



Encuesta sobre los signos y síntomas genitourinarios de la menopausia: descripción del manejo de los síntomas en España e impacto en la calidad de vida

Informe final

Ref. interna 11.4581
15 de marzo de 2026

Estudio elaborado por encargo de:



GEDEON RICHTER

Con la colaboración de:



Equipo técnico D'EP Institut responsable del estudio:

Sílvia Amblàs i Pons (directora técnica)

Judit Abad Gil (responsable de proyectos)

Índice

1. Introducción.....	4
1.1. Presentación y justificación.....	4
1.2. Objetivos del estudio.....	5
2.1. Participantes.....	6
2.2. Instrumentos.....	6
2.3. Procedimiento.....	7
2.4. Análisis.....	8
2.5. Organización de los resultados y lectura tablas y figuras	8
3. Resultados.....	9
3.1. Características de las participantes.....	9
3.2. Situación afectiva, actividad sexual y satisfacción.....	11
3.3. Conocimientos sobre el SGM.....	13
3.4. Sintomatología asociada al SGM.....	17
3.5. Impacto de los síntomas SGM en la calidad de vida.....	25
3.6. Consulta y rol de los profesionales	29
3.7. Conocimiento, uso y actitudes hacia los tratamientos de los síntomas del SGM	36
4. Conclusiones	50
4.1. Principales hallazgos	50
4.2. Recomendaciones	52
4.3. Limitaciones del estudio	53
5. Bibliografía consultada.....	54
6. Anexo	56
6.1. Cuestionario	56
6.2. Ficha técnica de la encuesta	66
6.3. Distribución por CCAA	67

1. Introducción

1.1. Presentación y justificación

El Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM) es una condición asociada al descenso de los niveles de estrógenos tras la menopausia, caracterizada por cambios en los tejidos vulvovaginales y del tracto urinario inferior, como adelgazamiento epitelial, sequedad y pérdida de elasticidad de la mucosa vaginal.

Se trata de una afección frecuente, aunque todavía poco reconocida y, en muchos casos, infradiagnosticada e infratratada, pese a su impacto significativo sobre la calidad de vida, el bienestar emocional y la salud sexual de las mujeres. Además, el SGM es una condición crónica y progresiva que, en ausencia de tratamiento, puede agravarse con el tiempo.

La sequedad vaginal es uno de los síntomas más conocidos y prevalentes, aunque no es el único. El escozor, la irritación, la dispareunia y determinados síntomas urinarios también forman parte del cuadro clínico. Sin embargo, factores como la normalización de estos síntomas como parte del envejecimiento, el desconocimiento del SGM y la persistencia de tabúes en torno a la salud íntima femenina contribuyen a que muchas mujeres no consulten o retrasen la búsqueda de atención sanitaria.

Actualmente, existen diversas alternativas terapéuticas para el manejo del SGM, tanto no hormonales como hormonales, según la sintomatología y la valoración clínica individualizada.

En este contexto, Gedeon Richter –compañía especializada en la salud de la mujer en todas las etapas de la vida– ha impulsado la realización de un estudio, llevado a cabo por D'EP Institut, sobre el conocimiento y la percepción del impacto físico y emocional del SGM en mujeres en España. El estudio se basa en una encuesta diseñada para recoger la experiencia, el nivel de información y la perspectiva de las propias mujeres en relación con esta condición, con el fin de dar visibilidad a esta patología y contribuir a un mejor manejo clínico.

A continuación, se presentan los objetivos, el diseño metodológico y el análisis de resultados de la "Encuesta sobre los signos y síntomas genitourinarios de la menopausia: descripción del manejo de los síntomas en España e impacto en la calidad de vida".

1.2. Objetivos del estudio

El objetivo del presente estudio fue analizar el conocimiento y la percepción del impacto físico y emocional del SGM en mujeres españolas de 45 a 69 años.

Como objetivos secundarios se plantearon:

- Analizar el conocimiento de las mujeres sobre el SGM.
- Identificar los síntomas del SGM presentes y su impacto en la calidad de vida.
- Conocer a qué profesionales consultan sobre los síntomas del SGM y el rol de éstos.
- Identificar qué tratamientos conocen y utilizan para los síntomas del SGM y comprender sus preferencias o necesidades para maximizar la adherencia terapéutica.

2. Métodos

2.1. Participantes

Este estudio incluyó un total de 1.210 mujeres en posmenopausia, con y sin síntomas del SGM, residentes en España con una media de edad de 56,8 años.

El universo de mujeres de entre 45 y 69 años en España, según datos de 2022¹, estaba configurado por 8.548.487 mujeres. El universo de estudio, aquellas en menopausia, se desconoce con exactitud. Se estima que puede estar en torno a 7.024.179². A partir de esta estimación el margen de error para la muestra total es de $\pm 2,82\%$, para un nivel de confianza del 95%, bajo el supuesto de máxima indeterminación ($p = q = 0,5$) (ver [ficha técnica](#) en el Anexo).

Los criterios de inclusión fueron: mujeres en menopausia (1 año o más sin menstruación) natural o inducida quirúrgicamente, residentes en España y con edad comprendida entre 45 y 69 años.

2.2. Instrumentos

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado en línea (método CAWI- *Computer Assisted Web Interviewing*) diseñado ad-hoc para cubrir los objetivos del presente estudio.

La elaboración del cuestionario se fundamentó en instrumentos utilizados en estudios previos (REVIVE, CLOSER, EVES, entre otros; ver [bibliografía](#)) y fue revisado por un comité de expertos y los responsables de Gedeon Richter en tres ocasiones.

El cuestionario (ver [Anexo 8.1](#)) se estructura en 6 bloques de preguntas:

- Datos iniciales.
- Situación afectiva y satisfacción sexual.
- Conocimientos sobre el SGM.
- Síntomas y calidad de vida.
- Consulta y rol de los profesionales.
- Tratamientos del SGM.

¹ <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/I0/&file=02003.px&L=0>

² Estimación realizada en base a información sobre grupos de edad y prevalencia de la menopausia: <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/ginecologia/exploraciones-ginecologia/perfil-mujer-menopausica>

2.3. Procedimiento

La encuesta se realizó mediante panel ([Cint](#)). Se fijó un objetivo mínimo de 1.200 respuestas y se obtuvieron 1.210 respuestas válidas. La muestra se diseñó mediante un sistema de cuotas por comunidad autónoma para garantizar la representatividad territorial. Para asegurar una representación equilibrada por edad se fijó una cuota mínima de 150 respuestas para cada uno de los 5 segmentos etarios definidos (45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69).

Las participantes recibieron información sobre el estudio y dieron su consentimiento. Posteriormente recibieron puntos canjeables por productos, tarjetas regalo o actividades. El trabajo de campo se realizó entre el 12 de enero y el 13 de febrero de 2026.

Durante la respuesta al cuestionario, se seleccionaron las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión en tres pasos (Figura 1). Finalmente se seleccionaron 1.210 mujeres. El proceso fue el siguiente:

- De las 3.138 mujeres que iniciaron la encuesta, 331 fueron descartadas por considerarse casos no válidos, ya fuera por falta de coherencia en las respuestas, validez cuestionable o no cumplimiento del criterio de edad (45-69 años).
- De las 2.807 participantes restantes, 1.477 fueron excluidas por no cumplir el criterio de 1 año o más sin menstruación.
- Por último, de las 1.330 mujeres restantes, 120 fueron descartadas por no cumplir el criterio de menopausia de causa natural o quirúrgica.

