

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Prevalencia de disfunción sexual y factores
asociados en mujeres menopáusicas en Atención
Primaria. Un estudio descriptivo transversal.**

Alumno: Juan Antonio Salazar García.

Tutor: Dr. Juan De Dios González Caballero.

Co-Tutor: Dña. Adriana López Pineda.

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2025-2026

Certificado oficina información y registro (COIR)

Nombre del tutor/a:	Juan De Dios González Caballero
Nombre del estudiante:	Juan Antonio Salazar García
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
Título	Prevalencia de disfunción sexual y factores asociados en mujeres menopáusicas en Atención Primaria. Un estudio descriptivo transversal.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260414060255
Código de autorización COIR	TFM.MPA.JDDGC.JASG.260414
Caducidad	2 años



Resumen

Introducción: El síndrome genitourinario de la menopausia y diversos factores psicosociales, producen un impacto significativo en la función sexual de la mujer menopáusica. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es determinar, mediante el índice de función sexual femenino (FSFI) si existe disfunción sexual asociada al tiempo de menopausia en mujeres pertenecientes al Centro de Salud Murcia-San Andrés. **Metodología:** Se propone un estudio de investigación de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal. La muestra recogida por muestreo consecutivo no probabilístico será de unas 446 mujeres menopáusicas, de 45 años o mayores, reclutadas en las diferentes consultas de Atención Primaria. La variable principal se evaluará mediante la cumplimentación autoadministrada del cuestionario FSFI, estableciendo el punto de corte clínico para disfunción sexual en $\leq 26,55$. Se analizará la asociación entre la función sexual, el tiempo de menopausia y diversas covariables, mediante el programa de lenguaje estadístico "R". **Aplicabilidad clínica:** Los resultados obtenidos permitirán comprobar si la disfunción sexual se asocia de manera independiente al estado menopáusico o si está condicionada por otros factores. Esta evidencia justificará la necesidad de implementar protocolos multiprofesionales de abordaje precoz y educación para la salud en Atención Primaria, evitando la normalización del deterioro sexual durante la menopausia. **Limitaciones:** Las principales limitaciones son la ambigüedad temporal y no ser extrapolable a toda la población menopáusica.

Palabras clave: Menopausia; Disfunción Sexual; Atención Primaria; Estudio Transversal; Salud Sexual.

Abstract

Introduction: Genitourinary syndrome of menopause and various psychosocial factors have a significant impact on the sexual function of menopausal women. **Objective:** The objective of this study is to determine, using the Female Sexual Function Index (FSFI), whether there is sexual dysfunction associated with the time since menopause in women belonging to the Murcia-San Andrés Health Centre. **Methodology:** An observational, descriptive, cross-sectional research study is proposed. The sample collected by consecutive non-probabilistic sampling will consist of approximately 446 menopausal women, aged 45 years or older, recruited from different primary care clinics. The main variable will be assessed by means of a self-administered FSFI questionnaire, establishing the clinical cutoff score for sexual dysfunction at ≤ 26.55 . The association between sexual function, menopause timing and various covariates will be analysed using the statistical programming language "R". **Clinical applicability:** The results obtained will

allow us to verify whether sexual dysfunction is independently associated with menopausal status or whether it is conditioned by other factors. This evidence will justify the need to implement multi-professional protocols for early intervention and health education in primary care, avoiding the normalisation of sexual deterioration during menopause. **Limitations:** The primary limitations are temporal ambiguity and the lack of generalizability to the entire menopausal population.

Keywords: Menopause; Sexual Dysfunction; Primary Care; Cross-sectional Study; Sexual Health.



Índice

1. Pregunta de investigación	5
2. Pregunta en formato PEMCO	5
3. Antecedentes y estado actual del tema	5
4. Justificación del estudio	8
5. Objetivos de la investigación	9
6. Materiales y métodos	9
6.1. Diseño de estudio	9
6.2. Población diana y población a estudio	10
6.3. Criterios de inclusión y exclusión	10
6.4. Cálculo del tamaño de la muestra	11
6.5. Método de muestreo	11
6.6. Método de recogida de datos	12
6.7. Variables: Definición de las variables, categorías, unidades	12
6.8. Estrategia de análisis estadístico	13
7. Aplicabilidad y utilidad de los resultados	14
8. Estrategia de búsqueda bibliográfica	15
9. Limitaciones y posibles sesgos	16
10. Aspectos éticos de la investigación	18
11. Calendario y cronograma previsto para el estudio	19
12. Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad	20
13. Instalaciones e instrumentación	21
14. Presupuesto	21
Bibliografía	22
ANEXOS	25
Anexo 1: Índice de función sexual femenino (FSFI)	25
Anexo 2: Consentimiento informado	34

1. Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre la etapa de postmenopausia y las puntuaciones del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) en la población adscrita al Centro de Salud Murcia-San Andrés?

2. Pregunta en formato PEMCO

Se ha utilizado este formato de pregunta “PEMCO” (1) debido a que, al ser un estudio observacional, no hay intervención, pero sí exposición (en este caso a la menopausia). Por lo tanto, la “I” de intervención sería cambiada por la “E” de exposición. Esta exposición evalúa la relación causa-efecto o correlación en un momento dado del tiempo (transversal). También se añade la “M” de medición, la cual es una categoría para evitar confusiones, ya que obliga a definir qué se quiere medir exactamente. En este caso serían los parámetros que evalúa el FSFI.

La pregunta formulada es: “En mujeres menopáusicas del Centro de Salud Murcia-San Andrés (P), ¿El tiempo de evolución de la postmenopausia (E) muestra un grado de asociación significativo (M) con la disminución de las puntuaciones del FSFI (O) al compararlo con la edad cronológica (C)?”

- P (Población): Mujeres en la etapa de la menopausia, pertenecientes por zona básica de salud al Centro de Salud Murcia-San Andrés.
- E (Exposición): Mujeres expuestas a la menopausia/Tiempo de exposición a la menopausia.
- M (Medición): Correlación estadística entre variables.
- C (Comparación): Efecto de la deprivación hormonal vs. envejecimiento por edad fisiológico.
- O (Resultados): Disfunción sexual global y dominios que se contemplan en la misma en base al FSFI.

3. Antecedentes y estado actual del tema

La menopausia es conocida ya desde la antigüedad. En pasajes del “Génesis” ya se menciona la pérdida de la impureza mensual (la menstruación) y los egipcios las clasificaban como “mujeres blancas”, en contraposición a las “mujeres rojas” que eran las que aún menstruaban. En escritos antiguos, Hipócrates la definía como el cese de la menstruación

alrededor de los 50 años. En escritos de la edad media también se relacionaba con los 49 o 50 años como edad límite (2).

Hoy en día, la edad no está del todo establecida y se dice que es de 50 ± 5 años (3).

