobada por la Junta de la IMS el 11 de octubre de 1999, en Yokohama, Japón<sup>6</sup>. Según IMS La definición de climaterio es <sup>6</sup>:

*“Fase del envejecimiento de la mujer que marca la transición fase reproductiva al estado no reproductivo. Esta fase incorpora la perimenopausia al extenderse por un período variable antes y después de la perimenopausia de la”*  
(IMS 1999).

Se considera el deterioro natural de las hormonas reproductivas femeninas. Estos cambios causan trastornos y pueden ser problemáticos para la salud, en el cual el organismo tiene que adaptarse. Pueden implicar síntomas somáticos relacionados

con eventos o patrones hormonales específicos, alteraciones físico emocional y sociocultural<sup>5,7</sup>.

La menopausia es un evento biológico natural que puede ocurrir espontáneamente o ser inducido a través de una intervención médica, como la ooforectomía bilateral, la quimioterapia y la radiografía pélvica<sup>1-3</sup>.

### **I.1.1 Climaterio y menopausia**

El climaterio y la menopausia han sido motivo de narraciones dilatadas desde el principio de los tiempos históricos<sup>9</sup>.

En los pasajes de la Biblia<sup>10</sup>, ya se hacía mención de embarazo en la vejez y de la impureza de las mujeres durante los días de menstruación.

*“Y Abraham y Sara eran viejos, de edad avanzada; y a Sara le había cesado ya la costumbre de las mujeres. Se rio, pues, Sara entre sí, diciendo: ¿Después que he envejecido tendré deleite, siendo también mi señor ya viejo?” Génesis 18:11-12*

*“No chispeen de cólera los ojos de mi señor, porque no puedo levantarme delante de ti, porque estoy con lo que es común entre las mujeres” Génesis 31:35*

La revisión antropológica de Lock<sup>9</sup> menciona el papiro egipcio relativo a la salud de las mujeres: *Hierático Papyri de Kahun y Gurob*, data aproximadamente 1800 a. C, en el cual se señalan a las mujeres ancianas como “*mujeres blancas*” porque no menstruaban y “*mujeres rojas*” a las jóvenes porque menstruaban. El estudio histórico antropológicos de Singh *et al*<sup>11</sup> cita a Hipócrates en su obra *Corpus Hippocraticum* y a Aristóteles en *Historia Animalium* (año 322 a.C). El primero refiere *un cuadro de amenorrea durante la vejez*, y el segundo describió que el *sangrado genital de las mujeres cesaba alrededor de los 40 años*.

La palabra menopausia procede del francés ménopause, acuñada por primera vez en 1821 por el medico francés Charles de Gardanne<sup>11</sup>. Etiológicamente proviene de los vocablos griegos μήν, μηνός mēn, mēnós “mes” y παῦσις paûsis “cesación”<sup>2</sup>.

Menopausia natural o fisiológica es el cese permanente de la menstruación a consecuencia de la pérdida de la actividad folicular ovárica, determinada por el agotamiento de la dotación de folículos ováricos, la unidad estructural y funcional fundamental de la reproducción<sup>1,3,4,12,13</sup>. La OMS<sup>4</sup> definió menopausia natural o fisiológica como

*“El cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas” (OMS 1996).*

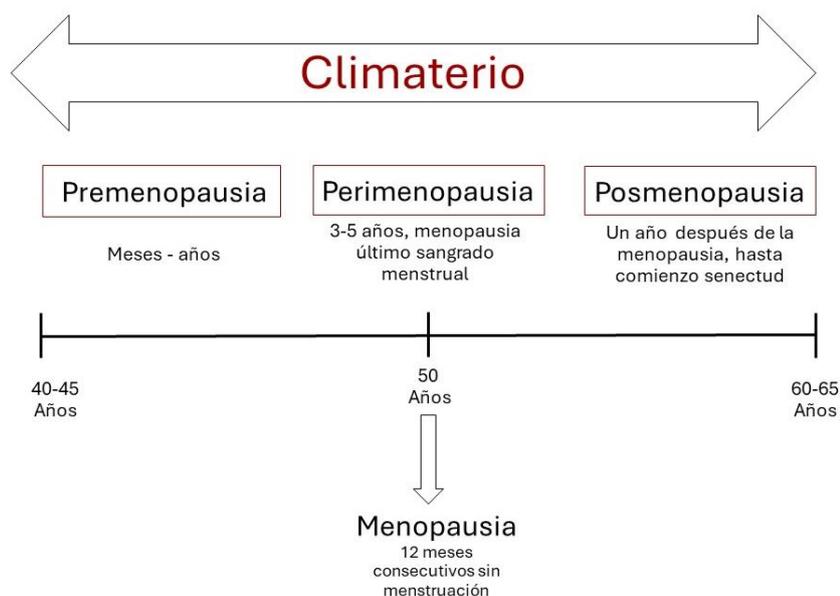
Se trata, por tanto, de un evento fisiológico universal experimentado por todas las mujeres de mediana edad comprendida entre los 48 y 52 años<sup>4,14</sup>.

### **I.1. 2. Fases del Climaterio**

El climaterio es un concepto que engloba a la premenopausia, la perimenopausia y la posmenopausia no se debe considerado una limitación; por el contrario, es el crecimiento natural y tonalmente normal, pasar de una etapa a otra en las tres en las que se divide (Figura.1)<sup>1,3,4,7,13</sup>.

Según la OMS 1996<sup>14</sup>

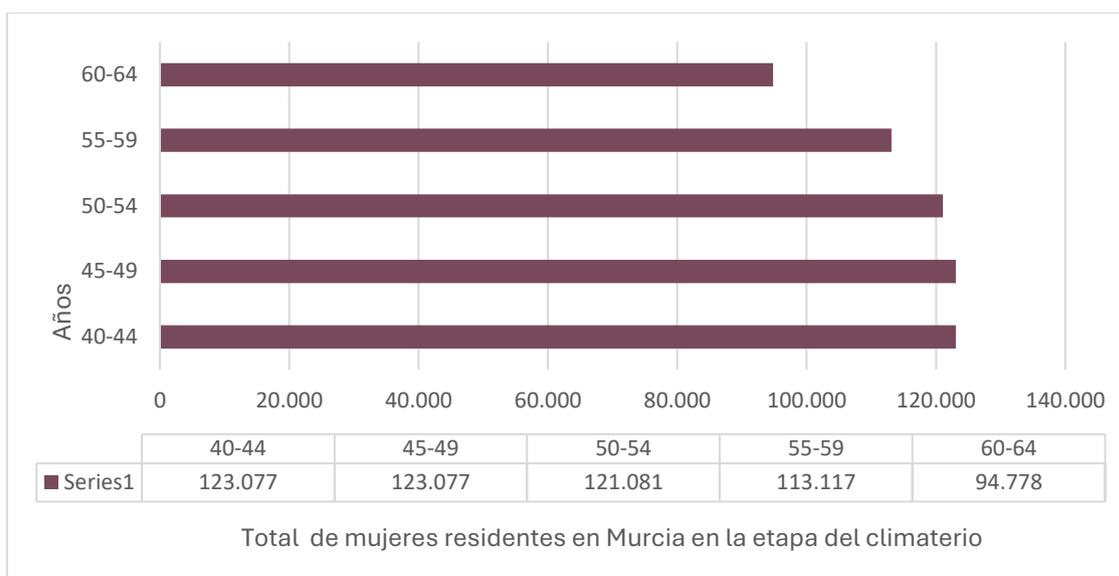
- **Premenopausia:** *Periodo que comienza aproximadamente a los 40 años y que se caracteriza por la aparición de las primeras alteraciones hormonales, más que clínicas. En este periodo, los ciclos menstruales son normales y abarca todo el periodo reproductivo.*
- **Perimenopausia:** *Periodo que comienza con el inicio de los cambios en el ciclo menstrual, dando lugar a las alteraciones endocrinológicas, biológicas y clínicas de la menopausia inminente. Es considerado como la verdadera transición menopáusica, que va desde el final de la premenopausia hasta la menopausia.*
- **Postmenopausia:** *Etapa que se inicia después de 12 meses de la interrupción definitiva de las menstruaciones, independientemente si fue natural o inducida, y finaliza con la senectud.*



**Figura 1.** Etapas del climaterio; Elaboración propia; Fuente (OMS 1996)<sup>14</sup>

El climaterio compromete en promedio 20 años de la vida de las mujeres, desde una perspectiva social, éstas asumen una gran carga en el hogar durante esta etapa, enfrentando responsabilidades adicionales como cuidadoras de familiares mayores o nietos, lo cual incrementa su sobrecarga física y mental. Estos factores, junto con la privación de la protección hormonal, aumentan el riesgo de problemas de salud, la productividad y los resultados económicos, en un momento en que las mujeres aún son activas tanto laboral como socialmente<sup>1,13-16</sup>.

Según los datos del Instituto Nacional de estadística (INE) en la Región de Murcia a día 1 de enero de 2024 existían 288.008 mujeres transitando por la etapa del climaterio ( franja etaria de 40 a 64 años) (Figura 2)<sup>17</sup>

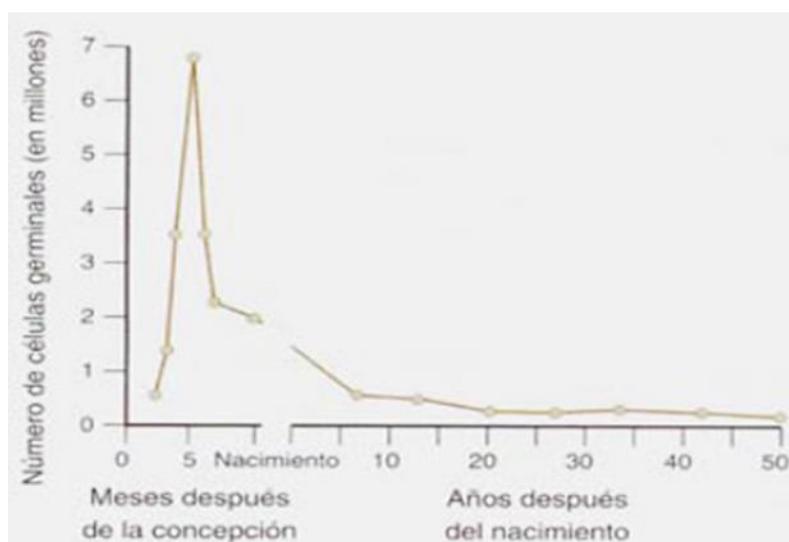


**Figura 2.** Población residente en Murcia en la etapa del climaterio. Elaboración propia; Fuente: INE (2024)<sup>17</sup>

### I.1. 3. De la etapa reproductiva a la no reproductiva

El discernimiento sobre los componentes subyacentes a la menopausia se ha limitado en gran medida al agotamiento ovárico, la pérdida progresiva de ovocitos que comienza antes del nacimiento y continúa hasta la edad de la menopausia<sup>13,18,19</sup>. En la vida fetal, el ovario contiene el número máximo de folículos, tienen un origen extragonadal que durante la embriogénesis migran a la gónada, donde se forman los folículos ováricos que estarán en diferentes estadios de maduración, durante esta fase se perderán aproximadamente, el 80% del acopio de células germinales<sup>13,19-21</sup>. Al nacimiento habrá aproximadamente 1.000.000 de ovocitos en forma de folículos primordiales por ovarios. Durante la niñez, la mayor parte de éstos no completarán su maduración y degenerarán. En la etapa de la adolescencia y la llegar la menarquia primera menstruación solo quedaran aproximadamente 400.000 mil y en cada ciclo menstrual se gasta 1.000 folículos. Solamente unos a 400 llegaran a ovular. Finalmente, cuando el número de folículos ováricos desciende por debajo de 1.000 la mujer alcanza la esterilidad natural, también conocida como menopausia, que se produce a una edad aproximada de 50 años.

En las mujeres, los cambios relacionados con la edad en la función ovárica comienzan a mediados de los treinta con una disminución de la fertilidad y cambios hormonales compensatorios en el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, el cual mantiene el desarrollo de los folículos y la secreción de estrógenos. Estos cambios provocan una disminución de la cantidad de folículos ováricos con la subsecuente disminución de hormonas esteroides, dando origen a alteraciones en el ciclo menstrual e inicio a la fase no reproductiva del climaterio (Figura 3)<sup>19-22</sup>.



**Figura 3.** Variación del número de folículos primordiales o células germinales presentes en el ovario, en diferentes etapas de la vida; Fuente: Vantmar D, Vega M. (2010)<sup>19</sup>.

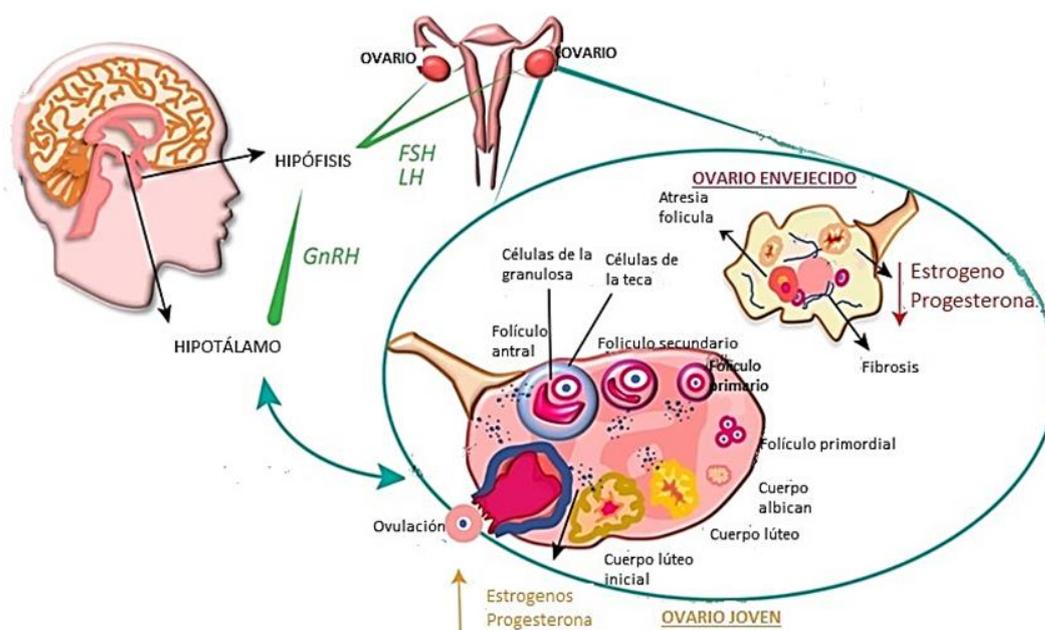
### **I.1.4. Ciclo menstrual fase reproductiva del climaterio**

El ciclo menstrual está regulado por el sistema endocrino, a través del eje hipotálamo-hipófisis-ovárico. Estos tres órganos son los encargados de liberar hormonas necesarias para los cambios fisiológicos del ciclo ovárico (Figura 4)<sup>22-24</sup>.

Para comprender los efectos de los cambios hormonales que reflejan el envejecimiento ovárico se ha considerado oportuno recordar parte de la fisiología del eje hipotálamo-hipofisario-ovárico (HHO)<sup>24,25</sup>.

El hipotálamo, produce y secreta de forma pulsátil la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). La respuesta al pulso va a tener su diana en la hipófisis

anterior (adenohipófisis), que a su vez produce, almacenan y liberan al torrente sanguíneo gonadotropinas, las hormonas folículo estimulante (FSH) y la luteinizante (LH) hasta su órgano diana, los ovarios. La FSH y la LH inician el desarrollo de los folículos ováricos para sintetizar y secretar estrógeno y progesterona durante la fase folicular y lútea del ciclo ovárico (Figura 4)<sup>22-24,26,27</sup>.



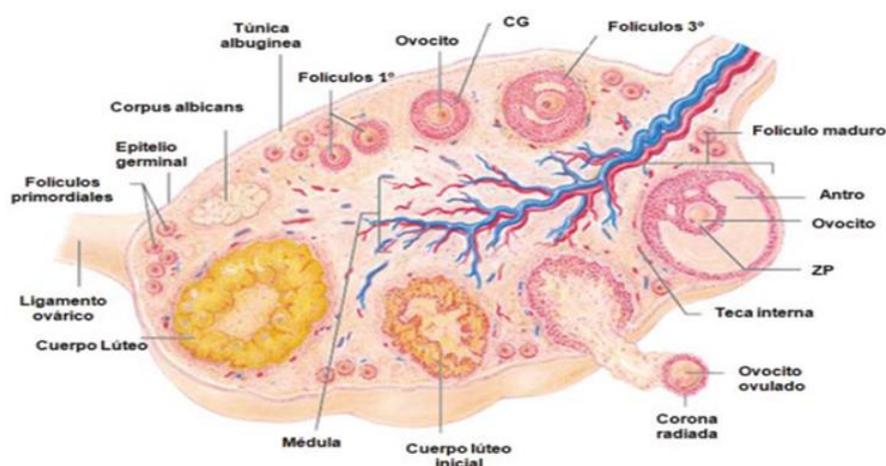
**Figura 4.** Eje Hipotalámico-Hipófisis-Ovario. Adaptada: Dong L, Teh D, Henedy BK, *et al.* (2023)<sup>22</sup>

La hormona FSH tiene su diana en las células de la granulosa de los folículos ováricos distribuidos en el ovario, de preferencia en la corteza ovárica debajo de la túnica albugínea en la región subcortical. Por su parte, la LH tiene su receptor en otra estructura que igualmente forma parte de la estructura de los folículos ovarios llamada células de teca interna (figura 4)<sup>19,24</sup>.

La FSH, tras unirse a su receptor las células de la granulosa, estimula el crecimiento y maduración de los folículos, además va a promover la síntesis y liberación de hormonas esteroides o sexuales, especialmente los estrógenos. Dentro de las señales de transducción intracelular, la FSH promueve la liberación de la enzima aromatasa y de varios péptidos (inhibinas, activinas y folistatinas) que

juegan un papel importante, tanto en la liberación de estrógenos, como en la regulación del eje HHO. En concreto, las inhibinas son un potente supresor de la secreción de la liberación de FSH, mientras que las activinas aumentan su secreción de en la hipófisis y actuando a modo de “activador” ovárico. Por último, las folistatinas suprimen la actividad de FSH, probablemente mediante la unión a las activinas.

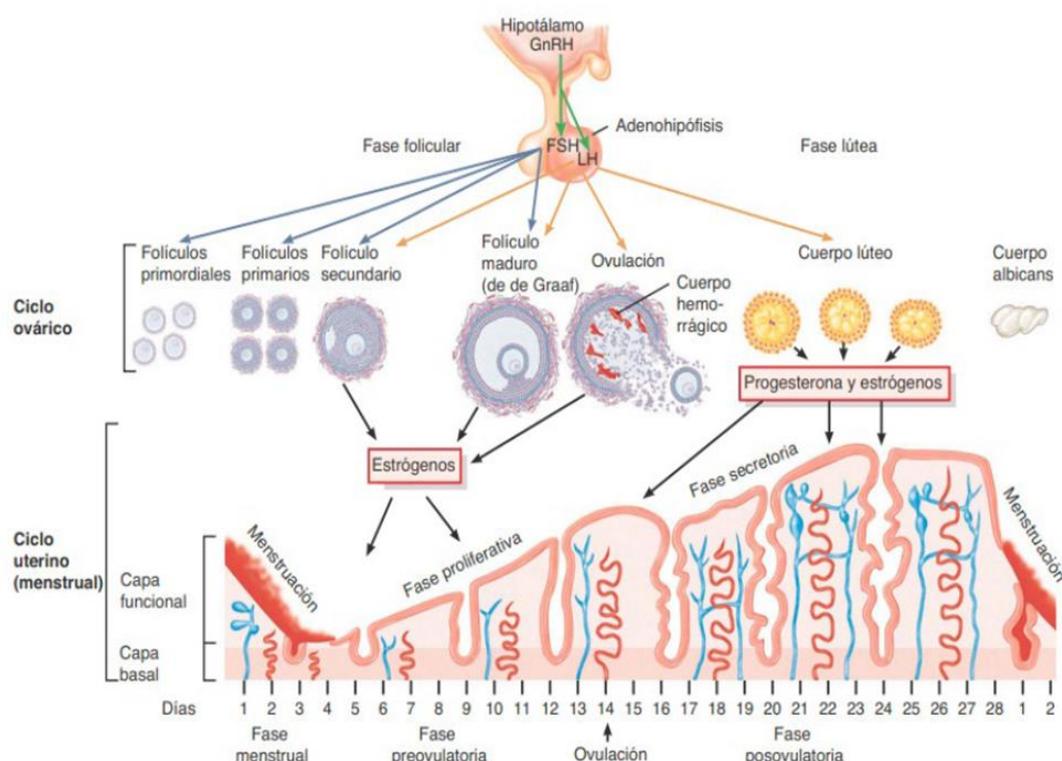
La LH se une a su receptor específico en otra estructura de los folículos ovarios conocida como las células de teca interna. Tras la unión al receptor promueve la síntesis de progesterona y de andrógenos. Estos últimos, por acción de la aromatasa se convierten en estriol, estrona y estradiol, éste último, es el estrógeno más importante en la etapa reproductiva, mientras que en las mujeres menopáusicas será la estrona la primera hormona en liberarse. La progesterona al igual que los estrógenos también, van a tener receptores a nivel del aparato reproductor femenino<sup>19,24</sup>.



**Figura 5.** Diagrama de un ovario de mamífero, en el cual se han esquematizado los estados progresivos del crecimiento y desarrollo folicular. fuente: Vantmar D, Vega M. (2010)<sup>19</sup>

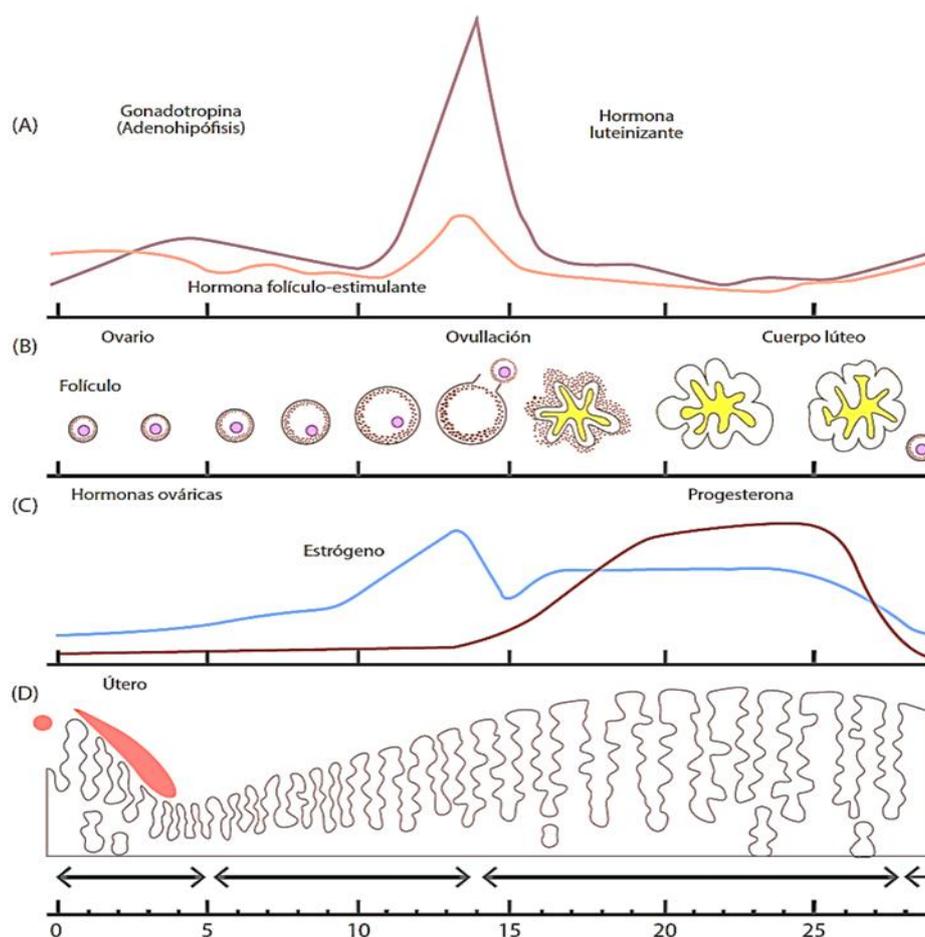
Durante la vida reproductiva normal, las hormonas y péptidos ováricos restringen la secreción de gonadotropina a través de mecanismos que operan tanto en el hipotálamo como en la hipófisis. En el hipotálamo, la progesterona tiene un profundo efecto inhibitorio sobre la frecuencia del pulso de LH, consecuentemente, de GnRH. El estradiol no parece influir en la frecuencia del pulso en las mujeres,

pero sí disminuye la cantidad total de secreción de GnRH, por lo tanto, la cantidad de GnRH secretada con cada pulso. A nivel de la hipófisis, el estradiol disminuye la respuesta de los gonadotropos a la GnRH, con un efecto, el cual es mayor para la FSH que para la LH, mientras que la inhibina B desempeña un papel hipofisario adicional en la inhibición selectiva de la FSH sobre la LH. Manteniendo en homeostasis todo el ciclo ovárico (Figura 6)<sup>24,26,28,29</sup>.



**Figura 6.** Las diferentes fases y cambios hormonales producidos durante el ciclo reproductivo femenino se encuentran ilustrada en la figura; Fuente: Moreno-Gómez E y Jáuregui-Lobera I. (2022)<sup>29</sup>

El ciclo menstrual es el número de días que transcurren entre el primer día de sangrado menstrual de un ciclo y el inicio de la menstruación del ciclo siguiente. Las pautas clínicas establecen que la duración media del ciclo de una mujer es de 28 días, con una horquilla entre 25 a 30 días. Sin embargo, éste puede presentar anomalías en su duración, de tal forma que cuando presenta una duración de menos de 21 días, se denomina polimenorrea. Y una duración del ciclo menstrual mayor de 35 días es definido como oligomenorrea. El ciclo menstrual se divide en dos fases: fase folicular y fase lútea (figura 7)<sup>24,28,30-32</sup>.

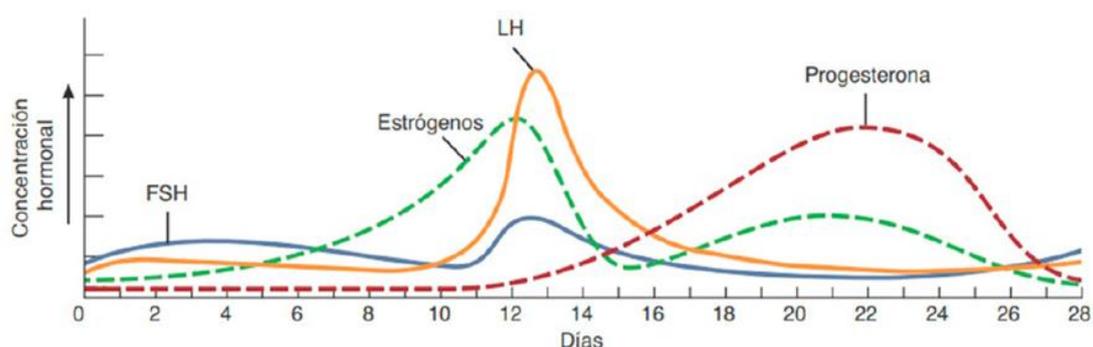


**Figura 7.** ESQUEMA CICLO MENSTRUAL: FASE LÚTEA Y FOLICULAR. Esquema de las variaciones de los niveles hormonales en la fase lútea y folicular. Ciclo menstrual: se aprecia el crecimiento folicular y su involución a cuerpo lúteo. Temperatura corporal: aumento de temperatura en la ovulación y la fase lútea aumenta; Hormonas de la hipófisis: FSH y LH, el pico de LH en el día 14 produce la ovulación; Hormonas ováricas: En la fase folicular, la hormona progesterona; Ciclo uterino: Proliferación de las glándulas endometriales; Fuente: Torres Jiménez A y Torres Rincón J (2018) <sup>32</sup>

**Fase Folicular**, puede oscilar entre 10-14 o 16 días<sup>28,31</sup>, aunque está sujeto a la duración del ciclo de cada mujer. Se inicia el primer día de la menstruación hasta la ovulación. Se caracteriza por el desarrollo de los folículos y disminución de la temperatura corporal basal (Figura 6) <sup>24,28,30,31</sup>. La foliculogénesis comienza durante los últimos días del ciclo ovárico anterior hasta la liberación del folículo maduro en la ovulación. Todo ello motivado por el incremento de la hormona FSH. Esta desencadenará la maduración de aproximadamente 10 o 12 folículos por ovario, también llamados folículos de cohorte. La FSH estimula los folículos para que estos liberen estradiol e inhibina, la cual regula la secreción de la FSH mediante un sistema de retroalimentación negativa. Este mecanismo determina el inicio de la

supresión de FSH en esta fase del ciclo, favoreciendo así la selección de un solo folículo dominante, mecanismo regulador que evita el fenómeno de super ovulación. Los folículos restantes de la cohorte no tendrán un soporte hormonal y experimentarán atresia<sup>19,24,28</sup>.

En la fase folicular tardía, el aumento de los niveles de estradiol provoca un pico preovulatorio de LH, el cual es necesario para la ovulación. Este ascenso de LH es generado por una secreción pulsátil continua de GnRH, pero por lo demás depende completamente del marcado aumento de las respuestas de gonadotropina a GnRH que se producen a nivel de la hipófisis en respuesta al aumento exponencial de la secreción de estradiol del folículo dominante<sup>24,28,30,31</sup>. El pico de LH se inicia generalmente a las 24-36 horas del pico de estradiol, circunstancia necesaria para la ovulación (Figura 8)<sup>24,28</sup>.



**Figura 8.** Cambios en las concentraciones de las hormonas del ciclo reproductor femenino. Hormonas ciclo menstrual; Fuente: Moreno-Gómez E, Jáuregui-Lobera I. (2022)<sup>29</sup>

**Fase Lútea**, definida como el día después de la ovulación hasta el día antes de la menstruación, es relativamente constante en todas las mujeres, con una duración de 14 días, tiempo que tarda el cuerpo lúteo en alcanzar el estado de atresia. Se caracteriza por la transformación de los remanentes del folículo dominante en el cuerpo lúteo. Si bien, otra identificación específica es por la elevación de los niveles de progesterona y un pico secundario de estradiol que aumenta gradualmente. Si no se produce la fertilización del ovocito, el cuerpo lúteo

involuciona, provocando un descenso brusco de estrógenos y progesterona, esta deprivación hormonal desencadenará la menstruación<sup>24,28,30,31</sup>.

Estas hormonas reproductivas y principalmente los estrógenos, protegen la salud reproductiva femenina y proporcionan efectos beneficiosos generales sobre otros sistemas biológicos. El estrógeno es la hormona principal en la regulación del sistema reproductivo femenino y el mantenimiento de la salud de la mujer, con funciones en el sistema cardiovascular, la salud sexual, la función cognitiva, la homeostasis de la piel y el metabolismo óseo<sup>33-39</sup>. De manera similar, la progesterona desempeña un papel fundamental en el mantenimiento del embarazo y desdobra sus efectos sobre el sistema reproductivo, así como también ayuda a asegura la neuro-regeneración y la neuro-protección<sup>40</sup>.

### **I.1.5. Envejecimiento ovárico**

Recientes investigaciones se han centrado en poder alargar la vida reproductiva de las mujeres<sup>41-43</sup>. En complacencia por una sociedad en la que las mujeres suelen querer tener carreras profesionales exitosas y oportunidades iguales a las de los hombres. La naturaleza temprana del envejecimiento ovárico a menudo constriñe a las mujeres a tomar decisiones arduas en la vida entre los anhelos personales de una formación acreditada o la disyuntiva de ser madre<sup>22</sup>. No obstante, la evidencia científica sostiene que la fertilidad en las mujeres comienza a declinar a los 37 años y es paradójico que se produzcan embarazos naturales después de los 45 años. El declive reproductivo en las mujeres es inevitable y culmina en la menopausia<sup>18-21,27,41,44,45</sup>. Con la finalidad de objetivar este proceso, en el año 2001 tuvo lugar el primer Taller de Expertos STRAW (*Staging for Reproductive Ageing Workshop*) para proponer una nueva nomenclatura y un sistema de estadificación para objetivar el envejecimiento ovárico que incluyese criterios menstruales y hormonales cuantitativos. El método STRAW fue revisado y actualizado en 2011<sup>46</sup>. Este sistema de estadificación, “STRAW+10”, es ampliamente considerado como el estándar o patrón de oro para determinar el envejecimiento reproductivo desde la fase reproductiva hasta la menopausia y más allá (Tabla 1)<sup>47</sup>.

		Staging for Reproductive Ageing Workshop (STRAW+10)									
		Menarquia						Menopausia			
Etapa		-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminología		Reproductiva			Perimenopausia			Posmenopausia			
		Temprana	Media	Tardía	Temprana	Tardía	Temprana	Tardía	Resto de la vida		
Duración	Variable				Variable	1 a 3 años	2 años (1+1)	3-6 años			
<b>Criterio principal</b>											
<b>Ciclo menstrual</b>		regular	regular	Cambio sutil en flujo/variación	Variable a regular	Intervalo de amenorrea >= 60días	duración ciclos consecutivos				
<b>Endocrino</b>											
FSH		Variable	Baja	Variable *	↑ Variable *	↑ >25 IU/L**	↑ Variable	Estabilizada			
AMH			Baja	Baja	Baja	Baja	Muy baja				
Inhibina B				Baja	Baja	Baja	Muy baja				
Conteo foliculos Antrales			Bajo	Bajo	Bajo	Muy bajo	Muy bajo				
<b>Características descriptivas</b>											
<b>Síntomas</b>						Síntomas vasomotores probables	Síntomas vasomotores más probables	Aumento síntomas atrofia urogenital			

FSH: hormona Folículo Estimulante; AMH: hormona antimulleriana; \*: Sangre extraída en días 2-5 del ciclo = ↑ elevada.

**Tabla 1.** Taller del envejecimiento reproductivos STRAW + 10. Elaboración propia; Referencia: Harlow SD, et al. STRAW + 10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive <sup>45</sup>.

Como se observa en la tabla 1, el sistema "STRAW+10" divide la vida reproductiva de las mujeres en tres fases principales, cada una con etapas específicas basadas en cambios hormonales, especialmente en los niveles de la hormona FSH y los ciclos menstruales.

Las fases incluyen un total de siete etapas centradas en el período menstrual final (etapa 0). La fase reproductiva se divide en etapas las etapas -5, -4 y -3 (reproductiva temprana, media y tardía, respectivamente). La etapa de transición menopáusica consta de dos fases -2 (temprana) y -1 (tardía), finalmente la etapa posmenopáusica con dos fases +1 (temprana) y +2 (tardía) (Tabla 1).