Figura 1. Proceso de selección de la muestra de estudio



2.4. Análisis

Se realizaron análisis descriptivos de las variables incluidas en el estudio para el total de la muestra. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las variables continuas se resumieron mediante medias y desviaciones estándar.

Los resultados se presentan para datos globales y estratificados para 2 grupos de edad (45-54 y 55-69) y otras variables de interés relacionadas con los objetivos del estudio (por ejemplo, gravedad de la sintomatología asociada al SGM).

Para la comparación entre grupos se emplearon pruebas estadísticas apropiadas en función de la naturaleza de las variables, considerando un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Concretamente prueba χ^2 para variables categóricas, ANOVA para variables continuas que siguen la distribución normal y pruebas no paramétricas para aquellas que no cumplen este criterio.

Los análisis se llevaron a cabo utilizando software estadístico especializado (IBM SPSS Statistics 22).

2.5. Organización de los resultados y lectura tablas y figuras

Para datos globales, en el caso de variables categóricas se ofrece la frecuencia absoluta (n) y relativa (%), y para variables continuas se muestra la media y desviación típica o estándar (DT). Además, para las variables claves del estudio (síntomas del SGM, impacto, consulta a profesionales y tratamiento) se aportan las figuras o gráficos correspondientes.

Para datos desagregados se ofrece el porcentaje para variables categóricas y la media junto a la desviación estándar para variables continuas.

Por otra parte, para las preguntas de respuesta múltiple generalmente no se presentan los datos desagregados o únicamente para las categorías más frecuentes.

3. Resultados

3.1. Características de las participantes

Las características de las mujeres participantes se muestran en la Tabla 1. La edad media de las participantes es de 56,8 años y el 50,8% tenía estudios superiores. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística³ (INE) del año 2024, el 45,6% de las mujeres de 45 a 54 años tienen educación superior y el 31,3% de las de 55 a 64 años. En este sentido, existiría cierta sobrerrepresentación de las mujeres con estudios superiores en la muestra de estudio.

La edad media de la última menstruación fue a los 49,3 años. Por otra parte, mayoritariamente son mujeres en menopausia por causa natural (91,7%) que comúnmente utilizan de forma preferente servicios públicos de ginecología (62,7%).

Desde que están en menopausia, el 32,0% ha recibido un diagnóstico de ansiedad y/o depresión. Por otra parte, el 26,2% informa que actualmente presenta un consumo frecuente de tabaco y el 10,1% de alcohol. Por último, el 47,2% realiza ejercicio físico regularmente.

³ <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=12726>

Tabla 1. Perfil de las participantes ($n=1.210$)

Características	<i>n</i>	(%)	Media (DT)
Comunidad autónoma			
Distribución proporcional (ver Anexo 8.3)	-	-	
Edad			
45-49	182	(15,0)	
50-54	295	(24,4)	
55-59	300	(24,8)	
60-64	279	(23,1)	
65-69	154	(12,7)	
Edad			56,8 (6,1)
Nivel de estudios			
Primarios	72	(6,0)	
Secundarios (Obligatorios, ESO, Bachillerato, COU, PREU y FP Grado Medio)	523	(43,2)	
Superiores (FP Grado Superior, universitarios y otros estudios superiores)	615	(50,8)	
Causa menopausia			
Natural	1110	(91,7)	
Quirúrgica	100	(8,3)	
Edad última menstruación			
Menopausia por causa natural	1019		49,8 (4,2)
Menopausia por causa quirúrgica	91		43,9 (6,6)
Menopausia por causa natural o quirúrgica	1110		49,3 (4,7)
Tiempo desde última menstruación			
1-2 años	290	(24,0)	
3-4 años	165	(13,6)	
5 o más años	655	(54,1)	
No recuerda	100	(8,3)	
Tiempo desde última menstruación (en años)			7,4 (5,8)
Servicios ginecológicos uso preferente			
Públicos	759	(62,7)	
Privados	212	(17,5)	
Ambos	157	(13,0)	
No acude	82	(6,8)	
Diagnóstico (desde menopausia)			
De depresión y/o ansiedad (sí)	387	(32,0)	
Conductas perjudiciales (actualidad)			
Tabaco (consumo frecuente) ¹	317	(26,2)	
Alcohol (consumo frecuente) ¹	122	(10,1)	
Conductas saludables (actualidad)			
Ejercicio físico (regular) ¹	571	(47,2)	

¹ Suma respuestas "A menudo" y "Muy frecuentemente".

3.2. Situación afectiva, actividad sexual y satisfacción

Con el objetivo de caracterizar la muestra se recogió información en el ámbito de la vida de pareja y sexual.

Según la información recogida, la situación afectiva predominante en el último año fue tener pareja o parejas estables (70,2%) y actividad sexual con hombres (75,0%) (Tablas 2 y 3, respectivamente). En cuanto a la frecuencia de actividad sexual se observa mayor heterogeneidad. Destaca que el 38,8% no ha tenido ninguna actividad sexual en el último mes, entendida como relaciones sexuales (con o sin penetración) o masturbación, con o sin pareja (Tabla 4).

Tabla 2. Principal situación afectiva o de pareja en el último año. Frecuencia ($n=1.210$)

Situación afectiva	<i>n</i>	(%)
Pareja o parejas estables	849	(70,2)
Relaciones esporádicas sin pareja estable	41	(3,4)
Sin pareja	292	(24,1)
Prefiero no responder	28	(2,3)

Tabla 3. Tipo de actividad sexual más habitual en el último año. Frecuencia ($n=1.210$)

Tipo de actividad sexual	<i>n</i>	(%)
Con hombres	908	(75,0)
Con mujeres	28	(2,3)
Con ambos	4	(0,3)
Sólo autoestimulación/masturbación	161	(13,3)
Prefiero no responder	109	(9,0)

Tabla 4. Frecuencia de la actividad sexual en el último mes. Frecuencia ($n=1.210$)

Frecuencia de actividad sexual	<i>n</i>	(%)
1 o más veces a la semana	316	(26,1)
1 a 3 veces al mes	425	(35,1)
Ninguna en el último mes	469	(38,8)

Adicionalmente, el 68,3% señala tener satisfacción sexual, pero casi 1 de cada 3 (31,7%) consideró no tenerla (Tabla 5). El principal motivo asociado a la insatisfacción sexual es el bajo deseo sexual (74,2%) (Tabla 6).

Tabla 5. Satisfacción con la actividad sexual. Frecuencia ($n=1.210$)

Satisfacción sexual	<i>n</i>	(%)
Sí	827	(68,3)
No	383	(31,7)

Tabla 6. Aspectos que influyen en la satisfacción sexual (respuesta múltiple). Frecuencia ($n=383$, no satisfacción sexual)

Aspectos	<i>n</i>	(%)
Bajo deseo sexual	284	(74,2)
Cansancio o falta de energía	151	(39,4)
Molestias o dolores con la actividad sexual	128	(33,4)
No me siento a gusto con mi cuerpo	91	(23,8)
Falta de oportunidades	75	(19,6)
Siempre he tenido poca actividad sexual	30	(7,8)
Otras	13	(3,4)

Seguidamente se preguntó por la existencia de dolor en las relaciones sexuales en los últimos 6 meses, aunque esta condición también se preguntó para el último año junto a otros síntomas. Según las respuestas obtenidas, el 41,9% no ha experimentado nunca dolor en los últimos 6 meses, mientras que 58,1% informa haberlo padecido (Tabla 7).