En algunas culturas y sociedades, las mujeres están destinadas al cuidado del hogar y la familia, y su rol es el de procrear y cuando ya no son capaces de hacerlo, estas quedan relegadas en poder y autoridad por otras mujeres más jóvenes de la familia. También se considera, en otras culturas sobre todo africanas, que cuando la mujer ya no es capaz de procrear, se les asocia con ser hombres e incluso pueden llegar a tomar esposas. Por otra parte, en culturas asiáticas, el cese de la menstruación no se consideraba el inicio de la menopausia, sino cuando se daban los cambios asociados al envejecimiento, entre los que podía encontrarse la amenorrea. Todas estas connotaciones étnicas, le confieren a la menopausia un carácter cultural (2).

Una vez instaurado el modelo biomédico en la sociedad, la menopausia se convirtió en un proceso que se da por la degeneración ovárica con sus consecuencias. Se sugiere que es una etapa de vulnerabilidad clínica en la que la predisposición al cáncer, enfermedades osteoarticulares, cardiovasculares o neurodegenerativas, es mayor (2).

La repercusión que tuvo este modelo biomédico fue en la medicalización de la menopausia. La principal es la terapia hormonal sustitutiva (THS), que ya empezó a darse en Estados Unidos a partir de los años 40 para el tratamiento de los síntomas climatéricos. En los años 60 ganaron fama por el efecto “rejuvenecedor” de estas (4). A finales de los años 70 se volvieron a quedar en desuso por relacionarse con la producción de tumores y tras la década de los 80, se defendió la idea de que la THS ayudaba a proteger las enfermedades que puede producir la menopausia (5).

Tras el estudio “Clinical Trial of Estrogen Plus Progestin” en 2002, de la Women's Health Initiative, se demostró que la terapia combinada de estrógenos y progestágenos llevaba a riesgos superiores que los beneficios. Este ensayo clínico observó que se producía un aumento de la incidencia de cáncer de mama invasivo y eventos cardiovasculares, lo que cambió drásticamente la prescripción de la THS (6). Sin embargo, en la actualidad se sigue utilizando medicación para paliar los síntomas climatéricos y que producen malestar en la mujer (5).

En relación con estos síntomas que producen malestar en la mujer, el estudio PRESIDE, en 2008, fue fundamental para distinguir entre tener un síntoma y padecer un trastorno. En este

estudio se vio que el 43,1% de las mujeres referían algún problema sexual, sin embargo, cuando se valoró la angustia personal asociada a ese problema, la cifra de disfunción real descendió al 12%. Por tanto, se vio que el aumento de cambios físicos en la menopausia no siempre lleva acompañado el sufrimiento, y no debe medicalizarse si la mujer no lo percibe como un problema (7).

Por último, en 2014, se dio el último cambio destacable en la historia de la menopausia, en este caso en relación con la terminología. Las sociedades científicas internacionales acordaron que términos como "atrofia vulvovaginal" no eran los más adecuados porque sólo recogen la parte fisiológica. Se vio que los síntomas no sólo afectaban a la vagina, sino también al sistema urinario y a la función sexual, por tanto, se estableció el término "Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM)". A diferencia de los sofocos, que desaparecen con el tiempo, se deliberó que este síndrome es crónico y progresivo, afectando directamente a la calidad de vida sexual si no se trata (8).

En cuanto a la situación actual, se habla de que la cifra actual de mujeres menopáusicas de entre 45 y 55 años, con disfunción sexual, es del 22,7% al 78,2%. Se señala que la causa directa de la disfunción sexual es el SGM y que afecta sobre todo a la esfera física con alteraciones en el flujo vaginal o el dolor durante las relaciones. En la bibliografía española reciente se sitúa la cifra de mujeres con menopausia y disfunción sexual en torno al 44,12%, analizados con el "Índice de función sexual femenina (FSFI)". Este instrumento está diseñado para evaluar diferentes variables de la respuesta sexual femenina mediante 19 preguntas agrupadas en 6 dominios específicos: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Las respuestas se evalúan en una escala de 0 a 5 (donde 0 indica ausencia de actividad sexual y 5 nivel óptimo), permitiendo obtener una visión que abarca tanto los componentes fisiológicos como los psicológicos de la sexualidad en la mujer (9). Aquí se vio que el deseo sexual es el área más afectada en estas mujeres, seguida de la excitación (10).

Con estos estudios se puede apreciar que hoy en día la disfunción sexual está infradiagnosticada y poco tratada, ya que, los métodos clínicos se basan en la disfunción física, mientras que, si se pregunta directamente a las mujeres, la esfera psico-social es la más afectada. Además, la variabilidad de la franja de mujeres con disfunción sexual es muy amplia, dato que refuerza la falta de diagnóstico.

Referido a cómo se produce la disfunción sexual, desde el punto de vista clínico se habla del SGM. Este se manifiesta por la caída de los estrógenos durante la perimenopausia, que conlleva un adelgazamiento de las paredes vaginales y la reducción del flujo sanguíneo, con

la consecuente sequedad vaginal en el 81% de los casos, lo que puede conducir a un círculo vicioso de dolor y evitación durante las relaciones. El dolor durante las relaciones lleva a que las mujeres rechacen mantenerlas, consecuencia de ello se bloquea el deseo sexual y la excitación (11).

Como se ha descrito, a pesar de que existen tratamientos eficaces, el diagnóstico de las mujeres que padecen disfunción sexual es muy amplio y variable. Un consenso publicado en 2025 refiere que la menopausia es una “epidemia silenciosa” en la que hasta el 77% de las mujeres pueden estar afectadas, pero casi todas ellas asumen los síntomas como una parte del envejecimiento que es inevitable. También se destaca la falta de diagnóstico por parte de los profesionales sanitarios, que dejan sin identificar a la mujer que tiene impacto en su calidad de vida y en sus relaciones de pareja (12).

4. Justificación del estudio

La necesidad de esta investigación surge al determinar el grado de asociación real entre el cese de la función ovárica y el deterioro de la vida sexual. La literatura, y más por la influencia del auge en la medicalización, describe que el SGM, asociado a la privación estrogénica, es el principal causante de la disfunción sexual en la menopausia (8), pero existe también mucha literatura que indica que las variables sociales y psicológicas son incluso más influyentes en que se produzca disfunción sexual que la propia privación hormonal. También hay muchas mujeres que aun estando en la menopausia no llegan nunca a tener disfunción sexual.

Se suele asumir que la disfunción sexual viene ligada a la edad y es inevitable. Sin embargo, hay que diferenciar qué parte del deterioro sexual se atribuye a la edad y cuál se atribuye a la privación hormonal por la menopausia. Este estudio se justifica en la necesidad de averiguar si existe una correlación significativa entre el tiempo de evolución de la menopausia (años de postmenopausia) y las puntuaciones en el FSFI, como se sugiere en investigaciones recientes sobre la prevalencia en España (13).

La evidencia sugiere que factores psicosociales pueden influir en la relación entre la menopausia y la disfunción sexual. La imagen corporal y el bajo ánimo son influyentes en la respuesta sexual (14). Por tanto, este estudio es pertinente para verificar si la menopausia se asocia de manera independiente a la disfunción sexual o si se requiere de otros factores.