### 1. Reproducción (Fase Reproductiva):

- Fase -5 (Reproductiva Temprana): Ciclos menstruales variables a regulares con niveles hormonales estables. Esta fase generalmente incluye la adolescencia y al adulto joven, cuando las mujeres tienen una alta fertilidad.
- Fase -4 (Reproductiva Media): Los ciclos menstruales siguen siendo regulares. La fertilidad sigue siendo alta.
- Etapa -3b (Reproductiva Tardía): Los ciclos menstruales permanecen regulares. La fertilidad puede comenzar a disminuir.
- Etapa -3a (Reproductiva Tardía): Cambios sutiles en los ciclos menstruales permanecen regulares, hay un inicio de cambios en la función ovárica. La fertilidad puede comenzar a disminuir (Premenopausia)

### 2. Perimenopausia (Transición a la Menopausia):

- Etapa -2 (Transición Temprana a la Menopausia): Se caracteriza por variaciones en la longitud del ciclo menstrual, aunque las menstruaciones aún ocurren con una cierta regularidad. Los niveles de FSH comienzan a elevarse, lo que indica una disminución de la reserva ovárica.
- Etapa -1 (Transición Tardía a la Menopausia): Hay una mayor irregularidad en los ciclos menstruales, con una frecuencia creciente de ciclos anovulatorios, probables síntomas vasomotores. Esta etapa culmina en la última menstruación.

### 3. Posmenopausia

- Etapa +1a+1b+1c (Posmenopausia Temprana, 8-10 años): +1a este periodo comienza después de la última menstruación, conocida como menopausia. Se caracteriza por niveles elevados de FSH y de bajos hormonales, los síntomas vasomotores pueden estar presentes.
- Etapa +2 (Posmenopausia Tardía, resto de la vida): Durante esta etapa, el hipoestrogenismo conlleva, los cambios en la salud vaginal y ósea pueden ser más acentuados.

#### Aplicaciones del Sistema "STRAW+10"

El sistema "STRAW+10" es ampliamente utilizado pues ayuda a identificar los cambios hormonales, evaluar la función ovárica y clasificar la etapa reproductiva de las mujeres desde la menarquía hasta la posmenopausia<sup>13,48</sup>.

#### **I.1.6. Transición menopausia**

La premenopausia generalmente comienza en la década de los 40 años, aunque puede empezar antes, en los 30 años. Esta fase puede durar entre 4 y 12 años antes de que las mujeres lleguen a la menopausia. Se caracteriza por ciclo menstruales regulares y los cambios oscilantes de las hormonas endocrinas, principalmente la hormona FSH<sup>27</sup>.

Para la mayoría de las mujeres, la perimenopausia comienza cuatro años antes del último período menstrual (menopausia) y se define por los ciclos menstruales irregulares y los cambios endocrinos. Las mujeres suelen experimentar, en mayor o menor medida, síntomas durante la perimenopausia, que pueden persistir hasta 6 a 7 años después del último período menstrual<sup>49</sup>. La transición menopáusica (TM) comprende un periodo de cambios al aproximarse las mujeres al final de la vida reproductiva. En este periodo queda comprometida la capacidad ovulatoria, ocurren trastornos menstruales, puede haber metrorragias disfuncionales<sup>1,27,30,44,45</sup>, apareciendo los síntomas relacionados con estos cambios<sup>27,44,45</sup>. Los síntomas climatéricos son bien conocidos; los vasomotores<sup>44,45,50,51</sup> y sequedad vaginal<sup>52</sup>.

Otros síntomas pueden incluir sudores nocturnos, trastornos del sueño, irritabilidad y pérdida de concentración<sup>27,44,45</sup>, así como dolor muscular o articular. Los dolores de cabeza y las migrañas también pueden empeorar durante la perimenopausia<sup>45,53</sup>. Los síntomas afectan negativamente a varios aspectos de la calidad de vida de una mujer, incluida la salud general y el bienestar social<sup>12,15,16</sup>.

### **I.1.7. Etapa no reproductiva: menopausia**

Como ya se ha indicado, la menopausia natural es definida como la ausencia de menstruación por un periodo de 12 meses, es un evento universal que experimenta todas las mujeres de mediana edad. Este proceso puede ocurrir espontáneamente (menopausia natural) o ser iatrogénico (menopausia secundaria: intervención quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, etc.) Además, puede clasificarse como "temprana" si ocurre antes de los 45 años y "prematura" si ocurre antes de los 40 años.

La edad de aparición e instauración de la menopausia en una mujer influye en los resultados de salud y calidad de vida posteriores a esta etapa del ciclo vital femenino. La menopausia temprana se asocia con un menor riesgo de cáncer de mama, pero con mayores riesgos de osteoporosis prematura, enfermedad cardiovascular y muerte prematura. Los síntomas de la menopausia y las secuelas adversas para la salud se deben a la pérdida de la producción de estrógenos. Según la OMS<sup>14</sup> generalmente ocurre entre los 45 y 55 años y varía entre diferentes etnias por lo que se intuye que la mujer vivirá un tercio o más de su vida después de la menopausia. La OMS predijo para el año 2030, más de 1.200 millones de mujeres en el mundo tendrán 50 años y estarán experimentando la menopausia<sup>14</sup>.

En base a los indicadores demográficos básicos que publica el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>17</sup>, a 1 de enero de 2024 en la Región de Murcia había una cifra de 12.182 mujeres con 50 años y en España la cifra en las mismas fechas de 788.342. Estos datos no sugieren que en España en el 2024 tenemos casi un 800.000 de mujeres, las cuales, están experimentando la transición menopáusica.

Según el estudio longitudinal de tres años de seguimiento de Lujan-Barroso *et al*<sup>54</sup> realizado a 16.562 mujeres de la geografía española pertenecientes a las provincias de Asturias, Granada, Murcia y San Sebastián, la edad media de la menopausia natural en España se sitúa en los 51 años cumplidos; en lo concerniente, al país vecino Portugal, la edad media de la menopausia se localiza más tempranamente, a los 48,72 años<sup>55</sup>. Países como el Reino Unido sitúan la edad media en los 50,5 años<sup>56</sup>; y otro estudio del país nórdico noruego<sup>57</sup> observó una clara tendencia de aumento de la edad de la menopausia. Igualmente, se ha observado que en las mujeres nacidas 1936-1939 la edad de la menopausia fue de 50,31 años mientras que en las mujeres nacidas entre 1960-1964 fue de 52,73 años; estos datos coinciden con los de otro estudio de carácter longitudinal realizado en Estados Unidos<sup>58</sup>, el cual concluyó que la edad media en la menopausia natural había aumentado de los 48,4 años a los 49,9 años; situándose en la actualidad en los 51,4 años según los datos SWAN19 y ligeramente superior, 52,5 años, entre las participantes de la cohorte longitudinal<sup>59</sup>.

El estudio Leone, Brow y Gemmil<sup>60</sup> establecieron una fórmula matemática para poder predecir la edad de la menopausia en países de bajos ingresos, dado que carecen de estudios longitudinales, los cuales son los indicados para establecer con precisión la edad media de la menopausia natural. Los datos presentados son los siguientes: Asia Central 45,3 años, América Latina y el Caribe 44,4 años, África del Norte/Asia Occidental 44,7 años, Asia Meridional y Sudoriental 43,7 años y África Subsahariana 44,1 años respectivamente.

En el país de bajos ingresos como por ejemplo Somalia, en un estudio transversal reciente, la edad de la menopausia natural fue de 45 años<sup>61</sup>. Cifra en un rango muy similar a los presentados por el estudio de Leone, Brow y Gemmil. Lo cual sugiere que los recursos económicos pudieran ser un factor de predisposición para una menopausia más temprana<sup>60</sup>.

El estudio realizado por Palacios *et al.*<sup>62</sup> global de Europa y América, obtuvieron resultados con una horquilla de edad de 10 años, por ejemplo las mujeres europeas tenían una media de edad de la menopausia de 50,2 a 52,8, mientras en

países como América latina tenían una edad media de 43,8 a 53 años, en América del Norte de 50,5 a 51,4 años, y en Asia de 42,1 a 49,5 años. Curiosamente hace sospechar que en los países de bajos ingresos, las mujeres experimenta la menopausia a una edad más temprana.

El meta-análisis realizado por Schoenaker *et al.*<sup>63</sup> Sobre la edad de la menopausia natural incluyó 36 estudios y encontró que la edad media general de la menopausia fue de 48,78 años, con un intervalo de confianza del 95% (48,33-49,22 años). Sin embargo, hubo una heterogeneidad significativa entre los estudios ( $I^2=99,6\%$ ), con edades medias que variaron entre 46 y 52 años. El análisis por subgrupos según la región geográfica mostró que la edad de la menopausia era generalmente menor en países como África, Latinoamérica, Asia y Oriente Medio, y más alta en Europa y Australia, seguidos por los Estados Unidos. Este patrón, persistió con considerable heterogeneidad entre los países de cada región. El análisis de meta-regresión puso de manifiesto que la región geográfica estaba estadísticamente asociada con la media de la menopausia y explicaba el 68,5% de la heterogeneidad observada. En conjunto, estos factores explicaron el 71,1% de la variabilidad entre los estudios.

Finalmente, por menopausia natural o fisiológica. Ésta, última causa, ocurre en promedio a los 50 años de edad, con amplio rango entre 48 y 58 años, dependiendo de factores como predisposición genética, paridad, índice de masa corporal, nivel educativo, altitud geográfica de la población, tabaquismo y recursos económicos<sup>63</sup>.

### **I.1.8. Climaterio y Menopausia: impacto en la salud**

Como se ha mencionado en apartados precedentes, la hormona estrogénica desempeña un papel crucial en la salud femenina y su déficit por la pérdida de la función ovárica puede tener múltiples efectos en el organismo, lo que justifica la gestión de esta etapa de la vida sea muy importante para conservar la calidad de vida de las mujeres<sup>12,22,34</sup>.

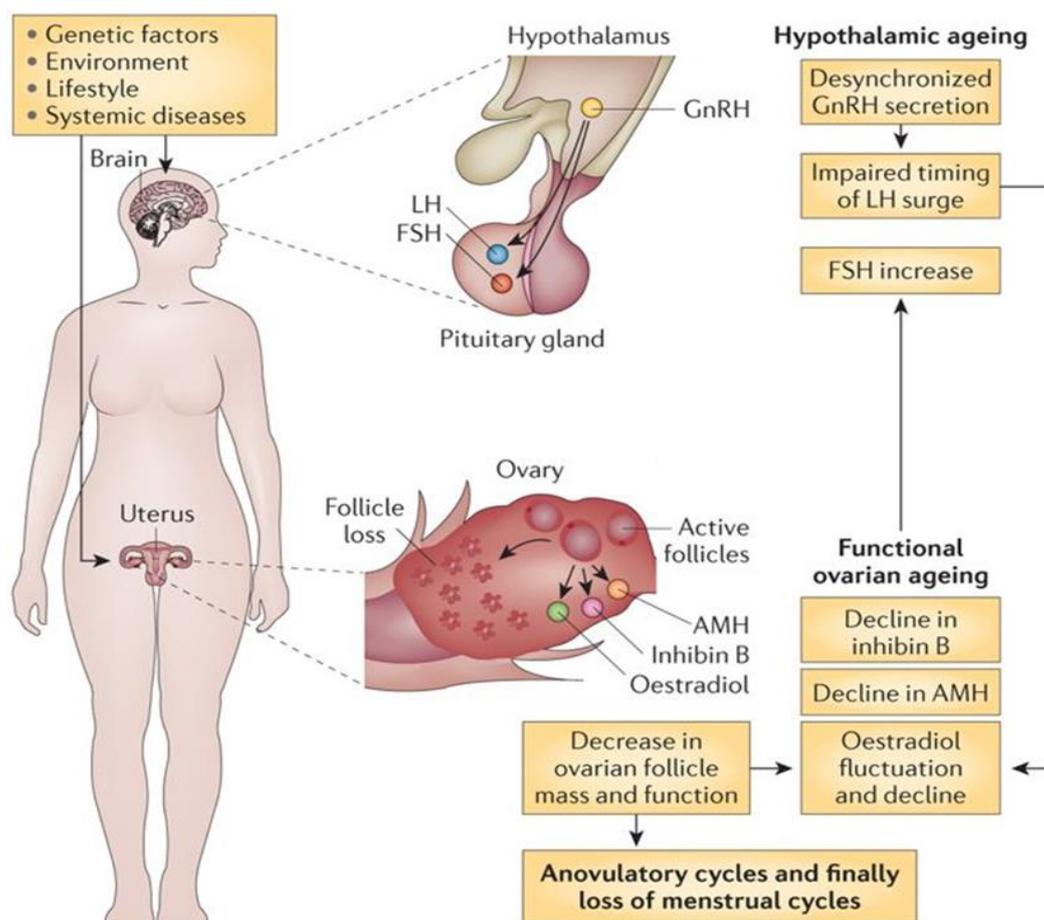
**Enfermedad coronaria.** El meta-análisis publicado por JAMA y realizado por Muka, et al<sup>64</sup> pone luz a las lagunas existentes sobre los riesgos cardiovasculares después de la menopausia. Los resultados del meta-análisis, en el que incluyeron a un total de 310.329 mujeres, resultaron relevantes. Se compararon los resultados entre mujeres que experimentaron la menopausia antes de los 45 años y aquellas que la experimentaron después de los 45 años o más. Las mujeres que tuvieron la menopausia antes de los 45 años mostraron un mayor riesgo de enfermedad coronaria general (riesgo relativo 1,50), enfermedad coronaria mortal (1,11) y mortalidad por accidente cardio vascular (1,19), entre otros. En comparación, con las mujeres que experimentaron la menopausia más tardía (50-54 años), que tenían un menor riesgo relativo (0.87) de enfermedades coronarias mortales. Los hallazgos nos sugieren, el beneficio que ejercen las hormonas sexuales en prevención de los accidentes cardio vasculares y en la preservación de la salud.

**Osteoporosis.** El metabolismo óseo, también está estrechamente ligado a la pérdida de estrógenos. La osteoporosis es una condición común en mujeres posmenopáusicas, lo que puede llevar a una alta morbilidad y mortalidad. Aunque la principal causa es atribuida al déficit estrogénico, también desempeña un papel importante otros factores relacionados como son, la edad avanzada, la genética, el tabaquismo, la delgadez, y diversas enfermedades y medicamentos que afectan la salud ósea<sup>65,66</sup>. La deprivación de estrógenos puede contribuir a incrementar el riesgo cardiometabólico, de diabetes tipo II y a alterar el perfil lipídico con consecuencias para la salud<sup>67</sup>.

**Síndrome genitourinario de menopausia (SGM):** afecta aproximadamente entre el 27% y el 84% de mujeres posmenopáusicas y puede tener un efecto deletéreo significativo en la salud, la función sexual y la calidad de vida, es probable que el SGM no se diagnostique ni se trate adecuadamente. Describe una variedad de síntomas genitales, sexuales, atrofia vaginal y urinarios desagradables que pueden ser aislados o coexistentes y no están relacionados con otras afecciones médicas que no sea el hipoestrogenismo<sup>68</sup>. Es una condición generalizada con un gran impacto en la calidad de vida y la autoimagen<sup>69-71</sup>. Algunos estudios lo asocian a

problemas sexuales en el climaterio y a la denominada disfunción sexual femenina (DSF)<sup>72,73</sup>.

El hipoestrogenismo, es el promotor en el declive de la salud de las mujeres en la etapa del climaterio, afecta al sistema cardiovascular, la homeostasis de la piel, el holismo óseo, la función cognitiva y la salud sexual (Figura 9)<sup>33,35,52,66,74-79</sup>.



**Figura 9.** Pérdida de la función ovárica durante la menopausia. Varios procesos contribuyen a la disminución de la función ovárica y al desarrollo de la menopausia, entre ellos: envejecimiento hipotalámico y funcional de los ovarios; factores ambientales, genéticos y de estilo de vida; y enfermedades sistémicas. El envejecimiento hipotalámico conduce a una producción desincronizada de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) y a un aumento deficiente de la liberación de la hormona luteinizante (LH) de la glándula pituitaria. Estos cambios en el sistema nervioso central, junto con el envejecimiento ovárico, perjudican la maduración del folículo ovárico, la producción de hormonas (inhibina B, hormona antimülleriana (AMH) y estradiol) y la ovulación. Esto conduce a irregularidades en el ciclo y a una regulación positiva de la hormona folículo estimulante (FSH); Referencia Davis SR, *et al.* (2015)<sup>12</sup>

## I. 2. SALUD SEXUAL

La sexualidad como un aspecto clave del desarrollo del ser humano a lo largo de toda su vida<sup>80</sup>. Los cuidados de la salud sexual, como parte integral de la salud en la atención sanitaria, han sido marcados por la OMS, este organismo reunió en 1974 a un comité de expertos en materia de sexología afín de, sentar las bases para una comprensión integral de la sexualidad humana y su relación con la salud. Las conclusiones de dicha reunión se plasmaron en el documento: *“Capacitación y tratamiento en cuestiones de sexualidad humana: la formación de profesionales de la salud*. La salud sexual quedó definida como

*“la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.*

Es parte esencial de los seres humanos y de su bienestar individual y social. Esta connotación influye tanto en hombres como en mujeres; si existe alguna alteración en la sexualidad, se convierte en un problema de salud que afecta el bienestar físico y mental llegando inclusive a alterar el equilibrio familiar, laboral y social. Todo individuo tiene derecho fundamental, el derecho a la salud sexual y al control y desarrollo de su conducta sexual y reproductiva de acuerdo con los principios de ética individual y social. La OMS define la salud sexual como <sup>81</sup>

*“Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se mantenga, los derechos sexuales de todas personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos con plenitud”<sup>81</sup> (OMS 2006)*

La sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida del ser humano, emocional y psicológica<sup>82</sup>. No se puede definir ni comprender ni poner en práctica si no se considera la sexualidad en sentido amplio, como un elemento subyacente de importante comportamiento y resultados relativos a la salud sexual <sup>81</sup>. La esfera sexual en el ser humano tiene una notable relevancia, por ser un mundo de sentimientos y sentidos dentro del universo humano que genera armonía,

bienestar, autoestima, ternura, complicidad, y protección, tan beneficiosos para cualquiera, por lo que la misma comprende también aspectos éticos intrínsecos que son de gran importancia<sup>83</sup>.

La sexualidad humana es multifactorial y depende de la integración de determinantes psicológicos, biológicos, relacionales y socioculturales. El concepto de multidimensionalidad de la sexualidad es aún más cierto en el género femenino<sup>84</sup>. Sin embargo, existen razones médicas, psicológicas y sociales que complican la salud sexual saludable y que con frecuencia no se atienden lo suficiente<sup>85</sup>. Este asunto se vuelve más especial, cuando las mujeres atraviesan la menopausia y en la salud sexual se percibe un detrimento acusado<sup>86</sup>.

A pesar de que suele asumirse que las mujeres pierden interés en el sexo tras la menopausia, la sexualidad sigue siendo un aspecto moderadamente o extremadamente importante para muchas mujeres en el climaterio. Sin embargo, en entornos clínicos<sup>59</sup>, las discusiones sobre salud sexual son silenciadas, solamente un pequeño porcentaje de mujeres en esta etapa ha planteado sus problemas sexuales en un entorno sanitario<sup>86</sup>.

Se necesita un enfoque integrado para reconocer los diferentes aspectos involucrados e identificar las estrategias de intervención adecuadas para la prevención temprana y la promoción de una sexualidad saludable en la etapa crucial de la vida. La menopausia y el final de la fertilidad dejan a las mujeres de 50 años o más desatendidas en una agenda de atención sanitaria enmarcada a través de una lente de función reproductiva<sup>86</sup>.

El estudio Patterson y Jehan de 2024<sup>87</sup> sugiere que comportamiento sexual de las personas está influenciado por guiones o normas predefinidas por la sociedad, las cuales dependen de factores como el género, la edad y la etapa de vida en la que se encuentren (como por ejemplo la menopausia). Estas normas sociales determinan cómo debería ser la sexualidad de una persona en función de esas características. Dichos prejuicios y normas sociales, pueden dificultar que las mujeres en una etapa crucial como la del climaterio busquen atención médica para

su salud sexual, ya sea porque sienten vergüenza o porque no reciben la atención adecuada que necesitan.

Cuando las mujeres cruzan la barrera de los 50 y entra en declive de la salud sexual. Se debe considerar todos los aspectos involucrados en la sexualidad durante la menopausia, como los factores físicos, emocionales y relacionales. Para promover una sexualidad saludable en esta etapa de la vida, es importante identificar estrategias de intervención tempranas que ayuden a prevenir posibles problemas. Esto significa abordar la salud sexual desde diferentes ángulos para mejorar el bienestar de las mujeres durante la vida restante. Revisar su historia clínica anterior y posterior porque si su vida sexual no fue plena antes de la menopausia, difícilmente los será cuando esta acontezca<sup>85,88</sup>.

### **I.2.1. Respuesta sexual**

El término respuesta sexual fue introducido en la obra pionera, homónima, de William Masters y Virginia Johnson en 1966<sup>89</sup>

*“El termino respuesta sexual humana designa el conjunto de cambios psicológicos, neurofisiológicos, vasculares y hormonales que acompañan a la realización de actos sexuales”*

Master y Johnson fueron los primeros en estudiar la fisiología del acto sexual<sup>90</sup> con una “respuesta sexual femenina en cuatro fases: excitación, plateu o meseta, orgasmo y resolución”

### **Modelo fisiológico de W. Master & V. Johnson respuesta sexual**

El Modelo de Respuesta Sexual Humana propuesto por William Master y Virginia Johnson en 1966<sup>89</sup> describe el ciclo de respuesta sexual en cuatro fases principales (figura 10). Estas fases, también llamado modelo lineal de Master y Johnson, basadas en observaciones y estudios fisiológicos, son aplicables tanto a hombres como a mujeres, aunque hay algunas diferencias en cómo se experimentan. Ciclo de respuesta sexual específico para las mujeres:

### 1. Excitación

En esta fase inicial, el cuerpo de la mujer responde a la estimulación sexual con varios cambios fisiológicos. Algunos de los signos incluyen:

- Lubricación vaginal: Es uno de los primeros signos de excitación en las mujeres. Las glándulas de Bartholin y otras glándulas en la vagina secretan un líquido claro que facilita la penetración.
- Aumento del flujo sanguíneo: Los tejidos de los genitales externos, como el clítoris, los labios mayores y menores, se hinchan debido a un aumento en el flujo sanguíneo.
- Cambios en los pechos: Los senos pueden aumentar de tamaño y los pezones pueden endurecerse y volverse erectos.
- Aceleración del pulso y la respiración: A medida que la excitación aumenta, el pulso y la respiración se aceleran.

### 2. Meseta

En la fase de meseta, las respuestas del cuerpo que comenzaron durante la fase de excitación se intensifican. Esta fase puede durar desde unos minutos hasta varios minutos, dependiendo de la situación. Los cambios los cuales envuelven ciertas circunstancias que deben darse, habiendo superado fase anterior:

- Intensificación de la congestión genital: El clítoris se vuelve más sensible y se retrae ligeramente bajo su capuchón.
- Engrosamiento de las paredes vaginales: la apertura de la vagina se estrecha, los labios menores se oscurecen e hinchan, consiguiendo una mayor expansión vaginal, formando lo que se denomina plataforma orgásmica
- Enrojecimiento de la piel: Algunas mujeres experimentan un enrojecimiento en áreas como el pecho y la cara, llamado a modo rubor sexual.
- Aumento de la tensión muscular: Hay un incremento en la tensión muscular general en todo el cuerpo.

### 3. Orgasmo

El orgasmo es el punto culminante de la respuesta sexual, caracterizado por una serie de contracciones rítmicas e involuntarias de los músculos del suelo pélvico y los órganos genitales. Durante esta fase:

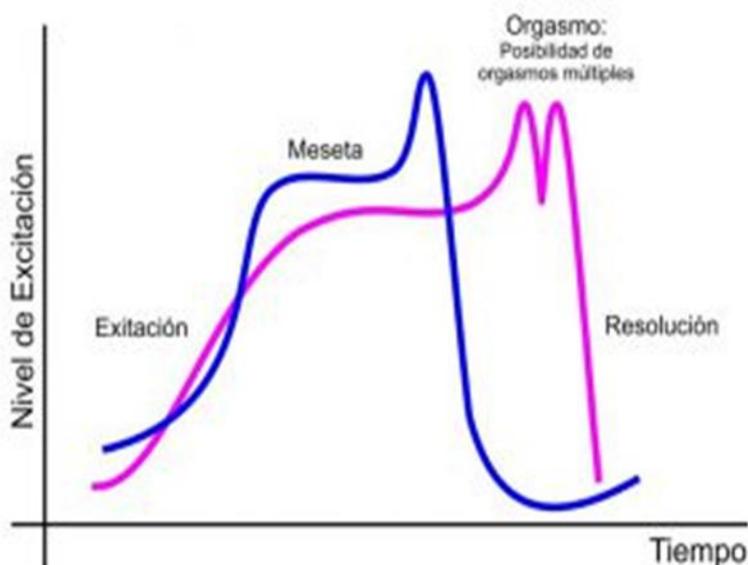
- Contracciones musculares: Los músculos de la vagina, el útero y el esfínter anal experimentan contracciones rítmicas.
- Liberación de tensión sexual: Se produce una sensación intensa de placer y liberación de tensión acumulada.
- Pico de sensaciones físicas y emocionales: La experiencia del orgasmo puede variar significativamente entre mujeres, pero generalmente se describe como una experiencia altamente placentera tanto física como emocionalmente.

### 4. Resolución

En la fase de resolución, el cuerpo regresa gradualmente a su estado de reposo previo a la excitación. Los cambios fisiológicos que ocurrieron durante las fases de excitación y meseta se revierten lentamente:

- Disminución del flujo sanguíneo: Los genitales y los senos vuelven a su tamaño y color normales.
- Relajación muscular: Los músculos que estuvieron tensos durante el orgasmo se relajan.
- Sensación de bienestar y relajación: Muchas mujeres experimentan una sensación de relajación profunda y bienestar después del orgasmo.

Las mujeres a diferencia de los hombres, pueden experimentar orgasmos múltiples si se continúa con la estimulación adecuada, debido a la ausencia de un período refractario estricto, el cual si existe en los hombres. Este periodo refractario es el tiempo que el cuerpo necesita para recuperarse antes de poder alcanzar otro orgasmo. En las mujeres, este periodo es mucho más corto o incluso inexistente, lo que permite la posibilidad de experimentar orgasmos múltiples contiguos.



**Figura 10.** Modelo de la respuesta sexual de Master & Johnson; Fuente: Kingberb y Woodar (2015)<sup>93</sup>

El modelo de la respuesta sexual Master y Johnson se consideran los adelantados. Su comprensión de la sexualidad femenina y masculina fueron de gran importancia. No obstante, posteriormente se postularon modelos adicionales que consideraron los factores emocionales, psicológicos y en el contexto de la relacional<sup>90,91</sup>.

### **La respuesta sexual Helen Kaplan en 1979 en las mujeres**

Helen Singer Kaplan, una reconocida psicoterapeuta y sexóloga, propuso en 1979 un modelo de respuesta sexual más simplificado que el de Master y Johnson. El llamado modelo trifásico sugirió que el ciclo de respuesta sexual se compone de tres fases principales en lugar de cuatro. Estas fases son más enfocadas en el proceso psicológico y emocional que en los cambios fisiológicos. Seguidamente, se muestra una breve sinopsis de las fases de la respuesta sexual de Helen G. Kaplan específicamente para las mujeres:

### 1. Deseo

- La fase inicial del ciclo de respuesta sexual según Kaplan. A diferencia del modelo de Master y Johnson, Kaplan incorpora el componente del deseo sexual como un paso crucial en la respuesta sexual humana.
- Se refiere a una sensación subjetiva de interés sexual y atracción, que puede incluir pensamientos, fantasías y motivación para involucrarse en la actividad sexual. Es una respuesta psicológica que puede ser espontánea o ser desencadenada por estímulos externos.
- El deseo es muy importante porque inicia el proceso de excitación. Sin deseo, la excitación y el orgasmo pueden ser difíciles de alcanzar.

### 2. Excitación

Esta fase implica tanto la excitación física como emocional. Es similar a la fase de excitación descrita por Master y Johnson, pero Helen Singer enfatiza más el aspecto psicológico y emocional.

- Las características principales que incluye son cambios fisiológicos como la lubricación vaginal, el aumento del flujo sanguíneo hacia los genitales, y la aceleración del ritmo cardíaco y la respiración. Además, Kaplan resalta la importancia de factores emocionales y psicológicos, como la conexión emocional y el confort durante la actividad sexual, que pueden influir en la intensidad de la excitación.
- El proceso se basa en el aumento de la excitación, el cuerpo se prepara para la actividad sexual con respuestas fisiológicas que facilitan el acto sexual y el orgasmo.

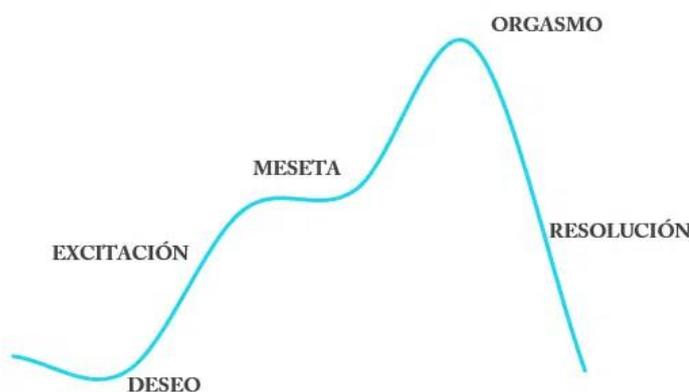
### 3. Orgasmo

Esta fase representa el clímax de la respuesta sexual. Al igual que en el modelo de Masters y Johnson, el orgasmo es el resultado de la acumulación de tensión sexual durante la fase de excitación.

- El orgasmo se manifiesta como una serie de contracciones musculares rítmicas e involuntarias de los músculos del suelo pélvico, de la vagina, el

útero y el esfínter anal. Es una experiencia altamente placentera y puede incluir tanto respuestas físicas como emocionales.

- Kaplan hace hincapié en el componente emocional y subraya que el orgasmo no solo es una respuesta física sino también una experiencia emocional significativa que puede estar influenciada por factores psicológicos y relacionales.



**Figura 11.** Modelo Trifásico de la respuesta sexual Helen Kaplan;  
Fuente: Kingberg y Woodar (2015)<sup>93</sup>

Las diferencias y aspectos clave del modelo de Helen, es el énfasis que ella pone en el deseo, a diferencia del modelo de Master y Johnson, Helen encaja el deseo como una fase diferente y decisiva (sin deseo la respuesta sexual se rompe). Helen subraya que muchas disfunciones sexuales comenzaban con problemas en la fase del deseo. Por eso ella simplifica el modelo de respuesta sexual a tres fases para destacar la importancia del deseo en el proceso sexual<sup>92</sup>. Esto facilita el enfoque en el tratamiento de disfunciones sexuales desde un punto de vista psicológico. Por tanto, su modelo tantea que la respuesta sexual humana no es solo un fenómeno fisiológico, sino también psicológico, junto con el contexto emocional y mental de las personas puede afectar significativamente cada fase<sup>93</sup>.

### **Modelo sexual no lineal de Rosmari Basson (año 2000)**

Rosmari Basson<sup>91</sup> observa las limitaciones de los modelos lineales anteriormente citados. Su modelo aporta una visión más flexible y compleja de la sexualidad en las mujeres, subrayando que puede no ser lineal y que está profundamente influenciado por las relaciones emocionales y el contexto de una relación. Basson enfatiza la idea de que el deseo sexual femenino puede no ser necesariamente espontáneo, sino que puede surgir como resultado de la intimidad emocional, el contexto de la experiencia sexual en curso.

Según describe la respuesta al estímulo sexual, en muchas mujeres, el deseo sexual puede aparecer después de que se ha comenzado una actividad sexual (es decir, excitación física o estimulación), lo que significa que el deseo no siempre es el inicio del ciclo sexual, como se plantea en los modelos tradicionales anteriormente citados. Además, sugiere que puede ser una motivación de intimidad emocional o a factores no sexuales, como la conexión emocional con la pareja o la búsqueda de cercanía<sup>91</sup>.

Rosmari Basson enfatiza la relación de la pareja como factor clave en la respuesta sexual: los factores emocionales, la calidad de la comunicación y los sentimientos hacia la pareja pueden influir en el nivel de deseo y excitación independientemente de si experimentan orgasmo<sup>91,94</sup>.



**Figura 12.** Modelo no lineal de Basson sobre respuesta sexual femenina;  
Adaptada: Basson R. *Obstet Ginecol.* 2001;98 (2); 350-539<sup>94</sup>

### I.2.2. Respuesta sexual en el climaterio

Los factores los cuales pueden influir son múltiples y se pueden trasladar tanto a **la esfera biológicos, como psicológicos y las relaciones sociales**. También influyen en la salud sexual de las mujeres y pueden afectar negativamente el ciclo de respuesta sexual, provocando cambios importantes en el deseo, la excitación, el orgasmo y la satisfacción<sup>82</sup>. Los cambios que ocurren con la edad y la etapa del climaterio pueden afectar al buen funcionamiento de varios sistemas biológicos esenciales para la respuesta sexual, como es el equilibrio hormonal, los músculos y el flujo sanguíneo. Las hormonas sexuales, especialmente los niveles bajos de estradiol (el estrógeno más potente durante la vida fértil), el estado físico y mental, y los sentimientos hacia la pareja son muy importantes para la sexualidad de las mujeres en la menopausia natural<sup>59,78</sup>. Además, la falta de andrógenos, que suele ser más común en la menopausia quirúrgica, impacta negativamente en el deseo y la respuesta sexual de las mujeres<sup>95-97</sup>.

La menopausia representa un hito fisiológico en la vida de una mujer, pero la capacidad de adaptarse a esta transición endocrina puede ser problemática,

porque tiene un impacto en varias dimensiones del bienestar físico y psicológico, incluida la función sexual<sup>59,98,99</sup>.

La respuesta sexual en las mujeres durante esta etapa es especialmente complicada, debido a una compleja red de interacciones emocionales, neuronales y hormonales, el acercamiento de la relación con la pareja sexual y fluctuaciones dramáticas en los niveles hormonales, puede causar sentir una angustia en las relaciones sexuales. Los datos basados en evidencia, sugieren un enfoque de atención pautada para el diagnóstico y tratamiento de las mujeres con problemas de sexuales. Es importante considerar intervenciones multidisciplinarias cuando sea necesario (86). La evaluación de problemas de salud sexual incluye: componentes como la consulta psicológica, la revisión de la historia clínica, el examen físico y si es necesario pruebas de laboratorio<sup>86,100</sup>. Los puntos principales para la evaluación es obtener una buena historia holística sobre la sexualidad, el estado de salud general, los aspectos psicosociales de las mujeres y la relación con pareja<sup>96</sup>. No hay que olvidar, si están viven en un ambiente abuso o de violencia<sup>101-103</sup>.