Tabla 7. Dolor en las relaciones sexuales en los últimos 6 meses. Frecuencia ($n=1.210$)

Valoración de la frecuencia	<i>n</i>	(%)
0 "Nunca"	507	(41,9)
1	202	(16,7)
2	140	(11,6)
3	173	(14,3)
4	99	(8,2)
5 "Constantemente"	89	(7,4)
Media (escala 0-5) (DT)	1,5	(1,7)

3.3. Conocimientos sobre el SGM

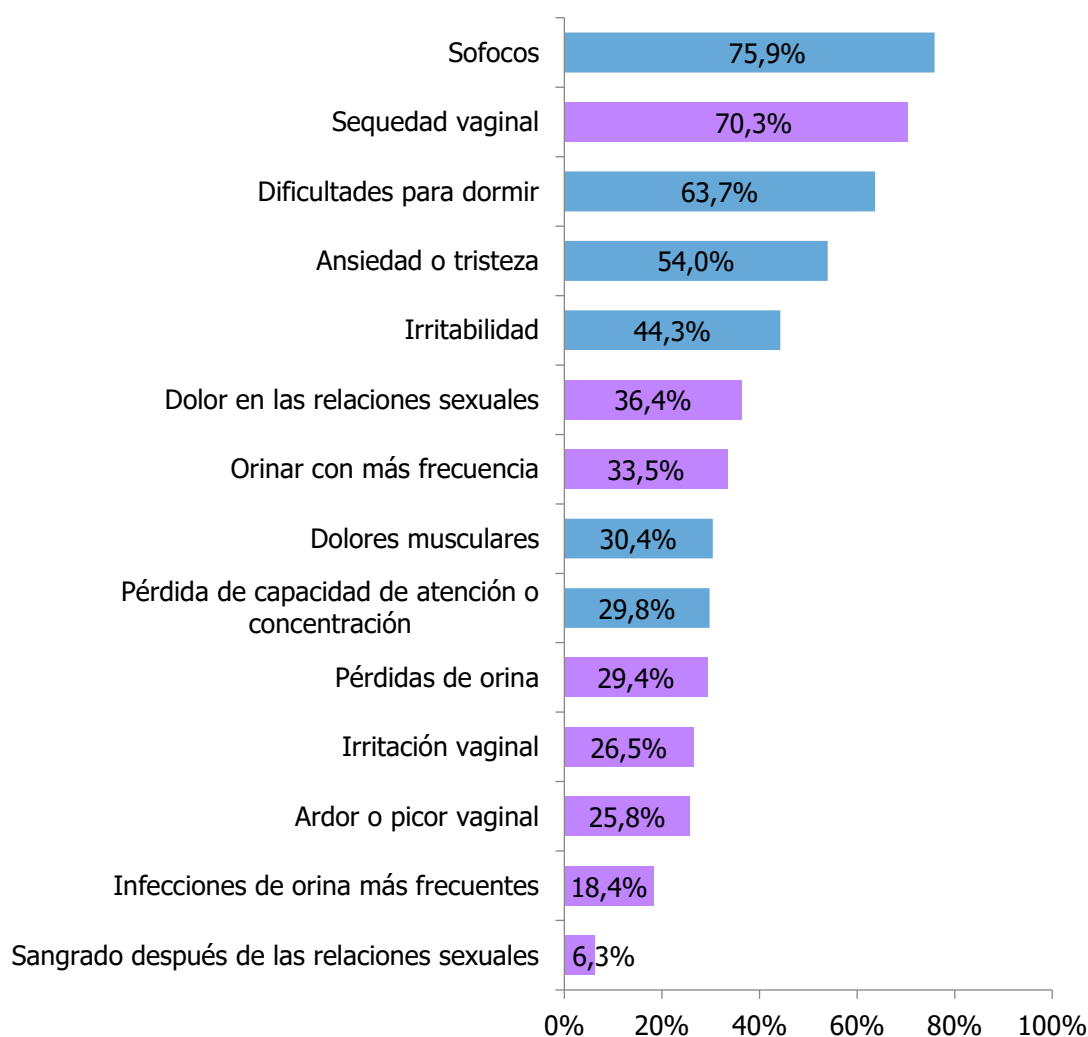
A. Conocimiento de los síntomas asociados al SGM

El conocimiento de la asociación entre los síntomas genitourinarios -que configuran el SGM- y la menopausia se evaluó junto a otros síntomas que aparecen durante esta etapa, solicitando que marcaran los síntomas que creían podían estar relacionados con la menopausia.

En la Figura 2 se muestran los porcentajes de conocimiento de esta asociación para cada síntoma. El conocimiento de la asociación de los 8 síntomas del SGM (en color lila) con la menopausia es en promedio del 30,8%, mientras que para los otros 6 síntomas se sitúa en el 49,7% (en color azul).

Los síntomas que se asocian más frecuentemente son los sofocos (75,9%) y la sequedad vaginal (70,3%) y los menos las infecciones de orina más frecuentes (18,4%) y el sangrado después de las relaciones sexuales (6,3%).

Figura 2. Conocimiento: síntomas que se asocian a la menopausia ($n=1.210$) (respuesta múltiple)



Desde una perspectiva cuantitativa, las mujeres encuestadas reconocieron de media 2,5 de los 8 síntomas genitourinarios, y 14,1% no asoció ninguno de estos síntomas a la menopausia/postmenopausia (Tabla 8).

Tabla 8. Número de síntomas reconocidos asociados al SGM. Frecuencia ($n=1.210$)

Número de síntomas conocidos SGM	n	(%)
0 síntomas (ninguno)	171	(14,1)
1	279	(23,1)
2	260	(21,5)
3	195	(16,1)
4	125	(10,3)
5	79	(6,5)
6	38	(3,1)
7	26	(2,1)
8 síntomas (todos los mostrados)	37	(3,1)
Media (rango 0-8) (DT)	2,5	(2,0)

Diferencias según factores biológicos/cronológicos

No se observan diferencias significativas en el reconocimiento de los síntomas del SGM según la edad o tiempo transcurrido desde la última menstruación (Tablas 9 y 10).

Tabla 9. Número de síntomas reconocidos asociados al SGM según grupo de edad. Media (DT) y valor p (prueba U de Mann–Whitney) ($n=1.210$)

Síntomas conocidos SGM	45-54 años	55-69 años	Valor p
Número de síntomas conocidos (rango 0-8)	2,6 (2,1)	2,4 (1,9)	ns
n	477	733	-

Tabla 10. Número de síntomas reconocidos asociados al SGM según tiempo transcurrido desde última menstruación. Media (DT) y valor p (prueba H de Kruskal–Wallis) ($n=1.110$; mujeres que recuerdan tiempo transcurrido)

Síntomas conocidos SGM	1-2 años	3-4 años	5 o más años	Valor p
Número de síntomas conocidos (rango 0-8)	2,7 (2,1)	2,7 (2,0)	2,4 (1,9)	ns
n	290	165	655	-

Diferencias según factores socioeducativos y asistenciales

El reconocimiento de los síntomas del SGM varía significativamente en función del nivel de estudios finalizados (Tabla 11). Asimismo, las mujeres que no acuden habitualmente a servicios de ginecología tienen un conocimiento más reducido del SGM (Tabla 12).