Por último, la implicación clínica que conlleva, si se diera una asociación fuerte entre menopausia y disfunción sexual, sería la de dejar de normalizar los síntomas de la

menopausia (12) y empezar a abordarlos en la consulta de atención primaria de forma sistemática para integrar la salud sexual como parte principal de la vida de las mujeres con menopausia.

5. Objetivos de la investigación

Objetivo general: Determinar mediante el FSFI si existe disfunción sexual asociada a la menopausia en mujeres del Centro de Salud Murcia-San Andrés.

Objetivos específicos:

- Describir el perfil sociodemográfico y clínico de la población de estudio del Centro de Salud Murcia-San Andrés.
- Identificar la puntuación obtenida en cada uno de los seis dominios valorados por el FSFI (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) para detectar cuál es el área más afectada en las mujeres con menopausia.
- Establecer la asociación entre la menopausia y las puntuaciones obtenidas en el FSFI, determinando si existen diferencias entre la edad y otros factores que puedan influir.

6. Materiales y métodos

6.1. Diseño de estudio

Para realizar esta investigación, se ha realizado un estudio observacional de tipo descriptivo y de corte transversal.

Se define como un estudio de tipo observacional debido a que no hay intervención ni manipulación de las variables por parte del investigador. Estas variables son la exposición a la menopausia y las variables de la función sexual, que se valoran con el índice de función sexual femenina, las cuales se analizan tal cual se presentan en la población del estudio, sin alterar el curso natural de los acontecimientos.

También se puede decir que es de tipo descriptivo porque el objetivo principal es determinar la prevalencia de disfunción sexual y describir las características de las personas que componen la muestra, relacionándolas con las puntuaciones obtenidas en los dominios del cuestionario FSFI.

Por último, es un estudio transversal, ya que la recogida de datos y la medición de las variables se llevan a cabo en un momento determinado del tiempo. Esto permite analizar la

asociación que hay entre el tiempo de exposición a la menopausia y cómo está la función sexual en la situación actual. No se llevará ningún procedimiento de seguimiento a largo plazo.

6.2. Población diana y población a estudio

La población a estudio estará formada por mujeres en la etapa de la menopausia que pertenezcan al Centro de Salud Murcia-San Andrés.

Para seleccionar la muestra se aplicó un muestreo consecutivo no probabilístico, seleccionando a las mujeres que acudieron a consulta y cumplían con los criterios de selección hasta alcanzar el tamaño de la muestra requerido.

6.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres de 45 años o más, debido a que es la franja de edad que datan los estudios que suele aparecer la menopausia de forma fisiológica.
- Mujeres con diagnóstico clínico de menopausia: Ausencia de menstruación durante un año o más.
- Pertenecer al Centro de Salud Murcia-San Andrés.
- Aceptar voluntariamente participar en este estudio y tener firmado el consentimiento informado facilitado en consulta.

Los criterios de exclusión fueron:

- Uso de terapia hormonal sustitutiva, debido a que su efecto sobre los síntomas climatéricos y la atrofia vulvovaginal actuarían como factor de confusión.
- Diagnóstico de deterioro cognitivo o barrera idiomática importante que impida la comprensión y cumplimentación autónoma del cuestionario FSFI.
- Presencia de patología ginecológica no relacionada con la menopausia que impida las relaciones sexuales con normalidad.
- Diagnóstico de enfermedades psiquiátricas o uso de fármacos que interfieran directamente en la función sexual, como los antipsicóticos o antidepresivos.

- Mujeres que refieran que la causa principal de su inactividad sexual es la disfunción sexual de su pareja. Si se incluyeran a estas mujeres sería un sesgo en los apartados de satisfacción y excitación del FSFI.

6.4. Cálculo del tamaño de la muestra

Se estima que la población diana total (N) de mujeres en la zona básica de salud de Murcia-San Andrés es de 14.068, según los datos oficiales del Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM) (15). Según la pirámide poblacional española, donde aproximadamente el 45% de población femenina es mayor de 45 años, la población de estudio teórica ronda las 6.330 mujeres.

Al ser una población grande se va a utilizar la fórmula de cálculo de tamaño muestral para poblaciones infinitas. Se ha estimado un nivel de confianza del 95% ($Z = 1,96$), con un riesgo alfa de 0,05. La precisión del estudio/error asumible sería del 5%. Como en los estudios citados anteriormente aparece una prevalencia de disfunción sexual del 44%, se va a utilizar este valor para estimar la proporción esperada.

La fórmula sería $n = [(1,96 \times 1,96) \times 0,44 \times 0,56] / (0,05 \times 0,05) = 378,62 = 379$ personas.

Si se ajusta la fórmula para conseguir una muestra en la que se asume que puede haber un 15% (por ejemplo) de tasa de abandono, la muestra sería:

$n \text{ (ajustada)} = n / (1 - 0,15) = 445,88 = 446$ personas.

Esta cifra es una cantidad asumible para la población de este centro de salud y la cantidad de consultas de medicina y enfermería que hay. Con la ayuda de los demás profesionales se intentaría llegar hasta esta cifra en el tiempo estipulado.

6.5. Método de muestreo

Se utilizará una técnica de muestreo consecutivo no probabilístico, aprovechando la captación oportunista en la consulta de los profesionales que trabajen en el Centro de Salud Murcia-San Andrés. Se pedirá a otros profesionales que trabajen en el centro, con mujeres que cumplan los criterios de inclusión, que hagan captación para este estudio. El objetivo será llegar a 446 mujeres que compongan la muestra.

De la recogida de muestras, lo importante será evitar el sesgo de selección. Para ello, se hará captación en las diferentes consultas tanto en citas a demanda como programadas. El horario será en turnos de mañana, que es cuando hay matronas en el centro de salud y, de tarde, captados por otros profesionales. Así se puede incluir a mujeres laboralmente activas

evitando así discriminar a este sector de la población en su mayoría. La verificación de los criterios de inclusión no sólo será verbal, sino que deberá revisarse en su historial clínico de OMI-AP que los cumpla y no haya criterios de exclusión. Por último, se explicará y firmará el consentimiento informado delante del profesional que haga la captación para corroborar que la información ha sido entendida. Se dará garantía de mantener su anonimato en todo momento.

6.6. Método de recogida de datos

Para la evaluación de la función sexual, se utilizará el “Índice de función sexual femenino (FSFI)” (16). Se adjunta en *Anexo 1*, junto a la explicación del mismo.

6.7. Variables: Definición de las variables, categorías, unidades

Se van a dividir las variables de estudio en variables dependientes, independientes y covariables.

- La variable dependiente va a ser la “disfunción sexual femenina”. Esta corresponde al resultado principal. Se recogerá como la puntuación total obtenida en el FSFI. La puntuación va desde 2 puntos hasta 36.

Se diría que es una variable cualitativa dicotómica según el punto de corte del cuestionario. Al ser el punto de corte $\leq 26,55$ (17) clasificado como disfunción sexual, se diría que si es mayor a esa puntuación no hay disfunción sexual y si es menor o igual, hay disfunción sexual.