### **I. 2.3. Disfunción sexual en el climaterio**

El diagnóstico de las disfunciones sexuales femeninas se basa en los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Se refiere sólo a los aspectos psicológicos de la disfunción sexual. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), o DSM-V<sup>104</sup>. La preocupación y las críticas permanentes a las definiciones de los trastornos sexuales femeninos identificados, cuarta edición (DSM-IV), pues solo trataba los aspectos psicológicos de las disfunciones sexuales, condujeron a la publicación de definiciones revisadas en 2013<sup>105</sup>. El DSM-IV recibió múltiples críticas pues consideraba que el deseo sexual era necesario antes de una respuesta sexual saludable tanto en hombres como en mujeres, ahora se acepta la investigación que confirma que el deseo puede seguir y acompañar a una respuesta sexual saludable de excitación ante estímulos sexuales. Además, ahora se aprecia la excitación

como una experiencia de placer subjetivo, no solo como un fenómeno genital físico. Por lo tanto, la definición de deseo, interés y excitación. Por consiguiente, los trastornos sexuales femeninos han cambiado acertadamente: Debido a la falta de una distinción clara entre el vaginismo y otras causas de dolor sexual en la penetración vaginal. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V) utiliza el término general de trastorno de dolor por penetración genito-pélvica. Estas otras causas incluyen no solo la vestibulodinia provocada por el síndrome genitourinario de la menopausia, que generalmente se superpone con el vaginismo, sino también otras entidades más ginecológicas, por ejemplo, la falta de lubricación asociada con la falta de estrógeno, que a menudo invoca la respuesta refleja de contracción de los músculos pélvicos. En la actualidad, existen tres criterios para diagnosticar de trastorno sexual: los síntomas deben haber persistido durante un mínimo de 6 meses; experimentar en todos o casi todos (75%–100%) los encuentros sexuales desasosiego, incomodidad, molestia, etc. Y haber causado un malestar clínicamente significativo, lo que se trasfiere a causar angustia. Desafortunadamente, los cuestionarios validados para diagnosticar los trastornos sexuales según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición DSM-V aún no están disponibles, por lo que la prevalencia de los trastornos sexuales tal como se entiende actualmente aún es desconocida<sup>105</sup>.

Definiciones de trastornos sexuales en mujeres, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría<sup>104</sup>.

### **Trastorno del interés/excitación sexual femenina**

Falta de interés/excitación sexual durante un mínimo de 6 meses, manifestada por al menos tres de los siguientes indicadores:

1. *“Falta de interés/excitación sexual durante un mínimo de 6 meses, manifestada por al menos tres de los siguientes indicadores:*
2. *Ausencia o reducción de la frecuencia o intensidad de interés en la actividad sexual*

3. *Ausencia o reducción de la frecuencia o intensidad de pensamientos o fantasías sexuales o eróticas*
4. *Ausencia o reducción de la frecuencia de inicio de la actividad sexual y, por lo general, no es receptiva a los intentos de la pareja de iniciarla*
5. *Ausencia o reducción de la frecuencia o intensidad de la excitación o el placer sexual durante la actividad sexual en todos o casi todos los encuentros sexuales (aproximadamente el 75 %)*
6. *El interés o la excitación sexual están ausentes o son provocados con poca frecuencia por cualquier señal sexual o erótica interna o externa (por ejemplo, escrita, verbal, visual, etc.)*
7. *Ausencia o reducción de la frecuencia o intensidad de sensaciones genitales y/o no genitales durante la actividad sexual en todos o casi todos los encuentros sexuales (aproximadamente el 75 %).*

### **Trastorno orgásmico femenino**

Al menos uno de los dos síntomas siguientes, donde el síntoma o los síntomas deben haber estado presentes durante una duración mínima de aproximadamente 6 meses y experimentarse en todos o casi todos los encuentros sexuales (aproximadamente el 75 %) de las ocasiones de actividad sexual:

1. *“Retraso marcado, falta marcada de frecuencia o ausencia del orgasmo*
2. *Intensidad marcadamente reducida de la sensación orgásmica”*

### **Trastorno de penetración/dolor genitopélvico**

Dificultades persistentes o recurrentes durante una duración mínima de aproximadamente 6 meses con uno o más de los siguientes:

1. *“Dificultad marcada para tener relaciones sexuales/penetración vaginal*
2. *Dolor vulvovaginal o pélvico marcado durante las relaciones sexuales/intentos de penetración vaginal*
3. *Miedo o ansiedad marcados por el dolor vulvovaginal o pélvico en la penetración vaginal*

4. *Tensión o endurecimiento marcados de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal”*

Establece la diferenciación de las mujeres con y sin disfunción sexual<sup>104-106</sup>

#### **I.2.4. Factores de riesgo de disfunción sexual en el climaterio**

Las confusiones del DSM-IV, propició el Consenso Internacional para la Clasificación de la Disfunción Sexual Femenina basada (CCFSD, por sus siglas en inglés, Consensus-based Classification of Female Sexual Dysfunction), este organismo desarrolló una clasificación más acorde con la práctica clínica, manteniendo las cuatro áreas básicas del DSM-V (deseo, excitación, orgasmo, dolor) y agregando dos más: la lubricación y la satisfacción sexual<sup>106</sup>.

La CCFSD elaboró y validó el cuestionario, actualmente conocido como Índice de la Función Sexual Femenina de 19 ítems (IFS-19), muy utilizado en las prácticas clínicas para evaluar la función sexual<sup>106</sup>. Posteriormente se ha validado la visión abreviada<sup>107</sup>.

Los dominios de la función sexual en las mujeres incluyen varios aspectos interrelacionados que influyen en la experiencia sexual global. A continuación, un resumen de cada uno:

1. Deseo sexual: Se refiere a la motivación o interés por la actividad sexual. Puede estar influenciado por factores emocionales, hormonales, psicológicos y de relación. El deseo sexual puede variar a lo largo del tiempo y puede verse afectado por el estrés, la fatiga, problemas de pareja o condiciones de salud.
2. Excitación sexual: Este dominio involucra la respuesta física y emocional al estímulo sexual. Se manifiesta en cambios fisiológicos como el aumento del flujo sanguíneo en los genitales y una mayor sensibilidad. La excitación es una respuesta compleja que depende de estímulos tanto físicos como psicológicos.

3. **Lubricación vaginal:** La lubricación es una parte de la respuesta de excitación física en las mujeres. Es esencial para facilitar la penetración durante el acto sexual y evitar molestias o dolor. La falta de lubricación puede estar relacionada con cambios hormonales, estrés, envejecimiento o el uso de ciertos medicamentos.
4. **Orgasmo:** Es el punto culminante de la respuesta sexual, caracterizado por contracciones rítmicas de los músculos genitales y una sensación de intenso placer. Algunas mujeres pueden experimentar dificultades para alcanzar el orgasmo (anorgasmia), lo que puede deberse a factores físicos, emocionales o psicológicos.
5. **Satisfacción sexual:** Este dominio se refiere al grado en que una mujer se siente satisfecha con su vida sexual, abarcando no solo la actividad sexual en sí, sino también aspectos emocionales, de relación y de conexión con la pareja. La satisfacción puede estar influida por la calidad de la relación y las expectativas personales.
6. **Dolor durante el sexo (dispareunia):** El dolor durante el acto sexual es un problema que puede estar relacionado con causas físicas (como infecciones, sequedad vaginal o trastornos ginecológicos) o emocionales (como ansiedad o trauma). Puede afectar significativamente la calidad de vida sexual y la intimidad.

Un estudio reciente del 2024 estimó que la prevalencia disfunción sexual femenina afecta entre el 30% y el 50% de las mujeres en todo el mundo. El bajo deseo sexual, el trastorno de la excitación sexual y el trastorno del orgasmo afectan entre el 10% y el 20%, el 6% y el 20% y el 4% y el 14% de las mujeres, respectivamente. La dispareunia o el dolor durante las relaciones sexuales afecta entre el 8% y el 22% de las mujeres. Recomendado detección precoz universal<sup>86</sup>.

El estudio de la transición a la menopausia y la salud de la mujer en la mediana edad de la Women's Health Across the Nation (SWAN) se inició en 1996, multiétnico de 23 años de seguimiento con el objetivo general de definir y estudiar desde el inicio la transición a la menopausia. Uno de los estudios que sentó las bases para el taller Aging Workshop Criteria (STRAW+10), para establecer las

hormonas sexuales. Síntomas vulvovaginales en los análisis longitudinales; la sequedad vaginal aumentó en los años de premenopausia y perimenopausia temprana, desde aproximadamente el 19% en los años de premenopausia y perimenopausia temprana hasta el 34% en los años de posmenopausia. Además, la sequedad vaginal contribuyó al dolor durante las relaciones sexuales. Funcionamiento sexual un componente importante de la vida de las mujeres; el 75 % de las mujeres SWAN al inicio del estudio informaron que el sexo era de moderadamente a extremadamente importante. El dolor durante las relaciones sexuales aumentó y el deseo sexual disminuyó. Los principales factores las hormonas femeninas estrógenos y en el deseo los andrógenos<sup>59</sup>.

Beth A. Prairie *et.al* <sup>108</sup>, las participantes del estudio (n=1716) tenían una edad media de 49,8 años y, en su mayoría, gozaban de muy buena o excelente salud. El 16,5 % tenía un estado de ánimo depresivo, el 36,6 % tenía problemas de sueño y el 42,2 % tenía algún problema sexual. El 5 % de las mujeres (n=90) experimentó los tres síntomas. Las mujeres con la tríada de síntomas, en comparación con las que no la presentaban, tenían ingresos familiares más bajos, menos educación, habían pasado por la menopausia quirúrgica o habían estado en la perimenopausia tardía, calificaron su salud general como regular o mala y habían tenido más eventos vitales estresantes y un menor apoyo social.

Basson <sup>105</sup> asienta a la salud mental como el principal factor de riesgo para la disfunción sexual femenina. Aunque las mujeres que padecen enfermedades psiquiátricas enfrentan frecuentes dificultades sexuales, consideran que la sexualidad es un aspecto importante de su calidad de vida. Diversos factores, como el uso de antidepresivos y antipsicóticos, la neurobiología de la enfermedad, los síntomas psiquiátricos, traumas pasados, problemas para establecer relaciones y la estigmatización, pueden contribuir a la disfunción sexual. El bajo deseo sexual está estrechamente relacionado con la depresión. Por otro lado, la falta de excitación subjetiva y de placer se vincula con la ansiedad de rasgo, ya que las sensaciones de excitación sexual física pueden provocar miedo en lugar de placer. El dolor sexual, el tipo más común de disfunción sexual, es diez veces más frecuente en mujeres con diagnósticos previos de trastorno de ansiedad. Sin

embargo, los médicos no suelen preguntar de manera rutinaria sobre las preocupaciones sexuales de sus pacientes. En su estudio subraya que la depresión, la ansiedad y la disfunción sexual en las mujeres están relacionadas, pero pudo establecer causalidad.

Nappi<sup>96</sup> sugiere que la sexualidad es un tema crítico en la menopausia para muchas mujeres. Varios factores biológicos, psicológicos y socio-relacionales están relacionados con la salud sexual de las mujeres y pueden afectar negativamente todo el ciclo de respuesta sexual, induciendo cambios significativos en el deseo, la excitación, el orgasmo y la satisfacción. Los eventos relacionados con la edad y la menopausia pueden afectar la integridad de los múltiples sistemas biológicos involucrados en la respuesta sexual normal de las mujeres, incluido el entorno hormonal, los sustratos neuromusculares y los suministros vasculares. Las hormonas sexuales, es decir, bajos niveles de estradiol, bienestar físico y mental y, muy importante, los sentimientos de pareja son extremadamente relevantes para la sexualidad de las mujeres en la menopausia natural. Incluso una carencia significativa de andrógenos, como ocurre con mayor frecuencia en la menopausia quirúrgica, tiene un impacto negativo en el deseo y la capacidad de respuesta sexual de las mujeres. La historia sexual y la evaluación clínica pueden ayudar a los médicos a diagnosticar con precisión los síntomas sexuales que causan angustia personal y relacional e identificar el mejor enfoque terapéutico.

Sara R Till et.al<sup>109</sup> registra como factor de riesgo de disfunción sexual la histerectomía. (odds ratio, 9,78; intervalo de confianza del 95%, 3,95-24,19,  $p < 0,001$ ). Las pacientes informaron disminuciones significativas en los dominios del orgasmo ( $p < 0,001$ ) y la satisfacción ( $p < 0,001$ ).

La disfunción sexual tiene una etiología biopsicosocial, es decir, el origen de la disfunción puede provenir de una condición biológica u orgánica, una condición psicológica y/o una condición social<sup>84</sup>. A nivel individual, los médicos tratan de determinar la etiología de la disfunción y tratarla en consecuencia. Sin embargo, a nivel de la población, los investigadores tratan de predecir qué factores podrían poner en riesgo a una población en comparación con otra. Identificar estos

predictores y su efecto (ya sea protector o inductor de riesgo) puede ayudar a los profesionales de la salud a detectar mejor y potencialmente prevenir la aparición de problemas sexuales.

### **I.2.5 Cambios biológicos de la función sexual**

Los cambios biológicos tradicionalmente asociados con la menopausia no ocurren de manera aislada, sino en un contexto de cambios relacionados con la edad en todos los sistemas del cuerpo. Si bien estos efectos más amplios del envejecimiento no se consideran en detalle, es importante recordar que con frecuencia interactúan con los cambios “puramente menopáusicos” y en muchos casos pueden exacerbar su impacto. Sin embargo, la evidencia es convincente de que la menopausia en sí, en lugar de cambios más generalizados debidos al envejecimiento, es un factor desencadenante primario de los cambios en la función sexual<sup>84,110</sup>.

La atrofia vulvovaginal sintomática es muy frecuente en mujeres de mediana edad y menopáusicas y afecta a hasta el 45 % de las mujeres posmenopáusicas. La atrofia vulvovaginal sintomática suele ir acompañada de una disminución de las secreciones de las glándulas sebáceas y una lubricación vaginal reducida durante la estimulación sexual. Las mujeres con atrofia vulvovaginal experimentan dolor durante las relaciones sexuales que conduce a una disminución del interés y una franca evitación de la actividad sexual<sup>111</sup>.

Las enfermedades crónicas que puedan afectar negativamente la salud sexual. Esto es especialmente cierto en la menopausia, porque a medida que las mujeres envejecen tienen un mayor riesgo de contraer enfermedades crónicas que afectan la función sexual<sup>112,113</sup>. Las enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, la depresión, las enfermedades neurológicas, la incontinencia urinaria y la osteoartritis comúnmente afectan la función sexual<sup>112-114</sup>. Algunos informes sugieren que la enfermedad cardiovascular afecta el deseo y la excitación sexual de las mujeres a través de efectos sobre el flujo sanguíneo sistémico. Se plantea la hipótesis de que los mecanismos por los cuales la enfermedad cardiovascular

afecta la excitación sexual están relacionados con el hecho de que la excitación genital femenina se logra cuando el sistema vascular aumenta el flujo sanguíneo y congestiona los labios a través de la vasodilatación. La enfermedad vascular puede reducir la vasodilatación vulvovaginal y reducir la excitación sexual<sup>36</sup>.

La función física reducida en mujeres obesas y mujeres con osteoartritis también puede afectar negativamente la actividad sexual. Además, la disfunción sexual observada en mujeres con diabetes se atribuye a una energía reducida, una imagen corporal alterada y una congestión vaginal subóptima durante el orgasmo, algunos medicamentos como los, antihipertensivos, la diabetes, y las enfermedades de transmisión sexual también influyen negativamente en la salud sexual de las mujeres <sup>111-114</sup>.

Los problemas de función sexual de las mujeres en la etapa ciclo vital de la vida incluyen: disminución del interés sexual, baja excitación, falta de lubricación y ausencia de orgasmo y aumento del dolor sexual, todo lo cual puede estar asociado con la angustia sexual<sup>115</sup>.

### **I.2.6. Disfunción sexual femenina en el climaterio**

La prevalencia de disfunción sexual es común y se estima que afectan del 22%<sup>116</sup> al 43% <sup>117</sup>de las mujeres en general. Cuando las mujeres atraviesan la menopausia las disfunciones sexuales pueden duplicarse. El estudio longitudinal de Dennerstein *et al*<sup>98</sup>, observaron que desde la transición menopáusica la disfunción sexual aumento del 42 al 88%. Otro estudio realizado por Aslan *y colaboradores*<sup>118</sup>, realizado en más de 1000 mujeres en una clínica ambulatoria de un hospital Universitario de Estambul (Turquía) indica que la prevalencia de disfunción sexual es del 50,2% para los 40-49 años, 71,3% para los 50-59 años y 82,9% para el grupo de 60-64 años. Un estudio de 1.009 mujeres en una clínica ambulatoria de un hospital Universitario de Estambul.

Por otra parte, un estudio realizado en Europa por Cynthia A Graham *et al*, <sup>119</sup> en mujeres sexualmente activas de Noruega, Dinamarca, Bélgica y Portugal mostró

que del total de 1,057 mujeres (357 noruegas, 322 danesas, 237 belgas y 141 portuguesas) que completaron un cuestionario transversal que evaluaba seis dificultades sexuales: sequedad vaginal, dificultades para alcanzar el orgasmo, falta de interés en el sexo, falta de disfrute del sexo, dolor durante el sexo y falta de excitación, además de la angustia asociada a estas dificultades, hallaron una elevada prevalencia de problemas sexuales que persistieron durante 3 meses o más en el último año (entre el 23,5 % y el 50,2 %, según el tipo de problema). Sin embargo, salvo en los casos de sequedad vaginal y dolor durante el sexo, la mayoría de las mujeres que reportaron dificultades sexuales (del 50,0 % al 86,1 %, dependiendo del problema) no experimentaron angustia significativa o manifestaron solo una angustia leve. Se observaron pocas diferencias entre países en cuanto a la prevalencia de las dificultades sexuales o la angustia relacionada. Pocas variables sociodemográficas o de salud se asociaron con dificultades sexuales que causaran angustia. No obstante, una mayor intimidad sexual, mayor intimidad emocional y una mejor salud mental se relacionaron con menos angustia ante algunas dificultades sexuales. Estos hallazgos destacan la importancia de que los profesionales de la salud pregunten a las mujeres mayores sobre su función sexual, especialmente sobre la angustia que puedan experimentar y sugieren que el contexto psicológico y relacional debe recibir atención cuidadosa, ya que podría ser un objetivo clave en el tratamiento.

### I.3. VIOLENCIA DE GÉNERO

**L**a violencia de género, es la expresión más trágica del machismo y la manifestación de la desigualdad existente en la sociedad entre mujeres y hombres, representa el instrumento de sometimiento por excelencia en el sistema patriarcal, la dominación, el control y la perpetuación de la supremacía masculina y la subordinación femenina. La cual, se dirige sobre las mujeres, por el mero hecho de serlo y ser consideradas carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión<sup>120</sup>.

### **I.3.1. Mujeres y violencia de género: ODS-5 y ODS-3**

Naciones Unidas, declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Nueva York. Naciones Unidas, 1993 <sup>121</sup>.

*«todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada».*

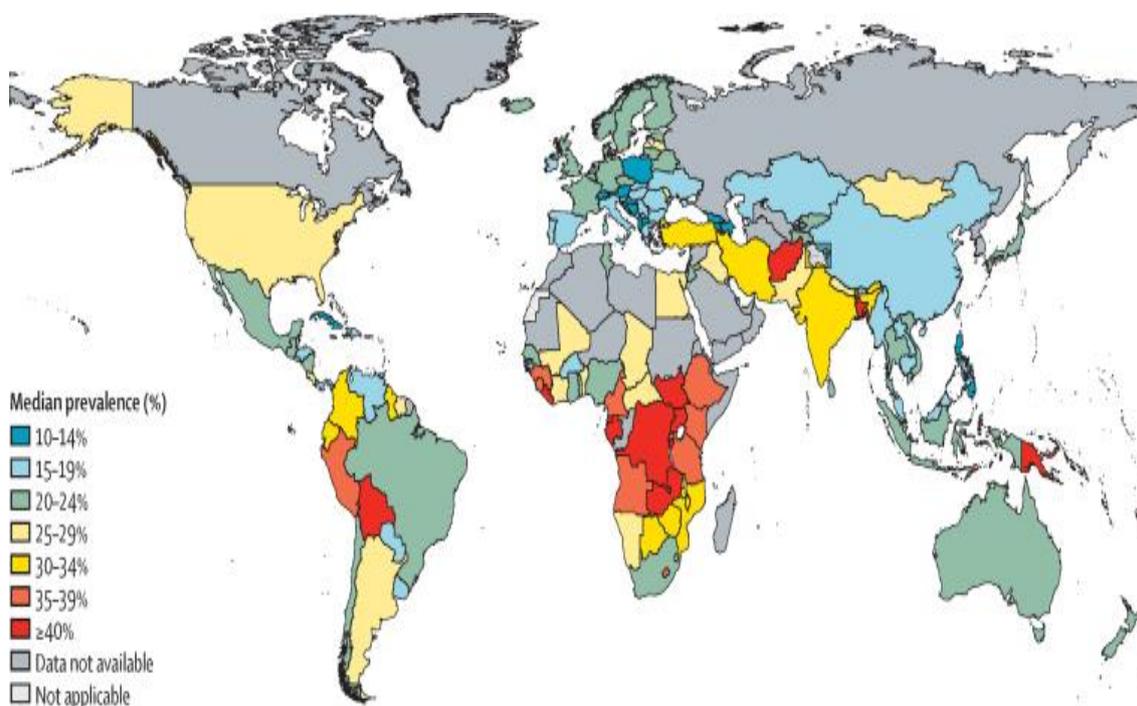
La OMS, en 1996, en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, declaró que es un “problema prioritario de la salud pública”. He instó a los Estados Miembros a que evaluaran el problema de la violencia en sus territorios y su manera de afrontarlo; solicitó que se apresurara el desarrollo de una respuesta global del sector sanitario preventiva y asistencial. Así como, todos los servicios sanitarios tienen que implicarse en la mejor atención a estas mujeres, reconociendo los vínculos existentes entre violencia y la salud física y mental<sup>122</sup>.

Las Naciones Unidas han declarado el período 2021-2030 como el «Decenio de eliminación de violencia contra la mujeres y niñas» e identificado la necesidad de fortalecer la base de evidencia sobre las interpretaciones y los determinantes<sup>123</sup>.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son un conjunto de 17 objetivos adoptados por todos los Estados miembros de las Naciones Unidas en 2015, diseñados para abordar los desafíos globales, incluida la pobreza, la desigualdad, el cambio climático, la degradación ambiental, la paz y la justicia. El ODS 5, busca lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas. Este objetivo incluye metas para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual. Los países firmantes de los ODS se comprometen a la eliminación de la violencia contra las mujeres y, monitorear el progreso de los gobiernos en este sentido. Relacionado con el ODS-5, mujeres y violencia, el ODS 3 busca garantizar una vida sana y promover el bienestar, y dado que la violencia de género impacta negativamente en la salud física y mental de las mujeres, conocer cómo afecta la

violencia de género en las mujeres, contribuye a mejorar la salud física y mental de las mismas. Otros ODS también se verían mermado su logro por la existencia de la violencia de género, entre ellos, el ODS 1 (fin de la pobreza), el ODS 4 (educación de calidad), y el ODS 10 (reducción de las desigualdades). Por tanto, la violencia de género no sólo afecta directamente a las mujeres, sino que también tiene repercusiones económicas y sociales más amplias<sup>123</sup>.

Los datos del último estudio de la OMS que proporcionan estimaciones de referencia a nivel mundial, regional y nacional sobre la violencia física o sexual, o ambas, contra las mujeres por parte de sus parejas íntimas masculinas, indica que, a nivel mundial el 27% (intervalo de incertidumbre [IU] 23-31%) de las mujeres de 15 a 49 años han sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja en algún momento de su vida, y el 13% (10-16%) la experimentó en el año anterior a la encuesta. Esta violencia comienza temprano y afecta a las adolescentes y mujeres jóvenes: el 24% (IU 21-28%) de las mujeres de 15 a 19 años y el 26% (23-30%) de las mujeres de 19 a 24 años ya han experimentado esta violencia al menos una vez desde los 15 años <sup>122</sup>.



**Figura 13.** Mapa de estimaciones de prevalencia de violencia de pareja física o sexual, o ambas, a lo largo de la vida entre mujeres de 15 a 49 años que alguna vez tuvieron pareja, en 2018. Fuente (OMS 2018)<sup>122</sup>

El estudio de la OMS muestra la preocupantemente alta prevalencia de violencia física o sexual contra las mujeres a nivel mundial, cometida por sus parejas masculinas. Los datos son claros:

- Más de una de cada cuatro mujeres (27%) entre los 15 y 49 años, que alguna vez tuvieron pareja, han sufrido violencia física, sexual, o ambas por parte de su pareja actual o anterior, al menos una vez en su vida.
- Una de cada siete mujeres (13%) ha experimentado este tipo de violencia en el último año.

En 2018, estas cifras equivalían a que 492 millones de mujeres de 15-49 años habían sido víctimas de violencia por parte de su pareja desde los 15 años. Estos datos, hacen del ODS-5 un objetivo de salud pública prioritario en voces de la OMS<sup>123</sup>, de hecho, el seguimiento continuo de la prevalencia de la violencia por parte de la pareja es esencial para evaluar el progreso hacia la meta 5.2 de los ODS y garantizar que se tomen medidas efectivas para abordar este problema.

La OMS advierte de las definiciones en cuestión de violencia de género (VG), término utilizado en España, por lo general en la literatura científica, si bien, en la OMS el termino más usado es violencia de la pareja íntima (VPI)<sup>123</sup>.

\*La definición de pareja íntima varía según el entorno e incluye las parejas formales, como el matrimonio, así como las parejas informales, como la cohabitación u otras parejas íntimas habituales. Era necesario que el denominador incluyera a todas las mujeres que podrían estar expuestas a la violencia de pareja, por lo cual, a los efectos de este análisis, aceptamos cualquier definición de pareja que se utilizara en las encuestas y los estudios que se incluyeron en este análisis, además incluye a los maridos actuales y anteriores, y a las parejas íntimas masculinas que cohabitan y no cohabitan, actuales y anteriores<sup>123</sup>.

†La edad de 15 años se establece como la edad más baja en el rango para los fines de estas estimaciones. La mayoría de las encuestas, incluidas las Encuestas Demográficas y de Salud y las encuestas especializadas sobre la violencia contra

la mujer, incluyen a las niñas y mujeres de 15 años o más en la medición de la violencia de pareja para captar las experiencias de las niñas y mujeres en entornos donde el matrimonio ocurre comúnmente entre niñas a partir de los 15 años. ‡El módulo sobre violencia doméstica de las encuestas demográficas y de salud, el estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer, y otras encuestas especializadas sobre la violencia contra la mujer que utilizan el instrumento de encuesta del estudio multipaís de la OMS y sus adaptaciones, se basan en versiones adaptadas de la Escala de tácticas de conflictos para medir la prevalencia de la violencia física de pareja<sup>123</sup>.

Como se pone en práctica en el módulo sobre violencia doméstica de las encuestas demográficas y de salud, el estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer y otras encuestas especializadas sobre la violencia contra la mujer que utilizan el instrumento de encuesta del estudio multipaís de la OMS<sup>123,124</sup>, y miden la prevalencia de VG como el número de mujeres que han sido víctimas de VPI entre el número de mujeres en riesgo en la población del estudio<sup>123</sup>.

### **I.3.2. Legislación aplicable a la violencia de género**

En España la violencia íntima de pareja es conceptualizada en la primera la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género como <sup>125</sup>

*“una manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que tiene como resultado un daño físico, sexual, psicológico y social. Es importante destacar, que la ley integral, es de aplicación en los casos de VG que ocurren en el contexto de la relación de pareja o expareja (cónyuge, excónyuge, compañera, excompañera sentimental, novia, exnovia)”*

Esta es la ley principal en materia de violencia de género en España. Fue pionera a nivel internacional y establece un enfoque integral para abordar la violencia contra las mujeres por el hecho de ser mujeres, con medidas que abarcan la prevención, protección, sanción y asistencia.

### Aspectos clave:

- Define la violencia de género como aquella ejercida contra las mujeres por parte de sus parejas o exparejas, en el ámbito doméstico o relacional.
- Establece órdenes de protección y medidas de seguridad para las víctimas.
- Prevé la creación de juzgados especializados en violencia de género.
- Abarca la educación, los medios de comunicación y la publicidad para la prevención.
- Ofrece apoyo legal, psicológico y social a las víctimas y sus hijos.

### 2. Código Penal

El Código Penal español ha sido reformado en varias ocasiones para endurecer las penas relacionadas con delitos de violencia contra las mujeres. Se tipifican delitos como:

- Violencia física y psicológica.
- Acoso, incluyendo el stalking.
- Agravantes específicas para casos de violencia de género.
- Violación y otros delitos sexuales.

### 4. Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica<sup>126</sup>.

Establece el procedimiento para la emisión de las órdenes de protección en casos de violencia doméstica o violencia de género. Esta orden actúa como un mecanismo de respuesta rápida para ofrecer protección a las víctimas y asegurar medidas de alejamiento, seguridad y asistencia.

Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres<sup>127</sup>: no se trata de una ley específicamente sobre VG, pero sí tiene un enfoque de igualdad de género en varios ámbitos y, refuerza las medidas para la eliminación de la discriminación y la violencia contra las mujeres en el ámbito laboral y social. Esta Ley Orgánica 3/2007, fue modificada posteriormente en 2022.

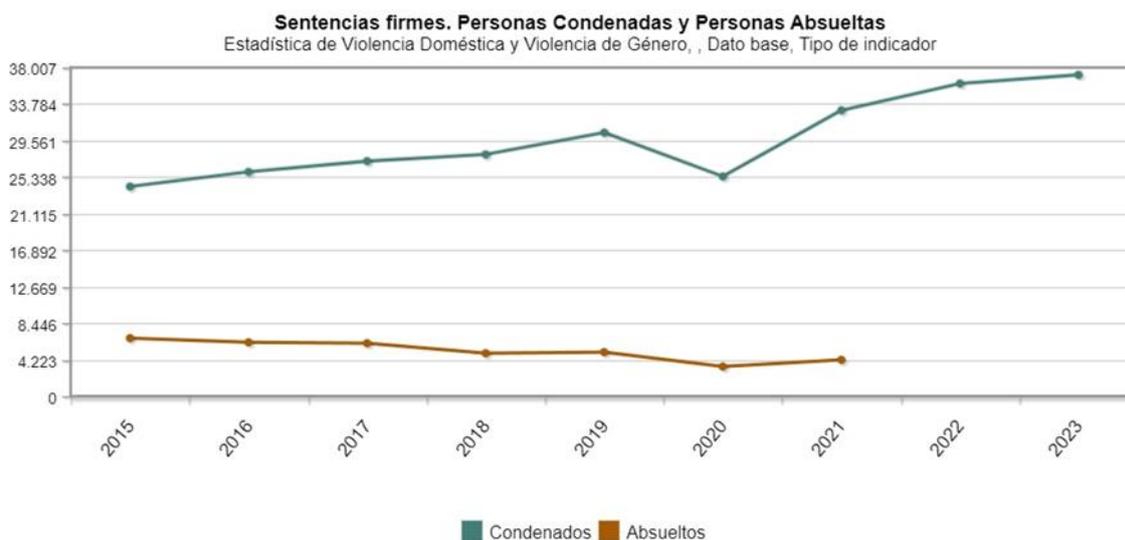
Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de Garantía Integral de la Libertad Sexual<sup>128</sup>: aborda la violencia sexual de forma integral, con especial énfasis en que el consentimiento debe ser explícito y claro, y en que la falta de consentimiento en cualquier relación sexual es considerada un delito de agresión sexual.

Aspectos clave:

- Elimina la distinción entre abuso y agresión sexual, considerando toda acción sin consentimiento como agresión.
- Refuerza la protección y derechos de las víctimas de violencia sexual.
- Incluye la prevención y educación sobre el consentimiento y el respeto a la libertad sexual.

Los términos que se suelen utilizar para determinar esta lacra que afecta a las mujeres y degrada la integridad de su salud son violencia de género, violencia conyugal o violencia de pareja. En todas sus terminologías subyace una discriminación de género, que puede manifestarse a través de violencia física, violencia sexual, violencia psicológica de control, violencia psicológica emocional y violencia económica. La violencia de género puede estar presente en todas las clases sociales, en todas las culturas y en cualquier grupo de edad<sup>123</sup>.

Contrariamente a los avances y mejoras de las políticas públicas en la lucha contra la violencia de género, su erradicación hoy en día todavía sigue siendo un deseo, más que una realidad, como lo corrobora las 53 víctimas mortales de violencia de género en año 2023 machista. Además, fueron condenados 38.007 hombres por violencia de género (figura 14)<sup>129</sup>.



**Figura14.** Fuente: INE <sup>129</sup>

### I.3.3. Consecuencias para la salud de la violencia de género

La violencia de pareja (física, sexual y psicológica) causan graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto, medio y largo plazo para las mujeres, afectando también a la salud y el bienestar de sus hijos. La violencia conlleva altos costos sociales y económicos para las mujeres, sus familias y las sociedades. Esta violencia puede:

- Tener resultados fatales como homicidio o suicidio
- Provocar lesiones, ya que el 42% de las mujeres que sufren violencia de pareja informan de una lesión como consecuencia de esta violencia<sup>130</sup>.
- Provocar embarazos no deseados, abortos inducidos, problemas ginecológicos e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. El estudio de 2013 de la OMS sobre la carga de salud asociada a la violencia contra la mujer concluyó que las mujeres que habían sido maltratadas física o sexualmente tenían 1,5 veces más probabilidades de tener una infección de transmisión sexual y, en algunas regiones, el VIH, en comparación con las mujeres que no habían sufrido violencia de pareja. También tienen el doble de probabilidades de abortar<sup>131</sup>.

La violencia de pareja durante el embarazo también aumenta la probabilidad de aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer. El mismo estudio de 2013 mostró que las mujeres que habían sufrido violencia de pareja tenían un 16% más de probabilidades de sufrir un aborto espontáneo y un 41% más de probabilidades de tener un parto prematuro<sup>132</sup>.

Estas formas de violencia pueden provocar depresión, estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, dificultades para dormir, trastornos alimentarios e intentos de suicidio. El análisis de 2013 encontró que las mujeres que habían sufrido violencia de pareja tenían casi el doble de probabilidades de sufrir depresión y problemas con el consumo de alcohol<sup>132</sup>.

Los efectos sobre la salud también pueden incluir dolores de cabeza, síndromes de dolor (dolor de espalda, dolor abdominal, dolor pélvico crónico), trastornos gastrointestinales, movilidad limitada y mala salud general<sup>133,134</sup>.

La violencia sexual, en particular durante la infancia, puede conducir a un aumento del tabaquismo, el consumo de sustancias y las conductas sexuales de riesgo, además, se asocia con la perpetración de violencia (en el caso de los hombres) y con ser víctima de violencia (en el caso de las mujeres)<sup>131</sup>.

El último informe de la OMS<sup>132</sup> del 2020 sobre la salud de la mujer víctimas de género el análisis estadístico dio el siguiente resultado: la violencia tenía una fuerte asociación con la peor salud [intento de suicidio: razón de probabilidades (OR): 10,78, intervalo de confianza (IC) del 95%: [8,37-13,89], pensamientos suicidas: 8,47 [7.03-10.02], pérdida de memoria: 2,93, [2,41-3,56].

El estudio realizado Bonomi *et al*,<sup>135</sup> tiene por resultados la salud en mujeres expuestas a violencia física y sexual por parte de su pareja. Los hallazgos indican que la violencia psicológica es tan perjudicial como la violencia física, con la excepción de los efectos sobre el suicidio, lo que hace hincapié en que la VG psicológica debe considerarse un tipo importante de violencia por parte de todos los profesionales involucrados. En ambos tipos de violencia las mujeres su estado de ánimo y depresión Los índices de prevalencia (PR) para los síntomas depresivos

y depresivos graves fueron: IPV sexual (2,45 y 3,06), **IPV** sexual y físico (2,31 y 2,93), y IPV físico (1,64 y 1,90). Las mujeres con IPV física y sexual tenían más síntomas, tenían más probabilidades de reportar una salud justa / deficiente (PR 1,88).