Tabla 11. Número de síntomas reconocidos asociados al SGM según nivel de estudios finalizados. Media (DT) y valor *p* (prueba *H* de Kruskal–Wallis) (*n*=1.210)

Síntomas conocidos SGM	Primarios	Secundarios	Superiores	Valor <i>p</i>
Número de síntomas conocidos (rango 0-8)	1,8 (1,5)	2,2 (1,8)	2,8 (2,1)	<0,001
<i>n</i>	72	523	615	-

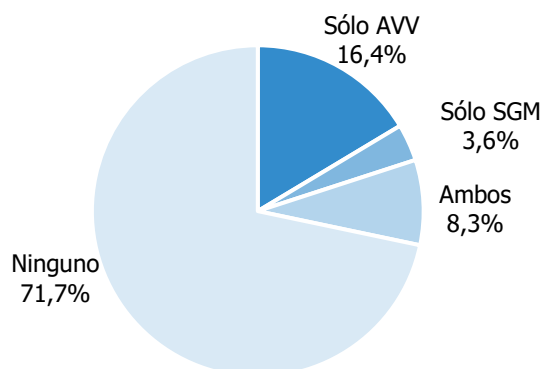
Tabla 12. Número de síntomas reconocidos asociados al SGM según tipo de servicios ginecológicos utilizados más frecuentemente. Media (DT) y valor *p* (prueba *H* de Kruskal–Wallis) (*n*=1.210)

Síntomas conocidos SGM	No acude habitualmente	Servicios públicos	Servicios privados o mutua médica	Ambos por igual	Valor <i>p</i>
Número de síntomas conocidos (rango 0-8)	1,8 (1,8)	2,5 (2,0)	2,6 (1,9)	2,7 (2,0)	0,004
<i>n</i>	82	759	212	157	-

B. Reconocimiento de los términos SGM y AVV

Sólo el 28,3% de las mujeres encuestadas conocen o han oído hablar sobre el SGM o su homólogo AVV (Atrofia Vulvovaginal), mientras que el 71,7% no ha oído hablar de ninguno de éstos (Figura 3). El término atrofia vulvovaginal sigue siendo más conocido que el término síndrome genitourinario de la menopausia.

Figura 3. Reconocimiento de los términos SGM y AVV
(*n*=1.210)



Diferencias según factores biológicos/cronológicos

No se identifican diferencias significativas en el conocimiento de los síndromes SGM o AVV relacionadas con la edad o los años transcurridos desde el inicio de la menopausia (Tablas 13 y 14).

Tabla 13. Conocimiento de la terminología según grupo de edad. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Conocimiento de...	45-54 años	55-69 años	Valor p
Atrofia vulvovaginal	23,7	25,2	ns
Síndrome Genitourinario de la Menopausa	12,4	11,6	ns
<i>n</i>	477	733	-

Tabla 14. Conocimiento de la terminología según tiempo transcurrido desde última menstruación. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.110$; mujeres que recuerdan tiempo transcurrido)

Conocimiento de...	1-2 años	3-4 años	5 o más años	Valor p
Atrofia vulvovaginal	24,5	20,0	27,2	ns
Síndrome Genitourinario de la Menopausa	15,5	9,1	11,3	ns
<i>n</i>	290	165	655	-

Diferencias según factores socioeducativos y asistenciales

Las mujeres con estudios superiores (Tabla 15) o que suelen usar servicios ginecológicos (Tabla 16) muestran un mayor conocimiento del SGM o de la AVV.

Tabla 15. Conocimiento de la terminología según nivel de estudios finalizados. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Conocimiento de...	Primarios	Secundarios	Superiores	Valor p
Atrofia vulvovaginal	11,1	19,5	30,6	<0,001
Síndrome Genitourinario de la Menopausa	8,3	8,4	15,3	0,001
<i>n</i>	72	523	615	-

Tabla 16. Conocimiento de la terminología según tipo de servicios ginecológicos utilizados más frecuentemente. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Conocimiento de...	No acude habitualmente	Servicios públicos	Servicios privados o mutua médica	Ambos por igual	Valor p
Atrofia vulvovaginal	11,0	22,7	29,7	34,4	<0,001
Síndrome Genitourinario de la Menopausa	8,5	11,3	14,2	13,4	ns
<i>n</i>	82	759	212	157	-