Por separado, se analizarán las variables cuantitativas continuas. Estas corresponden a los dominios del FSFI. Estos dominios son: Deseo (1,2 – 6), excitación (0 – 6), lubricación (0 – 6), orgasmo (0 – 6), satisfacción (0,8 – 6) y dolor (0 – 6).

- La variable independiente sería el “tiempo de evolución de la menopausia”. Esta corresponde al tiempo de exposición de la mujer al periodo de la menopausia, es decir, el tiempo que transcurre desde la última menstruación y tras mínimo 12 meses sin esta.

La unidad de medida sería en años (variable cuantitativa continua) y la categorización sería: Menopausia reciente (<5 años), menopausia establecida (5-10 años) y menopausia tardía (>10 años) (18).

- Covariables: Estas se refieren a las variables sociodemográficas y clínicas. Describen el perfil de la población a estudio y sirven para ajustar posibles factores de confusión. Las covariables son:

Edad: Medida en años. Variable cuantitativa continua.

Estado civil: Con pareja o sin pareja. Cualitativa nominal dicotómica.

Nivel de estudios: Sin estudios/primarios, secundarios o superiores. Cualitativa ordinal.

Situación laboral: Empleada, desempleada, ama de casa o pensionista. Cualitativa nominal.

Tipo de menopausia: Natural o quirúrgica. Cualitativa nominal dicotómica.

Antecedentes obstétricos: Nulípara, primípara o multípara. Cualitativa ordinal.

Patologías crónicas: Si o no (hipertensión arterial, diabetes mellitus, EPOC...). Cualitativa nominal dicotómica.

Índice de masa corporal* (19): Infrapeso ($<18,5 \text{ kg/m}^2$), normopeso ($18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$) u obesidad ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$). Cualitativa ordinal.

Hábito tabáquico*: Fumadora (>10 cigarrillos/día) o no fumadora (<10 cigarrillos/día). Cualitativa nominal dicotómica.

*La menopausia está relacionada con riesgo cardiovascular y sobrepeso, según algunos estudios, por ello se incluyen estas variables.

6.8. Estrategia de análisis estadístico: Test, procedimientos y programa estadístico a utilizar.

El procesamiento de los datos y el análisis se llevará a cabo mediante el programa "R" versión 4.3.2 o superior. Este es un programa de lenguaje de programación estadística gratuito y fiable.

El análisis descriptivo empezará por caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra. Las variables cualitativas se resumirán en una tabla de frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar si la distribución es normal o mediana y rango intercuartílico si la distribución es no normal).

La bondad de ajuste a la distribución normal se verificará mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, debido a que es una muestra grande, mayor de 50. También se pueden complementar de forma visual con un histograma.

El análisis bivalente se utiliza para hacer la estadística inferencial. En este se evalúa la relación entre variables. Se establecerá un nivel de significación estadística de $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95%.

Para las comparaciones entre grupos de las puntuaciones medias del FSFI, se utilizará la T de Student, si son dos grupos, o análisis de varianza (ANOVA), si son más de dos grupos, y en ambos se cumple que sean distribuciones normales. Para las no normales, se utilizará la prueba U de Mann-Whitney, para las que sean dos grupos, o Kruskal-Wallis, para más de dos grupos.

Para determinar la asociación entre variables cualitativas, es decir, la dependencia entre factores de riesgo y la presencia de disfunción sexual, se utilizará el test de Chi-cuadrado o la prueba de Fisher si las frecuencias esperadas fueran bajas.

En cuanto a las correlaciones, se calculará el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman. Se utilizará Pearson cuando sea una distribución normal y variable cuantitativa. Se utilizará Spearman cuando sean no normales o tengan variables ordinales.

7. Aplicabilidad y utilidad de los resultados

El objetivo que se busca al realizar este estudio es generar evidencia que sea aplicable a la práctica clínica en la consulta de atención primaria. Los dos escenarios que se plantean que pueden ocurrir son:

- Los resultados muestran asociación directa entre la menopausia y la disfunción sexual:

Si la disminución en los parámetros del FSFI correlaciona significativamente con el tiempo de evolución de la menopausia, independiente del resto de variables que se analizan, la actitud en la clínica se dirigirá a un abordaje de la fisiología de la mujer en la menopausia. Se pueden realizar actuaciones precoces que eviten el deterioro en la función sexual.

Una de las prácticas que se podría estudiar realizar de forma sistemática sería la búsqueda del síndrome genitourinario de la menopausia en todas las mujeres que entren en esta etapa, sin esperar a que manifiesten los síntomas.

Otra práctica que se podría considerar eficaz sería la derivación a las consultas de matrona para iniciar tratamiento sintomático y educación sexual con la finalidad de evitar los síntomas derivados de la privación de estrógenos. También la derivación precoz a su médico de

familia para que tome la valoración de si necesita consulta con ginecología o se puede pautar tratamiento que alivie los síntomas.

- Los resultados muestran que la disfunción sexual se asocia principalmente a las covariables:

Si aparece que el estado menopáusico por sí solo no es el factor que determina la disfunción sexual, sino que se asocia sobre todo a la edad, IMC, pareja... el enfoque de actuación ahora iría enfocado al abordaje psicosocial y de educación para la salud.

Se podría evitar la medicalización innecesaria, ya que el problema estaría en la autoimagen o en problemas con sus relaciones.

Para la educación para la salud se podrían proponer talleres liderados por matronas o enfermeras de atención primaria que se enfoquen en la modificación de estilos de vida como la pérdida de peso, el cese del tabaquismo o la educación sexual.

- Si los resultados muestran que se debe a un conjunto de variables y covariables:

Si se concluye que se debe a factores como la edad o el IMC y, además, a factores fisiológicos por el tiempo de menopausia, la aplicación se centrará en un abordaje integral y multidisciplinar. Este sería el escenario más probable.

Se podrían implementar protocolos de actuación en conjunto en el centro de salud donde la mujer sea valorada tanto por su médico de familia para el control de patologías crónicas, por enfermería para la educación sobre hábitos saludables y por su matrona para el tratamiento local del síndrome genitourinario de la menopausia y educación sexual.

Por tanto, se podría concluir que, en este estudio, sea cual sea el escenario resultante, se puede obtener la suficiente justificación para abordar y estudiar protocolos de actuación en atención primaria que disminuyan el malestar de mujeres con disfunción sexual (o posible disfunción sexual) en la menopausia.

8. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para la realización de este proyecto, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica.

Las principales bases de datos de ciencias de la salud consultadas fueron: "Pubmed", por su rigor y especialización en literatura biomédica; "Scielo" para la literatura relevante en español y portugués; y "Google académico" para identificar literatura gris y documentos no indexados

en bases de datos tradicionales. También se revisó la información de organismos e instituciones oficiales, como la “Organización Mundial de la Salud (OMS)”, la “American Psychiatric Association” y el “Servicio Murciano de Salud (SMS)”.

Para construir las cadenas de búsqueda se utilizaron descriptores en ciencias de la salud en español (DeCS) y su equivalente en inglés (MeSH).