Un Meta-Analysis reciente de White *et al*<sup>136</sup> cuyo objetivo fue evaluar dimensión de la asociación entre los tipos de violencia de pareja y los resultados de salud mental y las tasas de prevalencia de la violencia de pareja entre los países de ingresos bajos a medios y los países de ingresos altos. Los resultados fueron la prevalencia de haber experimentado cualquier tipo de VPI en el último año fue del 24,2 %, las mujeres de la comunidad informaron la prevalencia más alta, con un 31,6 %. La experiencia de vida de cualquier violencia de género se asoció con un aumento de ideación suicida, OR = 5,52.

**Consecuencias fatales**

*Muerte (por asesinato, homicidio, suicidio, etc.)*

**Lesiones físicas traumáticas**

*Lesiones diversas: traumatismos de todo tipo (rotura del tímpano, fracturas, pérdida de visión, etc.), heridas, hematomas, quemaduras, mutilación genital femenina... que pueden producir invalidez temporal o permanente y muerte*

**Consecuencias en condición crónica de salud**

*Dolor crónico, cansancio, fibromialgia, síndrome del colon irritable, quejas somáticas problemas gastrointestinales (dispepsias, etc.) funcionamiento físico reducido, etc.*

**Consecuencias en la salud sexual, reproductiva y ginecológicas**

*Relaciones sexuales forzadas, falta de autonomía sexual, disfunción sexual, mutilación genital femenina, dolor pélvico crónico, abortos, partos prematuros, embarazos no deseados, embarazos de riesgo, enfermedades de transmisión sexual incluida la infección con VIH/Sida ... que causan invalidez temporal o permanente y muerte, etc.*

**Consecuencias psicológica y de conductas**

*Depresión, ansiedad, baja autoestima, trastornos por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria (bulimia/anorexia), trastornos psicosomáticos, crisis de pánico y fobias, labilidad emocional, sentimiento de culpa y vergüenza, abuso de drogas, alcohol, tabaco y psicofármaco, mayor riesgo de suicidio etc.*

**Consecuencias en la salud social:**

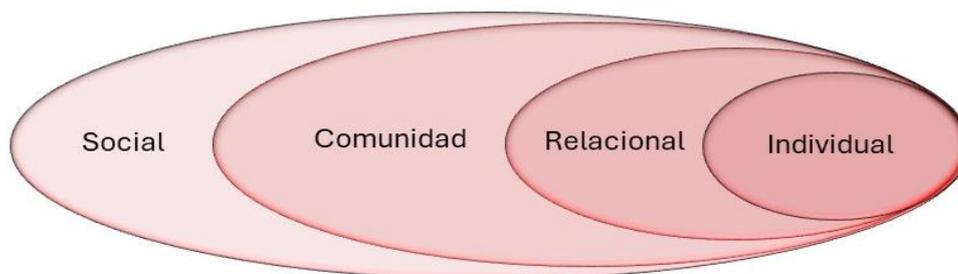
*Aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral, temor a ser violentadas en la calle, restricción y/o disfrute de los espacios públicos, etc.*

**Tabla 2.** Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres.

*Elaboración propia; fuente a partir de los datos de la OMS<sup>132,134</sup>*

### I.3.4. Modelo ecológico

El modelo ecológico instituido por Heise, Ellsberg, y Gottemoeller (1992)<sup>137</sup> y asumido por la OMS en año 1999.



**Figura15.** Elaboración propia; Referencia (OMS 1999)<sup>130</sup>

Este modelo se presenta como un marco teórico que se utiliza para entender las causas y factores asociados con la violencia de género en él se proponen cuatro niveles/planos con los que se abordan las relaciones y condiciones que influyen en el comportamiento violento de las personas y en los riesgos que lo incrementa. El modelo sugiere que la violencia de género no es causada por un solo factor, sino que es el resultado de una interacción compleja entre diversos factores a múltiples niveles. Estos niveles se organizan en forma de un esquema ecológico, que abarca desde factores individuales, hasta los más amplios contextos sociales. figura 3. Modelo Ecológico

1. El primer plano se explora, la historia individual y las características personales: la impulsividad, el bajo nivel educativo, antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato tratos, abuso de sustancias psicotrópicas, etc.
2. El segundo plano, se explora las relaciones más próximas: conflictos conyugales, ambientes familiares violentos, los compañeros, ambientes vecinales violentos.
3. En el tercer plano, se explora el ambiente comunitario: violencia en ámbitos barriales, problemáticas identificables en escuelas, deterioro urbano,

penuria económica, aislamiento de mujeres y familias, enrolarse en bandas, cometer robos, etc.

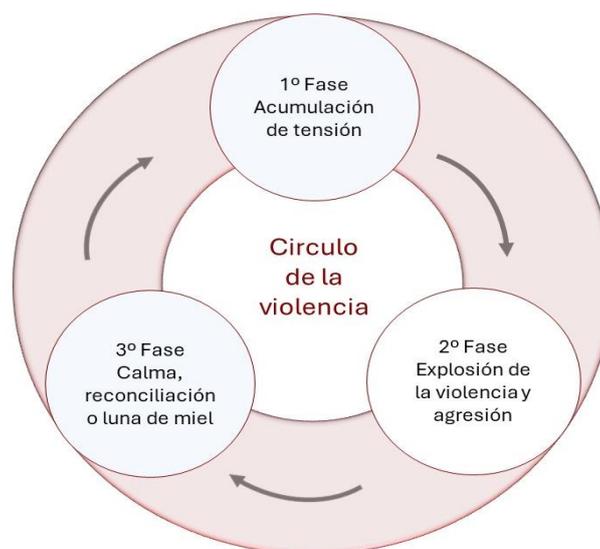
4. El cuarto plano, reúne los factores relativos a la estructura social: normas culturales que aceptación de la violencia institucional y estructural como una forma de resolución de conflictos e impunidad, idea de la masculinidad vinculada con la dominación, el honor y la agresión, papeles rígidos para cada sexo.

### **I.3.5. Circulo de la violencia de género**

La violencia de género tiende a llevar una pauta, Lenor Walker 1979<sup>138</sup>, acopia lo que ella misma denomina: El ciclo de la violencia (Figura 16).

1. fases de acumulación de tensión: Se presentan la violencia verbal de forma intermitente, que se va intensificando. Las mujeres hacen y actúan de acuerdo con los gustos de los maltratadores.
2. Fase de explosión o agresión: Estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales. En esta fase se da la mayor probabilidad de sufrir lesiones graves o de alto riesgo para su vida.
3. Fase de calma, reconciliación o luna de miel: los agresores manifiestan que se arrepienten y utilizando estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas, etc.). Suelen transferirles la culpa del conflicto a las mujeres.

En la medida en que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer. Nuevamente, comienza otro nuevo ciclo de una forma insidiosa y sutil (figura16).



**Figura 16.** Circulo de la violencia. Elaboración propia; Referencia: Walker<sup>131</sup>

### **I.3.6. Violencia de género en las culturas y etnias**

La violencia de género afecta desproporcionadamente a las minorías étnicas<sup>139</sup>. En Europa y en España la etnia de mujeres gitanas es el grupo étnico minoritario más grande representa alrededor del 2%<sup>140</sup>. La mayoría de los estudios no tenían un tamaño de muestra suficiente de mujeres de minorías étnicas o no utilizaban técnicas estadísticas<sup>139</sup>. Las mujeres gitanas en toda Europa, sufre la mayor tasa de prevalencia de discriminación, y este también puede ser el caso de España<sup>140</sup>.

Los pocos datos que se conocen sobre el machismo y la justificación de la violencia no son triviales. En los asentamientos gitanos, el 34,8% de los hombres y el 23,6% de las mujeres creían que, en determinadas circunstancias, los hombres están justificados para ser violentos con sus esposas, mientras que entre los no gitanos era del 5,6 y el 4,0%, respectivamente. Estas actitudes negativas se asociaron significativamente con un nivel educativo más bajo, un estatus socioeconómico más bajo y estar casado. En el modelo multivariante, tanto en la población gitana como en la no gitana, las mujeres que no estaban casadas eran menos críticas, mientras que los hombres gitanos más ricos eran menos críticos (OR 0,40, IC del 95% 0,18-0,87)<sup>141,142</sup>. No obstante, de los datos disponibles, hay

evidencia de inequidades en materia de salud asociadas tanto con la etnia minoritaria como con la violencia de género. Para responder adecuadamente a las necesidades de salud de estos grupos de mujeres<sup>140-142</sup>, es necesario tener en cuenta las barreras sociales, culturales, estructurales y políticas (por ejemplo, desconfianza médica, racismo y trauma histórico, discriminación percibida, estatus) en la comunicación entre pacientes y sanitarios. Las conductas de búsqueda de ayuda relacionadas con la violencia de pareja, que pueden influir en los resultados de salud<sup>139</sup>. Hasta donde tenemos constancia la violencia de género sigue siendo un problema de salud pública mundial que tiene numerosos efectos a corto y largo plazo en la salud física y mental de las mujeres y sus hijos que ponen en riesgo alcanzar los ODS<sup>143</sup>.

### **I.4. JUSTIFICACIÓN**

La investigación desarrollada en esta tesis pretende dar a conocer la necesidad de promover la atención a los problemas relacionados con la sexualidad de las mujeres de mediana edad, ofreciendo otro tipo de información en el abordaje de la disfunción sexual femenina (DSF), desde una perspectiva que incluye la relación de la pareja y la violencia de género.

La etapa del climaterio es una transición biológica y emocional significativa en la vida de la mujer, caracterizada por cambios hormonales, la pérdida de la fertilidad y el hito de la menopausia, el cual toda mujer de mediana edad va a experimentar. Durante este periodo, muchas mujeres experimentan la disminución de los niveles de estrógenos, causante de la atrofia vulvovaginal, sequedad vaginal, disminución del deseo sexual, dificultades en la excitación y el orgasmo, lo que puede derivar en disfunciones sexuales (DS).

A pesar del creciente interés en el abordaje de la DS en las mujeres en el climaterio, existen lagunas en las investigaciones sobre su asociación con la violencia de género. La mayoría de los estudios se han centrado en el efecto de las hormonas y en los síntomas de la menopausia y han obviado la relación de las mujeres con las parejas y si estas viven en un ambiente de abuso o de violencia. La función sexual

es un componente clave del bienestar general y, es crucial para el mantenimiento de una relación saludable y equilibrada.

No obstante, existen algunos estudios marcando a la violencia en la pareja como un factor clave en las disfunciones sexuales. Por lo general, estos se han centrado en las mujeres jóvenes o en edad fértil. La comprensión de estos mecanismos en las mujeres en la etapa del climaterio aún es muy limitada, lo que subraya la necesidad de un enfoque más profundo y riguroso.

Por otra parte, la violencia de género (VG) es un fenómeno social de gran preocupación que afecta de manera significativa la salud física, emocional y psicológica de las personas involucradas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), millones de personas en todo el mundo son víctimas de violencia por parte de sus parejas, lo que tiene profundas repercusiones en la calidad de vida de las personas afectadas. Además de los efectos visibles como el trauma físico y emocional. Sin embargo, la salud sexual ha sido poco explorada. Hasta donde tenemos constancia, no sabemos si existe una relación bidireccional entre la violencia de género y la función sexual.

Además, la función sexual es un indicador importante de la salud general, analizar la asociación bidireccional entre la violencia y la salud sexual, es fundamental para desarrollar políticas de salud pública que promuevan tanto la prevención de la violencia como el apoyo a la salud sexual en las mujeres en la etapa del climaterio. La erradicación de la violencia y la promoción de una sexualidad plena y saludable en esta etapa de la vida son claves para mejorar el bienestar integral de las mujeres de mediana edad.

La presente investigación se justifica en la necesidad de explorar en profundidad la asociación entre la función sexual y la violencia de género, identificar los efectos de la violencia sobre la salud sexual. Así como, los factores asociados al fenómeno de la violencia. Se especifica, que en la presente investigación están representada las mayorías y las minorías como es el estatus de mujeres gitanas o mujer inmigrantes, son circunstancias adversas que aumentan la probabilidad de

violencia. La prevención especialmente de las más vulnerables, debe ser una prioridad del sistema de salud pública.

# OBJETIVOS

---

*“Si me lleva cien años, será una pena, pero no  
dejaré de trabajar mientras viva”*

*Marie Curie (1867-1937)*



## II. OBJETIVOS

---

La mayoría de los estudios sobre salud sexual, se han realizado en mujeres jóvenes o edad fértil, existiendo en la actualidad muy poca información acerca de las alteraciones que se producen en la función sexual de las mujeres, y más concretamente de las mujeres sometidas a violencia de género.

Por otra parte, y a diferencia de lo que ocurre en otras etapas del ciclo vital de las mujeres, la etapa del climaterio se acompaña de cambios en todos los niveles, tanto físico, como psicológico, social, laboral, etc. Procesos que no han sido estudiados en su conjunto y que repercuten de un modo particular en la salud de las mujeres climatéricas.

En base a lo expuesto, el objetivo global de este trabajo es **contribuir al avance y comprensión de los factores que influyen en la función sexual y la violencia de género, así como otros factores de riesgo en mujeres climatéricas de la Región de Murcia.**

El propósito de esta investigación fue doble: por un lado, determinar los factores asociados a la disfunción sexual y, por otro lado, a la violencia de género, así como el compromiso que ejerce este fenómeno sobre la función sexual y la salud de las mujeres.

Los objetivos concretos fueron:

### II.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar las asociaciones y factores de riesgo entre cribado positivo de disfunción sexual y cribado positivo de violencia de género en mujeres climatéricas de ámbito comunitario de la Región de Murcia.

## **II.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres estudiadas.
2. Evaluar la función sexual en las mujeres climatéricas mediante con cuestionario Índice de Función Sexual femenina seis ítems (IFSF-6).
3. Detectar presuntos casos de violencia de género en las participantes del estudio mediante el test Woman Abuse Screening Tool (WAST).
4. Identificar factores de riesgo relacionados con la disfunción sexual durante el climaterio femenino.
5. Identificar factores de riesgo relacionados en las mujeres estudiadas para ser víctimas de violencia de género.
6. Analizar los factores asociados (sociodemográficos, clínicos y hábitos no saludables) a morbilidad en las mujeres objeto de estudio.

# **METODOLOGÍA**



*“Es mucho más importante saber qué  
persona tiene la enfermedad  
que qué enfermedad tiene la persona”*

Hipócrates (460 a. C.- 370 a. C.)



### III. METODOLOGÍA

---

La metodología se ha seguido según los preceptos de Hernández Sampieri et al<sup>144</sup>. Teniendo en cuenta las preguntas de la investigación y los objetivos planteados, los factores de riesgo que concurren en la disfunción sexual y la violencia de género durante la etapa del climaterio femenino. Se opta por la metodología enmarcada dentro del enfoque cuantitativo que nos permite analizar los datos extraídos estadísticamente.

#### III.1. DISEÑO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

La actual Tesis de Doctorado llevó a cabo un estudio epidemiológico no experimental de prevalencia que cumplió las siguientes características:

- Observacional
- Transversal
- Descriptivo

#### III.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Mujeres en la etapa del climaterio de la de la región de Murcia

##### III.2.1. Población Diana

La población a la cual se dirigió el presente estudio era para mujeres climatéricas de ámbito comunitario con edades comprendidas entre 40 y 64 años, sexualmente activas y residentes en la Región de Murcia.

### **III.2.2. Criterios de inclusión**

- Mujeres climatéricas con edades comprendidas entre los 40 años y los 64 años.
- Residentes en la Región de Murcia que reciben atención sanitaria en Centros de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud.
- Sexualmente activas.
- Comprensión de las preguntas de los cuestionarios y poder responder adecuadamente.
- Aceptar la participación libremente en el estudio bajo consentimiento informado verbal.

### **III.2.3. Criterios de exclusión**

- Aquellas que estuvieran acompañadas de su pareja o de alguna persona que pueda poner en peligro su seguridad.
- Deterioro cognitivo o intelectual.
- Comprensión inadecuada de los cuestionarios (idioma o analfabetismo).
- Abuso de sustancias (anfetaminas, cocaína, marihuana, etc.).
- Padecimiento de alguna(s) enfermedad(es) crónicas invalidantes, tales como insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, patologías neurológicas, etc.
- Tratamiento actual antineoplásico (quimioterapia o radioterapia).
- Embarazo confirmado o dos meses de puerperio.
- Mujeres lesbianas porque necesitan cuestionarios especiales para evaluar la función sexual.

Para el caso de las participantes con patologías asociadas no incapacitantes, éstas no fueron excluidas del estudio y su patología se registró debidamente para evitar el sesgo de información. Se eliminaron aquellos cuestionarios respondidos de forma incorrecta, parcialmente o mal diligenciados.

### III.2.4. Área de estudio

Las áreas de muestreo seleccionadas y pertenecientes al Mapa Sanitario de la Región de Murcia serán las Zonas Básicas de Salud siguientes:

- Zona Básica de Salud nº 10: Murcia/San Andrés.
- Zona Básica de Salud nº 11: Murcia/Centro.
- Zona Básica de Salud nº 12: Murcia/Vistabella.
- Zona Básica de Salud nº 15: Murcia/Puente Tocinos.
- Zona Básica de Salud nº 21: Murcia/La Alberca.
- Zona Básica de Salud nº 75: Murcia/Santiago el Mayor.

### III.3. TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño de la muestra apropiado para la estimación de una proporción de un estudio descriptivo, transversal y observacional, se han seguido los preceptos teóricos estadísticos de Campos Aranda<sup>145</sup>, se admite una cuota de error menor del 5 % y un nivel de confianza del 95%, para una población infinita. El nivel de heterogeneidad de disfunción sexual se ha considerado el caso más desfavorable, que es el valor del 50%. Aplicando la fórmula de tamaño mínimo para la estimación de la muestra en una población infinita, la proporción esperada sería 384 participantes en el estudio. Se incrementó en un 15% para paliar pérdidas, esto hizo un total de 452 participantes.

$$n = \frac{t_{\alpha; \infty}^2 \pi (1-\pi)}{e^2} = \frac{1,96^2 \left(\frac{1}{2}\right) \left(1-\frac{1}{2}\right)}{(0,05)^2} = 384,16 + 15\% = 452 \text{ participantes}$$

$$t_{\alpha; \infty}^2 = \text{nivel de confianza 95\%}$$

$$\infty = \text{grados de libertad (g.l.)} = 1,96$$

$$\pi = \text{valor de la proporción 50\%}$$

$$e^2 = \text{error máximo admisible menor de 5\%}$$

### **III.3.1. Método de muestreo**

El procedimiento de selección de la muestra se ha obtenido mediante un muestreo probabilístico, aleatorio simple, siendo el marco muestral cita concertada para cualquier motivo asistencial en cada Centro de Atención Primaria seleccionado y el reparto de participantes se realizará de forma proporcional, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión<sup>144</sup>.

Las mujeres de etnia gitana la muestra se realizó en bola de nieve. Con el fin de que estuvieran representadas las mayorías y las minorías.

## **III.4. INSTRUMENTOS PARA EL ESTUDIO**

Se autoadministraron los instrumentos para el estudio fueron: Índice de Función Sexual Femenina seis ítems – (IFSF-6) y el Woman Abuse Screening Tool (WAST), para dar cumplimiento a los objetivos Seguidamente se detalla sus propiedades psicométricas y su validez. Para dar respuesta a los objetivos del 2 al 4.

### **III.4.1. Índice de Función Sexual Femenina seis ítems – (IFSF-6)**

Para evaluar la función sexual femenina variable dependiente (resultado) e interviniente o modificadora del efecto. Se evaluó con el instrumento diseñado para este fin con propiedades psicométricas: Índice de Función Sexual Femenina seis ítems (IFSF-6). La herramienta evalúa la función sexual en las últimas cuatro semanas y se compone de seis ítems (preguntas)<sup>107</sup> cada ítems derivado de uno de los seis dominios del IFSF original de 19 ítems diseñado por Rosen et al.<sup>146</sup>. Cubriendo los seis dominios del original IFSF-19 (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y orgasmo), pero en una versión abreviada<sup>107</sup>: deseo (ítem original 1 a 2), excitación (ítem original 3 a 6), lubricación (ítem original 7 a 10), orgasmo (ítem original 11 a 13), satisfacción (ítem original 14 a 16) y dolor (ítem original 17 a 19). El IFSF-6 cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert, la cual ofrece cinco o seis opciones de respuesta con una calificación variable de “0” a

“5” puntos respectivamente, cuyo sumatorio de los dominios define la puntuación final para el cuestionario. El rango del instrumento es de “2” puntos hasta “30” puntos respectivamente. Los autores propusieron un valor de corte igual o menor a  $\leq 19$  puntos para identificar a las mujeres con cribado positivo de disfunción sexual femenina (DSF en lo sucesivo) a mayor puntuación mejor función sexual. El IFSF-6 fue validado en español por Isidori et al.<sup>107</sup> con una sensibilidad de 0,93 y una especificidad de 0,94 (Anexo I).

La herramienta IFSF-6 es la recomendada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2011)<sup>147</sup> (2011) por su validez, fiabilidad y rápida aplicación.

[El FSFI-6 demostró se valida y fiable [ $\alpha$  de Cronbach = 0,875]

#### **III.4.2. Woman Abuse Screening Tool (WAST)**

La variable interviniente o modificadora del efecto (exposición) y centro de este estudio detectar presuntos casos de violencia de género, se utilizó una herramienta de cribado diseñada para este fin el test Woman Abuse Screening Tool (WAST). El instrumento fue traducido al español y validado por los autores Fogarty y Brown (2002)<sup>148</sup>. Consta de 8 ítems. Cada ítem tiene una escala tipo Likert de frecuencia o intensidad, la cual se valora de 1 a 3 puntos. La puntuación total se obtiene con el sumatorio correspondientes a cada ítem oscila desde “8” hasta “24” puntos. La escala interroga sobre: 1º grado de tensión existente en la relación, 2º dificultad para resolver discusiones, 3º sentimientos de culpa (decaída, arrepentida...), 4º discusiones violentas (golpes, patadas, empujones...); 5º miedo a la pareja; 6º abuso físico; 7º abuso emocional y 8º abuso sexual. La respuesta más deseada se valora con 1 punto y la más funesta con 3 puntos. El WAST ha sido validado en España por pacientes españolas<sup>149</sup>. Consideraron cribado de violencia de género una puntuación igual o mayor  $\geq 14$  puntos (Anexo II).

La fiabilidad y validez del test: en el estudio de validación de García-Esteve et al, (2011)<sup>149</sup>, en una muestra compuesta de 266 controles (mujeres con ausencia de violencia de género) y 226 casos (diagnóstico de violencia de género), demostró

una sensibilidad del 94,5%, la especificidad del 90,5%, el valor predictivo positivo del 68,4% y el negativo de 98,7%.

[El test de WAST demostró ser válido y fiable [ $\alpha$  de Cronbach = 0,826]

### **III.4.3. Cuestionario general: datos sociodemográficos, clínico y hábitos de vida**

Para dar respuesta a las características de las mujeres y a los factores asociados (disfunción sexual y violencia de género) variable independiente. Se elaboró un cuestionario para datos estructurado en distintos apartados: datos sociodemográficos, etapa climatérica, antecedentes clínicos y hábitos de vida. Consta de 20 preguntas (Anexo III).

#### ***Datos sociodemográficos***

Donde se encuentra la edad: años cumplidos (medida cuantitativa: continua y por intervalos); nacionalidad: detallada (se evaluó como medida cualitativa nominal politómica y dicotómica: inmigrante o española); población: urbana, semiurbana, rural (medida cualitativa nominal: politómica); etnia: caucásica, gitana, hispanoamericana (mestiza), caucásica/gitana (mestiza), negra africana, otras (medida cualitativa nominal: politómica); estado civil: casada, con pareja estable, soltera, otras situaciones (medida cualitativa nominal: politómica); hijos: no/sí (cualitativa nominal: dicotómica); situación laboral: ama de casa, empleada, desempleada (medida cualitativa nominal: politómica); nivel académico: sin estudios, básicos, formación profesional, título universitario (medida cualitativa nominal: ordinal); problemas económicos: dificultad de afrontar los pagos de los conceptos básicos diarios: no/sí (cualitativa nominal: dicotómica).

#### ***Etapa del climatérico***

Clasificación de estado climatérico se siguieron los preceptos: Reproductive Aging Workshop Criteria (STRAW+10)<sup>150</sup>: Premenopausia: ciclos menstruales regulares (variaciones menores de siete días); Perimenopausia: ciclos menstruales irregulares (variaciones superiores a siete días) y falta de menstruación

(amenorrea) menor a doce meses; Posmenopausia: uno o más años sin presentar sangrados menstruales. Las mujeres con ooforectomía bilateral serán consideradas posmenopáusicas. Se medirá como cualitativa nominal: ordinal

### ***Antecedentes clínicos***

Percepción de salud: muy buena, buena, regular; patologías crónicas: detalladas (se evaluaron como medida cualitativa nominal: politómica y dicotómica: no/sí); trastornos psiquiátricos: detallados (se evaluó como medida cualitativa nominal: politómica y dicotómica: no/sí); ansiedad: no/sí (cualitativa nominal: dicotómica) se consideran aquellas que estaban con tratamiento ansiolítico o hubieren estado un mes anterior a la entrevista; mastectomía: no/si (cualitativa nominal: dicotómica); histerectomía: no/sí (cualitativa nominal: dicotómica); ooforectomía bilateral: no/sí (nominal: dicotómica); terapia hormonal sustitutiva: no/sí (nominal: dicotómica).

### ***Hábitos de vida***

Fumadora (medida cuantitativa de intervalos y cualitativa nominal dicotómica no/sí) y alcohol: nunca; ocasional: menos de  $\leq 1$  bebida por semana; moderado: 2 a 7 bebidas por semana (copita de vino o cerveza); habitual:  $>7$  bebidas por semana (medida cualitativa nominal: ordinal)<sup>151</sup>.

## **III.5. RECOGIDA DE DATOS**

La recogida de datos se realizó desde enero de 2022 hasta enero de 2024, dos años consecutivos, mediante los cuestionarios descritos anteriormente y ordenados de la siguiente forma: 1º variable independiente: cuestionario datos generales (sociodemográficos, clínicos y hábitos de vida); 2º datos variable dependiente: herramienta de cribado de disfunción sexual femenina Índice de Función Sexual Femenina seis ítems – (IFSF-6); 3º datos variable independiente, interviniente o modificadora del efecto: test de violencia de género el Woman Abuse Screening Tool (WAST). Las mujeres, que libremente aceptaron participar en el estudio y

dieron su consentimiento verbal informado, se le explicó al detalle, los objetivos del estudio (preguntas comprometidas, las cuales involucraban la violencia de género y la sexualidad), se les entregaron los cuestionarios en un sobre cerrado. Los cuestionarios podían responderse en 10 minutos. Las entrevistas se realizaron en un ambiente privado, sin testigos, prevaleciendo y garantizando la confidencialidad, la protección, el anonimato y bienestar, siguiendo las pautas éticas para la investigación sobre violencia contra la mujer<sup>152-154</sup>. Los cuestionarios, una vez diligenciados, fueron depositados por la propia entrevistada con el sobre sellado en una urna, preparada para este fin. En caso de no querer participar o ser criterio de exclusión, se volvía aleatorizar la muestra. Solamente se realizaron 4 o 5 entrevistas por día. No obstante, la información se recogió por las referencias de las mujeres, plasmadas en los cuestionarios anónimos y autoadministrados.

### **III.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Antes de comenzar el análisis de datos, se procedió a realizar la revisión de las respuestas de los cuestionarios para descartar incongruencias o mal diligenciados. Posteriormente los cuestionarios para análisis estadístico fueron ingresados en Base de Datos Microsoft Excel®, con tablas distintas para cada sección de datos de los cuestionarios, revisados y subsanados errores, desde el programa SPSS se importaron y se volvieron a revisar. Los programas utilizados se detallan seguidamente.

La significancia estadística se fijó para todos los análisis  $p < 0,05$ .

#### **Programas utilizados**

1. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences: Armonk, NY: Corp IBM), versión 25 para Windows.
2. Las figuras se modificaron utilizando el programa Paint® (Microsoft Office), versión 17 para Windows.

3. El programa de Base de datos Microsoft Excel® (Microsoft Office), versión 2017 para Windows se utilizó para gráficos y cálculo de probabilidades.
4. Analizados los datos se procedió a preparar la información obtenida en el programa de Word® (Microsoft Office), versión 2017 para Windows como procesador de texto y tablas.

### **III.6.1. Estadística descriptiva de la muestra**

Se realizó estadística descriptiva de la muestra de las mujeres estudiadas. Los datos continuos se presentan como media, mediana, desviación estándar ( $\pm$  DE), rangos intercuartílicos [RIQ] y percentil (p25-p75). Los datos categóricos como frecuencias absolutas y porcentajes. La nacionalidad fue tratada en el análisis estadístico como variable categórica binomial, es decir españolas y no españolas (inmigrantes).

### **III.6.2. Evaluación de la función sexual**

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de la distribución de datos. Según los resultados, las diferencias de las puntuaciones FSFI-6 para cada dominio y totales se analizaron con la prueba de t de Student o U Mann-Whitney, dos muestras independientes. Varias muestras independientes Anova o Kruskal-Wallis. Los porcentajes se evaluaron usando la prueba de la chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson. Para evaluar simultáneamente la influencia de la violencia de género sobre la función sexual, el test WAST una variable continua se transformó en categórica binaria (puntuación  $\geq$  14 puntos), mujeres con cribado positivo en violencia de género frente (vs versus) ausencia de violencia de género. Los porcentajes se compararon con  $\chi^2$  de Pearson.

Se calcularon las prevalencias según las dimensiones del IFSF-6. El IFSF-6 una variable continúa fue transformada en categórica. Una puntuación igual o menor a  $\leq$  19 puntos se consideran cribado positivo en disfunción sexual femenina. Para ello, se realizaron estimaciones para la proporción con intervalo de confianza al

95%(IC). Esta operación se realizó para el total de las mujeres y los subgrupos estudiado: premenopausia, perimenopausia, posmenopausia cribado positivo en violencia de género y cribado negativo

Los análisis se realizaron para comparar diferencias en las tres fases de climaterio, por rangos etarios y por violencia de género. Los resultados se muestran como medias, desviación estándar ( $\pm$  DE), mediana, rangos intercuartílicos [RIQ], percentil (p25-p75). Se realizaron estimación de proporciones para calcular prevalencias e intervalo de confianza (IC) del 95%.

### **III.6.3. Detección de la violencia de género**

La detección de la violencia de género (VG) se realizó mediante el test WAST, una variable continua se transformó en categórica (puntuación  $\geq$  14 puntos). Se realizaron estimación para la proporción y calcular la prevalencia e intervalo de confianza (IC) del 95%. Se calcularon puntuaciones medias para cada ítem, así como las frecuencias absolutas y porcentajes. para las tres posibles respuestas estándar ( $\pm$  DE), mediana, rangos intercuartílicos [RIQ], percentil (p25-p75). Se realizó estimación de proporción para calcular prevalencia de VG e intervalo de confianza (IC) del 95%.

### **III.6.4. Factores asociados a disfunción sexual**

Se realizaron Modelos Lineales Generalizados (MLG) de la familia de binomial función de enlace logit para analizar los factores asociados a disfunción sexual femenina (DSF) variable dependiente. El IFSF-6 variable continua fue transformado en categoría binaria puntuación igual o menor a  $\leq$  19 puntos se consideraron cribado positivo en disfunción sexual femenina. El modelo permite el cálculo de probabilidad.

### **III.6.5. Factores asociados a problemas sexuales**

Factores asociados a los Dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, y el dolor). Se analizaron por Modelos Lineales Generalizados (MLG) de la familia de la familia ordinal función de enlace logit acumulado, que nos permite identificar la probabilidad de estar en una categoría exacta de la escala. También, un valor fijo para los coeficientes y de esta manera tener una interpretación de los OR más estable o más entendible.

La regresión logística ordinal es una técnica estadística utilizada para modelar relaciones entre una variable dependiente ordinal y una o más variables independientes. Una variable ordinal es aquella que tiene un orden natural entre sus categorías, pero la diferencia entre categorías no es necesariamente constante (por ejemplo, niveles de satisfacción: "bajo", "medio", "alto").

Para el análisis todas las variables politómicas se convirtieron en variables Dummy para extraer más contenido informativo. El dominio deseo hubo que reagruparlo por tener sumamente 25 mujeres en la categoría muy alto deseo sexual, por tanto, fue agrupado en la categoría alto deseo sexual. El supuesto de odds proporcionales, también se tuvo en cuenta. En ningún caso se rechazó hipótesis nula.

### **III.6.6. Factores asociados a violencia de género**

Se realizaron Modelos Lineales Generalizados de la familia Poisson función de enlace logarítmico y varianza robusta (sandwich" o HC0), que nos permite aplicarla a datos binarios y estimar prevelecia de la ratio cruda y ajustada (PR), IC95% y probabilidades (138). Se calculo Prevalencia de la ratio (PR) cruda y ajustada <sup>155</sup>. La variable VG entro en los modelos de la función sexual como una variable interviniente o modificadora del efecto y viceversa.

Se realizó un análisis univariante doble, simultaneo y bidireccional de la función sexual y el cribado de violencia de género. Entraron en los modelos como variable (independiente de control o modificadora del efecto) la VG en los factores

asociados a DSF. Del mismo modo, la DSF entró en los factores asociados a VG. Se seleccionaron todas las variables que informaban de efectos para entrar en los modelos multivariantes ( $p < 0,10$ ).

### **III.6.7. Factores asociados a morbilidad**

Modelos Lineales Generalizados (MLG) de la familia de Poisson función de enlace logarítmica, para evaluar la probabilidad de enfermedades. Modelos Lineales Generalizados de la familia Poisson función de enlace logarítmico y varianza robusta (sandwich" o HC0) Para calcular Prevalencia de la ratio (PR) de tener enfermedades.

### **III.6.8. Ajuste de los datos**

Se seleccionaron todas las variables que informaban de efectos para entrar en los modelos multivariantes ( $p < 0,10$ ). Las variables politémicas, se convirtieron en variables dummy para extraer más contenido informativo. La selección de entrada de las variables en los modelos se realizó por el método paso a paso hacia delante paso hacia atrás (stepwise: forward/backward): se comenzó sin ninguna variable y en cada paso se añadía una inclusión (variable) y posteriormente la exclusión de alguna de las anteriormente añadidas.

La consistencia interna de las herramientas utilizadas (IFSF-6 y WAST) se evaluó a través de coeficiente  $\alpha$  de Cronbach. La significancia estadística se fijó  $p < 0,05$ .