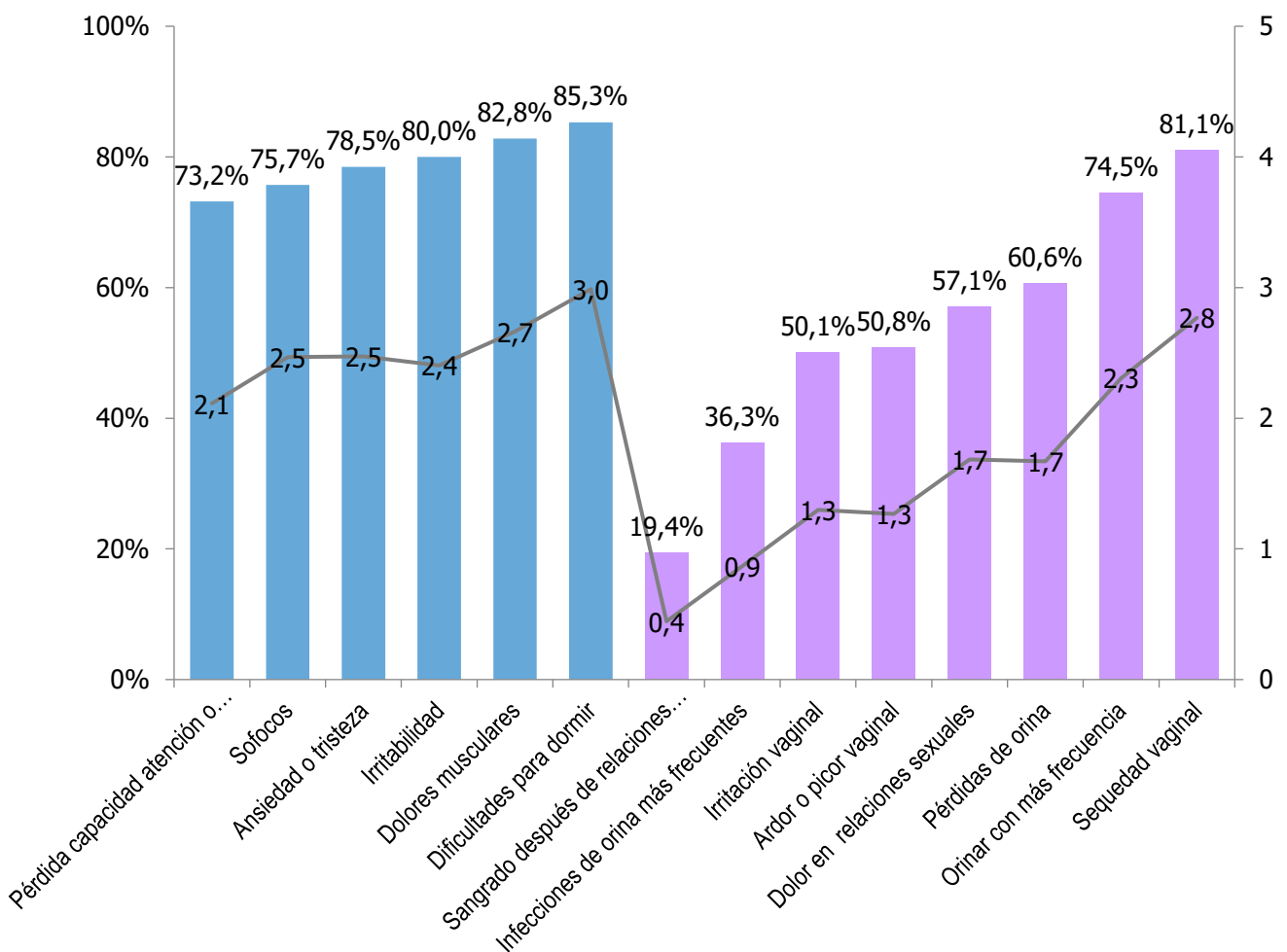
3.4. Sintomatología asociada al SGM

A. Prevalencia y frecuencia de aparición

La sintomatología presente en las mujeres encuestadas se analiza desde una doble perspectiva. Por un lado, la prevalencia o presencia del síntoma (en porcentaje) y por otro lado la frecuencia de aparición (según la puntuación media en una escala de 0 "nunca" a 5 "constantemente") (Figura 4).

Los síntomas no asociados al SGM (en azul) presentan una prevalencia media de 79,3% con oscilaciones entre 73,2% y 85,3% y una frecuencia de aparición entre 2,1 y 3,0 sobre 5 (media: 2,5), valores que pueden interpretarse como una aparición entre ocasional (pocas veces) y relativa (a veces). En cambio, los síntomas asociados al SGM (en lila) presentan una prevalencia media del 52,7%, pero debe tenerse en cuenta que se identifican amplias variaciones entre el síntoma de sangrado después de las relaciones (19,4%) y la sequedad vaginal (81,1%). La frecuencia de aparición también es bastante variable entre 0,4 y 2,8 (media 1,5), valores que pueden interpretarse como entre casi nunca y a veces.

Figura 4. Prevalencia (%) y frecuencia de aparición (M, escala 0 "nunca"- 5 "constantemente") de síntomas asociados a la menopausia (n=1.210)



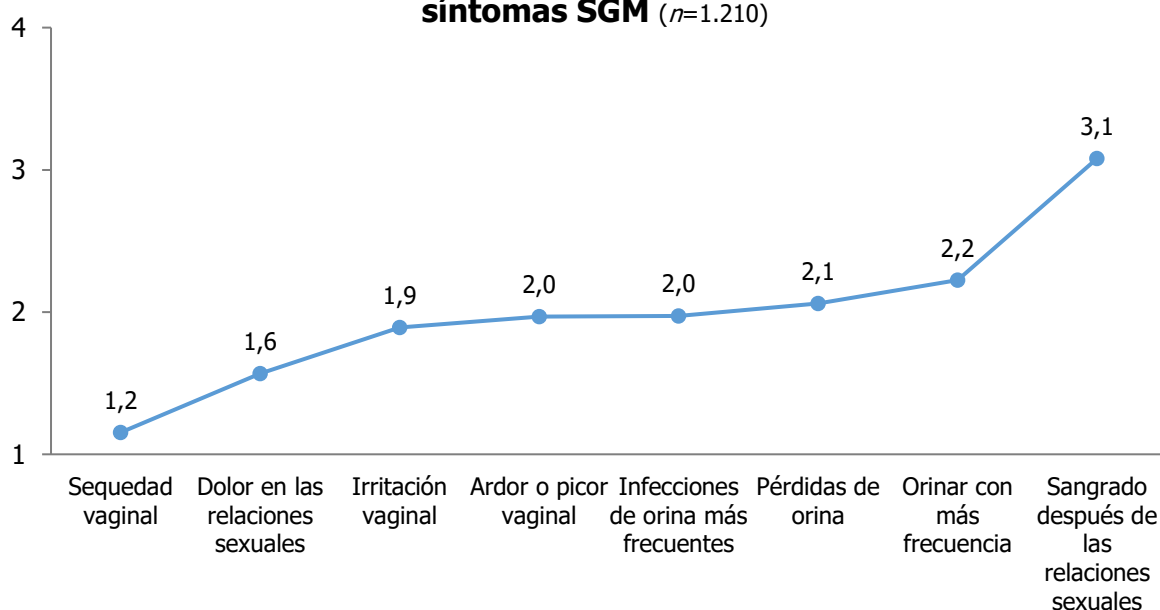
En conjunto, el número de síntomas del SGM presentes es de media 4,3 de los 8 consultados y la frecuencia de aparición como ya se ha indicado de 1,5 (Tabla 17). Ambas variables se tendrán en cuenta como criterios asociados al nivel de gravedad.

Tabla 17. Criterios de gravedad de la sintomatología. Media (DT) ($n=1.210$)

Criterios de gravedad	Total
Número de síntomas presentes (rango 0-8)	4,3 (2,4)
Frecuencia síntomas (escala 0-5)	1,5 (1,1)

Adicionalmente, se ha calculado la razón entre la prevalencia y reconocimiento de la asociación con la menopausia de cada síntoma (Figura 5). La sequedad vaginal presenta la razón más próxima a 1, lo que indica concordancia entre experiencia y reconocimiento, mientras que el sangrado tras las relaciones sexuales muestra mayor discrepancia con una razón de 3. Lo que indica que se experimenta tres veces más de lo que se reconoce como asociado a la menopausia.

Figura 5. Relación entre prevalencia y conocimiento: síntomas SGM ($n=1.210$)



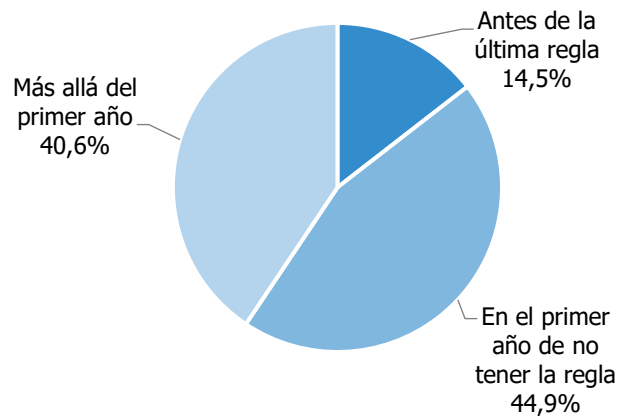
En este subapartado no se realizan comparaciones para cada síntoma según factores biológicos/cronológicos, socioeducativos o asistenciales, ya que se considera más relevante realizarlas según el nivel de gravedad de la sintomatología.

B. Momento de aparición

El momento de aparición de los síntomas asociados al SGM suele darse durante el primer año de no tener la regla (44,9%) o bien más allá del primer año (40,6%), y raramente antes de la última menstruación (Figura 6).