Los términos principales utilizados fueron: “Menopause”, “Climacteric”, “Sexual dysfunction”, “Sexual Health”, “Dyspareunia”, “FSFI” y “Body image”. Estos se combinaron con los operadores booleanos “AND” y “OR” para crear las cadenas de búsqueda.

Los criterios de inclusión fueron: Artículos publicados en los últimos 5 años, permitiendo la inclusión de literatura más antigua en el contexto histórico de la menopausia; documentos en inglés y español; estudios de alta calidad, siendo estos: Revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y estudios observacionales transversales.

El criterio de exclusión fue: Se descartaron artículos centrados sólo en poblaciones con disfunción sexual secundaria a patologías graves o cirugías ginecológicas previas, para evitar sesgos con la disfunción propia de la menopausia.

Para la selección de los artículos, se hizo primero un cribado mediante la revisión del título de los artículos para descartar los que no cumplan con el objetivo del estudio. Tras esto, se hizo una lectura del resumen de los artículos preseleccionados para comprobar si cumplían con los criterios de inclusión. Por último, se hizo una lectura exhaustiva de los artículos seleccionados para incluirlos en la bibliografía del estudio. Se utilizó el gestor bibliográfico “Zotero” para este proceso.

El total fue de 19 artículos seleccionados en bases de datos y organismos/instituciones para este estudio. Con los artículos referentes a la legislación nacional vigente, se conformarán un total de 22 referencias bibliográficas.

9. Limitaciones y posibles sesgos

- Limitaciones en el diseño del estudio: No se puede determinar causa-efecto.

Al ser un estudio observacional transversal, la principal limitación es la ambigüedad temporal. Al medir la exposición, en años de evolución de la menopausia, y el resultado, puntuaciones del FSFI, ambos de forma simultánea en un momento del tiempo, no se puede establecer con certeza la secuencia que confirme una relación causal directa. Como no se puede

establecer la causa-efecto con seguridad absoluta, para reducir esta limitación, los objetivos de la investigación se han formulado como términos de asociación y prevalencia, no como causa o efecto.

- Limitaciones de validez externa: No es extrapolable a toda la población menopáusica.

Para asegurar la validez interna del estudio, se han aplicado criterios de exclusión estrictos que rechazan a mujeres con terapia hormonal sustitutiva o que tomen fármacos que afecten a su función sexual. La toma de terapia hormonal o fármacos que interfieran en la respuesta sexual son factores de confusión que disminuyen la validez externa. Excluir a estas mujeres asegura que no haya sesgos de confusión farmacológicos, pero hace que no pueda extrapolarse a toda la población menopáusica. Sin embargo, es necesaria esta exclusión para aislar la variable principal y evitar que el uso de fármacos actúe como variable de confusión entre menopausia y disfunción sexual.

- Sesgo de selección y autoselección: Al realizarse un muestreo consecutivo no probabilístico, se corre el riesgo de obtener una muestra menos representativa que en el muestreo aleatorio. En cuanto al sesgo de autoselección, al tratar temas de sexualidad, las mujeres que tengan una actitud más abierta en cuanto a su sexualidad sean las más dispuestas a participar, mientras que las mujeres con condicionantes culturales o problemas graves de disfunción sean más reacias a participar.

Para disminuir este sesgo se buscó ampliar la representatividad de la muestra mediante la captación en diferentes consultas de medicina de familia y enfermería, además de las consultas de matrona. También se ampliaron los horarios, con captación en horario de mañanas y tardes. En cuanto a la captación de mujeres más reticentes con participar en el estudio, se intentará aumentar su participación asegurándole que los datos que aporten serán completamente anónimos y no se incluirán en su historia clínica.

- Sesgo de información: Este sesgo podría producirse si las mujeres cumplimentaran el FSFI delante del investigador. Muchas personas, al hablar de sexualidad, no llegan a transmitir todo lo que les produce la disfunción sexual por sentirse mal o por querer ser aceptadas socialmente. Es lo que se denomina sesgo de deseabilidad social. Para evitar que esto se produzca, el cuestionario se pasa de manera autoadministrada. Dentro del centro de salud se habilita un espacio privado, donde puedan rellenar el test de forma libre y sin interrupciones. Tras esto, se introducirá en un sobre que se cerrará y se depositará en una caja.

Para evitar el sesgo de memoria, el propio FSFI limita las preguntas a lo acontecido hace 4 semanas, lo que es poco tiempo como para que se produzca este sesgo.

10. Aspectos éticos de la investigación

Este estudio se llevará a cabo siguiendo los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki. Se garantiza en todo momento el respeto de los preceptos éticos fundamentales en base a la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica (20), así como en el tratamiento, comunicación y cesión de datos de carácter personal en base a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (21).

Se respetará la voluntariedad de participación en base a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (22) y se explicarán los objetivos y características de este estudio. Se entregará un consentimiento informado (ver *Anexo 2*) que deberá ser firmado por la participante. Esta tendrá derecho a revocar el consentimiento y abandonar el estudio en cualquier momento sin que tenga repercusiones.

Asimismo, se solicitará la aprobación por escrito al Gerente / Comité de Ética de la Institución (Área I de salud, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca), así como la autorización de la Dirección y Coordinación médica y enfermera del centro de salud Murcia-San Andrés.

Se solicitará la autorización para la evaluación y obtención del código de investigación responsable (COIR) por parte de la oficina de investigación responsable de la Universidad Miguel Hernández, adjuntado en la primera parte de este estudio.

Se respetará la protección y confidencialidad de los datos y se obtendrá la firma del consentimiento informado por parte de los participantes del estudio, llevándose a cabo las medidas oportunas para preservar la intimidad de los mismos.

Este estudio tiene carácter observacional y no invasivo, mediante cuestionario autoadministrado, por lo que no conlleva riesgo físico para la salud de las participantes. El principal riesgo puede ser la incomodidad al responder las preguntas del cuestionario, lo cual se minimiza al dejarlas solas en un espacio seguro y privado.

Los beneficios que se obtienen de este estudio son el promover mejoras en los protocolos de atención a la salud sexual en la menopausia y la atención en la práctica clínica.

11. Calendario y cronograma previsto para el estudio

La planificación de este proyecto está pensada para realizarse en 14 meses (Octubre 2025 a Noviembre 2026) y se estructurará en tres fases, tal y como se detalla en la *tabla 1*.