Valoramos las medidas de bondad de ajuste para garantizar la confiabilidad del modelo de regresión ajustado. Se realizó la prueba de multicolinealidad por valor del factor de inflación de la varianza (VIF). El valor del VIF para todas las variables fue inferior a 1.2. Valoramos las medidas de bondad de ajuste. Los modelos anidados se compararon con la prueba likelihood ratio (LR). Los modelos seleccionados con Akaike Información Criterio (AIC), Deviance (D) y likelihood ratio (LR) más bajos fueron comparados con los test:  $LR = 2 * [\ln(\mathcal{L}(FM1)) - \ln(\mathcal{L}(FM2))] \sim \chi^2_{((K+1)-(L+1))}$  ; D Los no anidados comparamos la plausibilidad sometida

Akaike Information Criteria (AIC), seleccionado los modelos Coef. evidencia Pesos Akaike ( $w_i$ ) con horquilla 1-2. Calculamos Pseudo -  $R^2$  de McFadden:  $R^2 = D^0$  desviación del (modelo nulo sólo el intercepto) - D (modelo ajustado).<sup>156</sup>

$$R^2 \text{ de McFadden} = \left( R^2 = \frac{D_0 - D}{D_0} \right)$$

Finalmente los modelos seleccionados se calculó la probabilidad para cada variable; tanto de PR como OR, así como la acumulada para los dominios (dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor)

Probabilidad para regresión logística ordinal

$$1 - Cp_k = 1$$

$p_k$  Probabilidad de estar en la categoría K

$Cp_k$  Probabilidad acumulada de estar en la categoría k o inferior

$1 - Cp_k$  Probabilidad de estar por encima de la categoría k

$$\text{Formula probabilidad acumulada } p_k = \frac{e(a_k - bx)}{1 + e(a_k - bx)}$$

$$\text{Formula probabilidad de Poisson para datos binarios PR} = 1 - \frac{\lambda^0 x e^{-\lambda}}{0!}$$

$$\text{Formula probabilidad OR} = \frac{e^{xb}}{1 + e^{xb}} \rightarrow \left( \frac{p}{1-p} \right)$$



---

# RESULTADOS



*“El éxito no se logra sólo con cualidades especiales. Es sobre todo un trabajo de constancia de método y de organización”*

*Víctor Marie Hugo (1802-1885)*



## IV. RESULTADOS

---

**D**urante el periodo de estudio fueron invitadas a participar un total de 532 mujeres. De estas, 22 (4,13%) declinaron participar, el 5,26% (n= 28) no mantuvo relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas y 31 (5,83%) cuestionarios fueron eliminados por estar mal diligenciados. La tasa de respuestas fue del 84.46%. **La muestra final fue de 451 mujeres** participantes en la investigación, con cuestionarios operativos para el análisis estadístico.

### IV.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS PARTICIPANTES

En primer lugar, se realiza una descripción de las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres estudiadas. La tabla 3 presenta los datos demográficos de la muestra de 451 mujeres, desglosados por edad, sector de población, etnia y país de nacimiento. Como se observa, la edad media fue de  $50,09 \pm 7,05$  años y la mediana de edad de 49 años, con un rango intercuartílico (RIQ) de 12; en cuanto a los percentiles, el percentil 25 se situó en los 44 años, mientras que el percentil 75 estuvo en los 56 años, por último, el RIQ fue de 12 años. La mayoría de las mujeres se situaron en el rango de 40-44 años (26,6%), seguido por el de 45-49 años (23,5%). En relación al lugar de residencia, la mayoría de las mujeres residen en áreas urbanas (79,2%), estando las áreas semirurales y rurales menos representadas con cifras del 9,8% y el 11,0% respectivamente. Además, la mayoría de las mujeres son de etnia caucásica (75,6%). Otros grupos incluyeron mujeres de etnia gitana española (9,8%), hispanoamericana mestiza (10,0%), y otras etnias (4,7%). La mayoría de las mujeres eran de nacionalidad española (82,9%), y tan sólo un (17,1%) fueron inmigrantes.

La representación caucásica estuvo mayoritariamente representada por mujeres españolas (n=330), seis mujeres eran ucranianas y el resto de diferentes nacionalidades: argentina, búlgara, georgiana, rusa y venezolana, conformando así la muestra de las participantes de etnia caucásica (n=341). Por su parte, las mujeres de etnia gitana eran españolas. Por lo que el total de mujeres españolas ascendió a 374 mujeres (tabla 3).

<b>Mujeres (n = 451)</b>	N (%)	Mediana [RIQ]
<b>Edad rango etarios</b>		49 [12]
40-44	120 (26.6)	42 [3]
45-49	106 (23.5)	47 [2]
50-54	88 (19.5)	51.5 [3]
55-59	82 (18.2)	57 [2]
60-64	55 (12.2)	62 [2]
<b>Población (sector)</b>		
Urban	357 (79.2)	49 [12]
Semirural	44 (9.8)	47 [11]
Rural	50 (11.0)	51 [9]
<b>Etnia</b>		
Caucasia	341 (75.6)	50 [12]
Gitana Española	44 (9.8)	46.5 [12]
Hispanoamericana mestiza	45 (10.0)	48 [11]
Otras	21 (4.7)	51 [13]
<b>País de nacimiento</b>		
Españolas	374 (82.9)	50 [12]
No españolas (Inmigrantes)	77 (17.1)	48 [12]

**Tabla 3.** Datos sociodemográficos de las participantes; porcentaje por rangos etarios, población de residencia y etnias. Abreviaturas: Edad mediana; [RIQ]: rango intercuartílico.

Profundizando en los orígenes natales de las mujeres, además de las españolas, hay representación de varias nacionalidades, siendo las más comunes boliviana, ecuatoriana y marroquí (tabla 4).

<b>Mujeres (n = 451)</b>				
<i>Nacionalidad</i>	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Española	374	82,9	82,9	82,9
Boliviana	13	2,9	2,9	85,8
Ecuatoriana	16	3,5	3,5	89,4
Marroquí	15	3,3	3,3	92,7
Colombiana	8	1,8	1,8	94,5
Nicaragüense	3	,7	,7	95,1
Peruana	5	1,1	1,1	96,2
Cubana	1	,2	,2	96,5
Venezolana	2	,4	,4	96,9
Senegalesa	4	,9	,9	97,8
Georgiana	1	,2	,2	98,0
Ucraniana	6	1,3	1,3	99,3
Búlgara	1	,2	,2	99,6
Rusa	1	,2	,2	99,8
Argentina	1	,2	,2	100,0
Total	451	100,0	100,0	

**Tabla 4.** Países de nacimiento de las mujeres representadas en el estudio. Frecuencias, porcentajes, porcentaje válido y porcentaje acumulado.

Estos datos demográficos son esenciales para contextualizar los resultados de cualquier análisis posterior sobre la función sexual o la prevalencia de abuso en esta población, reflejando una diversidad cultural y social significativa, novedosa en un estudio de estas características y nunca antes realizado en nuestro entorno. Si bien para la operatividad de los datos y la concreción de resultados, la nacionalidad fue tratada en el análisis estadístico como variable categórica binomial, es decir, españolas y no españolas (inmigrantes).

Otro análisis que llevamos a cabo fue estudiar la edad media de las participantes en función de sus etnias: caucásica, gitana, hispanoamericana mestiza, otras etnias y negra africana. Como se puede comprobar en la tabla 5, las edades varían

entre las diferentes etnias, con las mujeres caucásicas y de otras etnias con una media de edad ligeramente superior al resto, respecto al rango de edad, las mujeres negras africanas tienen el rango más estrecho, mientras que las caucásicas tienen el rango más amplio. Los percentiles de las etnias minoritarias se analizaron en bisagras de Tukey percentil 25 y percentil 75 (p:25 y 75).

Otra etnia se conformó con el grupo de mujeres marroquíes (n= 15), dos mujeres de Hispanoamérica, las cuales tenían multiétnicidad y el grupo de mujeres negra africana senegalesas (n= 4). No obstante, fueron incluidas en otra etnia por las bajas frecuencias para el análisis estadístico. Estas 21 mujeres formaron el grupo otra etnia.

<b>Mujeres (n = 451)</b>					
<i>Etnia</i>	M ±	RANGO	Me [RIQ]	P25	P75
Caucásica	50, 41 ± 7,143	40-64 =24	50 [12]	44,5	56
Gitana	48,64 ± 7,055	40-63 = 23	46,50 [12]	45	56
Hispanoamericana	48,62 ± 6,02	40-49 = 19	48 [19]	42	53
Otras etnias	50,24± 7,870	40-62 = 22	46 [16]	43	57
Negra africana	48,64 ± 7,055	48-54 = 6	54 [5]	51	54

**Tabla 5.** Edad de las participantes por etnia. Abreviaturas: M (media); ± (desviación estándar); Me: (mediana); [RIQ]: rango intercuartílico; percentil 25 y percentil 75

A continuación, se muestran los resultados demográficos relativos al estado civil, la situación laboral, el nivel educativo, la situación económica y la fase del climaterio. La mayoría de las mujeres están casadas, 66,5% (300 mujeres), mediana de edad 50 años [RIQ: 12], y tienen hijos 90,2% (n=407). La mayoría de las mujeres, 63,9% (n=288), trabaja en empleos remunerados, el 25% refirieron ser amas de casa. Con relación al nivel educativo, una proporción significativa de mujeres no tenían estudios, 23,7% (n=107), siendo su mediana de edad de 53 años. El 26,3% (n=118) de las mujeres refirieron problemas económicos. Casi la mitad de las mujeres, 48.7% (n=220), están en la fase de posmenopausia, mediana de edad 56 años, lo que puede influir en otros aspectos de salud y bienestar (tabla 6).

<b>Mujeres (n = 451)</b>	N (%)	Mediana [RIQ]
<b>Estado Civil</b>		
Casada	300 (66.5)	50 [12]
Pareja estable	92 (20.4)	46 [9]
Otra situación	59 (13.1)	49 [12]
<b>Hijos</b>	407 (90.2)	50 [12]
<b>Situación laboral</b>		
Trabajo remunerado	288 (63.9)	48 [11]
Desempleado	50 (11.1)	47 [11]
Ama de casa	113 (25.0)	54 [16]
<b>Nivel educativo</b>		
Sin estudios	107 (23.7)	53 [12]
Básico	132 (29.3)	48 [12]
Formación profesional/bachiller	125 (27.7)	48 [10]
Universitario	87 (19.3)	48 [12]
<b>Problemas económicos</b>	118 (26.3)	48 [11]
<b>Fase del climaterio</b>		
Premenopausia	132 (29.3)	43 [4]
Perimenopausia	99 (22.0)	47 [5]
Posmenopausia	220 (48.7)	56 [7]

**Tabla 6.** Datos sociodemográficos de las participantes. Abreviaturas: Edad mediana; [RIQ]: rango intercuartílico.

La tabla 7 presenta las edades medias de las mujeres según clasificación en la etapa del climaterio.

<b>Mujeres (n = 451)</b>				
<b>Fase del climaterio</b>	M ±	Me [RIQ]	P25	P75
Premenopausia	43,15 ± 3,74	43 [4]	41	45
Perimenopausia	47,19 ± 3,09	47 [5]	45	49,50
Posmenopausia	55,56 ± 5,29	56 [7]	52	59

**Tabla 7.** Edad de las participantes en la etapa del climaterio. Abreviaturas: M (media); ± (desviación estándar); Me: (mediana); [RIQ]: rango intercuartílico; percentil 25 y percentil 75

Dentro del cuestionario se introdujo una pregunta para evaluar el estado de salud autopercebida (salud subjetiva) por las mujeres (tabla 8). La mayoría de las mujeres,

74,3%, tenía una percepción muy buena o buena salud (n=335), solamente 14 mujeres (3,1%) refirieron una mala salud.

<b>Mujeres (n = 451) salud subjetiva</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy buena	168	37,3	37,3	37,3
Buena	167	37,0	37,0	74,3
Regular	102	22,6	22,6	96,9
Mala	14	3,1	3,1	100,0
Total	451	100,0	100,0	

**Tabla 8.** Salud subjetiva indicada por las mujeres en el momento del estudio. Frecuencias absolutas y porcentajes

En último lugar, quisimos conocer los antecedentes clínicos (patologías crónicas), incluidas algunas intervenciones quirúrgicas y los hábitos de vida (consumo de tabaco y alcohol) de las mujeres, para poder evaluar la influencia de estas situaciones sobre el índice de función sexual o la violencia de género que posteriormente analizaríamos. Los resultados se muestran en la tabla 9.

Los antecedentes clínicos ponen de manifiesto que afecciones relacionadas con la salud mental tales como la ansiedad y la depresión afectaban a una gran parte de las mujeres. En la tabla 9 se recoge como más de una cuarta parte estaba en tratamiento con ansiolíticos y un 10% estaba diagnosticada de depresión. La edad media de las mujeres con ansiedad (n=119, 26,4%) fue de  $50,33 \pm 5,286$  años y la edad mediana de 50 años. Las mujeres sin depresión tenían una edad similar  $50,01 \pm 7,002$  con una mediana de 49 años. Las mujeres con depresión tenían una edad de media de  $51,84 \pm 7,474$ , situándose en una mediana de 52 y RIQ de 13 años. Por otra parte, las mujeres sin depresión tenían una edad media de  $49,9 \pm 6,977$  años, la mediana de 49 y el RIQ de 12 años respectivamente.

<b>Mujeres (n = 451)</b>	<b>N (%)</b>	<b>Mediana [RIQ]</b>
<b>Histerectomía</b>		
Histerectomía	22 (4,9)	57,5 [15]
Ooforectomía (bilateral)		
Histerectomía (Sin) Ooforectomía	8 (1,8)	49 [12]
<b>Mastectomía</b>	11 (2,4)	56 [10]
<b>Terapia hormonal (TH)</b>	17 (3,8)	48 [7]
<b>Ansiedad, tomando ansiolíticos</b>	119 (26,4)	50 [12]
<b>Depresión, tomando antidepresivos</b>	45 (10,0)	52 [13]
<b>Historial de enfermedades</b>		
0	271 (60,1)	47 [9]
1	126 (28,0)	53 [11]
2	39 (8,6)	57 [10]
≥ 3	15 (3,3)	57 [6]
<b>Consumo de cigarrillos</b>		
Nunca	292 (64,7)	50 [12]
1 a 5	32 (7,1)	50,5 [9]
5 a 10	31 (6,9)	47 [11]
10 a 15	36 (8,0)	46 [13]
15 a 20	40 (8,9)	50 [11]
>20 o más	20 (4,4)	50 [15]
<b>Consumo de alcohol</b>		
Nunca	145 (32,2)	50 [12]
Ocasional	237 (52,5)	48 [11]
Frecuente moderado	36 (8,0)	50 [11]
Habitual	33 (7,3)	48 [12]

**Tabla 9.** Antecedentes clínicos y hábitos de vida. Abreviaturas. N: frecuencias; (%): porcentajes; edad mediana; [RIQ]: rango intercuartílico.

De las mujeres estudiadas, el 39,9% estaban diagnosticadas de, al menos, una enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas más frecuentes de las mujeres del estudio fueron respectivamente: hipertensión arterial 15,1% (n=68) y el hipotiroidismo con una prevalencia 11,3% (n=51). La tercera enfermedad crónica en prevalencia fue la hipercolesterolemia con un 6,4% (n=29), seguidas por la diabetes mellitus tipo II, la artrosis y la artritis reumatoide, todas ellas con la misma

prevalencia del 5,3% (n=24); la osteoporosis y el asma bronquial tenían una prevalencia menor, del 1,8% (n=8); y entre las enfermedades menos prevalentes se hallaron, las alteraciones de la coagulación sanguínea 1,3% (n=6); la diabetes mellitus tipo I, la fibromialgia y los problemas cardiacos con el 0,7% (n=3) de afectación. Por último, hubo enfermedades que afectaron tan sólo a una o dos mujeres: enfermedades urológicas, lupus eritematoso, prurigo nodular, esófago de Barret, síndrome de Sjögren, hemiplejia derecha y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Las mujeres con una patología tenían una edad media de  $52,27 \pm 6,69$ ; con dos patologías su edad fue de  $54,25 \pm 5,93$ . También se analizó la edad media de las mujeres sin patologías crónicas que fue de  $49,79 \pm 6,34$ , situadas en el percentil p25: 43 y p75: 52 años.

La pluripatología o multimorbilidad también fue tomada en cuenta, de modo que, tener tres enfermedades crónicas simultáneamente se presentó en 12 mujeres cuya edad media fue de  $55,64 \pm 4,15$ ; y hubo tres casos de mujeres que estaban diagnosticadas de cuatro patologías y cuya edad media fue de  $54,33 \pm 3,05$  (tabla 10).

<b>SUMA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS</b>				
<b>Mujeres (n = 451)</b>	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	271	60,1	60,1	60,1
1	126	27,9	27,9	88,0
2	39	8,6	8,6	96,7
3	12	2,7	2,7	99,3
4	3	,7	,7	100,0
Total	451	100,0	100,0	

**Tabla10:** Frecuencias y porcentajes: Patologías crónicas

Respecto a los hábitos tóxicos, el consumo de tabaco afectaba a un 35,3% de las mujeres, la edad media de las mujeres fumadoras fue de  $49,60 \pm 6,728$  y las no fumadoras tenían una edad media de  $50,36 \pm 7,207$ . Al analizar el consumo de alcohol, otra de las variables dependientes del estudio, la mayoría de las mujeres refirió tener un consumo bajo a moderado, solamente el 7,3% (n= 33) de las

mujeres se declaró con consumo abusivo de alcohol, la edad media de este grupo fue de  $50 \pm 6,287$  años.

## **IV.2. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL**

Se realizó la evaluación de la función sexual con el cuestionario Índice de la Función Sexual Femenina IFSF-6, con el fin de dar respuesta al segundo objetivo de la investigación.

En la tabla 14 (página 95) se representan los resultados del análisis de la función sexual en las mujeres objeto de estudio. Nos pareció interesante mostrar estos resultados paralelamente con la etapa del climaterio en la que se hallaban las mujeres participantes, así como con los resultados obtenidos en el siguiente objetivo de esta tesis doctoral, el cribado de VG. Por ello, a continuación, en el apartado 3 de resultados, se describen los datos aportados por el cuestionario WAST, para a continuación, en la tabla 14, recoger todos estos resultados y analizarlos conjuntamente.

Como adelanto, indicar que el cribado positivo de DSF estuvo presente en 152 mujeres (33,70%), el resto ( $n=299$ ) no presentaron DSF. Como se observa, la puntuación media del IFSF-6 fue de  $20,71 \pm 5,31$  (tabla 14, página 95), en dicha tabla, parte izquierda superior, se recogen todos los dominios del cuestionario (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) siendo el mejor valorado la satisfacción con una puntuación media de  $3,91 \pm 1,11$ ; y el dominio peor valorado el deseo sexual ( $2,84 \pm 1,05$ ).

Los resultados confirman que la herramienta IFSF-6 es válida y fiable para evaluar la función sexual en las mujeres en el ámbito comunitario [ $\alpha$  de Cronbach = 0,875].

A continuación, en la tabla 11, se analizó la influencia de la edad de las mujeres en la presencia o ausencia de disfunción sexual, como se aprecia la edad obtuvo significación estadística con la disfunción sexual (U Mann-Whitney:  $p < 0,001$ ). Esta significación nos sugiere que, a mayor edad de las mujeres, éstas presentan peor

función sexual, por tanto, las mujeres con disfunción sexual tienden a ser mayores en comparación con aquellas sin disfunción sexual, véase las diferencias de las medias y medianas de edad entre ambos grupos.

<b>Mujeres (n = 451)</b>				
<i>Función sexual</i>	M ±	Me [RIQ]	P25	P75
Cribado negativo de disfunción sexual	48,94 ± 6,819	48 [12]	43	55
Cribado positivo de disfunción sexual	52,37 ± 6,945	53 [12]	46	58

**Tabla11.** Edad de las participantes: función sexual. influencia de la edad de las mujeres en la presencia o ausencia de disfunción sexual. Abreviaturas: M (media); ± (desviación estándar); Me: (mediana); [RIQ]: rango intercuartílico; percentil 25 y percentil 75

### IV.3. DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Una vez analizada la función sexual, se pasó al cribado de posibles casos de violencia de género en las participantes del estudio mediante el test WAST. Un total de **75 mujeres (16,63%)** dieron positivo al aplicar la herramienta (WAST ≥14 puntos), lo cual indica que estas mujeres posiblemente adolecían de violencia de género por la pareja íntima (tabla 12, página siguiente 92). Esta tabla ofrece las puntuaciones para cada ítem, totales y prevalencia. La prueba de WAST demostró ser válida y fiable para detectar la violencia de género [**α de Cronbach = 0,826**].

De un modo más preciso, la tabla 12 nos aporta los siguientes datos: **relación de pareja:** El 50,8% de las mujeres describen su relación sin tensión, el 39,2% con alguna tensión, y el 10% con mucha tensión. La puntuación media es 1,59 con una desviación estándar de 0,665. **Resolución de discusiones:** el 53,2% resuelven sus discusiones sin dificultad, el 36,4% con alguna dificultad, y el 10,4% con mucha dificultad. La puntuación media es 1,57 con una desviación estándar de 0,674. **Sentimientos después de discusiones:** el 34,1% nunca se sienten decaídas, el 46,8% a veces, y el 19,1% muchas veces. La puntuación media es 1,85 con una desviación estándar de 0,511. **Violencia física en discusiones:** el 94,7% nunca

experimentan violencia física, el 4,9% a veces, y el 0,4% muchas veces. La puntuación media es 1,06 con una desviación estándar de 0,252. **Miedo a la pareja:** El 80,9% nunca sienten miedo, el 14,9% a veces, y el 4,2% muchas veces. La puntuación media es 1,234 con una desviación estándar de 0,513. **Abuso físico:** El 95,7% nunca han sido abusadas físicamente, el 3,8% a veces, y el 0,7% muchas veces. La puntuación media es 1,05 con una desviación estándar de 0,249. **Abuso emocional:** El 72,7% nunca han sido abusadas emocionalmente, el 19,7% a veces, y el 7,5% muchas veces. La puntuación media es 1,354 con una desviación estándar de 0,615. **Abuso sexual:** El 96% nunca han sido abusadas sexualmente, el 3,1% a veces, y el 0,9% muchas veces. La puntuación media es 1,05 con una desviación estándar de 0,254. En conjunto, la puntuación total media del WAST es 10,77 con una desviación estándar de 2,848, siendo la prevalencia de VG del 16,63% con un intervalo de confianza del 95% entre 13,19% y 20,07%. Estos resultados indican que una proporción significativa de mujeres experimenta algún nivel de tensión o dificultad en sus relaciones, y un porcentaje menor de mujeres reporta experiencias de abuso físico, emocional o sexual.

## Resultados

<b>Mujeres (n = 451) Preguntas WAST <math>\alpha = 0.820</math></b>	<b>Respuestas</b>			<b>Puntuación (X <math>\pm</math> DE)</b>
1. En general, ¿cómo describiría usted su relación de pareja?	Mucha tensión	Alguna tensión	Sin tensión	
	N 45 (10,0)	177 (39,2)	229 (50,8)	1,59 $\pm$ 0,665
2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad	
	N 47 (10,4)	164 (36,4)	240 (53,2)	1,57 $\pm$ 0,674
3. Al terminar las discusiones ¿usted se siente decaída o mal con usted mis misma?	Muchas veces	A veces	Nunca	
	N 86 (19,1)	211 (46,8)	154 (34,1)	1,85 $\pm$ 0,511
4. ¿las discusiones terminan con golpes, petadas o empujones?	Muchas veces	A veces	Nunca	
	N 2 (0,4)	22 (4,9)	427 (94,7)	1,06 $\pm$ 0,252
5. ¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga?	Muchas veces	A veces	Nunca	
	N 19 (4,2)	67 (14,9)	365 (80,9)	1,23 $\pm$ 0,513
6. ¿Su pareja ha abusado de usted físicamente?	Muchas veces	A veces	Nunca	
	N 3 (0,7)	17 (3,8)	431 (95,7)	1,05 $\pm$ 0,249
7. ¿Su pareja ha abusado de usted emocionalmente?	Muchas veces	A veces	Nunca	
	N 34 (7,5)	89 (19,7)	328 (72,7)	1,35 $\pm$ 0,615
8. ¿Su pareja ha abusado de usted sexualmente?	Muchas veces	A veces	Nunca	
	N 4 (0,9)	14 (3,1)	433 (96,0)	1,05 $\pm$ 0,254
	(X $\pm$ DE) Puntuación total media: VG puntuación $\geq$ 14			10,77 $\pm$ 2,848
	Mediana			10
	p25-p75			8-12
	RIQ			4
	<b>Prevalencia: VG (%) [IC 95%]</b>			<b>16.63 [13.19 –20.07]</b>

**Tabla 12.** Prevalencia de cribado positivo de violencia de género (VG), puntuaciones medias para cada ítem, totales, número de mujeres y porcentajes para cada una de las respuestas woman abuse screening tool (WAST) total puntuaciones y prevalencia (n=451). Abreviaturas: n: número de mujeres; (%); X: media;  $\pm$ : desviación estándar; p: percentil; [RIQ]: rango intercuartílico. Test woman abuse screening tool (wast) puntuación  $\geq$  14 violencia de género (VG).

En la siguiente tabla (tabla 13), se muestra como la edad media de las mujeres en cada grupo (VG positivo vs. VG negativo). La edad no presentó significación estadística con la VG. Por tanto, no podemos decir, que la edad se relacione con la VG (U de Mann-Whitney,  $p$ : 0,265).

<b>Mujeres (n = 451)</b>				
<b>Violencia de Género</b>	M ±	Me [RIQ]	P25	P75
Cribado negativo de violencia de género	48,94 ± 6,819	48 [12]	43	55
Cribado positivo de violencia de género	42,37 ± 6,945	53 [12]	46	58

**Tabla13.** Edad de las participantes: violencia de género; abreviaturas: M (MEDIA); ± (Desviación estándar); Me (Mediana); [RIQ] Rango intercuartílico; Percentil: 25 y percentil: 75.

Como se indicó en el apartado dos de resultados una vez evaluada la prevalencia de VG, se comparó el estado de la función sexual de estas mujeres en relación con la presencia o no de VG. La evaluación de ésta se realizó para cada dimensión del IFSF-6, tanto para el total de mujeres como en los diferentes subgrupos en relación a la etapa del climaterio: premenopausia, perimenopausia y posmenopausia. Para el análisis, la variable WAST continua fue transformada a categoría binomial (WAST  $\geq$  14 puntos). Los resultados de la tabla 14 proporcionan un análisis detallado sobre la función sexual y la prevalencia de abuso en la muestra de 451 mujeres. Como se observa, todos los dominios del IFSF-6 (deseo, excitación, lubricación orgasmo, satisfacción y dolor) y la función sexual general se deterioraron con el avance del estado menopáusico. La prevalencia de DSF aumentó progresivamente desde premenopáusicas (14,39%) a perimenopáusicas (35,30%) y, finalmente postmenopáusicas (44,54%), con resultados significativos ( $X^2$ :  $p < 0,001$ ) (tabla 14, última fila).

Los subgrupos de mujeres con cribado positivo y negativo de VG mostraron diferencias significativas en todos los dominios y puntuaciones promedio (tabla 14, columnas derechas). De las 75 mujeres con cribado positivo en VG solamente 17 de ellas no presentaron DS (5,7%). Además, la prevalencia de DS para las mujeres con cribado positivo en VG fue 77.33% vs. 25% para las mujeres con cribado negativo. Igualmente, todos los dominios de la función sexual (deseo, excitación,

lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor), presentaban puntuaciones más bajas (peor función sexual), con significación estadística (U de Mann-Whitney,  $p < 0,001$ ).

Se realizaron análisis de las dimensiones IFSF-6 por rangos etarios. Las prevalencias de DS aumentó según aumentaba la edad. Los resultados mostraron las diferencias para los distintos rangos etarios, 40-44 años (20,00%), 45-49 años (30,20%), 50-54 años (38,63%), 55-59 (41,46%) y, finalmente, mujeres de 60-64 años (50,90%). Todas las puntuaciones de los dominios mostraron significación a excepción de la satisfacción. En la tabla 15 (página 94) se presentan estos resultados, es decir, las dimensiones del IFSF por rangos etarios.

A la luz de los resultados, podemos establecer una asociación entre la función sexual y la experiencia de abuso, y también con las distintas fases del climaterio desde premenopausia, perimenopausia y posmenopausia, la edad, también influyó en la presencia de DSF.

## Resultados

Dominios	Etapa del climaterio				Valor p	WAST $\alpha = 0.826$		Valor p
	IFSF-6 $\alpha = 0.875$	Mujeres	Premenopausia N = 132 (29,26)	Perimenopausia N = 99 (21,95)		Posmenopausia N = 220 (48,78)	Negativo (VG) N=376 (83,37)	
	Todas N =451 (X $\pm$ DE)							
Deseo	2,84 $\pm$ 1,05	3,11 $\pm$ 1,05	2,90 $\pm$ 0,99	2,64 $\pm$ 1,04	<0,001 <sup>a</sup>	2,95 $\pm$ 0,98	1,27 $\pm$ 1,21	<0,001 <sup>c</sup>
Excitación	3,27 $\pm$ 1,08	3,65 $\pm$ 1,01	3,35 $\pm$ 1,01	3,01 $\pm$ 1,00	<0,001 <sup>a</sup>	3,43 $\pm$ 0,96	2,49 $\pm$ 1,11	<0,001 <sup>c</sup>
Lubricación	3,27 $\pm$ 1,33	4,16 $\pm$ 1,05	3,51 $\pm$ 1,14	2,64 $\pm$ 1,23	<0,001 <sup>a</sup>	3,36 $\pm$ 1,31	2,83 $\pm$ 1,28	0,001 <sup>c</sup>
Orgasmo	3,61 $\pm$ 1,26	4,02 $\pm$ 1,11	3,59 $\pm$ 1,21	3,37 $\pm$ 1,31	<0,001 <sup>a</sup>	3,82 $\pm$ 1,14	2,56 $\pm$ 1,31	<0,001 <sup>c</sup>
Satisfacción	3,91 $\pm$ 1,11	4,20 $\pm$ 0,89	3,93 $\pm$ 1,14	3,75 $\pm$ 1,17	0,001 <sup>a</sup>	4,12 $\pm$ 0,96	2,85 $\pm$ 1,22	<0,001 <sup>c</sup>
Dolor	3,81 $\pm$ 1,10	4,25 $\pm$ 0,88	3,95 $\pm$ 1,10	3,47 $\pm$ 1,11	<0,001 <sup>a</sup>	3,96 $\pm$ 1,04	3,01 $\pm$ 1,07	<0,001 <sup>c</sup>
Puntuación total.								
Disfunción sexual: $\leq 19$ puntos	20,71 $\pm$ 5,31	23,40 $\pm$ 4,33	21,22 $\pm$ 5,09	18,86 $\pm$ 5,29	<0,001 <sup>a</sup>	21,64 $\pm$ 4,72	16,03 $\pm$ 5,62	<0,001 <sup>c</sup>
Mediana	21	25	22	20		22	16	
p25-p75	17-25	21,25-27	17-25	15,25-23		19,25-25	12-19	
RIQ	8,00	6,00	8,00	8,00		6,00	7,00	
<b>Prevalencia: DSF (%) [IC 95%]</b>	<b>N=152 (33,70%)</b> [29,34-38,06]	<b>14,39%</b> [8,39-20,40]	<b>35,30%</b> [25,90-44,70]	<b>44,54%</b> [37,97-51,11]	<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>	<b>25,00%</b> [20,62-29,38]	<b>77,33%</b> [67,82- 86,78]	<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>

**TABLA 14.** Índice Función Sexual femenina seis ítems (IFSF- 6). Dominios y puntuación total. Prevalencia de disfunción sexual femenina (DSF), distribución según etapa del climaterio y cribado de violencia de pareja íntima (VG) cuestionario Woman Abuse Screening Tool (WAST). Abreviaturas: N: número de mujeres, (%); X: media;  $\pm$  DE: desviación estándar; p: percentil; RIQ: rango intercuartílico. Significación estadística; a: significación Test de Kruskal-Wallis; b: significación pruebas  $\chi^2$ ; c: significación Test de Mann-Whitney; Disfunción sexual femenina (DSF) puntuación  $\leq 19$  a mayor puntuación mejor función sexual total y de los dominios; coeficiente  $\alpha$  Cronbach: IFSF-6 = 0.875;  $\alpha$  Cronbach: WAST = 0.826.

## Resultados

Dominios	Grupos de mujeres ajustados por edad (años) <i>Mujeres (n = 451)</i>					P valor
	40 a 44 años N = 120 (26,6)	45 a 49 años N = 106 (23,5)	50 a 54 años N = 88 (19,5)	55 a 59 años N = 82 (18,2)	60 a 64 años N = 55 (12,2)	
Deseo	3,07 ± 1,06	3,06 ± 1,01	2,67 ± 1,00	2,63 ± 1,14	2,47 ± 0,84	<0,001 <sup>a</sup>
Excitación	3,58 ± 1,01	3,37 ± 1,09	3,11 ± 0,99	3,06 ± 1,05	3,00 ± 0,94	<0,001 <sup>a</sup>
Lubricación	4,11 ± 1,07	3,65 ± 1,19	2,98 ± 1,14	2,63 ± 1,19	2,05 ± 1,17	<0,001 <sup>a</sup>
Orgasmo	3,86 ± 1,20	3,75 ± 1,19	3,41 ± 1,23	3,54 ± 1,35	3,22 ± 1,34	0,008 <sup>a</sup>
Satisfacción	4,08 ± 0,97	4,04 ± 1,11	3,73 ± 1,25	3,83 ± 1,15	3,70 ± 1,03	0,052 <sup>a</sup>
Dolor	4,08 ± 1,00	3,97 ± 1,03	3,74 ± 1,17	3,55 ± 1,10	3,36 ± 1,13	<0,001 <sup>a</sup>
X ± total puntos.						
IFSF-6: puntos <19	22,87 ± 4,76	21,84 ± 4,99	19,64 ± 5,37	19,24 ± 5,31	17,91 ± 4,91	<0,000 <sup>a</sup>
DSF						
Mediana	24	22	21	20	19	
p25-p75	21-26	18-26	17-24	15-23	14-21	
RIQ	5	8	7	8	7	
<b>Prevalencia</b>						
<b>DSF</b>	<b>20,00%</b>	<b>30,20%</b>	<b>38,63%</b>	<b>41,46%</b>	<b>50,90%</b>	<b>0,001<sup>b</sup></b>
<b>[95% CI]</b>	<b>[12,80 – 27,20]</b>	<b>[21,46 – 38,94]</b>	<b>[28,45 – 48,80]</b>	<b>[30,80 – 52,12]</b>	<b>[37,69 – 64,11]</b>	

**Tabla 15.** Índice Función Sexual femenina seis ítems (IFSF- 6) Dominios y puntuación total. Función sexual por rango etarios. Abreviaturas: N: número de mujeres, (%); X: media; ± DE: desviación estándar; p: percentil; RIQ: rango intercuartílico. Significación estadística; a: significación Test de Kruskal-Wallis; b: significación pruebas  $\chi^2$ : Disfunción sexual femenina (DSF) puntuación  $\leq 19$  a mayor puntuación mejor función sexual total y de los dominios; coeficiente  $\alpha$  Cronbach: IFSF-6 = 0.875;  $\alpha$  Cronbach: WAST = 0.826.