Figura 6. Momento de aparición de los primeros síntomas del SGM

(n=1.126; mujeres sintomáticas)



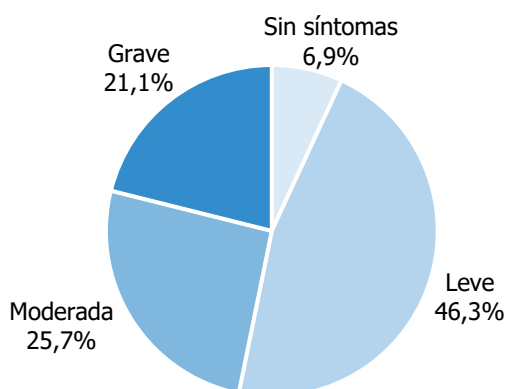
De esta manera se puede estimar que el 14,5% lleva experimentando los síntomas del SGM más de 6 años y el 44,9% lleva experimentándolos aproximadamente 6 años.

C. Gravedad de la sintomatología

Tomando de referencia estudios previos (DiBonaventura et al., 2015) se han establecido 4 grupos para caracterizar la gravedad de la sintomatología asociada al SGM (Figura 7). En este caso se ha utilizado la puntuación media obtenida en el conjunto de síntomas.

Los grupos configurados se han denominado: sin síntomas, sintomatología leve, moderada y grave.

Figura 7. Severidad de la sintomatología asociada al SGM ($n=1.210$)



La comparación entre estos grupos generados en cuanto a número de síntomas presentes y frecuencia con que aparecen valida la clasificación realizada, ya que aparecen diferencias significativas entre todos los grupos (Prueba Kruskal–Wallis, $p < 0,001$; y Prueba Mann–Whitney por pares, $p < 0,001$) (Tabla 18).

Tabla 18. Validación de los grupos según severidad de la sintomatología. Media (DT) y valor p (prueba H de Kruskal–Wallis) ($n=1.210$)

Criterios de gravedad	Sin síntomas	Leve	Moderada	Grave	Valor p
Número de síntomas presentes (rango 0-8)	0 (0)	3,0 (1,5)	5,5 (1,4)	7,2 (0,9)	<0,001
Frecuencia síntomas (escala 0-5)	0 (0)	0,8 (0,4)	1,9 (0,3)	3,2 (0,6)	<0,001
n	84	560	311	255	-

Asociaciones entre la gravedad de la sintomatología y el conocimiento

Se constata que las mujeres con sintomatología más grave tienen un conocimiento más amplio sobre la asociación de los síntomas vaginales y urinarios con la menopausia (Tabla 19). Además, también conocen o han oído hablar de manera más frecuente sobre el AVV o el SGM (Tabla 20).

Tabla 19. Número de síntomas reconocidos asociados al SGM según gravedad de la sintomatología. Media (DT) y valor p (prueba H de Kruskal–Wallis) ($n=1.210$)

Síntomas conocidos SGM	Sin síntomas	Leve	Moderada	Grave	Valor p
Número de síntomas conocidos (rango 0-8)	1,1 (1,6)	1,9 (1,8)	2,9 (1,7)	3,7 (1,8)	<0,001
<i>n</i>	84	560	311	255	-

Tabla 20. Conocimiento de la terminología según gravedad de la sintomatología. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Conocimiento de...	Sin síntomas	Leve	Moderada	Grave	Valor p
Atrofia vulvovaginal	8,3	19,1	28,9	36,9	<0,001
Síndrome Genitourinario de la Menopausa	7,1	10,2	10,9	18,4	0,003
<i>n</i>	84	560	311	255	-

Asociaciones entre la gravedad de la sintomatología y características de salud o situación afectiva

A continuación, se comparan los cuatro grupos de gravedad definidos con diversas características de salud y situación afectiva. Debe tenerse en cuenta que se han seleccionado las opciones de respuesta consideradas más relevantes o informativas para cada variable, siguiendo estudios previos (DiBonaventura et al., 2015²; Nappi et al., 2019¹⁰).

Contrariamente al resultado esperado, el consumo actual frecuente de tabaco es más prevalente entre las mujeres sin síntomas. No se identifican diferencias significativas en relación con el consumo actual frecuente de alcohol ni con la práctica regular de actividad física. En este ámbito, es posible que hubiera sido más adecuado evaluar los antecedentes o historia previa de estas conductas, en lugar de considerar únicamente los hábitos o conductas actuales.

En cambio, haber recibido un diagnóstico de depresión o ansiedad desde la menopausia se asocia con sintomatología más grave (Tabla 21).

Tabla 21. Características de salud según gravedad de la sintomatología. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Características de salud	Sin síntomas	Leve	Moderada	Grave	Valor p
Consumo de tabaco frecuente	41,7	26,1	23,8	24,3	0,008
Consumo de alcohol frecuente	4,8	9,5	10,9	12,2	ns
Actividad física regular	45,8	46,8	52,4	42,4	ns
Diagnóstico de depresión y/o ansiedad	4,8	25,5	38,6	47,1	<0,001
<i>n</i>	84	560	311	255	-

Por otra parte, la situación afectiva y la actividad sexual guardan relación con la gravedad de la sintomatología. La sintomatología grave es más frecuente en mujeres con pareja estable y cuando la actividad sexual principal es con hombres y se asocia a menor frecuencia de actividad sexual (Tabla 22).

Tabla 22. Situación afectiva y actividad sexual según gravedad de la sintomatología. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Situación afectiva y actividad sexual	Sin síntomas	Leve	Moderada	Grave	Valor p
Pareja o parejas estables	53,6	67,3	72,0	79,6	0,001
Sin pareja (ni relaciones esporádicas)	40,5	26,4	22,2	16,1	
Actividad sexual con hombres	61,9	73,2	77,5	80,4	0,044
Actividad sexual 1 o más veces semana	33,3	28,7	25,4	18,8	0,003
<i>n</i>	84	560	311	255	-

Diferencias según factores biológicos/cronológicos

No se constatan diferencias significativas en la gravedad de la sintomatología relacionadas con la edad o el tiempo transcurrido desde la última menstruación (Tablas 23 y 24).

Tabla 23. Gravedad de la sintomatología asociada al SGM según grupo de edad. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Síntomas	45-54 años	55-69 años	Valor p
Sin síntomas	6,7	7,1	ns
Sintomatología leve	44,2	47,6	
Sintomatología moderada	25,4	25,9	
Sintomatología grave	23,7	19,4	
<i>n</i>	477	733	-

Tabla 24. Gravedad de la sintomatología asociada al SGM según tiempo transcurrido desde última menstruación. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.110$; mujeres que recuerdan tiempo transcurrido)

Síntomas	1-2 años	3-4 años	5 o más años	Valor p
Sin síntomas	5,5	6,7	6,7	ns
Sintomatología leve	44,1	46,1	47,0	
Sintomatología moderada	25,5	24,8	26,1	
Sintomatología grave	24,8	22,4	20,2	
<i>n</i>	290	165	655	-

Diferencias según factores clínicos

Se detecta una asociación entre la gravedad de la sintomatología y el momento de aparición de los síntomas. La aparición tardía de los síntomas se asocia a sintomatología más leve (Tabla 25).

Tabla 25. Gravedad de la sintomatología asociada al SGM según momento de aparición de los síntomas asociados al SGM. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Síntomas	Antes última regla	1r año de no tener la regla	Más allá del 1r año	Valor p
Sin síntomas	-	-	-	0,018
Sintomatología leve	49,1	46,8	53,2	
Sintomatología moderada	25,2	26,9	29,3	
Sintomatología grave	25,8	26,3	17,5	
<i>n</i>	163	506	457	-

Diferencias según factores socioeducativos y asistenciales

No se observan diferencias significativas en la gravedad de la sintomatología relacionadas con el nivel de estudios (Tabla 26), pero sí con aspectos asistenciales (Tabla 27). Las mujeres que no acuden habitualmente a servicios de ginecología informan tener menos síntomas, el 18,3% no tiene ninguno respecto al 3%-6% en otros grupos.