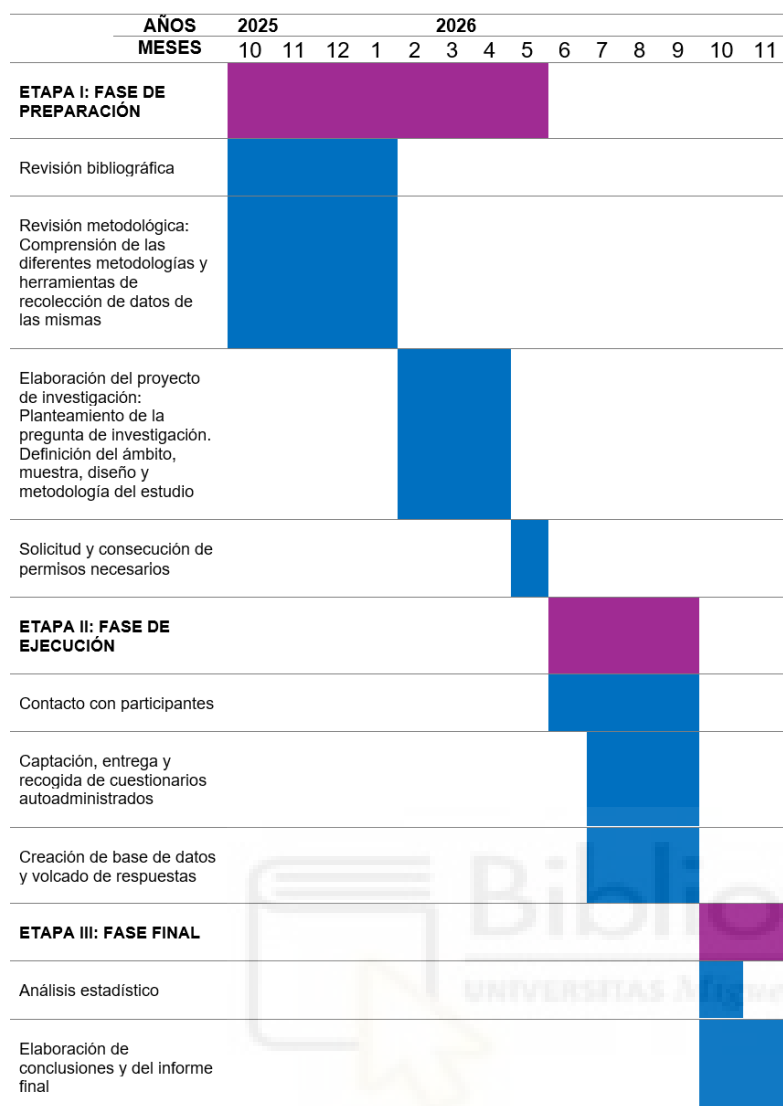
- Fase I (Octubre 2025 – Mayo 2026): Fase de preparación. Aquí se llevó a cabo una revisión de la literatura científica de forma exhaustiva, revisión metodológica y elaboración definitiva del proyecto de investigación.

También se solicitaron los permisos necesarios, como son el del comité de ética del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, el de dirección del Centro de Salud Murcia-San Andrés y el COIR de la Universidad Miguel Hernández.

- Fase II (Junio 2026 – Septiembre 2026): Fase de ejecución. Se contactará con las participantes del estudio y se hará la captación oportunista en las diferentes consultas. Se entregará el consentimiento informado y el FSFI (autoadministrado). Una vez cumplimentado por las participantes, se recogerá en un sobre opaco para mantener la privacidad. Por último, se creará una base de datos y se volcarán las respuestas.

- Fase III (Octubre 2026 – Noviembre 2026): Fase final. Se llevará a cabo el análisis estadístico de los datos con el programa R de lenguaje estadístico. Se interpretarán los resultados, elaborarán las conclusiones y se redactará el informe final.

Tabla 1: Cronograma y fases de investigación



Fuente: Elaboración propia.

12. Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad

El investigador principal de este proyecto será D. Juan Antonio Salazar García, matróon del Centro de Salud Murcia-San Andrés. Será el responsable del diseño del estudio, redacción del protocolo, solicitará las autorizaciones a los comités correspondientes y coordinará el trabajo de campo. Tras esto, hará el análisis de los datos y la estadística del estudio.

El proyecto será desarrollado bajo la supervisión y asesoramiento del Dr. Juan de Dios González Caballero, como tutor, y Dña. Adriana López Pineda, como cotutora. Ellos garantizarán que el trabajo se lleve a cabo con rigor científico en todas las fases de investigación.

El personal colaborador serán los diferentes profesionales que conforman el Centro de Salud Murcia-San Andrés. La participación será voluntaria y no remunerada. Su responsabilidad se limitará a la captación oportunista en sus consultas de quienes cumplan los criterios de inclusión y les entregarán el material necesario para el estudio.

13. Instalaciones e instrumentación

Las instalaciones estarán en el Centro de Salud Murcia-San Andrés, que pertenece al Área I de salud de Murcia. Las instalaciones para la captación serán las diferentes consultas de medicina, enfermería y matrona. El espacio para la realización del cuestionario será una habitación privada en la que podrán rellenar el cuestionario de forma segura.

En cuanto a instrumentación, los profesionales utilizarán el programa informático OMI-AP para la comprobación de que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. El procesamiento de datos y análisis estadístico se llevará a cabo mediante el programa de lenguaje estadístico R versión 4.3.2 o superior.

El material fungible utilizado serán copias impresas del cuestionario FSFI, hojas de información al participante y documentos de consentimiento informado. También los sobres opacos en los que se depositarán los cuestionarios. Se incluirán bolígrafos en la habitación para rellenar el cuestionario que podrán utilizar los participantes.

14. Presupuesto

El presupuesto se desglosa de la siguiente manera:

El coste profesional será de 0€. Estos participarán voluntariamente. La licencia de software estadístico “R” es gratuita. También será de 0€. El material fungible será de 75€ aproximadamente los gastos de impresión de papel y la compra de unos 50-60 bolígrafos. En cuanto a la previsión para difundir el estudio en congresos o jornadas, se calculan unos 150€ por la inscripción. Se añade una partida de 1.000€ para cubrir tasas de publicación en revistas científicas de impacto con modelo de acceso libre.

El total estimado sería de unos 1.225€. Este presupuesto será asumido totalmente por el investigador principal mediante fondos propios, sin descartar la solicitud futura de becas o ayudas a la investigación para la fase de publicación.

No existe conflicto de intereses por parte del autor.

Bibliografía

1. Cañón M, Buitrago-Gómez Q. La pregunta de investigación en la práctica clínica: guía para formularla. Rev Colomb Psiquiat. 2018;47(3):193-200. doi: 10.1016/j.rcp.2016.06.004.
2. Capote MI, Segredo AM, Gamez Zayas O. Climaterio y menopausia. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. Diciembre de 2011;27:543-57. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&nrm=iso
3. Organización Mundial de la Salud. Menopausia [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 14 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
4. Kantoviski ALL, Vargens OM da C. O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2010 Sep 30 12(3).
5. Wassertheil-Smoller S. Postmenopausal hormones: an overview. En: Kleinman DL, Kinchy AJ, Handelsman J, editores. Controversies in Science and Technology: From Maize to Menopause. Madison: University of Wisconsin Press; 2005. p. 181-197.
6. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Grupo de redacción para los investigadores de la Iniciativa de Salud de la Mujer. Riesgos y beneficios del estrógeno más progestina en mujeres posmenopáusicas sanas: resultados principales del ensayo controlado aleatorizado de la Women's Health Initiative. JAMA. 17 de julio de 2002; 288(3):321-33. doi: 10.1001/jama.288.3.321. PMID: 12117397.
7. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates: Prevalence and correlates. Obstet Gynecol [Internet]. 2008;112(5):970–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181898cdb>
8. Portman DJ, Gass ML. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. Menopause. 2014;21(10):1063–8.
9. Gaddam NG, Kingsberg SA, Iglesia CB. Sexual Dysfunction and Dyspareunia in the Setting of the Genitourinary Syndrome of Menopause. Clin Obstet Gynecol. 2024;67(1):43–57.