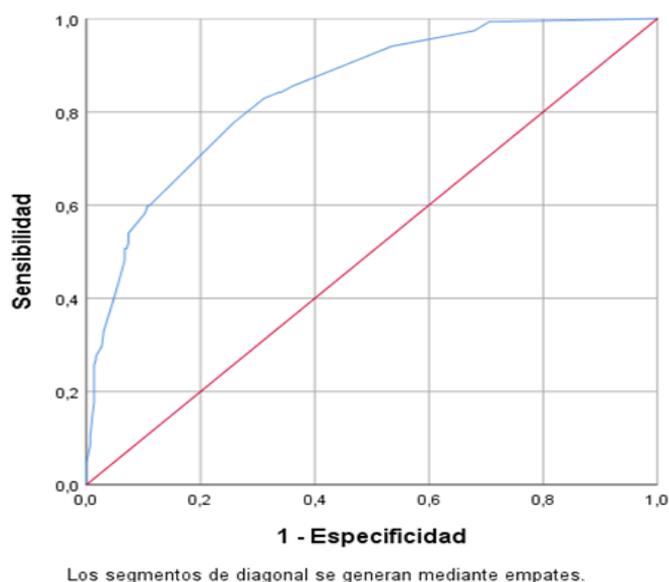
## IV.4. FACTORES ASOCIADOS A FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Para desempeñar el objetivo siguiente, identificar los factores asociados a DSF en la etapa del climaterio, realizamos MLG de la familia logística binomial función de enlace (logit). La variable dependiente continua “función sexual” medida por la herramienta IFSF-6 fue transformada en variable binomial dicotómica presencia de DS vs ausencia de DS (IFSF-6  $\leq 19$ ). Tras ajustar por variables de confusión, el Modelo multivariante de regresión predijo, los factores asociados al cribado positivo de DS, entre los cuales se destaca la VG, medida por el test de WAST, con una de OR de 16,264 y una probabilidad de presenta DS del 94,21% de presentar DS. Otros factores con una fuerte fueron la depresión OR: 4.229, la posmenopausia (OR=3,706), la transición menopáusica (perimenopausia) (OR=3,669), las patologías crónicas, la histerectomía y un el abuso de alcohol. La tabla 16 muestra los OR y las probabilidades de todas las variables identificadas como factores de riesgo de DS. El modelo ajustó con una Pseudo  $R^2$  de McFadden del 85,17% y una probabilidad del 99,69% (tabla 16).

Factores Regresión logística Binaria	$\beta$ coeficiente	Error	OR	95% IC	P valor	Proba- bilidad DSF
Constante	-3.101	0.347	0.045	[0.023 – 0.089]	<0.001	
Violencia de género (WAST)	2.789	0.367	16.264	[7.919 – 33.433]	<0.001	0.9421
Depresión	1.442	0.408	4.229	[1.901 – 9.406]	<0.001	0.8087
Premenopausia	Referencia		1.00			
<i>Perimenopausia</i>	1.300	0.403	3.669	[1.701 – 8.084]	0.001	0.7858
<i>Posmenopausia</i>	1.310	0.376	3.706	[1.774 – 7.743]	<0.001	0.7875
Patologías crónicas	1.282	0.274	3.603	[2.161 – 6.166]	<0.001	0.7827
Histerectomía	1.229	0.465	3.418	[1.335 – 8.250]	0.010	0.7736
Abuso de Alcohol	0.860	0.437	2.363	[1.048 – 5.570]	0.049	0.7026

**Tabla 16.** Factores de riesgo asociados a disfunción sexual. Modelo Lineal Generalizad de Regresión Logística Binaria. Ajuste por todas las variables de la tabla: Desvianza residual: 29,895; logaritmo de verosimilitud: -14,947; chi-cuadrado de razón de verosimilitud: 171,730; gl 7;  $p < 0.001$ ; Pseudo- $R^2$ : 0.8517 de McFadden. Probabilidad de modelo 0.9969

Al modelo final se le calculó el Área sobre la curva (ROC de sus siglas en inglés), que obtuvo un valor de 0.845, indicando una buena capacidad de discriminación del modelo para predecir la disfunción sexual, por lo que se pudo interpretar que la función sexual y la experiencia de abuso estaban asociadas, y la etapa del climaterio también influyen en la presencia de disfunción sexual (Tabla 14, página 95).



**Figura 17.** Elaboración propia; Resultados área sobre la curva ROC: 0,845; IC:95 [0,808-0,882]

Tras obtener estos resultados profundizamos en los factores asociados a problemas sexuales, para ello se realizaron múltiples Modelos Lineales Generalizados (MLG) de la familia logística ordinal con función de enlace logit-acumulativo, que nos permite calcular la probabilidad de estar en una determinada categoría exacta de la escala Likert de los seis dominios del IFSF-6. En el dominio “deseo sexual”, la categoría muy alto deseo sexual (puntuación 5), tuvo que ser agrupada por obtenerse baja frecuencias ( $n = 25$ ). Por tanto, el deseo sexual se conformó con 4 categorías (alto, moderado, bajo y muy bajo o ninguno).

Las tablas de la 17 a la 22, muestran los resultados de los MLG logística ordinal, con OR y la probabilidad de estar en una determinada categoría, la cual al observarse resulta muy intuitiva.

El deseo sexual es el primer dominio del IFSF- 6 (Tabla 17), recoge las variables más influyentes para presentar el problema de bajo deseo sexual. Se observó con mayor significación la VG. Las mujeres que adolecen de VG detestada por el test de WAST, tenían una OR 3,75 de estar en la categoría de referencia. Las ventajas comparativas de que presente un nivel inferior son de 275,6 veces vs a las mujeres que no adolecían de VG, manteniendo resto de variables constantes. Esta fórmula se puede transferir al resto de variable, por ejemplo, una mujer con depresión tiene (OR: 2,736) 173,6 veces mayor ventaja de estar en la categoría 1º muy bajo o ningún deseo sexual vs a las mujeres que no padecen depresión. De esta forma, se obtiene una mejor interpretación de los OR. Otros factores identificados fueron: la histerectomía y las patologías crónicas.

Los problemas asociados al dominio excitación se presenta en la tabla 18. Las variables, las cuales resultaron significativas para el dominio, fueron: la VG medida por test de WAST, la depresión, las patologías crónicas y el estado posmenopáusico. Los OR pueden ser interpretados conforme se explicó en el apartado anterior. No obstante, las probabilidades también resultan muy intuitivas. Una mujer con cribado positivo en VG, tiene una probabilidad de tener un problema de excitación del 86,34% vs 14,43% de una mujer con cribado negativo.

Los factores asociados a problemas de excitación fueron: el cribado positivo en VG, la depresión, las patologías crónicas y el estado posmenopáusico.

El dominio 3º del IFSF-6, lubricación se presenta en la tabla 19. El problema de lubricación afectó en mayor significación al estado posmenopáusico, estas mujeres presentaban una probabilidad del 95,82% de falta de lubricación. La probabilidad de no adolecer de este problema, fue muy ínfima. Otros factores, el cual se identificaron con problemas de lubricación eran: la transición menopáusica (perimenopausia), la VG y los problemas económicos.

El orgasmo se presenta en la tabla 20. Se hallaron dos variables asociadas a este problema, la VG y la depresión. No obstante, los resultados mostraron, que un consumo de alcohol ocasional facilita el orgasmo. El consumo de alcohol en una ocasión determinada, tienen una razón de ventaja del 44,2% de estar en la categoría más alta (Siempre o casi siempre).

La satisfacción sexual es el dominio mejor valorado (Tabla 21). Se identificaron varios factores, los cuales afecta a la satisfacción sexual, como la VG, la depresión y un consumo de alcohol habitual. No obstante, se halló un factor protector, la etnia caucásica presentaba una razón de ventajas 44,4% de estar muy satisfecha en sus elecciones sexuales vs a las diferentes etnias del estudio.

El ultimo, dominio del IFSF-6 (Tabla 22), es el dolor durante las relaciones sexuales. La VG volvía a resultar la variable con mayor significación y de probabilidad de tener relaciones sexuales dolorosas. Las mujeres con cribado positivo en VG, tenían una probabilidad de relaciones sexuales dolorosas del 75% vs las mujeres con cribado negativo, las cuales tenían una probabilidad del 11%. Otros factores que, se identificaron fue la posmenopausia, la histerectomía, las patologías crónicas y también los problemas económicos, probabilidad de tener este problema a las mujeres sin problemas económicos. No se halló ninguna variable protectora.

<b>IFSF-6: DESEO</b>								
1.- Muy bajo o ninguno	1.217					✓		
2.- Bajo	2,602						✓	
3.- Moderado	4,694							✓
4.- Alto	Referencia							✓
<b>Factores</b>	<b>β coeficiente</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>P valor</b>	<b>PROBABILIDAD</b>			
Violencia de género (WAST)	1,309 (0,252)	3,756	[2,256- 0,607]	<0,001	0,92594	0,05447	0,01716	0,00246
					0,47701	0,30763	0,18257	0,03276
Depresión	1,008 (0,307)	2,736	[1,499 – 5,00]	0,001	0,90247	0,07118	0,02301	0,00332
					0,55206	0,27911	0,14436	0,02445
Histerectomía	0,893 (0,363)	2,433	[1,198 – 4,985]	0,014	0,89187	0,07867	0,02572	0,00373
					0,58029	0,26640	0,13143	0,02185
Patologías crónicas	0,882 (0,187)	2.416	[1,.673 – 3,488]	<0,001	0,89080	0,07942	0,02599	0,00377
					0,58297	0,26515	0,13024	0,02162

**Tabla 17.** Factores asociados a los dominios IFSF-6; modelo de regresión logística ordinal. Ajuste por todas las variables de la tabla: Desviación residual: 42.477; Logaritmo de verosimilitud: -21.2385; chi-cuadrado de razón de verosimilitud: 78.303; gl 4; p<0.001; Pseudo-R<sup>2</sup>: 0.6483 de McFadden

## Resultados

<b>IFSF-6: EXCITACIÓN</b>		1	2	3	4	5
1.- Muy bajo o ninguno	0.032	✓				
2.- Bajo	1,518		✓			
3.- Moderado	3,591			✓		
4.- Alto	5,487				✓	
5.- Muy alto	Referencia					✓

Factores	β coeficiente	OR	IC	P valor	PROBABILIDAD				
Violencia de género (WAST)	1,812	6,125	[3,677 – 10,203]	<0,001	0,8634	0,1020	0,0300	0,0038	0,0006
					0,1443	0,2827	0,4284	0,1197	0,0247
Depresión	0.882	5,417	[1,315 – 4,441]	0,004	0,7138	0,2030	0,0718	0,0095	0,0017
					0,2994	0,3544	0,2837	0,0525	0,0099
Patologías crónicas	0.849	2,337	[1,589 – 3,439]	<0,001	0,7070	0,2072	0,0740	0,0098	0,0017
					0,3064	0,3548	0,2781	0,0509	0,0095
Posmenopausia	0.672	1,873	[1,286 – 2,726]	0,001	0,6690	0,2302	0,0867	0,0117	0,0021
					0,3452	0,3544	0,2490	0,0431	0,0080

**Tabla 18.** Factores asociados a los dominios IFSF-6; modelo de regresión logística ordinal. Ajuste por todas las variables de la tabla: Desviación residual: 60.136; Logaritmo de verosimilitud: -30.068; chi-cuadrado de razón de verosimilitud: 108.664; gl 4; p<0.001; Pseudo-R<sup>2</sup> de McFadden: 0.643761863

## Resultados

<b>IFSF-6: LUBRICACIÓN</b>					1	2	3	4	5
1. Casi nunca o nunca	0,705				✓				
2. Pocas veces	2,062					✓			
3. A veces	3,388						✓		
4. La mayoría de las veces	4,594							✓	
5. Siempre o casi siempre	Referencia								✓

	<b>β coeficiente</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>P valor</b>	<b>PROBABILIDAD</b>				
Posmenopausia	2,428	11,332	[7,260-17,687]	<i>P</i> <0,001	0,9582	0,0306	0,0079	0,0022	0,0008
					0,1514	0,2580	0,3034	0,1841	0,1028
Perimenopausia	1,051	2,861	[1,774-4,615]	<i>P</i> <0,001	0,8527	0,1047	0,0303	0,0087	0,0035
					0,4143	0,3188	0,1745	0,0640	0,0281
Violencia de Género (WAST)	0,818	2,267	[1,417-4,615]	0,001	0,8209	0,1258	0,0377	0,0109	0,0044
					0,4717	0,3044	0,1492	0,0520	0,0224
Problemas económicos	0,525	1,690	[1,148-2,489]	0,008	0,7738	0,1562	0,0494	0,0146	0,0059
					0,5448	0,2781	0,1203	0,0398	0,0173

**Tabla 19.** Factores asociados a los dominios IFSF-6; modelo de regresión logística ordinal. Ajuste por todas las variables de la tabla: Desviación residual: 50,573; Logaritmo de verosimilitud: -29,786; chi-cuadrado de razón de verosimilitud: 145,539; gl 4; *p*<0.001; Pseudo-R<sup>2</sup>: 0,70956 de McFadden

## Resultados

<b>IFSF-6: ORGASMO</b>					✓ 1	2	3	4	5
1. Casi nunca o nunca	-0,545					✓			
2. Pocas veces	0,615						✓		
3. A veces	1,956							✓	
4. La mayoría de las veces	3,120								✓
5. Siempre o casi siempre	-0.545								
	<b>β</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>P valor</b>	<b>PROBABILIDAD</b>				
Violencia de Género (WAST)	1,724	5,605	[3,432 – 9,153]	<0,001	0,7647	0,1472	0,0633	0,0167	0,0078
					0,0937	0,1543	0,3096	0,2438	0,1984
Depresión	1,147	3,150	[1,754 – 5,658]	<0,001	0,6461	0,2073	0,1035	0,0291	0,0138
					0,1555	0,2145	0,3218	0,1860	0,1220
Consumo de alcohol ocasional	-0,586	0,557	[0,396 – 0,783]	0,001	0,1555	0,2145	0,3218	0,1860	0,1220
					0,2439	0,2632	0,2901	0,1291	0,0735

**Tabla 20.** Factores asociados a los dominios IFSF-6; modelo de regresión logística ordinal. Ajuste por todas las variables de la tabla: Desvianza residual: 23.523; Logaritmo de verosimilitud: -11.7615; chi-cuadrado de razón de verosimilitud: 84.372; gl 3; p<0.001; Pseudo-R<sup>2</sup>: 0.78198 de McFadden

## Resultados

<b>IFSF-6: SATISFACCIÓN</b>		1	2	3	4	5
1. Muy insatisfecha	-0,652	✓				
2. Moderadamente insatisfecha	0,781		✓			
3. Igual de satisfecha que de insatisfecha	1,815			✓		
4. Moderadamente satisfecha	3,692				✓	
5. Muy satisfecha	Referencia					✓

<b>Factores</b>	<b>β</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95</b>	<b>P valor</b>	<b>PROBABILIDAD</b>				
Violencia de género (WAST)	1,815	6,143	[3,666 – 10,239]	<0,001	0,7618	0,1687	0,0435	0,0217	0,0040
					0,0782	0,1841	0,2376	0,3672	0,1327
Depresión	0,946	2,576	[1,416 – 4,677]	0,002	0,5729	0,2760	0,0915	0,0498	0,0095
					0,1682	0,2905	0,2456	0,2351	0,0603
Etnia caucásica	-0,517	0,596	[0,388 – 0,916]	0,018	0,2370	0,3285	0,2198	0,1743	0,0401
					0,4663	0,3191	0,1259	0,0738	0,0146
Consumo de alcohol habitual	0,739	2,094	[1,093 – 4,014]	0,026	0,5217	0,2988	0,1073	0,0603	0,0117
					0,1992	0,3112	0,2352	0,2046	0,0495

**Tabla 21.** Factores asociados a los dominios IFSF-6; modelo de regresión logística ordinal. Ajuste por todas las variables de la tabla: Desvío residual: 45.951; Logaritmo de verosimilitud: -22.9755; chi-cuadrado de razón de verosimilitud: 94.639; gl 4; p<0.001; Pseudo-R<sup>2</sup>: 0.67315 de MacFadden

## Resultados

<b>IFSF-6: DOLOR</b>					1	2	3	4	5
1. Casi siempre o siempre	-0,483				✓				
2. La mayoría de las veces	0,881					✓			
3. A veces	2,1949						✓		
4. Pocas veces	4,203							✓	
5. Casi nunca o nunca	Referencia								✓

<b>Factores</b>	<b>β</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95</b>	<b>P valor</b>	<b>PROBABILIDAD</b>				
Violencia de género (WAST)	1,586	4,882	[2,997 – 8,004]	<b>&lt;0,001</b>	0,7508	0,1709	0,0675	0,0075	0,0030
					0,1121	0,2185	0,4655	0,1357	0,0680
Posmenopausia	0,892	2,439	[1,653 – 3,589]	<b>&lt;0,001</b>	0,6608	0,2539	0,1241	0,0149	0,0060
					0,2018	0,2954	0,3894	0,0781	0,0351
Histerectomía	0,792	2,207	[1,088 – 4,479]	0,028	0,5766	0,2653	0,1348	0,0164	0,0067
					0,2184	0,3038	0,3740	0,0717	0,0319
Patologías crónicas	0,744	2,104	[1,417 – 3,123]	<b>&lt;0,001</b>	0,5648	0,2706	0,1402	0,0172	0,0070
					0,2267	0,3074	0,3665	0,0688	0,0305
Problemas económicos	0,581	1,783	[1,199 – 2,665]	0,004	0,5244	0,2873	0,1596	0,0201	0,0082
					0,2565	0,3178	0,3399	0,0596	0,0260

**Tabla 22.** Factores asociados a los dominios IFSF-6; MLG de regresión logística ordinal. Ajuste por todas las variables de la tabla; Desvío residual: 93.445; Logaritmo de verosimilitud: -46.7225; chi-cuadrado de razón de verosimilitud: 123.023; gl 5; p<0.001; Pseudo-R<sup>2</sup>: 0.5683 de McFadden

A modo de resumen estos resultados sugieren que la VG es el factor clave asociado a la disfunción sexual y en el deterioro de la salud sexual de las mujeres en la etapa del climaterio. Otros factores asociados incluyeron depresión, posmenopausia perimenopausia, patologías crónicas histerectomía y abuso de alcohol.

Los problemas sexuales en su mayoría tenían su origen en la esfera de los biológicos, de los psicosociales y de los relacionales e interpersonales. **Biológicos:** Histerectomía, que afecta al deseo sexual y al dolor; las enfermedades crónicas con una mayor probabilidad de problemas del deseo, excitación y dolor y, la etapa del climaterio perimenopausia y posmenopausia con mayor probabilidad de sequedad vaginal. **Psicosociales:** la depresión en el momento del estudio se asoció fuertemente con una mayor probabilidad de problemas del deseo sexual, de la excitación, del orgasmo y la satisfacción sexual. Problemas económicos los cuales afectan falta de lubricación y mayor probabilidad de dolor en las relaciones sexuales. Los **problemas relacionales e interpersonales:** se asoció fuertemente con una mayor probabilidad de problemas sexuales del deseo sexual, de excitación, de lubricación, de orgasmo, de la satisfacción sexual y al dolor sexual.

## **IV.5. FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA DE GÉNERO**

Para dar respuesta al objetivo número cinco, realizamos MLG de la Familia Poisson función de enlace logarítmica con varianza robusta. La cual nos permite analizar datos binarios y establecer Prevalencia de la Ratio (PR) cruda y ajustadas. Primeramente, se realizó un análisis univariante para las dos variables objeto de estudio: función sexual y violencia de género, doble, simultaneo y bidireccional. La variable dependiente función sexual se analizó como variable binomial, presencia vs ausencia de DSF (IFSF-6 puntuación <19). De igual forma, fue tratada la variable cribada de violencia de género (WAST puntuación >14).

El número de participantes 451 mujeres; la variable independiente edad una variable continua fue convertida en variable dicotómica, según la edad mediana de

las mujeres. Así también, la variable independiente enfermedades crónicas continua fue tratada en variable dicotómica, presencia vs ausencia.

El análisis univariante doble, simultaneo y bidireccional de la FS y el cribado de VG se presentan en las tablas 23 dividida en tres secciones: 23 variables del estudio; 23.1 análisis univariante para la función sexual (IFSF-6) y 23.2 análisis univariante para la violencia de género (WAST). Con este método pudimos observar las variables, que podían asociarse, tanto a la FS como a la VG.

La edad una variable continua se transformo en categórica binaria; según la mediana de las mujeres 49 años. De igual forma fue tratada la variable enfermedades crónicas ausencia vs presencia (binomial dicotómica).

Los resultados del análisis univariante mostraron una fuerte asociación con La categoría de 50-64 años resulto significativa como factor de riesgo de disfunción sexual. La  $PR^c$  fue del 1,72, se traduce a un 72% mayor prevalencia de la ratio de DSF vs. a la las mujeres de 40 a 49 años, sus referentes. Así como el intervalo de confianza al 95 % (IC95%) en la población, con un 95% de confianza la PR en la población se va a encontrar en 31% y un 226% de mayor prevalencia. No obstante, esta variable no resultó significativa como factor asociado a VG.

Las diferentes etnias estudiadas resultaron estar fuertemente asociadas tanto, para la disfunción sexual, como a la violencia de género. Por ejemplo, una mujer hispano americana tiene el doble de prevalencia de la ratio en disfunción sexual respecto a una caucásica. Y, para la violencia de género cuatro veces más. Otro ejemplo podía ser las mujeres gitanas, no se halló diferencias en cuanto a la sexualidad. Sin embargo, están tienen una prevalencia de VG 4 veces mayor, respecto a su referencia las caucásica (Tabla 23).

El país de nacimiento resultó ser significativo estadísticamente. Las mujeres de otras nacionalidades distinta a la española, tenían una prevalencia de la ratio mayor al 85% de DFS en comparación con su referencia, las españolas. También la prevalencia respecto a la VG fue del triple o de un 300% mayor. Por tanto, para las dos variables del estudio resultaron significativas.

El estado civil resulto significativo tanto para la DSF, así como para la VG. Las mujeres sin pareja estable o casadas tienen una prevalencia de DSF un 52% mayor y del 73% para la VG.

Tener hijo no obtuvo significación estadística, ni para la función sexual ni para la VG. Sin embargo, el hecho de ser ama de casa se asocio con peor función sexual, las mujeres amas de casa tenían una  $PR^C$  del 45% mayor vs a las mujeres con trabajo remunerado.

El análisis univariante para el nivel educativo resulto significativo, las mujeres con un nivel de estudios universitario tenían un 54% menos prevalencia de DS respecto a su referencia, las mujeres sin estudios. Además de un 53% menos prevalencia de la ratio para la VG.

Los problemas económicos la significación fue bidireccional, tanto para la función sexual, como para la VG. Los problemas económicos se asociaron con un 60% mayor de DS y duplica la prevalencia de la ratio para la VG.

La etapa del climaterio fue una de las más significativas, en cuanto a la función sexual. Se halló una fuerte asociación entre posmenopausia y la DS. Las mujeres posmenopáusicas triplicaban la prevalencia de la ratio vs su referencia las mujeres premenopáusicas. De igual manera, se asoció la perimenopausia con más del doble de la prevalencia. Si bien, no se halló significación estadística con la VG por tanto, se vienen confirmado los resultados de que, la VG y la edad no están relacionadas (Tabla 23).

La histerectomía al igual que la perimenopausia y la posmenopausia, se asoció con la DS con el doble de la prevalencia, no así con la VG.

Las mujeres mastectomizadas y las que tomaban terapia hormonal sustitutiva no obtuvieron significación estadística ni para la DS ni para la VG. Sin embargo, las mujeres con ansiedad obtuvieron significación estadística, tanto para la VG, como para la DS. De igual forma, sucedió con las mujeres con tratamiento antidepresivo, la significación estadística fue bidireccional, lo cual representa, factor de riesgo tanto para la VG como para la DS.

Una La salud subjetiva o auto percibida declinada y las enfermedades crónicas, fueron factores de asociados a la DS, la PR<sup>c</sup> se duplicó y triplicó respectivamente (Tabla 23).

En cuanto a los hábitos de vida, el consumo de cigarrillo se observó una tendencia a la significación, como factor de riesgo de DS. Y, el consumo de alcohol ocasiona fue un factor protector tanto para la VG como para la DS.

Cuando se analizó las mujeres positivas en VG, estas tenían una prevalencia de la ratio de DS tres veces mayor y, las mujeres con DS tenían una prevalencia de la ratio para la VG de casi siete veces más. Esta fue la variable más significativa de todo el análisis univariante para la VG.

## Resultados

23: Mujeres (n = 451)		23.1: IFSF-6: Función Sexual			23.2: WAST: Cribado VG		
Edad media 50 ± 7.04	N (%)	Análisis Univariante			Análisis Univariante		
		PR <sup>C</sup>	IC 95%	p	PR <sup>C</sup>	IC 95%	p
<b>Edad, mediana</b>							
40-49	226 (51.1)	Referencia			Ref		
50-64	225 (49.9)	1.72	[1.310 - 2.262]	<b>&lt;0.001</b>	0.879	[0.581 - 1.330]	0.541
<b>Etnia</b>							
Caucásica (blanca)	341 (75,6)	Referencia			Ref		
Gitana	44 (9.8)	1.372	[0.912 - 2.066]	0.129	4.250	[2.474 - 7.016]	<b>&lt;0.001</b>
Hispanoamericana mestiza	45 (10.0)	2.052	[1.518 - 2.776]	<b>&lt;0.001</b>	3.911	[2.332 - 6.559]	<b>&lt;0.001</b>
<b>País de nacimiento</b>							
Española	374 (82.9)	Ref			Ref		
Otras	77 (17.1)	1.855	[1.434 - 2.399]	<b>&lt;0.001</b>	3.238	[2.189 - 4.790]	<b>&lt;0.001</b>
<b>Estado civil</b>							
Casado	300 (66.5)	Ref			Ref		
Pareja estable	92 (20.4)	0.874	[0.607 - 1.258]	0.469	1.186	[0.703 - 1.999]	0.523
Otras situaciones	59 (13.1)	1.520	[1.118 - 2.060]	<b>0.007</b>	1.733	[1.035 - 2.902]	<b>0.036</b>
<b>Hijos</b>							
		PR <sup>C</sup>	IC 95%	p	PR <sup>C</sup>	IC 95%	p
No	44 (9.8)	Ref			Ref		
Sí	407 (90.2)	1.261	[0.764 - 2.081]	0.364	1.243	[0.573 - 2.696]	0.581
<b>Situación laboral</b>							
Trabajo remunerado	288 (63.9)	Ref			Ref		
Desempleado	50 (11.1)	1.039	[0.745 - 1.741]	0.549	1.252	[0.677 - 2.315]	0.473
Ama de casa	113 (25.0)	1.452	[1.103 - 1.912]	<b>0.008</b>	1.053	[0.647 - 1.715]	0.837

**Tabla 23. Factores asociados a función sexual (IFSF-6) y violencia de género (WAST). Continúa ...**

## Resultados

23: Mujeres (n = 451)	23.1: IFSF-6: Función Sexual				23.2: WAST: Cribado VG		
	N (%)	Análisis Univariante			Análisis Univariante		
		PR <sup>C</sup>	IC 95%	p	PR <sup>C</sup>	IC 95%	p
<b>Nivel educativo</b>							
Sin estudios	107 (23.7)	Ref			Ref		
Básico	132 (29.3)	0.676	[0.499 - 0.914]	<b>0.011</b>	0.912	[0.560 - 1.484]	0.771
Formación profesional/grado	125 (27.7)	0.523	[0.369 - 0.741]	<b>&lt;0.001</b>	0.531	[0.296 - 0.966]	<b>0.038</b>
Universitario	87 (19.3)	0.456	[0.297 - 0.699]	<b>&lt;0.001</b>	0.461	[0.266 - 0.940]	<b>0.033</b>
<b>Problemas económicos</b>							
No	333 (73.8)	Ref			Ref		
Sí	118 (26.2)	1.600	[1.239 - 2.066]	<b>&lt;0.001</b>	2.469	[1.652 - 3.392]	<b>&lt;0.001</b>
<b>Estado climatérico</b>							
Premenopáusica	132 (29.3)	Ref			Ref		
Perimenopáusica	99 (22.0)	2.456	[1.499 - 4.625]	<b>&lt;0.001</b>	1.091	[0.620 - 1.921]	0.763
Postmenopáusica	220 (48.7)	3.095	[1.990 - 4.812]	<b>&lt;0.001</b>	0.955	[0.586 - 1.554]	0.852
<b>Histerectomía</b>							
No	421 (93.3)	Ref			Ref		
Sí	30 (6.7)	2.126	[1.591 - 2.841]	<b>&lt;0.001</b>	0.791	[0.310 - 2.017]	0.623
<b>Mastectomía</b>							
No	440 (9.6)	Ref			Reference		
Sí	11 (2.4)	1.361	[0.703 - 2.634]	0.361	1.096	[0.307 - 3.906]	0.888
<b>Terapia hormonal sustitutiva (THS)</b>							
No	432 (96.2)	Ref			Ref		
Sí	17 (3.8)	0.976	[0.687 - 1.386]	0.892	0.288	[0.058 - 1.438]	0.129

**Tabla 23. Factores asociados a función sexual (IFSF-6) y violencia de género (WAST). Continua...**

Resultados

23: Mujeres (n = 451)	23.1: IFSF-6: Función Sexual				23.2: WAST: Cribado VG		
	N (%)	Análisis Univariante			Análisis Univariante		
		PR <sup>C</sup>	IC 95%	p	PR <sup>C</sup>	IC 95%	p
<b>Ansiedad, con ansiolíticos</b>							
No	332 (73.6)	Ref					
Sí	118 (26.2)	1.600	[1.239 - 2.066]	<0.001	2.469	[1.652 - 3.392]	<0.001
<b>Deprimido, tomando antidepresivos</b>							
No	406 (90.0)	Ref			Ref		
Sí	45 (10.0)	2.127	[1.639 - 2.766]	<0.001	1.82	[1.133 - 3.158]	0.0015
<b>Salud autopercebida</b>							
Muy Buena	168 (37.3)	Ref			Ref		
Buena	167 (37.0)	1.700	[1.132 - 2.552]	0.010	1.122	[0.607 - 2.074]	0.714
Regular/Mala	116 (25.7)	3.696	[2.583 - 5.288]	<0.001	2.744	[1.660 - 4.537]	<0.001
<b>Historial de enfermedades</b>							
No	271 (60.1)	Ref			Ref		
Sí	180 (39.9)	2.581	[1.970 - 3.382]	<0.001	1.183	[0.781 - 1.792]	0.429
<b>Historial de enfermedades continua</b>							
0	271 (60.1)	Ref			Ref		
1	126 (27.9)	2.381	[1.776 - 3.192]	<0.001	1.229	[0.780 - 1.937]	0.374
≥2	54 (12.0)	3.047	[2.234 - 4.155]	<0.001	1.075	[0.557 - 2.077]	0.829

Tabla 23. Factores asociados a función sexual (IFSF-6) y violencia de género (WAST). Continua ...

## Resultados

23: Mujeres (n = 451)	23.1: IFSF-6: Función Sexual				23.2: WAST: Cribado VG		
	N (%)	Análisis Univariante			Análisis Univariante		
		PR <sup>C</sup>	IC 95%	p	PR <sup>C</sup>	IC 95%	p
<b>Consumo de cigarrillos</b>							
No	292 (64.7)						
Sí	159 (35.3)	1.165	[0.896 - 1.515]	0.255	1.033	[0.672 - 1.588]	0.882
<b>Consumo de cigarrillos, día</b>							
0	292 (64.7)	Ref			Ref		
1-5	32 (7.1)	1.727	[1.123 - 2.656]	<b>0.013</b>	1.141	[0.530 - 2.454]	0.736
5-10	31 (6.9)	1.413	[0.965 - 2.069]	0.076	0.981	[0.422 - 2.280]	0.965
10-15	36 (8.0)	0.959	[0.570 - 1.614]	0.876	0.845	[0.360 - 1.984]	0.699
15-20	40 (8.9)	0.147	[1.004 - 2.154]	<b>0.048</b>	1.065	[0.518 - 2.189]	0.865
Más de 20	20 (4.4)	1.660	[1.057 - 2.659]	<b>0.028</b>	1.217	[0.488 - 3.034]	0.674
<b>Consumo de cigarrillos, día</b>							
Nunca	145 (32.2)	Ref.			Ref.		
Ocasional	237 (52.5)	0.612	[0.458 - 0.816]	<b>0.001</b>	0.482	[0.301 - 0.772]	<b>0.002</b>
Frecuente Moderado	36 (8.0)	0.792	[0.481 - 1.306]	0.361	0.732	[0.332 - 1.613]	0.439
Habitual Beber en exceso	33 (7.3)	1.297	[0.997 - 1.868]	0.080	1.331	[0.732 - 2.421]	0.348
<b>Cribado DSF (IFSF-6)</b>							
No	299 (66.3)				Ref.		
Sí	152 (33.7)				6.711	[4.054 - 11.110]	<b>&lt;0.001</b>
<b>Cribado VG (WATS)</b>							
No	376 (83.4)						
Sí	75 (16.6)	3.093	[2.498 - 3.830]	<b>&lt;0.001</b>			

**Tabla 23.1. Factores asociados a función sexual (IFSF-6).** Variables de los análisis independientes 23; 23.2: **Factores asociados a cribado de violencia de género (VG).** Modelos lineales generalizados familia Poisson con varianza robusta: Análisis Univariante: IFSF-6: Función Sexual y WAST: Cribado VG; N: frecuencias absolutas; (%); Ref. Referencia; PR<sup>C</sup>: prevalencia de la ratio cruda; P: significación estadística valor para la prueba chi-cuadrado de Wald.

Tras el análisis univariante, se realizaron MLG de regresión de la familia de Poisson con varianza robusta. La cual nos permite calcular PR ajustadas, para las dos variables objeto del estudio disfunción sexual y violencia de género de forma bidireccional y simultánea. Los resultados se muestran en la tabla 24.

Los modelos se construyeron a partir de todas las variables independientes  $p < 0,100$  del modelo univariante. Los factores asociados a DS fueron se muestran en la tabla 24.1. El modelo multivariante predijo los factores asociados a DS. Con mayor significación y probabilidad de disfunción sexual fue: el cribado positivo en VG. La PR ajustada 2.576, es decir, un aumento de la prevalencia casi de 260% y una probabilidad del 92,39%. Otros factores fueron: la posmenopausia y la perimenopausia vs la referencia las mujeres premenopáusicas. La PR para la posmenopausia fue del 2,026. Estos datos se traducen en un aumento de prevalencia de la ratio en 202,6%, cifra similar para la fase del climaterio perimenopausia. La histerectomía tenía una PR ajustada 1,796, el abuso del alcohol, una salud subjetiva decrecida, la depresión y las patologías crónicas, fueron los factores asociados con mayor PR ajustada para la DS. En cuanto a las características sociodemográficas, no se encontraron significaciones estadísticas.

La tabla 24.2 muestra los factores asociados a VG. Se identificaron con mayor PR (PRa:4.677) ajustada las mujeres con DS con una probabilidad de violencia de género del 99,06%. Fue el factor clave asociado a la VG. Se observó significación bidireccional entre la VG y la DSF. Estos resultados indican que la función sexual y la experiencia de abuso están interrelacionadas.