Tabla 26. Gravedad de la sintomatología asociada al SGM según nivel de estudios finalizados. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Síntomas	Primarios	Secundarios	Superiores	Valor p
Sin síntomas	9,7	7,3	6,3	ns
Sintomatología leve	40,3	50,5	43,4	
Sintomatología moderada	27,8	24,5	26,5	
Sintomatología grave	22,2	17,8	23,7	
<i>n</i>	72	523	615	-

Tabla 27. Gravedad de la sintomatología asociada al SGM según tipo de servicios ginecológicos utilizados más frecuentemente. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Síntomas	No acude habitualmente	Servicios públicos	Servicios privados o mutua médica	Ambos por igual	Valor p
Sin síntomas	18,3	6,6	6,1	3,8	<0,001
Sintomatología leve	48,8	47,3	45,3	41,4	
Sintomatología moderada	24,4	24,2	29,2	28,7	
Sintomatología grave	8,5	21,9	19,3	26,1	
<i>n</i>	82	759	212	157	-

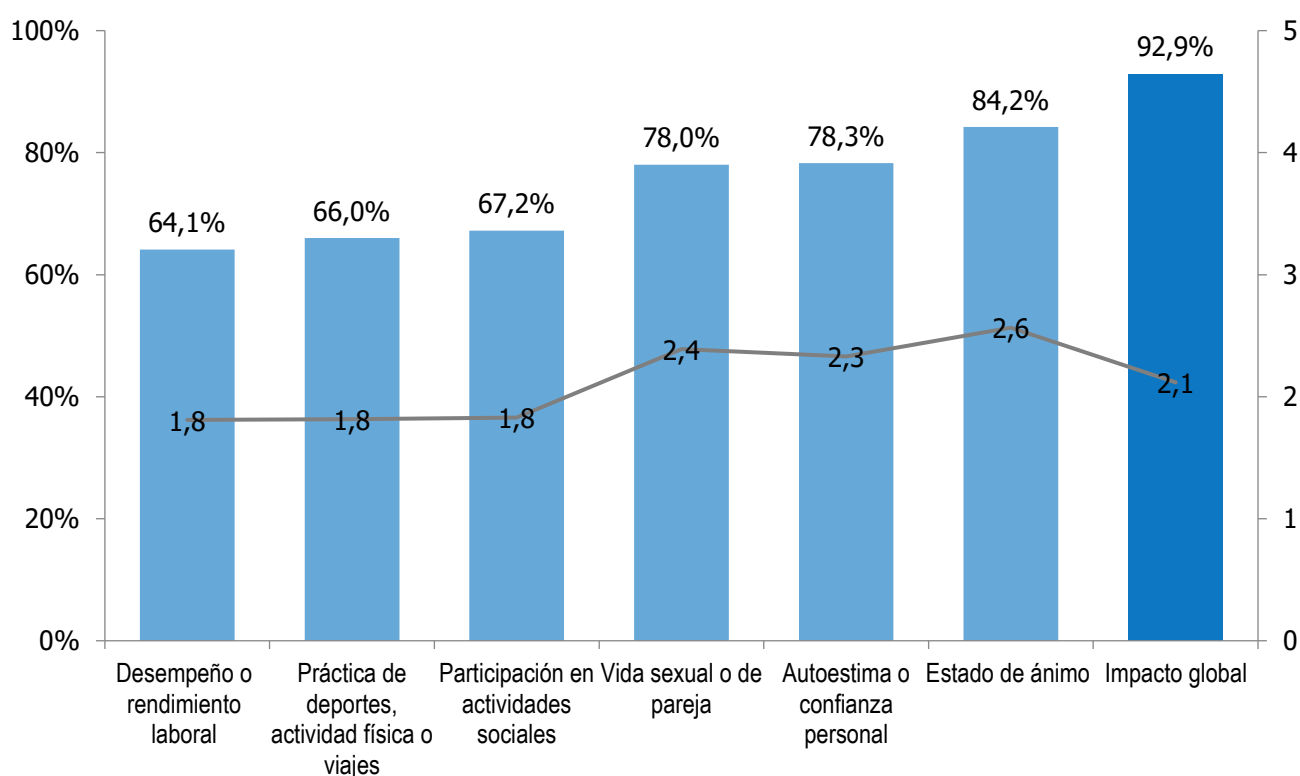
3.5. Impacto de los síntomas SGM en la calidad de vida

El impacto de los síntomas del SGM en la calidad de vida también se evalúa en mujeres sintomáticas, estén utilizando o no algún tratamiento, desde una doble perspectiva. Por un lado, la presencia de algún impacto (en porcentaje) y por otro la intensidad (según la puntuación media en una escala de 0 "ausente" a 5 "muy negativo o limitante") (Figura 8).

Para analizar el impacto se tuvieron en cuenta 6 ámbitos y además se ha creado una variable de impacto global. La presencia de impacto oscila entre el 64,1% y el 84,2% por áreas y alcanza el 92,9% en el caso del impacto global.

En general, hay una relación entre la presencia de impacto y la intensidad de este. Las áreas con menor afectación serían la laboral (1,8), actividad física (1,8) y social (1,8), y las que muestran más impacto serían la vida sexual o de pareja (2,4) y la personal, en relación con la autoestima (2,3) y el estado de ánimo (2,6). El impacto en el estado de ánimo es la afectación más extendida y negativa o limitante.

Figura 8. Presencia (%) e intensidad (M, escala 0 "ausente"- 5 "muy negativo o limitante") del impacto de los síntomas asociados al SGM (n=1.126; mujeres sintomáticas)



Diferencias según factores biológicos/cronológicos

El impacto de los síntomas del SGM percibido por las mujeres es más elevado en todas las áreas para el grupo de 45 a 54 años (Tabla 28). También parece suavizarse la afectación en la calidad de vida a medida que transcurre tiempo desde la última menstruación (Tabla 29).

Tabla 28. Impacto en los diferentes ámbitos y global según grupo de edad. Media (DT) y valor p (prueba U de Mann–Whitney) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Ámbitos de impacto	45-54 años	55-69 años	Valor p
Desempeño o rendimiento laboral	2,2 (1,8)	1,6 (1,6)	<0,001
Práctica actividad física o viajes	2,0 (1,7)	1,7 (1,6)	0,001
Participación actividades sociales	2,1 (1,7)	1,7 (1,6)	<0,001
Vida sexual o de pareja	2,6 (1,8)	2,2 (1,7)	<0,001
Autoestima o confianza personal	2,7 (1,7)	2,1 (1,6)	<0,001
Estado de ánimo	2,8 (1,6)	2,4 (1,6)	<0,001
Impacto global	2,4 (1,4)	1,9 (1,3)	<0,001
<i>n</i>	445	681	-

Tabla 29. Impacto en los diferentes ámbitos y global según tiempo transcurrido desde última menstruación. Media (DT) y valor p (prueba H de Kruskal–Wallis) ($n=1.039$; mujeres sintomáticas que recuerdan tiempo transcurrido)

Ámbitos de impacto	1-2 años	3-4 años	5 o más años	Valor p
Desempeño o rendimiento laboral	2,2 (1,7)	1,6 (1,6)	1,7 (1,7)	<0,001
Práctica actividad física o viajes	2,0 (1,7)	1,8 (1,6)	1,7 (1,7)	ns
Participación actividades sociales	2,2 (1,7)	1,8 (1,5)	1,7 (1,6)	0,001
Vida sexual o de pareja	2,7 (1,7)	2,5 (1,7)	2,3 (1,7)	0,008
Autoestima o confianza personal	2,6 (1,6)	2,5 (1,7)	2,2 (1,6)	<0,001
Estado de ánimo	2,9 (1,6)	2,8 (1,6)	2,4 (1,6)	<0,001
Impacto global	2,4 (1,3)	2,2 (1,3)	2,0 (1,3)	<0,001
<i>n</i>	274	154	611	-

Diferencias según factores clínicos

El impacto percibido de los síntomas del SGM varía significativamente según factores clínicos. La aparición temprana de los síntomas (antes de la última regla) (Tabla 30) y la presencia de sintomatología grave se asocian a más impacto en todas las áreas (Tabla 31).