10. Martínez-Madrid MM, Arnau-Sánchez J, González-Cuello AM, Pérez-López FR. Assessing sexual function in middle-aged sexually active Spanish women: a community-based study. *Menopause*. 2021;28(6):1-8.
11. Simon JA, Nappi RE, Chedraui P, Clark AL, Gompel A, Nasreen SZA, et al. Genitourinary syndrome of menopause (GSM): recommendations from the Fifth International Consultation on Sexual Medicine (ICSM 2024). *Sex Med Rev*. 2024 [En prensa/Online First].
12. Briggs P. Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM): Consensus Statement [Internet]. Marlow: British Menopause Society; 2025 [citado 15 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://thebms.org.uk/publications/consensus-statements/genitourinary-syndrome-of-menopause-gsm/>
13. Martínez-Madrid MM, Arnau-Sánchez J, González-Cuello AM, Pérez-López FR. Assessing sexual function in middle-aged sexually active Spanish women: a community-based study focusing on the intimate partner. *Menopause*. 2021;28(6):686–92.
14. Ling J, Wang YH. Association between depressive mood and body image and menopausal symptoms and sexual function in perimenopausal women. *World J Clin Cases*. 2023 Nov 16;11(32):7761-7769. doi: 10.12998/wjcc.v11.i32.7761. PMID: 38073680; PMCID: PMC10698428.
15. Centro Regional de Estadística de Murcia. Censo de Población Anual. Población según zonas de salud y edad, por sexo [Internet]. Murcia: Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; 2024 [citado 1 de abril de 2026]. Disponible en: https://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU_censo/c24/sec26_sec26.html
16. Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B, Arranz-Martín B, Sánchez-Méndez Ó, de la Rosa-Díaz I, Torres-Lacomba M. The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):994.
17. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(1):1–20.
18. Manson JE, Kaunitz AM. Rethinking Menopausal Hormone Therapy: For Whom, What, When, and How Long? *Circulation*. 2023;147(11):859-62.
19. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 26 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

20. De Investigación Biomédica. Ley 14/2007, de 3 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 159, (4 de julio de 2007).
21. De Protección de Datos Personales y Garantías de los Derechos Digitales. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (6 de diciembre de 2018).
22. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 de noviembre de 2002).
23. Pérez-Vega D, Subía-Arellano A, Buele J. Psychological and sociodemographic factors associated with hypoactive sexual desire in Ecuadorian women. Front Sociol. 2024 Nov 25;9:1489845. doi: 10.3389/fsoc.2024.1489845. PMID: 39655321; PMCID: PMC11627460.



ANEXOS

Anexo 1: Índice de función sexual femenino (FSFI)

Las preguntas 1 y 2 corresponden al deseo sexual. Las preguntas de la 3 a la 6 corresponden a la excitación. De la 7 a la 10, lubricación. De la 11 a la 13, orgasmo. De la 14 a la 16, satisfacción sexual. Las preguntas de la 17 a la 19, corresponden al dolor.

Las mediciones de respuesta se valorarán en base al propio índice de función sexual femenino. Este es un instrumento estandarizado y posee propiedad intelectual registrada, por lo que son adecuadas las escalas de medición que usa. Este instrumento posee su propia baremación estandarizada, distinta a una escala Likert convencional, aportando valores específicos a cada dominio.

Para las preguntas 1, 3, 6, 7, 9, 11, 17 y 18, se utiliza una escala de frecuencia que va desde 0 (sin actividad sexual) hasta 5 (casi siempre o siempre). En la pregunta 1 partiría desde 1 (casi nunca o nunca).

Para las preguntas 2, 4 y 19, se utiliza una escala de intensidad o nivel que va desde 0 (sin actividad sexual) hasta 5 (muy alto). En la pregunta 2 partiría desde 1 (muy bajo o nada).

Para la pregunta 5, se utiliza una escala de confianza que va desde 0 (sin actividad sexual) hasta 5 (confianza muy alta).

Para las preguntas 8, 10 y 12, se utiliza una escala de dificultad que va desde 0 (sin actividad sexual) hasta 5 (ninguna dificultad).

Para las preguntas 13, 14, 15 y 16 se utiliza una escala de satisfacción que va desde 0 (sin actividad sexual) hasta 5 (muy satisfecha). En la pregunta 15 y 16 partirían desde 1 (muy insatisfecha).

Se ha seleccionado este cuestionario porque es uno de los más reconocidos para la valoración de la función sexual en la población general. No sólo valora los efectos fisiológicos de la atrofia en la menopausia, como la sequedad vaginal o dispareunia, sino que también contempla la esfera emocional y el deseo, el cual fue introducido por Helen Kaplan. La importancia de añadir no sólo el ámbito fisiológico, introducido por Masters y Johnson, sino también el emocional en este cuestionario es clave debido a los cambios hormonales y emocionales que sufre la mujer durante la etapa de la menopausia, lo que complementa la valoración global de forma idónea (23).

Índice de función sexual femenina (FSFI) (16):

Instrucciones: Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones:

- Actividad sexual: Se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- Relación sexual: Se define como penetración del pene en la vagina.
- Estimulación sexual: Incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta:

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre = 5
- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) = 4
- A veces (alrededor de la mitad del tiempo) = 3
- Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo) = 2
- Casi nunca o nunca = 1

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- Muy alto = 5
- Alto = 4
- Moderado = 3
- Bajo = 2
- Muy bajo o nada = 1

La excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Casi siempre o siempre = 5
- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) = 4
- A veces (alrededor de la mitad del tiempo) = 3
- Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo) = 2
- Casi nunca o nunca = 1
- Sin actividad sexual = 0

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Muy alto = 5
- Alto = 4
- Moderado = 3
- Bajo = 2
- Muy bajo o nada = 1
- Sin actividad sexual = 0

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tuvo para conseguir excitarse durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Confianza muy alta = 5
- Confianza alta = 4
- Confianza moderada = 3
- Confianza baja = 2
- Confianza muy baja o ninguna = 1
- Sin actividad sexual = 0

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Casi siempre o siempre = 5
- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) = 4
- A veces (alrededor de la mitad del tiempo) = 3
- Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo) = 2
- Casi nunca o nunca = 1
- Sin actividad sexual = 0

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia consiguió la lubricación vaginal (humedad vaginal) durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Casi siempre o siempre = 5
- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) = 4
- A veces (alrededor de la mitad del tiempo) = 3
- Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo) = 2
- Casi nunca o nunca = 1
- Sin actividad sexual = 0

8. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta dificultad tuvo para conseguir la lubricación vaginal (humedad vaginal) durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Ninguna dificultad = 5
- Poca dificultad = 4
- Dificultad moderada = 3
- Mucha dificultad = 2
- Dificultad extrema = 1
- Sin actividad sexual = 0

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantuvo la lubricación vaginal (humedad vaginal) hasta finalizar la actividad sexual o coito vaginal?