Otros factores asociados a la VG, también tuvieron significación  $p < 0,001$  (Tabla 24.2). Las características étnicas como la mujer gitana española, hispanoamericana mestiza y otras etnias, en las cuales se encontraban las mujeres marroquíes y negras africanas vs a la caucásica. La PR ajustada para las mujeres gitanas tiene una probabilidad de VG del 97%. Las mujeres inmigrantes: África con una probabilidad del 96,42% y las mujeres de América latina la probabilidad de VG fue del 92%, todas ellas vs la etnia caucásica, su referente.

En cuanto a los antecedentes clínicos y la VG, solamente se identificó la ansiedad con una PR ajustada del 2,004.

**Tabla 24. Modelos Lineales Generalizados Familia Poisson función de enlace logit con varianza robusta****24.1: Factores asociados a baja función sexual (IFSF-6)**

Factores	B coeficiente	Error	PRa	95% IC	P valor	Probabilidad
Constante	-2.383	0.183	0.092	[0.064 – 0.132]	<0.001	
<b>Violencia de pareja intima (IPV)</b>	0.947	0.118	2.576	[2.041 – 3.250]	<b>&lt;0.001</b>	0.9239
Premenopausia	Referencia					
Perimenopausia	0.677	0.220	1.968	[1.278 – 3.032]	0.002	0.860
Posmenopausia	0.706	0.220	2.026	[1.315 – 3.120]	0.001	0.868
Histerectomía	0.586	0.141	1.796	[1.360 – 2.372]	<0.001	0.834
Abuso de Alcohol	0.520	0.180	1.682	[1.181 – 2.396]	0.004	0.813
Salud subjetiva: Regula/Mala	0.464	0.138	1.590	[1.211 – 2.087]	0.001	0.796
Depresión	0.337	0.135	1.400	[1.073 – 1.828]	0.013	0.753
Patologías crónicas	0.221	0.065	1.247	[1.097 – 1.417]	0.001	0.712

Ajuste por todas las variables de la tabla: Desvío residual: 236.412; Logaritmo de verosimilitud: -118.206; chi-cuadrado de razón de verosimilitud: 94.214; gl 8; p<0.001; Pseudo-R<sup>2</sup> 0.2761 de McFadden

**24.2: Factores asociados a violencia de pareja intima (WAST)**

Constante	-3.402	0.226	0.033	[0.021 – 0.052]	<0.001	
<b>Disfunción Sexual (IFSF-6)</b>	1.543	0.264	4.677	[2.785 – 7.856]	<0.001	0.9906
Etnia Caucásica	Referencia					
Gitana española	1.257	0.251	3.514	[2.148 – 5.748]	<0.001	0.9702
Hispanoamericana mestiza	0.928	0.235	2.530	[1.594 – 4.016]	<0.001	0.9203
Otras	1.203	0.297	3.330	[1.858 – 5.966]	<0.001	0.9642
Ansiedad	0.715	0.187	2.044	[1.417 – 2.950]	<0.001	0.8704

Ajuste por todas las variables de la tabla: Desvío residual: 176.626; Logaritmo de verosimilitud: -88.313; chi-cuadrado de razón de verosimilitud: 92.470 gl 5; p<0.001; Pseudo-R<sup>2</sup>: 0,3436 de McFadden

IFSF-6: Índice Función Sexual femenina seis ítems (IFSF- 6); WAST: Woman Abuse Screening Tool

**Tabla 24.** Análisis multivariante. Modelos Lineales Generalizados Familia Poisson función de enlace logarítmico con varianza robusta

## **IV.6. FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD**

El último objetivo propuesto fue analizar los factores asociados (sociodemográficos, clínicos y hábitos no saludables) a morbilidad en las mujeres objeto de estudio. Para su análisis se realizaron modelos lineales generalizados (MLG) de la familia Poisson con enlace logarítmico. Las asociaciones se estimaron mediante razones de prevalencia (RP), obtenidas mediante modelos lineales generalizados, con distribución de Poisson y función de enlace logarítmica, después del ajuste por factores sociodemográficos, conductuales y de salud.

El modelo de Poisson estándar: Se ajusta inicialmente el modelo de regresión de Poisson tal como se haría normalmente, por ser varianza igual a la media. La variable dependiente edad y la variable independiente las patologías crónicas.

La edad se midió como una variable dependiente, para observar los efectos de los años en la probabilidad de enfermar. La tabla 25 presenta los resultados, el análisis multivariado dio como resultado, una fuerte asociación de la edad con las patologías. Por cada año cumplido las mujeres presentaban una probabilidad del 11,8% de artrosis, del 9,7% de artritis reumatoide, hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia.

## Resultados

Factores	b	Sig.	Exp (B)	Inferior	Superior
(Intersección)	3,882	<0,001	48,544	47,815	49,284
Artrosis	0,118	<0,001	1,125	1,064	1,190
Artritis reumatoide	0,097	0,001	1,102	1,042	1,165
Hipertensión arterial	0,071	<0,001	1,073	1,035	1,113
Diabetes mellitus II	0,070	0,015	1,073	1,014	1,135
Hipercolesterolemia	0,063	0,020	1,065	1,010	1,122

Ajuste por todas las variables de la tabla: Desvío residual: 370.115; Logaritmo de verosimilitud: -185,0575; chi-cuadrado de razón de verosimilitud: 72,334; gl 5; p<0.001; Pseudo-R<sup>2</sup>: 0,1635D

**TABLA 25.** Probabilidad de enfermedades crónicas en las mujeres. Regresión de Poisson.

Los factores asociados a patología crónica binomial, presencia de enfermedad vs ausencia. Se analizaron por MLG familia Poisson, función de enlace logarítmicos con varianza robusta.

La tabla 26 muestra la prevalencia de la ratio ajustada (PR). Los resultados mostraron una mayor asociación con la posmenopausia, con un 98,14% de probabilidad de enfermedad crónica, pero también se observó que la transición menopáusica (perimenopausia), estaba fuertemente asociada con las enfermedades crónicas. Las mujeres con una salud subjetiva declinada, el tener hijos, las mujeres histerectomizadas y un nivel educativo bajo.

Parámetros	B	P valor	PR	Inferior	Superior
(Intersección)	-2,830	<0,001	,059	0,030	0,117
Premenopausia	Referencia				
Posmenopausia	1,383	<0,001	3,987	2,472	6,431
Perimenopausia	0,804	0,004	2,234	1,297	3,846
Salud subjetiva Muy buena	Referencia				
Buena	0,200	0,183	1,222	,910	1,641
Regula	0,659	0,000	1,932	1,484	2,515
Tener hijos	0,543	0,038	1,721	1,031	2,871
Histerectomía	0,331	0,001	1,392	1,141	1,698
No estudios	0,215	0,036	1,239	1,014	1,514

Ajuste por todas las variables de la tabla: Desvío residual: 251.200; Logaritmo de verosimilitud: -121,600; chi-cuadrado de razón de verosimilitud: 94.214; gl 8; p<0.001; Pseudo-R<sup>2</sup>: 28.49%

**Tabla 26.** Factores asociados a patologías crónicas. Modelo lineal Regresión de Poisson.





# DISCUSIÓN



*“La tragedia de la vida no reside en no alcanzar tu objetivo. La tragedia consiste en no tener ningún objetivo que alcanzar”*

*Benjamin Elijah Mays (1894-1984)*



## V. DISCUSIÓN

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha declarado el período 2021-2030 como el “*Decenio del Envejecimiento Saludable*” con el objetivo de mejorar la salud y la vida de la población de mayor edad. El incremento de la esperanza de vida podría suponer para el año 2050 año, que el 16% de la población tendrá 65 años o más. En consecuencia, se considera una prioridad para los servicios de salud, la economía y la sociedad en general, reajustar las prioridades mundiales en materia de salud pública y formulación de políticas y lograr un envejecimiento saludable<sup>157</sup>. En consonancia con la ONU, abordar la característica de las mujeres en la etapa del climaterio es probablemente crítico para mejorar el riesgo en las poblaciones más vulnerables. En la presente investigación, las características sociodemográficas de las 451 mujeres estudiadas, tenían una edad de media 50 años. La mayoría de ellas vivían en el sector urbano, eran españolas y de etnia caucásica, siendo un porcentaje de ellas de etnia gitana (9,8%). Las mujeres no españolas en gran parte eran latinoamericanas mestizas y otras etnias también estuvieron representadas, mujeres marroquíes, cuatro mujeres negras africanas nigerianas y dos de América Latina con multiétnicidad.

La mayoría de ellas estaban casadas, tenían hijos y tenían un trabajo remunerado. Solamente, un porcentaje del 19,3% había alcanzado estudios universitarios y un 23,7% no tenía estudios. Además, los problemas económicos afectaban a un 26,3% de las mujeres. Los problemas de salud mental como la depresión afectaban a un 10% de mujeres en tratamiento con antidepresivos. No obstante, la ansiedad fue el antecedente clínico con mayor prevalencia, más de una cuarta parte de las mujeres estaban en tratamiento con ansiolítico (26,4%). Según, el estudio Mildren Del Sueldo *et al*,<sup>158</sup> a las circunstancias anteriormente expuestas se les deben considerar como una condición multifacética y estaban relacionados con una mala salud auto percibida. Solamente podemos añadir, que la mayoría de mujeres auto

informaron de una muy buena o buena salud auto percibida y tan solo 14 mujeres expusieron una salud subjetiva declinada o mala.

Los resultados del estudio mostraron, que 39,9 % presentaba al menos una enfermedad crónica. La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica con mayor prevalencia. A pesar de que, la cifra no es baladí (15,1%), los resultados quedan alejados de un 25% como han estimado en otros estudios. No obstante, la hipertensión es el principal factor de riesgo cardiovascular. Los cambios hormonales y la hipertensión después de la menopausia pueden provocar un mayor daño en los órganos diana y enfermedades cardiovasculares, como mayor rigidez arterial, enfermedades coronarias, insuficiencia cardíaca crónica y accidente cerebrovascular<sup>159</sup>. La segunda patología crónica con alta prevalencia fue el hipotiroidismo, la cual afectaba a un 11,3%, si bien esta patología no está clara su asociada con la menopausia<sup>160</sup>. El hipercolesterolemia con una prevalencia con un 6,4%, Otras enfermedades ligadas a la menopausia como diabetes mellitus tipo II, el asma, artrosis, artritis reumatoides y la osteoporosis, afectaban en menor proporción a la población objeto de estudio<sup>59</sup>. No obstante, otras patologías menos prevalentes también fueron identificadas en una proporción de uno o dos casos.

Por lo general, los hábitos de vida de las 451 mujeres estudiadas eran saludables. La mayoría no fumaba ni abusaba del alcohol. Sin embargo, el 8,1% tomaba alcohol diario, y un 7,3% abusaba del alcohol. De acuerdo con la revisión de Shihab *et al*,<sup>161</sup> el trastorno por consumo de alcohol suele provocar síntomas molestos que afectan a la calidad de vida de las mujeres y las expone a mayores riesgos para la salud. Además, en la menopausia se agravan los síntomas más comunes, como los trastornos del estado de ánimo, los problemas de sueño y la disfunción sexual. En cuanto al consumo de cigarrillos, los estudios han demostrado con base sólida, un mayor riesgo de menopausia natural precoz entre uno a dos años, en fumadoras europeas y americanas<sup>162</sup>.

En los últimos 23 años, el Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) ha mejorado nuestra comprensión del impacto de la transición menopáusica y el envejecimiento en la etapa del climaterio en la salud y el bienestar de las mujeres<sup>59</sup>. Una vida sexual sana y satisfactoria es un componente importante del bienestar general de muchas mujeres de mediana edad<sup>82</sup>.

En España, los datos epidemiológicos sobre prevalencias y predictores de función sexual en la mediana edad femenina son muy escasos<sup>163</sup>. Hasta donde tenemos constancia, quizá sea uno de los primeros estudios bidireccionales realizado en Atención Primaria en España que informó de los factores étnicos, sociales, psicológicos, físicos, función sexual y cribado de VG. Estos datos nos permitieron evaluar la función sexual y detectar violencia de género con enfoque multidimensional.

El índice de la función sexual femenina (IFSF- 6) detectó un 33,70% cribado positivo de disfunción sexual. Este dato concuerda con un estudio previo realizado por Pérez López *et al*<sup>164</sup> en Almería, con una muestra de mujeres de 40 a 65 años, una media de 51 años y el 55,3% de las mujeres eran posmenopáusicas. Con la misma herramienta detectado un 36,9% de disfunción sexual. Así también, el estudio previo parte de la presente investigación, se realizó en mujeres de 40 a 59 años la prevalencia de DS fue 33,16. Estas cifras sugieren que la prevalencia DSF en las mujeres españolas en la etapa del climaterio se sitúa en esta horquilla<sup>163,164</sup>.

No obstante, las cifras quedan alejados de otros estudios sobre prevalencias de disfunción sexual en mujeres de mediana edad realizados en Europa, por ejemplo, el estudio de Andac y Aslan (Turquía) con una prevalencia de disfunción sexual del 79,4%. En Polonia una cifra del 69,73%<sup>165</sup>.

De acuerdo con estudios previos, la prevalencia de disfunción sexual aumentó conforme evolucionaba la etapa del climaterio en premenopausia fue de 14,39%, en perimenopausia 35,3% y en posmenopausia 44,54%. Estos datos siguen la línea de otros estudios Dennerstein *et al*<sup>98</sup>, a pesar de que las diferencias son notorias en cuanto a prevalencias (42%- 48%). Por rango etarios Castelo-Branco *et al*<sup>166</sup> 22.2%

entre los 40 a 45 años 66% de los 60 a los 64%. En la línea de nuestros resultados con una prevalencia 20% y 59%. Lo que nos sugiere que la DS se duplica en la transición menopaúsica.

Los dominios de la función sexual también declinaron, el más significativo fue la lubricación paso de una media de 4,16 en perimenopausia a 2,64 en posmenopausia. Nuestros resultados coinciden con el estudio de la Women's Health Across the Nation. Menopause<sup>59</sup>.

Para lograr un “Decenio del Envejecimiento Saludable”<sup>157</sup> y cumplir el objetivo, la experiencia de las mujeres de mediana edad víctimas de violencia debe ser abordada<sup>167</sup>. Se ha observado que la violencia por parte de la pareja íntima contra las mujeres afecta desproporcionadamente a las minorías étnicas. Además, las disparidades relacionadas con el estatus socioeconómico y el origen extranjero afectan los resultados adversos para la salud física y mental como resultado de la violencia de pareja, lo que exacerba aún más estas consecuencias para la salud<sup>139</sup>.

En la presente investigación se abordó la detección de la violencia de género. El test WAST detectó un 16,63% de pruebas positivas de violencia de género. Estos datos resultan funestos, sin embargo, están en consonancia con la Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2019, publicada por el Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad<sup>168</sup>, con una prevalencia del 17,1% de VG en mujeres, las cuales habían sufrido violencia de alguna de estas parejas pasadas a lo largo de su vida. En comparación con otro estudio, el cual detecto un 11% en población en general<sup>169</sup>. No obstante, son consistentes con un estudio previo realizado en la misma zona de España<sup>170</sup>.

Las consecuencias de la VG para la salud sexual de las mujeres en el climaterio son conocidas<sup>167</sup>. Si bien, a nuestro entender existen lagunas en la literatura, sobre el efecto de la VG en la función sexual. Lo singular del estudio fue el grupo de mujeres con cribado positivo de VG. En ellas, la DS no fue trivial, triplicaban la prevalencia que reportaron las mujeres que no adolecían de VG (77,33% vs 25,0%). De

acuerdo<sup>163</sup> con los resultados de un estudio previo, se volvió a repetir el mismo modelo con las prevalencias de DS (87.9% vs 21.14%).

Los resultados nos sugieren que la función sexual tiene un componente emocional mucha más fuerte que los factores biológicos, como la menopausia. Dennerstein *et al* (93) Nappi<sup>82</sup>, hacen persistencia en la relación de pareja como factor clave en la sexualidad de las mujeres climatéricas.

Basándonos en los resultados de la investigación, los modelos lineales generalizados de la familia binomial predijeron factores relacionados con la DS, los cuales fueron: cribado positivo en VG con una probabilidad de presentar DS del 94%. El resultado es consistente con la investigación previa, realizada anteriormente, donde hallaron una fuerte asociación entre la violencia de género reciente y el declive exacerbado de la función sexual<sup>163</sup>.

Otros factores hallados en el estudio son la transición perimenopausia y la posmenopausia, están documentados con base sólida en la literatura científica como factores de riesgo de DS<sup>98,166,171</sup>. De igual manera, la depresión, las enfermedades crónicas y la histerectomía ha recibido base empírica como factores asociados a DS<sup>98,163,166,171</sup>. Sin embargo, respecto al consumo de alcohol, existe controversia en la literatura unos apoyan nuestros resultados<sup>161</sup> y otros discrepan<sup>172</sup>.

Al estudiar la relación entre los dominios deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor en las relaciones sexuales, como una respuesta dependiente a un conjunto de condiciones relacionadas al funcionamiento sexual, el cribado positivo de VG se comporta como factor clave en el detrimento de la salud sexual. La excepción fue la lubricación, relacionada con la posmenopausia, probablemente por déficit estrogénico y su efecto en la falta de lubricación vaginal<sup>78,97,171,173</sup>. No obstante, los estudios de Gibson *et al*<sup>174,175</sup>, asociaron la VG a las relaciones sexuales dolorosas, sequedad vaginal, irritación vaginal, así como con otros problemas ginecológicos en mujeres de mediana edad y mayores. Un

patrón fácilmente atribuible con el síndrome genitourinario de la menopaúsica por déficit estrogénico y no así a la violencia de género.

Respecto a los factores asociados a VG, se compararon con estudios realizados en población general de España, estos hallazgos están en la misma línea. Se encontró una fuerte asociación con la ansiedad<sup>103,176</sup>. Así como, el estatus de mujer inmigrante son circunstancias adversas que aumentan la probabilidad de violencia<sup>176-178</sup>. Sin embargo, de las mujeres gitanas españolas (grupo étnico minoritario más grande), apenas existen datos<sup>140</sup>, reflexión transcendental para incluirlas en la investigación. El resultado podría explicar un hallazgo de relevancia. Las circunstancias sociales de mujer gitana española parecen estar asociado con una probabilidad de casi tres veces más de sufrir violencia.

Si bien, hemos dado algunos hallazgos de relevancia, el análisis de regresión multivariante de los modelos lineales generalizados familia Poisson con varianza robusta. Revelaron una asociación bidireccional entre la DS y la VG. hasta ahora, hemos estudiado el efecto antagónico de la VG sobre la función sexual, ahora sabemos, que la DS es factor de riesgo de VG. La asociación no fue baladí una mujer con DS tiene una razón de prevalencia casi cinco veces mayor de ser víctima de VG (4.677) y una probabilidad del 99%. A su vez, una mujer víctima de VG tiene una probabilidad de DS del 92%. Hemos tratado de contrastar los resultados, pero no hemos hallado literatura científica, hasta donde tenemos constancia, quizá sea el primer estudio en dar estos resultados.

Para finalizar, Analizamos los factores asociados a morbilidad. Nuestros resultados concuerdan con otras investigaciones previas, las cuales sostienen que el principal factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles es la propia edad<sup>179</sup>. Propiamente dicho, el envejecimiento, las enfermedades musculoesqueléticas, asociadas a la edad y al déficit estrogénico (artrosis, artritis reumatoide) la hipertensión arterial, el envejecimiento humano un proceso complejo y multifactorial que se caracteriza por daños fisiológicos, mayor

riesgo de enfermedades relacionadas con la edad y un inevitable deterioro funcional<sup>180</sup>

## **V. I. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Nuestro estudio tiene varios puntos fuertes. Posiblemente sea el primer estudio en investigar la asociación bidireccional entre la función sexual y el cribado positivo de violencia de género en España, contribuyendo así a llenar la laguna existente en la literatura científica sobre la violencia de género como predictor de disfunción sexual y viceversa. La muestra fue aleatoria y representativa de la comunidad incluyendo a mayorías y minorías étnicas como son las mujeres gitanas. No obstante, somos conscientes de las limitaciones. No evaluamos los síntomas vasomotores de la menopausia, índice de masa corporal ni las características personales de las parejas masculina. Además, recopilar respuestas autoinformadas sobre temas sensibles como la sexualidad y la violencia de género puede dar lugar a sesgo de informantes y/o memoria. La muestra fue recogida de un lugar muy concreto de la geografía española y con criterios de inclusión muy exhaustivos, lo que podría hacernos incurrir en sesgo de selección. El propio diseño transversal que no permite atribuir causalidad a cualquiera de los factores identificados, pero sí permite asociaciones entre los factores objeto de investigación. Finalmente, los resultados obtenidos representan a las mujeres incluidas en la investigación y si bien la muestra fue significativa, la experiencia clínica nos dice que una vez pasado el filtro inicial debemos acudir a una asistencia e intervenciones centradas en las pacientes, tratando a cada mujer de un modo individual y personalizado.

## **VI. CONCLUSIONES**

---

Una vez presentados, analizados y discutidos los resultados obtenidos en este trabajo de Tesis Doctoral, podemos establecer las siguientes conclusiones:

### **VI.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

La muestra representativa de mujeres de mediana edad residentes en áreas urbanas y con predominio de mujeres caucásicas, coincide con la tendencia común de otros estudios poblacionales, si bien, hay una notable representación de otras etnias, un 17,1% de mujeres eran inmigrantes lo que aporta diversidad y diferentes perspectivas y experiencias en términos de nacionalidad al estudio. El 39.9% de las mujeres tienen al menos, una enfermedad crónica, siendo la hipertensión arterial y el hipotiroidismo las más comunes. La multimorbilidad es notable debido a que los hallazgos destacan la prevalencia de condiciones crónicas y su relación con la edad en la población estudiada.

### **VI. 2. FUNCIÓN SEXUAL DE LAS MUJERES**

El 33.7% de las mujeres participantes presentaron disfunción sexual (DSF). La satisfacción fue el dominio mejor valorado, mientras que el deseo sexual fue el peor. La herramienta IFSF-6 demostró ser válida y fiable. Además, se observa un aumento de la DSF con la edad, lo que subraya la importancia de considerar la edad y la etapa del climaterio pues los valores de DSF se incrementan considerablemente desde premenopausia (14,39%), perimenopausia (35,30%), hasta posmenopausia (44,54%).

### **VI.3. VIOLENCIA DE GÉNERO**

El cuestionario de violencia de género detectó que un 16.63% de las mujeres dieron positivo en el cribado de violencia de género, la mayoría presentaron riesgo de disfunción sexual. Con los resultados de la investigación, se puede deducir cuales dieron positivo

El cribado de violencia de género (VG) confirma que el 16.63% de las mujeres dieron positivo, es decir, la herramienta demostró ser válida y fiable. Las mujeres con VG reportaron peores resultados en función sexual (FS), especialmente en etapas avanzadas del climaterio. El análisis conjunto de VG y FS indica que la DSF es más prevalente en mujeres mayores y en aquellas con antecedentes de abuso o VG. Estos hallazgos subrayan la interrelación entre DSF, VG y la edad.

### **VI.4. FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

Los factores más significativamente asociados a la disfunción sexual femenina (DSF) durante el climaterio son la violencia de género (VG) y la depresión, con un fuerte impacto en la disfunción sexual. La edad y la etapa del climaterio también influyen, con mayor prevalencia en la perimenopausia y posmenopausia. Otros factores asociados incluyen patologías crónicas, histerectomía y abuso de alcohol. La herramienta IFSF-6 mostró buena capacidad de discriminación, además, el análisis multivariante confirmó la reciprocidad entre función sexual y experiencia de abuso.

## **VI.5. FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA DE GÉNERO**

Entre los factores clave que contribuyen a la VG se encuentran la DSF, la etnicidad y condición de inmigrante y la presencia de diagnóstico de ansiedad. Los resultados destacan una asociación bidireccional entre la VG y la DSF, lo cual podría ser una contribución novedosa en este campo de investigación. Esta relación sugiere que no sólo la DSF puede ser un factor de riesgo para la VG, sino que la experiencia de violencia también puede contribuir a problemas de disfunción sexual. Este hallazgo subraya la complejidad de los factores interrelacionados que afectan a las mujeres en situaciones de VG.

## **VI.6. FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD**

La edad se identificó como un factor clave en la probabilidad de adolecer de alguna patología crónica, como artrosis, artritis reumatoide, hipertensión arterial y diabetes mellitus II. Los factores asociados a las enfermedades crónicas se identificaron los siguientes: la posmenopausia, perimenopausia, una salud subjetiva declinada, la tenencia de hijos y la ausencia estudios.



## VII. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Castelo Branco C, Ros Cerro C. Pubertad y climaterio. In: González-Merlo, editor. Ginecología. 10 ed. Barcelona: Elsevier, España; 2020, pp120-34
2. Cortés Gabaudan F. Diccionario médico-biológico (histórico y etimológico) de helenismos. Ediciones Universidad de Salamanca; 2005.p132-46
3. OMS. Investigación sobre la menopausia. presented at: Informe de un Grupo Científico de la Organización Mundial de la Salud Serie de informes técnicos: 670; 1981; Ginebra.
4. OMS. Investigación sobre la menopausia en los años noventa. presentes at: Informe de un grupo Científico de la Organización Mundial de la Salud, serie de informes técnicos: 866; 1996; Ginebra
5. Utian WH. Ovarian function, therapy-oriented definition of menopause and climacteric. *Exp Gerontol.* 1994;29(3-4):245-51. doi:10.1016/0531-5565(94)90003-5
6. Utian WH. The International Menopause Society menopause-related terminology definitions. *Climacteric.* Dec 1999;2(4):284-6. doi:10.3109/13697139909038088
7. Blümel JE, Lavín P, Vallejo MS, Sarrá S. Menopause or climacteric, just a semantic discussion or has it clinical implications? *Climacteric.* Jun 2014;17(3):235-41. doi:10.3109/13697137.2013.838948
8. Utian WH. Menopause--a proposed new functional definition. *Maturitas.* Dec 1991;14(1):1-2. doi:10.1016/0378-5122(91)90140-l
9. Lock M. Menopause: lessons from anthropology. *Psychosom Med.* 1998;60(4):410-9. doi:10.1097/00006842-199807000-00005
10. Sociedad Bíblicas en América Latina. La Santa Biblia Antiguo y Nuevo Testamento. Editorial Vida; 1983.p210-80
11. Singh A, Kaur S, Walia I. A historical perspective on menopause and menopausal age. *Bull Indian Inst Hist Med Hyderabad.* 2002;32(2):121-35.
12. Davis SR, Lambrinoudaki I, Lumsden M, et al. Menopause. *Nat Rev Dis Primers.* 04 2015;1:15004. doi:10.1038/nrdp.2015.4
13. Federación Latino Americana de Sociedades Obstétricas y Ginecológicas (FLASOG). Climaterio y Menopausia. Editado y producido por: Edición y Farmacia, SA de CV (Nieto Editores). Ciudad de México.2016.p1-11
14. World Health O. Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa : informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.
15. Whiteley J, DiBonaventura M, Wagner JS, Alvir J, Shah S. The impact of menopausal symptoms on quality of life, productivity, and economic outcomes. *J Womens Health (Larchmt).* Nov 2013;22(11):983-90. doi:10.1089/jwh.2012.3719

16. Oude Hengel KM, Soeter M, In der Maur M, van Oostrom SH, Loef B, Hooffman WE. Perimenopause: Symptoms, work ability and health among 4010 Dutch workers. *Maturitas*. Oct 2023;176:107793. doi:10.1016/j.maturitas.2023.107793
17. INE [Base de dato] Instituto Nacional de Estadística [Acceso: 6 de agosto 2024]. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica\\_P&cid=1254734710990](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710990)
18. Wallace WH, Kelsey TW. Human ovarian reserve from conception to the menopause. *PLoS One*. Jan 27 2010;5(1):e8772. doi:10.1371/journal.pone.0008772
19. David Vantman B, Margarita Vega B. Fisiología reproductiva y cambios evolutivos con la edad de la mujer. 10.1016/S0716-8640(10)70545-9. *Rev. Méd. Clín. Condes*. 2010;21(3):348-362. doi:10.1016/S0716-8640(10)70545-9
20. Faddy MJ, Gosden RG, Gougeon A, Richardson SJ, Nelson JF. Accelerated disappearance of ovarian follicles in mid-life: implications for forecasting menopause. *Hum Reprod*. Nov 1992;7(10):1342-6. doi:10.1093/oxfordjournals.humrep.a137570
21. Faddy MJ, Gosden RG. A model conforming the decline in follicle numbers to the age of menopause in women. *Hum Reprod*. Jul 1996;11(7):1484-6. doi:10.1093/oxfordjournals.humrep.a019422
22. Dong L, Teh DBL, Kennedy BK, Huang Z. Unraveling female reproductive senescence to enhance healthy longevity. *Cell Res*. Jan 2023;33(1):11-29. doi:10.1038/s41422-022-00718-7
23. Mihm M, Gangooly S, Muttukrishna S. The normal menstrual cycle in women. *Anim Reprod Sci*. Apr 2011;124(3-4):229-36. doi:10.1016/j.anireprosci.2010.08.030
24. Mezquita Pla C, Mezquita Pla J, Mezquita Mas B, Mezquita Mas P. Fisiología Médica del razonamiento fisiológico al razonamiento clínico. *EDITORIAL MEDICA panamericana*; 2011, pp 401-9.
25. Araujo-Castro M, Pascual-Corrales E, Ortiz-Flores AE, Escobar-Morreale HF. Eje hipotálamo hipofisario. Fisiología y patología. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2020/09/01/ 2020;13(15):846-855. doi: <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.09.003>
26. Hall JE. Endocrinology of the menopause. *Endocrinology and Metabolism Clinics*. 2015;44(3):485-496.
27. Weiss G, Skurnick JH, Goldsmith LT, Santoro NF, Park SJ. Menopause and hypothalamic-pituitary sensitivity to estrogen. *JAMA*. Dec 22 2004;292(24):2991-6. doi:10.1001/jama.292.24.2991
28. Reed BG, Carr BR. *The Normal Menstrual Cycle and the Control of Ovulation*. MDText.com, Inc., South Dartmouth (MA); 2000.
29. Moreno-Gómez E, Jáuregui-Lobera I. Variables emocionales y food craving: Influencia del ciclo menstrual. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2022;7(1):28-63.