- Casi siempre o siempre = 5
- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) = 4
- A veces (alrededor de la mitad del tiempo) = 3
- Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo) = 2
- Casi nunca o nunca = 1
- Sin actividad sexual = 0

10. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta dificultad tuvo para mantener la lubricación vaginal (humedad vaginal) hasta finalizar la actividad sexual o coito vaginal?

- Ninguna dificultad = 5
- Poca dificultad = 4
- Dificultad moderada = 3
- Mucha dificultad = 2
- Dificultad extrema = 1
- Sin actividad sexual = 0

11. En las últimas 4 semanas, cuando tuvo una estimulación sexual o coito vaginal, ¿Con qué frecuencia tuvo la sensación de orgasmo (clímax)?

- Casi siempre o siempre = 5
- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) = 4
- A veces (alrededor de la mitad del tiempo) = 3
- Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo) = 2
- Casi nunca o nunca = 1
- Sin actividad sexual = 0

12. En las últimas 4 semanas, cuando tuvo una estimulación sexual o coito vaginal, ¿Cuánta dificultad tuvo para llegar al orgasmo (clímax)?

- Ninguna dificultad = 5

- Poca dificultad = 4
- Dificultad moderada = 3
- Mucha dificultad = 2
- Dificultad extrema = 1
- Sin actividad sexual = 0

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta satisfacción sintió con su capacidad de llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Muy satisfecha = 5
- Moderadamente satisfecha = 4
- Tan satisfecha como insatisfecha = 3
- Moderadamente insatisfecha = 2
- Muy insatisfecha = 1
- Sin actividad sexual = 0

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta satisfacción sintió con el acercamiento emocional con su pareja durante la actividad sexual?

- Muy satisfecha = 5
- Moderadamente satisfecha = 4
- Tan satisfecha como insatisfecha = 3
- Moderadamente insatisfecha = 2
- Muy insatisfecha = 1
- Sin actividad sexual = 0

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta satisfacción sintió con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha = 5
- Moderadamente satisfecha = 4
- Tan satisfecha como insatisfecha = 3
- Moderadamente insatisfecha = 2
- Muy insatisfecha = 1

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta satisfacción sintió con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha = 5
- Moderadamente satisfecha = 4
- Tan satisfecha como insatisfecha = 3
- Moderadamente insatisfecha = 2
- Muy insatisfecha = 1

17. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia sintió molestias o dolor durante la penetración vaginal?

- Casi siempre o siempre = 5
- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) = 4
- A veces (alrededor de la mitad del tiempo) = 3
- Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo) = 2
- Casi nunca o nunca = 1
- Sin actividad sexual = 0

18. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia sintió molestias o dolor después de la penetración vaginal?

- Casi siempre o siempre = 5
- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) = 4
- A veces (alrededor de la mitad del tiempo) = 3
- Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo) = 2
- Casi nunca o nunca = 1
- Sin actividad sexual = 0

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de molestia o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Muy alto = 5
- Alto = 4
- Moderado = 3
- Bajo = 2
- Muy bajo o nada = 1
- Sin actividad sexual = 0

Los resultados se interpretarán de la siguiente manera:

Tabla 2: Valoración FSFI

Dominio	Ítems	Rango puntuación bruta (suma)	Factor de corrección	Rango de puntuación final
Deseo	1, 2	2-10	x 0,6	1,2 – 6
Excitación	3, 4, 5, 6	0-20	x 0,3	0 – 6
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-20	x 0,3	0 – 6
Orgasmo	11, 12, 13	0-15	x 0,4	0 – 6
Satisfacción	14, 15, 16	2-15	x 0,4	0,8 – 6
Dolor	17, 18, 19	0-15	x 0,4	0 – 6
Puntuación total	Todos	-	(Suma de los 6 dominios)	2,0 – 36,0

Fuente: Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B, Arranz-Martín B, Sánchez-Méndez Ó, de la Rosa-Díaz I, Torres-Lacomba M. The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):994.

Las preguntas obligatorias son la 1, 2, 15 y 16. Estas se valoran del 1-5. Si la persona que rellena el cuestionario no tiene pareja o actividad sexual, se valoran con puntuación = 1, no a 0.

El punto de corte es estandarizado, siendo el valor correspondiente a 26,55 (17):

- Si puntuación menor o igual a 26,55 = Disfunción sexual.
- Si puntuación mayor a 26,55 = Función sexual normal.

Anexo 2: Consentimiento informado

Este documento está elaborado en base a la adaptación del modelo de consentimiento informado recomendado por el comité de ética del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca:

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Prevalencia de disfunción sexual y factores asociados en mujeres menopáusicas en Atención Primaria. Un estudio descriptivo transversal.

Investigador principal: Juan Antonio Salazar García, enfermero especialista en obstetricia y ginecología.

Centro de realización: Centro de Salud Murcia-San Andrés.

1. Naturaleza y propósito del estudio:

Le invitamos a participar en un estudio de investigación con el objetivo de conocer cómo influye la etapa de la menopausia en la salud y la función sexual de las mujeres en nuestra zona básica de salud. Su participación nos ayudará a mejorar la atención, el diagnóstico y los tratamientos que ofrecemos en Atención Primaria a las mujeres que se encuentran en esta etapa vital.

2. ¿En qué consiste su participación?

Si decide participar, le pediremos que cumplimente un cuestionario llamado “Índice de función sexual femenina (FSFI)”, compuesto por 19 preguntas, sobre su vida sexual en las últimas 4 semanas. Se tardan aproximadamente 10 minutos en completarlo. Podrá hacerlo en un espacio privado habilitado dentro del centro de salud y, una vez terminado, se depositará en un sobre cerrado para garantizar la privacidad y anonimato. Así como recordarle que nada de esto se introducirá en su historia clínica.

3. Riesgos y beneficios

Al ser un estudio observacional, en el que no se realizará ninguna intervención, no existe riesgo físico para su salud. El principal beneficio científico será la mejora de los protocolos de atención a la salud sexual de la mujer.

4. Confidencialidad y protección de datos

Su participación es estrictamente confidencial. El cuestionario es completamente anónimo. No se le pedirá ningún dato identificativo como nombre o DNI. Sus respuestas no quedarán registradas en su historia clínica. Los datos se utilizarán únicamente para fines estadísticos en este estudio, cumpliendo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

5. Participación voluntaria

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted es libre de no participar, revocar el consentimiento o abandonar el estudio en el momento que lo desee sin dar explicaciones. Su decisión no afectará en absoluto a la calidad de la atención que reciba por parte de los profesionales sanitarios de este centro.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

(Nombre y apellidos de la participante)

- He leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y estas han sido resueltas de forma que lo he entendido.
- Comprendo que me puedo retirar del estudio en cualquier momento sin que esto repercuta en mi atención sanitaria.

Con ello, presto mi consentimiento para participar en este estudio de investigación.

En _____, a _____ de _____ de 202__

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