30. Allshouse A, Pavlovic J, Santoro N. Menstrual Cycle Hormone Changes Associated with Reproductive Aging and How They May Relate to Symptoms. *Obstet Gynecol Clin North Am.* Dec 2018;45(4):613-628. doi:10.1016/j.ogc.2018.07.004
31. Schmalenberger KM, Tauseef HA, Barone JC, et al. How to study the menstrual cycle: Practical tools and recommendations. *Psychoneuroendocrinology.* Jan 2021;123:104895. doi:10.1016/j.psyneuen.2020.104895
32. Torres Jiménez AP, Torres Rincón JM. Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina (México).* 2018;61(2):51-58.
33. Reed SD, Mitchell CM, Joffe H, et al. Sexual function in women on estradiol or venlafaxine for hot flashes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* Aug 2014;124(2 Pt 1):233-41. doi:10.1097/AOG.
34. Manson JE, Bassuk SS, Kaunitz AM, Pinkerton JV. The Women's Health Initiative trials of menopausal hormone therapy: lessons learned. *Menopause.* Aug 2020;27(8):918-928. doi:10.1097/GME.0000000000001553
35. Manson JE, Woodruff TK. Reproductive Health as a Marker of Subsequent Cardiovascular Disease: The Role of Estrogen. *JAMA Cardiol.* Oct 01 2016;1(7):776-777. doi:10.1001/jamacardio.2016.2662
36. Knowlton AA, Lee AR. Estrogen and the cardiovascular system. *Pharmacol Ther.* Jul 2012;135(1):54-70. doi:10.1016/j.pharmthera.2012.03.007
37. Russell JK, Jones CK, Newhouse PA. The Role of Estrogen in Brain and Cognitive Aging. *Neurotherapeutics.* Jul 2019;16(3):649-665. doi:10.1007/s13311-019-00766-9
38. Wilkinson HN, Hardman MJ. The role of estrogen in cutaneous ageing and repair. *Maturitas.* Sep 2017;103:60-64. doi:10.1016/j.maturitas.2017.06.026
39. Khosla S, Oursler MJ, Monroe DG. Estrogen and the skeleton. *Trends Endocrinol Metab.* Nov 2012;23(11):576-81. doi:10.1016/j.tem.2012.03.008
40. Sitruk-Ware R, El-Etr M. Progesterone and related progestins: potential new health benefits. *Climacteric.* Aug 2013;16 Suppl 1:69-78. doi:10.3109/13697137.2013.802556
41. Hense JD, Isola JVV, García DN, et al. The role of cellular senescence in ovarian aging. *NPJ Aging.* Jul 20 2024;10(1):35. doi:10.1038/s41514-024-00157-1
42. Zhang J, Xia W, Zhou J, et al. Participation of preovulatory follicles in the activation of primordial follicles in mouse ovaries. *Int J Biol Sci.* 2024;20(10):3863-3880. doi:10.7150/ijbs.95020
43. Bhardwaj JK, Paliwal A, Saraf P, Sachdeva SN. Role of autophagy in follicular development and maintenance of primordial follicular pool in the ovary. *J Cell Physiol.* Feb 2022;237(2):1157-1170. doi:10.1002/jcp.30613
44. Torréns JI, Skurnick J, Davidow AL, et al. Ethnic differences in insulin sensitivity and beta-cell function in premenopausal or early perimenopausal women without diabetes: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Diabetes Care.* Feb 2004;27(2):354-61. doi:10.2337/diacare.27.2.354

45. Santoro N, Crawford SL, El Khoudary SR, et al. Menstrual Cycle Hormone Changes in Women Traversing Menopause: Study of Women's Health Across the Nation. *J Clin Endocrinol Metab.* Jul 01 2017;102(7):2218-2229. doi:10.1210/jc.2016-4017
46. Hansen KR, Craig LB, Zavy MT, Klein NA, Soules MR. Ovarian primordial and nongrowing follicle counts according to the Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) staging system. *Menopause.* Feb 2012;19(2):164-71. doi:10.1097/gme.0b013e31823b0b2e
47. Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause.* Apr 2012;19(4):387-95. doi:10.1097/gme.0b013e31824d8f40
48. Harlow SD. Menstrual Cycle Changes as Women Approach the Final Menses: What Matters? *Obstet Gynecol Clin North Am.* Dec 2018;45(4):599-611. doi:10.1016/j.ogc.2018.07.003
49. Harlow SD, Karvonen-Gutierrez C, Elliott MR, et al. It is not just menopause: symptom clustering in the Study of Women's Health Across the Nation. *Womens Midlife Health.* 2017;3doi:10.1186/s40695-017-0021-y
50. Nappi RE, Kroll R, Siddiqui E, et al. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. *Menopause.* May 24 2021;28(8):875-882. doi:10.1097/GME.0000000000001793
51. Nappi RE, Siddiqui E, Todorova L, Rea C, Gemmen E, Schultz NM. Prevalence and quality-of-life burden of vasomotor symptoms associated with menopause: A European cross-sectional survey. *Maturitas.* Jan 2023;167:66-74. doi:10.1016/j.maturitas.2022.09.006
52. Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climacteric.* Apr 2016;19(2):188-97. doi:10.3109/13697137.2015.1107039
53. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *J Clin Endocrinol Metab.* Jan 01 2021;106(1):1-15. doi:10.1210/clinem/dgaa764
54. Lujan-Barroso L, Gibert K, Obón-Santacana M, et al. The influence of lifestyle, diet, and reproductive history on age at natural menopause in Spain: Analysis from the EPIC-Spain sub-cohort. *Am J Hum Biol.* Nov 2018;30(6):e23181. doi:10.1002/ajhb.23181
55. Martins R, de Sousa B, Rodrigues V. The geography of the age at menopause in central Portugal since the early twentieth century. *Scientific Reports.* 12/20 2022;12doi:10.1038/s41598-022-25475-w
56. Dunneram Y, Greenwood DC, Burley VJ, Cade JE. Dietary intake and age at natural menopause: results from the UK Women's Cohort Study. *J Epidemiol Community Health.* Aug 2018;72(8):733-740. doi:10.1136/jech-2017-209887
57. Gottschalk MS, Eskild A, Hofvind S, Gran JM, Bjelland EK. Temporal trends in age at menarche and age at menopause: a population study of 312 656 women in Norway. *Hum Reprod.* Feb 29 2020;35(2):464-471. doi:10.1093/humrep/dez288

58. Appiah D, Nwabuo CC, Ebong IA, Wellons MF, Winters SJ. Trends in Age at Natural Menopause and Reproductive Life Span Among US Women, 1959-2018. *JAMA*. Apr 06 2021;325(13):1328-1330. doi:10.1001/jama.2021.0278
59. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. Oct 2019;26(10):1213-1227. doi:10.1097/GME.0000000000001424
60. Leone T, Brown L, Gemmill A. Secular trends in premature and early menopause in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. Jun 2023;8(6)doi:10.1136/bmjgh-2023-012312
61. Ali KY, Erkok U, Mohamed NA, Hilowle NM, Elmi HAH, Mohamud RYH. Age at Natural Menopause and Influencing Factors in Women Attending the Gynecological Outpatient Clinic at a Tertiary Care Hospital. *Int J Womens Health*. 2023;15:1627-1636. doi:10.2147/IJWH.S434123
62. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric*. Oct 2010;13(5):419-28. doi:10.3109/13697137.2010.507886
63. Schoenaker DA, Jackson CA, Rowlands JV, Mishra GD. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *Int J Epidemiol*. Oct 2014;43(5):1542-62. doi:10.1093/ije/dyu094
64. Muka T, Oliver-Williams C, Kunutsor S, et al. Association of Age at Onset of Menopause and Time Since Onset of Menopause With Cardiovascular Outcomes, Intermediate Vascular Traits, and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Cardiol*. Oct 01 2016;1(7):767-776. doi:10.1001/jamacardio.2016.2415
65. Management of osteoporosis in postmenopausal women: the 2021 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. Sep 01 2021;28(9):973-997. doi:10.1097/GME.0000000000001831
66. Zhu D, Li X, Macrae VE, Simoncini T, Fu X. Extragonadal Effects of Follicle-Stimulating Hormone on Osteoporosis and Cardiovascular Disease in Women during Menopausal Transition. *Trends Endocrinol Metab*. Aug 2018;29(8):571-580. doi:10.1016/j.tem.2018.06.001
67. Auro K, Joensuu A, Fischer K, et al. A metabolic view on menopause and ageing. *Nature communications*. 2014;5(1):4708.
68. Panel TNGPSE. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. Sep 2020;27(9):976-992. doi:10.1097/GME.0000000000001609
69. Briggs P. Genitourinary syndrome of menopause. *Post Reprod Health*. Jun 2020;26(2):111-114. doi:10.1177/2053369119884144
70. Shifren JL. Genitourinary Syndrome of Menopause. *Clin Obstet Gynecol*. Sep 2018;61(3):508-516. doi:10.1097/GRF.0000000000000380

71. Moral E, Delgado JL, Carmona F, et al. The impact of genitourinary syndrome of menopause on well-being, functioning, and quality of life in postmenopausal women. *Menopause*. Dec 2018;25(12):1418-1423. doi:10.1097/GME.0000000000001148
72. Filippini M, Porcari I, Ruffolo AF, et al. CO<sub>2</sub>-Laser therapy and Genitourinary Syndrome of Menopause: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med*. Mar 2022;19(3):452-470. doi:10.1016/j.jsxm.2021.12.010
73. Moral E, Delgado JL, Carmona F, et al. Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. The GENISSE study. *Climacteric*. Apr 2018;21(2):167-173. doi:10.1080/13697137.2017.1421921
74. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE. Menopausal Estrogen Therapy and Breast Cancer Mortality-Reply. *JAMA*. 01 2018;319(2):193-194. doi:10.1001/jama.2017.18316
75. Lizcano F, Guzmán G. Estrogen Deficiency and the Origin of Obesity during Menopause. *Biomed Res Int*. 2014;2014:757461. doi:10.1155/2014/757461
76. Ko SH, Kim HS. Menopause-Associated Lipid Metabolic Disorders and Foods Beneficial for Postmenopausal Women. *Nutrients*. Jan 13 2020;12(1)doi:10.3390/nu12010202
77. Kwak JH, Hong YC, Choi YH. Serum 25-hydroxyvitamin D and hypertension in premenopausal and postmenopausal women: National Health and Nutrition Examination Surveys 2007-2010. *Public Health Nutr*. May 2020;23(7):1236-1246. doi:10.1017/S1368980019003665
78. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril*. Jul 2005;84(1):174-80. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.01.119
79. Song X, Wu J, Zhou Y, et al. Reproductive and hormonal factors and risk of cognitive impairment among Singapore Chinese women. *Am J Obstet Gynecol*. Sep 2020;223(3):410.e1-410.e23. doi:10.1016/j.ajog.2020.02.032
80. Mace DR, Bannerman RHO, Burton J, World Health O. Las Enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1975.
81. WHO. Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction., WHO. Department of Reproductive Health and Research. Sexual and reproductive health : laying the foundation for a more just world through research and action : biennial report 2004-2005. World Health Organization; 2006:58 p.
82. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*. 12 2016;94:87-91. doi:10.1016/j.maturitas.2016.09.013
83. Khosla R, Say L, Temmerman M. Sexual health, human rights, and law. *Lancet*. Aug 22 2015;386(9995):725-6. doi:10.1016/S0140-6736(15)61449-0

84. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*. May 2016;87:49-60. doi:10.1016/j.maturitas.2016.02.009
85. Sánchez-Borrego R, Molero F, Castaño R, et al. Spanish consensus on sexual health in men and women over 50. *Maturitas*. Jun 2014;78(2):138-45. doi:10.1016/j.maturitas.2014.02.020
86. Parish SJ, Pope R. Female Sexual Health: Screening and Evaluation. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Jun 2024;51(2):223-239. doi:10.1016/j.ogc.2024.03.002
87. Patterson S, Jehan K. Love (and) ageing well: A qualitative study of sexual health in the context of ageing well among women aged 50 and over. *Womens Health (Lond)*. 2024;20:17455057241247747. doi:10.1177/17455057241247747
88. Caruso S, Rapisarda AM, Cianci S. Sexuality in menopausal women. *Curr Opin Psychiatry*. Nov 2016;29(6):323-30. doi:10.1097/YCO.0000000000000280
89. Masters WH, Johnson VE, New York Academy of Medicine. *Human sexual response* / William H. Masters, Virginia E. Johnson. 1st ed. Little, Brown and Company; 1966:xiii, 366-410 p.
90. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. 10.1016/S1698-031X(07)74029-3. *Revista Internacional de Andrología*. 2007;5(1):11-21. doi:10.1016/S1698-031X(07)74029-3
91. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000 Jan-Mar 2000;26(1):51-65. doi:10.1080/009262300278641
92. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol*. Feb 2015;125(2):477-486. doi:10.1097/AOG.0000000000000620
93. Iglesias ZR, Labrador IG, Gómez CNM, Coterón LH. SEXUALIDAD FEMENINA DURANTE LA EDAD MEDIANA. *Redsemlac. la Abana*.2004. p164-97
94. Bassón R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol*. Aug 2001;98(2):350-3. doi:10.1016/s0029-7844(01)01452-1
95. Basson R. The complexities of women's sexuality and the menopause transition. *Menopause*. 2006 Nov-Dec 2006;13(6):853-5. doi:10.1097/01.gme.0000243573.63322.be
96. Nappi RE. New attitudes to sexuality in the menopause: clinical evaluation and diagnosis. *Climacteric*. Oct 2007;10 Suppl 2:105-8. doi:10.1080/13697130701599876
97. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2009 Sep-Oct 2009;16(5):860-9. doi:10.1097/gme.0b013e3181a3cdaf
98. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril*. Apr 2002;77 Suppl 4:S42-8.

99. Hoffmann RA, Dennerstein L, Lehert P, Szoek C. Sexual function in the late postmenopause: a decade of follow-up in a population-based cohort of Australian women. *J Sex Med.* Aug 2014;11(8):2029-38. doi:10.1111/jsm.12590
100. Sánchez-Sánchez F, González-Correales R, Jurado-López AR, et al. [ La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes]. *Semergen.* 2013 Nov-Dec 2013;39(8):433-9. doi:10.1016.2013.06.006
101. Vegunta S, Kuhle C, Kling JM, et al. The association between recent abuse and menopausal symptom bother: results from the Data Registry on Experiences of Aging, Menopause, and Sexuality (DREAMS). *Menopause.* May 2016;23(5):494-8. doi:10.1097/GME.0000000000000578
102. Gibson CJ, Huang AJ, McCaw B, Subak LL, Thom DH, Van Den Eeden SK. Associations of Intimate Partner Violence, Sexual Assault, and Posttraumatic Stress Disorder With Menopause Symptoms Among Midlife and Older Women. *JAMA Intern Med.* Nov 2018;doi:10.1001/jamainternmed.2018.5233
103. Makaroun LK, Brignone E, Rosland AM, Dichter ME. Association of Health Conditions and Health Service Utilization With Intimate Partner Violence Identified via Routine Screening Among Middle-Aged and Older Women. *JAMA Netw Open.* Apr 2020;3(4):e203138. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3138
104. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* 5th Edition ed. 5th Edition. American Psychiatric Association; 2013.
105. Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond).* 2018;14:1745506518762664. doi:10.1177/1745506518762664
106. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* Mar 2000;163(3):888-93.
107. Isidori AM, Pozza C, Esposito K, et al. Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *J Sex Med.* Mar 2010;7(3):1139-46. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01635.x
108. Prairie BA, Wisniewski SR, Luther J, et al. Symptoms of depressed mood, disturbed sleep, and sexual problems in midlife women: cross-sectional data from the Study of Women's Health Across the Nation. *J Womens Health (Larchmt).* Feb 2015;24(2):119-26. doi:10.1089/jwh.2014.4798
109. Till SR, Schrepf A, Santiago S, As-Sanie S. Psychosocial predictors of change in sexual activity and sexual function after hysterectomy in women with pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* Sep 2023;229(3):322.e1-322.e8. doi:10.1016/j.ajog.2023.06.026
110. Thomas HN, Neal-Perry GS, Hess R. Female Sexual Function at Midlife and Beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am.* Dec 2018;45(4):709-22. doi:10.1016/j.ogc.2018.07.013
111. Palacios S, González SP, Fernández-Abellán M, Manubens M, García-Alfaro P, investigators ESS. Impact Of Vulvovaginal Atrophy Of Menopause In Spanish Women:

Prevalence And Symptoms According To The EVES Study. *Sex Med.* Mar 2019;doi:10.1016/j.esxm.2019.01.005

112. Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and Sexuality. *Endocrinol Metab Clin North Am.* Sep 2015;44(3):649-61. doi:10.1016/j.ecl.2015.05.009

113. Thomas HN, Neal-Perry GS, Hess R. Female Sexual Function at Midlife and Beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am.* Dec 2018;45(4):709-722. doi:10.1016/j.ogc.2018.07.013

114. Kapoor E, Kling JM, Kingsberg SA, Faubion SS. Sexual Health in Women. *J Womens Health (Larchmt).* 09 2018;27(9):1082-1085. doi:10.1089/jwh.2018.7326

115. Pérez-Roncero GR, Martínez-Dearth R, López-Baena MT, Ornat-Clemente L. [Menopause-related symptoms in middle-aged women residing in the Zaragoza Province]. *Enferm Clin.* 2013 Nov-Dec 2013;23(6):252-61. doi:10.1016/j.enfcli.2013.09.003

116. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* Nov 2008;112(5):970-8. doi:10.1097/AOG.0b013e3181898cdb

117. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* Feb 1999;281(6):537-44.

118. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med.* Sep 2008;5(9):2044-52. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00873.x

119. Graham CA, Štulhofer A, Lange T, et al. Prevalence and Predictors of Sexual Difficulties and Associated Distress Among Partnered, Sexually Active Older Women in Norway, Denmark, Belgium, and Portugal. *Arch Sex Behav.* Nov 2020;49(8):2951-2961. doi:10.1007/s10508-020-01742-7

120. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet.* Jun 30 2018;391(10140):2642-2692. doi:10.1016/S0140-6736(18)30293-9

121. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. Not a minute more: ending violence against women. UNIFEM; 2003, p.112.

122. Lawyers Collective Women's Rights Initiative (New Delhi India), India. Ministry of Women and Child Development., National Commission for Women (India). Ending domestic violence through non-violence: a manual for PWDVA protection officers. Lawyers Collective Women's Rights Initiative; 2009:viii,p. 201

123. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet.* Feb 26 2022;399(10327):803-813. doi:10.1016/S0140-6736(21)02664-7

124. Maheu-Giroux M, Sardinha L, Stöckl H, et al. A framework to model global, regional, and national estimates of intimate partner violence. *BMC Med Res Methodol.* Jun 01 2022;22(1):159. doi:10.1186/s12874-022-01634-5

125. De Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre. Ministerio de la Presidencia. Boletín Oficial del Estado, nº 313 (29-12-2004). [Acceso: 12 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
126. Reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. Disposiciones generales Ley 27/2003, de 31 de julio. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado, nº 183 (1-09-2003). [Acceso: 12 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-15411>
127. Delgado Martín J. Ley Orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género. Colex; 2007:487 p.
128. De garantía integral de la libertad sexual. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado, nº 215 (07-09-2022). [Acceso: 12 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-14630>
129. INE. Sentencias por violencia [Base de datos en Internet] Instituto Nacional de Estadística [Acceso: 15 de agosto]. Disponible en: [https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t00/mujeres\\_hombres/tablas\\_1/&file=v02002.px](https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/&file=v02002.px)
130. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet*. Feb 16 2022; doi:10.1016/S0140-6736(21)02664-7
131. Stöckl H, Sardinha L, Maheu-Giroux M, Meyer SR, García-Moreno C. Physical, sexual and psychological intimate partner violence and non-partner sexual violence against women and girls: a systematic review protocol for producing global, regional and country estimates. *BMJ Open*. 08 19 2021;11(8):e045574. doi:10.1136/bmjopen-2020-045574
132. Potter LC, Morris R, Hegarty K, García-Moreno C, Feder G. Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women's health and domestic violence. *Int J Epidemiol*. 05 17 2021;50(2):652-662. doi:10.1093/ije/dyaa220
133. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. Apr 2002;359(9314):1331-6. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8
134. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*. May 2002;162(10):1157-63.
135. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *J Womens Health (Larchmt)*. Sep 2007;16(7):987-97. doi:10.1089/jwh.2006.0239
136. White SJ, Sin J, Sweeney A, et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. Jan 2024;25(1):494-511. doi:10.1177/15248380231155529
137. Violence WIG-B. Ending violence against women. *Issues in World Health*. *Popul Rep L*. 1999;11:1-44.

138. Walker LE. Psychology and violence against women. *American psychologist*. 1989;44(4):695.
139. Stockman JK, Hayashi H, Campbell JC. Intimate Partner Violence and its Health Impact on Ethnic Minority Women [corrected]. *J Womens Health (Larchmt)*. Jan 2015;24(1):62-79. doi:10.1089/jwh.2014.4879
140. Briones-Vozmediano E, Castellanos-Torres E, Goicolea I, Vives-Cases C. Challenges to Detecting and Addressing Intimate Partner Violence Among Roma Women in Spain: Perspectives of Primary Care Providers. *J Interpers Violence*. Sep 2019;886260519872299. doi:10.1177/0886260519872299
141. Djikanovic B, Stamenkovic Ž, Mikanovic VB, Vukovic D, Gordeev VS, Maksimovic N. Negative attitudes related to violence against women: gender and ethnic differences among youth living in Serbia. *Int J Public Health*. Nov 2018;63(8):923-932. doi:10.1007/s00038-017-1033-y
142. Kozubik M, van Dijk JP, Rac I. Health Risks Related to Domestic Violence against Roma Women. *Int J Environ Res Public Health*. Sep 24 2020;17(19)doi:10.3390/ijerph17196992
143. International Federation of Gynaecology and Obstetrics, OMS. Elimination of violence against women: in search of solutions: WHO/FIGO Pre-Congress Workshop, 30-31 July 1997. WHO; 1999, p.91.
144. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 5º ed. Mexico DF. McGraw-Hill Interamericana; 2014, pp.37-47.
145. Campos Aranda M. Problemas de bioestadística resueltos paso a paso. 3º ed. Murcia: Diego Marín Libero Editor; 2011, p.209.
146. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000 Apr-Jun 2000;26(2):191-208. doi:10.1080/009262300278597
147. Fernández A, Pastor T, Marti M, Ruiz F, Chedraui P y Pérez-López FR. Aplicación de la escala de calificación de la menopausia y el índice de función sexual femenina abreviado en mujeres climatéricas españolas. 31 Congreso Nacional Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Resumen. 2011 May 17-20 [acceso: 2 de marzo 2022] Sevilla 2011 disponible en [file:///C:/Users/PC/Downloads/protocolo\\_docente\\_obstetricia\\_0%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/protocolo_docente_obstetricia_0%20(5).pdf)
148. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *J Am Board Fam Pract*. 2002 Mar-Apr 2002;15(2):101-11.
149. Garcia-Esteve L, Torres A, Navarro P, et al. [Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health-care setting]. *Med Clin (Barc)*. Oct 2011;137(9):390-7. doi:10.1016/j.medcli.2010.11.038
150. Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab*. Apr 2012;97(4):1159-68. doi:10.1210/jc.2011-3362

151. Rehm J, Rehm MX, Shield KD, Gmel G, Gual A. Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Adicciones*. 2013;25(1):11-8.
152. United Nations. Statistical O. Guidelines for producing statistics on violence against women: Statistical surveys. UN; 2014.
153. Ellsberg M, Heise L, Peña R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann*. Mar 2001;32(1):1-16.
154. Ellsberg M, Heise L. Bearing witness: ethics in domestic violence research. *Lancet*. May 2002;359(9317):1599-604. doi:10.1016/S0140-6736(02)08521-5
155. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC medical research methodology*. 2003;3:1-13.
156. Starmer J. *The StatQuest Illustrated Guide to Machine Learning*. Joshua Starmer; 2024.
157. Keating N. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). *Eur J Ageing*. Sep 2022;19(3):775-787. doi:10.1007/s10433-021-00679-7
158. El Sueldo M, Martell-Claros N, Abad-Cardiel M, Zilberman JM, Marchegiani R, Fernández-Pérez C. Health perception in menopausal women. *Int J Womens Health*. 2018;10:655-661. doi:10.2147/IJWH.S173891
159. Zilberman JM. [Menopause: Hypertension and vascular disease]. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2018;35(2):77-83. doi:10.1016/j.hipert.2017.11.001
160. Uygur MM, Yoldemir T, Yavuz DG. Thyroid disease in the perimenopause and postmenopause period. *Climacteric*. Dec 2018;21(6):542-548. doi:10.1080/13697137.2018.1514004
161. Shihab S, Islam N, Kanani D, Marks L, Vegunta S. Alcohol use at midlife and in menopause: a narrative review. *Maturitas*. Aug 22 2024;189:108092. doi:10.1016/j.maturitas.2024.108092
162. Butts SF, Sammel MD, Greer C, Rebbeck TR, Boorman DW, Freeman EW. Cigarettes, genetic background, and menopausal timing: the presence of single nucleotide polymorphisms in cytochrome P450 genes is associated with increased risk of natural menopause in European-American smokers. *Menopause*. Jul 2014;21(7):694-701. doi:10.1097/GME.000000000000140
163. Martínez-Madrid MM, Arnau-Sánchez J, González-Cuello AM. Assessing sexual function in middle-aged sexually active Spanish women: a community-based study focusing on the intimate partner. *Menopause*. Mar 2021;doi:10.1097/GME.0000000000001745
164. Pérez-López FR, Fernández-Alonso AM, Trabalón-Pastor M, Vara C, Chedraui P, Group MARIA. Assessment of sexual function and related factors in mid-aged sexually

active Spanish women with the six-item Female Sex Function Index. *Menopause*. Nov 2012;19(11):1224-30. doi:10.1097/gme.0b013e3182546242

165. Dąbrowska-Galas M, Dąbrowska J, Michalski B. Sexual Dysfunction in Menopausal Women. *Sex Med*. Dec 2019;7(4):472-479. doi:10.1016/j.esxm.2019.06.010

166. Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H, et al. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynaecol*. Jul 2003;23(4):426-30. doi:10.1080/0144361031000120978

167. Mendoza-Huertas L, Garcia-Jabalera I, Mendoza N. Effects of violence against women on health during menopause: a systematic review and metanalysis. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*. Dec 15 2021;48(6):1292-1299. doi:10.31083/j.ceog4806205

168. Ministerio de Igualdad. MACROENCUESTA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER 2019. [Internet], Madrid: Centro de Publicaciones: Ministerio de Igualdad; 2019. [ Acceso: 9 de agosto 2021]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/macroencuesta2015/macroencuesta2019/>

169. Pichiule Castañeda M, Gandarillas Grande A, Pires Alcaide M, Lasheras Lozano L, Ordobás Gavín M. [Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) in the general population]. *Gac Sanit*. Jun 2019;doi:10.1016/j.gaceta.2019.04.006

170. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, et al. [Geographical variability in violence against women in Spain]. *Gac Sanit*. 2010 Mar-Apr 2010;24(2):128-35. doi:10.1016/j.gaceta.2009.10.014

171. Avis NE, Colvin A, Karlamangla AS, et al. Change in sexual functioning over the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 04 2017;24(4):379-390. doi:10.1097/GME.0000000000000770

172. Smith AM, Lyons A, Ferris JA, et al. Incidence and persistence/recurrence of women's sexual difficulties: findings from the Australian Longitudinal Study of Health and Relationships. *J Sex Marital Ther*. 2012;38(4):378-93. doi:10.1080/0092623X.2011.615898

173. Gracia E, López-Quílez A, Marco M, Lladosa S, Lila M. Exploring neighborhood influences on small-area variations in intimate partner violence risk: a Bayesian random-effects modeling approach. *Int J Environ Res Public Health*. Jan 2014;11(1):866-82. doi:10.3390/ijerph110100866

174. Gibson CJ, Huang AJ, McCaw B, Subak LL, Thom DH, Van Den Eeden SK. Associations of Intimate Partner Violence, Sexual Assault, and Posttraumatic Stress Disorder With Menopause Symptoms Among Midlife and Older Women. *JAMA Intern Med*. Jan 2019;179(1):80-87. doi:10.1001/jamainternmed.2018.5233

175. Gibson CJ, Lisha NE, Walter LC, Huang AJ. Interpersonal trauma and aging-related genitourinary dysfunction in a national sample of older women. *Am J Obstet Gynecol*. Jan 2019;220(1):94.e1-94.e7. doi:10.1016/j.ajog.2018.09.026

176. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. [Health status and intimate partner violence]. *Gac Sanit*. 2014 Mar-Apr 2014;28(2):102-8. doi:10.1016/j.gaceta.2013.08.004

177. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS One*. 2019;14(10):e0221049. doi:10.1371/journal.pone.0221049
178. Vives-Cases C, Espinar-Ruiz E, Castellanos-Torres E, Coe AB. Multiple struggles in fighting violence against women: implications among Romani women leaders in Spain. *Glob Health Action*. 2017 Jan - Dec 2017;10(sup2):1317084. doi:10.1080/16549716.2017.1317084
179. Silva N, Rajado AT, Esteves F, et al. Measuring healthy ageing: current and future tools. *Biogerontology*. Dec 2023;24(6):845-866. doi:10.1007/s10522-023-10041-2
180. Lambrinoudaki I, Armeni E, Goulis D, et al. Menopause, wellbeing and health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society. *Maturitas*. Sep 2022;163:1-14. doi:10.1016/j.maturitas.2022.04.00

## VII. ANEXOS

---

### Anexo I: Índice de Función Sexual Femenina (IFSF-6)

**Instrucciones:** por favor, señale con x o un círculo la opción que mejor se corresponde con su forma de vivir y sentir las relaciones sexuales.

**Durante las últimas 4 semanas**

**1º.- ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?**

- |                       |          |
|-----------------------|----------|
| a) Muy Alto           | 5 puntos |
| b) Alto               | 4 puntos |
| c) Moderado           | 3 puntos |
| d) Bajo               | 2 puntos |
| e) Muy Bajo o ninguno | 1 punto  |

**2º.- ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de excitación durante la relación sexual o coito?**

- |   |          |
|---|----------|
| a) No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas | 0 puntos |
| b) Muy alto   | 5 puntos |
| c) Alto   | 4 puntos |
| d) Moderado   | 3 puntos |
| e) Bajo   | 2 puntos |
| f) Muy bajo o ninguno                                     | 1 puntos |

**3º.- ¿Con qué frecuencia se lubricó (notar más secreción genital) durante la actividad sexual o coito?**

- |   |          |
|---|----------|
| a) No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas | 0 puntos |
| b) Siempre o casi siempre                                 | 5 puntos |
| c) La mayoría de las veces                                | 4 puntos |
| d) A veces  | 3 puntos |
| e) Pocas veces  | 2 puntos |
| f) Casi nunca o nunca                                     | 1 puntos |

**4º.- ¿Con qué frecuencia alcanzó el orgasmo cuando tuvo estímulo sexual o coito?**

- |   |                 |
|---|-----------------|
| a) No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas | <b>0 puntos</b> |
| b) Siempre o casi siempre                                 | 5 puntos        |
| c) La mayoría de las veces                                | 4 puntos        |
| d) A veces  | 3 puntos        |
| e) Pocas veces  | 2 puntos        |
| f) Casi nunca o nunca                                     | 1 puntos        |

**5º.- ¿Cómo de satisfecha se ha sentido con su actividad sexual?**

- |  |          |
|--|----------|
| a) Muy satisfecha                          | 5 puntos |
| b) Moderadamente satisfecha                | 4 puntos |
| c) Igual de satisfecha que de insatisfecha | 3 puntos |
| d) Algo (moderadamente) insatisfecha       | 2 puntos |
| e) Muy insatisfecha                        | 1 punto  |

**6º.- ¿Con qué frecuencia nota molestia o dolor vaginal con la penetración?**

- |  |                 |
|--|-----------------|
| a) No he intentado tener coito (penetración vaginal en las últimas 4 semanas | <b>0 puntos</b> |
| b) Casi nunca o nunca  | 5 puntos        |
| c) Pocas veces   | 4 puntos        |
| d) A veces   | 3 puntos        |
| e) La mayoría de las veces   | 2 puntos        |
| f) Casi siempre o siempre  | 1 puntos        |

*Fuente bibliográfica: Isidori A, Pozza C, Esposito K, et al. Development and Validation of a 6-Item Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) as a Diagnostic Tool for Female Sexual Dysfunction. J Sex Med. 2010 Mar; 7(3):1139-46.*

## Anexo II: Woman Abuse Screening Tool (WAST)

Instrucciones: por favor, señale con una x, línea o círculo, la opción que mejor se corresponda en la convivencia o forma de vivir con su pareja.

### 1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

- Mucha tensión       Alguna tensión       Sin tensión

### 2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

- Mucha dificultad       Alguna dificultad       Sin dificultad

### 3. Al terminar las discusiones ¿usted se siente decaída o mal con usted misma?

- Muchas veces       A veces       Nunca

### 4. ¿Las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones?

- Muchas veces       A veces       Nunca

### 5. ¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga?

- Muchas veces       A veces       Nunca

### 6. ¿Su pareja ha abusado de usted físicamente?

- Muchas veces       A veces       Nunca

### 7. ¿Su pareja ha abusado de usted emocionalmente?

- Muchas veces       A veces       Nunca

### 8. ¿Su pareja ha abusado de usted sexualmente?

- Muchas veces       A veces       Nunca

Test WAST. Fuente bibliográfica: Fogarty CT, Brown JB. Screening for Abuse in Spanish-speaking Women. J Am Board Fam Pract. 2002 Mar-Apr; 15(2):101-11.

### OBSERVACIONES

Por favor, si lo considera oportuno puede añadir todo aquello que quiera sobre el tema de estudio.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



## Anexo III: Cuestionario general

**Instrucciones:** por favor responda a cada una de las siguientes preguntas, con sinceridad. Marque con una X su situación, en caso de padecer alguna patología crónica o tratamiento psiquiátrico escribir dicha patología.

### MUJERES DE 40 A 64 AÑOS

1.- 

<b>EDAD</b> (años cumplidos)	
------------------------------	--

2.- **NACIONALIDAD:**

3.- **POBLACIÓN:** Urbana  Semiurbana  Rural

4.- **GRUPOS ÉTNICOS:** Caucásica (blanca)  Gitana  Hispanoamericana (Mestiza)  Caucásica /gitana  Negra (africana)  Otras

5.- **ESTADO CIVIL:** Casada  En pareja  Soltera  Otras situaciones

6.- **HIJOS:** No  Sí

7.- **SITUACION LABORAL:** Ama de casa  Empleada  Desempleada

8.- **NIVEL ACADÉMICO:** Sin estudios  Básicos  Formación profesional  Título Universitario

9.- **PROBLEMAS ECONÓMICOS:** Dificultad de afrontar los pagos de los conceptos básicos diarios: No  Sí

10.- **FASE DEL CLIMATERIO:**

- **Premenopausia:** Ciclos de sangrados menstruales regulares (variaciones menores de siete días)
- **Perimenopausia:** Ciclos de sangrados menstruales irregulares (variaciones superiores a siete días) y falta de menstruación (amenorrea) inferior a doce meses
- **Posmenopausia:** Uno o más años sin presentar sangrados menstruales

11.- **PERCEPCIÓN DE SALUD:** ¿Cómo se siente usted de salud?: Muy buena  Buena  Regular  Mala

12.- **PATOLOGÍAS CRONICAS:** No  Sí (si la respuesta es sí, escriba ejemplo: hipertensión arterial, hipotiroidismo, diabetes Mellitus, artritis reumatoide, cts.

11.- **PATOLOGÍAS CRONICAS:** No  Sí (si la respuesta es sí, escriba ejemplo: hipertensión arterial, hipotiroidismo, diabetes Mellitus, artritis reumatoide, cts.

12.- **ANSIEDAD:** tratamiento con ansiolíticos o haber estado un mes anterior a la entrevista: No  Sí

13.- **TRASTORNO PSIQUIATRICO:** No  Sí (si la respuesta es sí, escriba ejemplo: depresión, anorexia, bulimia, cts.

.....  
.....

14.- **MASTECTOMÍA:** (extirpación quirúrgica parcial o completa de la mama):

No  Sí

15.- **HISTERECTOMÍA:** (operación quirúrgica para extraer el útero): No  Sí

16.- **OOFORECTOMÍA BILATERAL:** (Extirpación de los dos ovarios): No  Sí

17.- **TERAPIA HORMONAL SUSTITUTORÍA:** No  Sí

18.- **FUMADORA** (cantidad de cigarrillo): 0  1-5  5-10  10-15

15- 20  más de 20

19.- **ALCOHOL:** Nunca  Ocasional (algún festivo o celebración)  Moderado (una copita de vino o cerveza al día)  Habitual (más de dos copas vino, cerveza u otro tipo de bebidas alcohólicas al día)

*Entrevista datos sociodemográficos, etapa climatérica, clínicos y hábitos no saludables. Elaboración propia.*

*Fuentes bibliográficas:*

Organización Mundial de la Salud. Investigación sobre la menopausia. Informe del Grupo Científico de la OMS. Ginebra; OMS: 1981. Serie de informes técnicos: 670.

Organización Mundial de la Salud. Investigación sobre la menopausia en los años noventa. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra; OMS: 1996. Serie de informes técnicos: 866.

Rehm J, Rehm MX, Shield KD, Gmel G, Gual A. Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. Adicciones. 2013;25(1):11-8.

Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. Menopause. Apr 2012;19(4):387-95.

## Anexo I V: Tratamiento de las variables

Operacionalización de la variable independiente datos sociodemográficos y clínicos.

1. **Edad en años:** Variable cuantitativa continua, medida en años cumplidos y en rangos etarios.
2. **Nacionalidad:** Variable nominal politómica
3. **Población Sector:** Variable cualitativa nominal politómica: Urbano, semirrural y rural.
4. **Etnia:** variable nominomial politómica; categorías: caucásica (blanca),
5. **Estado civil:** Variable cualitativa nominal politómica; Categorías: casada 1, en pareja 2, soltera 3, otras situaciones 4. Se definió con números del “1” al “4”.
6. **Paridad hijos:** Variable categórica binomial dicotómica. (Si... 1; No...0).
7. **Nacionalidad:** variable cualitativa multinomial politómica categorías: española (ESP), boliviana (BOL), colombiana (COL), ecuatoriana (ECU), peruana (PER).
8. Españolas otros países:
9. **Trabaja fuera de casa:** Variable cualitativa nominal dicotómica. (Si... 1; No...0).
10. **Patologías crónicas no invalidantes:** variable cualitativa nominal politómica en caso afirmativo (Sí...), descripción de la patología: hipertensión arterial (HTA) hipotiroidismo (hipo), trastornos de la coagulación, diabetes Mellitus tipo 1 (DM-1), diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2), osteoartritis (OA), osteoporosis, artritis reumatoides, cardiopatía. Se valoró como “patología crónica”. En caso de no presentar ninguna patología; (No... 0)
11. **Trastornos psiquiátricos:** Variable cualitativa nominal politómica. (Si... se describe la patología ej.: depresión, anorexia, bulimia, cts. ; No... 0).
12. **Ansiedad:** Variable cualitativa nominal dicotómica. (Si... 1; No...0).
13. **Histerectomía:** Variable cualitativa nominal dicotómica. (Si... 1; No...0).

14. **Mastectomía:** variable cualitativa nominal dicotómica. (Si... 1; No... 0).
15. **Terapia hormonal sustitutoria (THS):** Variable cualitativa nominal dicotómica. (Si... 1; No... 0).
16. **Fumadora:** Variable cuantitativa continua medida en cigarrillos día. Medida en las categorías siguientes razón: Hasta 5 cigarrillos/día...1, de 5 a 10...2; 10 a 15...3; 15 a 20...4; más de 20 cigarrillos/día...5.
17. **Hábitos alcohol:** variable cualitativa ordinal. Mediada en la categoría siguientes: no consume alcohol... 0; consumo ocasional... 1; consumo moderado... 2; consumo habitual...3.
18. **Evaluación de la función sexual anteriormente:** variable cualitativa nominal dicotómica. (Si... 1; No... 0).