Tabla 30. Impacto en los diferentes ámbitos y global según momento de aparición de los síntomas asociados al SGM. Media (DT) y valor *p* (prueba *H* de Kruskal–Wallis) (*n*=1.126; mujeres sintomáticas)

Ámbitos de impacto	Antes última regla	1r año de no tener la regla	Más allá del 1r año	Valor <i>p</i>
Desempeño o rendimiento laboral	2,2 (1,8)	1,9 (1,7)	1,6 (1,7)	<0,001
Práctica actividad física o viajes	2,1 (1,7)	2,0 (1,7)	1,6 (1,6)	<0,001
Participación actividades sociales	2,2 (1,7)	1,9 (1,6)	1,6 (1,6)	<0,001
Vida sexual o de pareja	2,6 (1,7)	2,5 (1,7)	2,2 (1,8)	0,002
Autoestima o confianza personal	2,6 (1,6)	2,5 (1,7)	2,1 (1,7)	<0,001
Estado de ánimo	2,9 (1,5)	2,7 (1,6)	2,3 (1,6)	<0,001
Impacto global	2,4 (1,3)	2,2 (1,3)	1,9 (1,3)	<0,001
<i>n</i>	163	506	457	-

Tabla 31. Impacto en los diferentes ámbitos y global según gravedad de la sintomatología. Media (DT) y valor *p* (prueba *H* de Kruskal–Wallis) (*n*=1.126; mujeres sintomáticas)

Ámbitos de impacto	Leve	Moderada	Grave	Valor <i>p</i>
Desempeño o rendimiento laboral	1,4 (1,7)	1,9 (1,7)	2,5 (1,6)	<0,001
Práctica actividad física o viajes	1,5 (1,6)	1,9 (1,6)	2,5 (1,6)	<0,001
Participación actividades sociales	1,5 (1,6)	1,9 (1,6)	2,5 (1,5)	<0,001
Vida sexual o de pareja	1,7 (1,6)	2,8 (1,6)	3,4 (1,5)	<0,001
Autoestima o confianza personal	1,8 (1,7)	2,7 (1,5)	3,2 (1,4)	<0,001
Estado de ánimo	2,1 (1,6)	2,9 (1,4)	3,3 (1,4)	<0,001
Impacto global	1,7 (1,3)	2,3 (1,1)	2,9 (1,1)	<0,001
<i>n</i>	560	311	255	-

Además, las personas que informan no estar satisfechas con su actividad sexual suelen tener más frecuentemente sintomatología grave (Tabla 32).

Tabla 32. Insatisfacción sexual según gravedad de la sintomatología (*n*=1.210)

Dolor e insatisfacción	Sin síntomas	Leve	Moderada	Grave	Valor <i>p</i>
Insatisfacción con actividad sexual, <i>n</i> (%)	12 (14,3)	143 (25,5)	111 (35,7)	117 (45,9)	<0,001
<i>n</i>	84	560	311	255	-

Diferencias según factores socioeducativos y asistenciales

El nivel de estudios no guarda relación con el impacto percibido derivado de los síntomas del SGM (Tabla 33). En cambio, las mujeres que no acuden habitualmente a servicios de ginecología informan de un impacto de los síntomas del SGM más reducido en la calidad de vida en la mayoría de las áreas, excepto la laboral y social (Tabla 34).

Tabla 33. Impacto en los diferentes ámbitos y global según nivel de estudios finalizados. Media (DT) y valor p (prueba H de Kruskal–Wallis) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Ámbitos de impacto	Primarios	Secundarios	Superiores	Valor p
Desempeño o rendimiento laboral	2,1 (1,9)	1,9 (1,7)	1,7 (1,6)	ns
Práctica actividad física o viajes	1,6 (1,7)	1,9 (1,7)	1,8 (1,6)	ns
Participación actividades sociales	1,8 (1,8)	1,9 (1,7)	1,8 (1,6)	ns
Vida sexual o de pareja	2,3 (1,9)	2,3 (1,7)	2,5 (1,7)	ns
Autoestima o confianza personal	2,3 (1,7)	2,3 (1,7)	2,4 (1,6)	ns
Estado de ánimo	2,6 (1,6)	2,5 (1,6)	2,6 (1,6)	ns
Impacto global	2,1 (1,3)	2,1 (1,4)	2,1 (1,3)	ns
<i>n</i>	65	485	576	-

Tabla 34. Impacto en los diferentes ámbitos y global según tipo de servicios ginecológicos utilizados más frecuentemente. Media (DT) y valor p (prueba H de Kruskal–Wallis) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

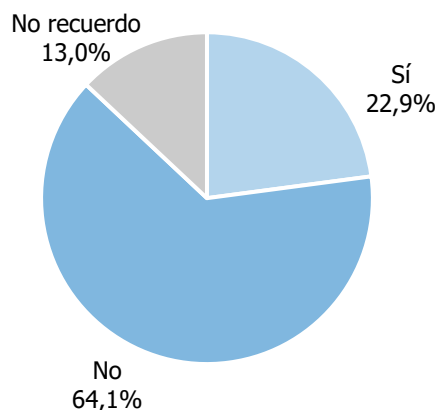
Ámbitos de impacto	No acude habitualmente	Servicios públicos	Servicios privados o mutua médica	Ambos por igual	Valor p
Desempeño o rendimiento laboral	1,4 (1,7)	1,8 (1,7)	1,9 (1,7)	1,8 (1,6)	ns
Práctica actividad física o viajes	1,2 (1,5)	1,8 (1,7)	1,9 (1,7)	1,9 (1,7)	0,014
Participación actividades sociales	1,4 (1,5)	1,9 (1,7)	1,8 (1,6)	1,9 (1,6)	ns
Vida sexual o de pareja	1,2 (1,5)	2,4 (1,8)	2,5 (1,6)	2,6 (1,7)	<0,001
Autoestima o confianza personal	1,8 (1,6)	2,4 (1,7)	2,3 (1,6)	2,5 (1,7)	0,032
Estado de ánimo	2,1 (1,6)	2,6 (1,6)	2,4 (1,6)	2,8 (1,5)	0,017
Impacto global	1,5 (1,1)	2,2 (1,3)	2,1 (1,3)	2,2 (1,3)	0,001
<i>n</i>	67	709	199	151	-

3.6. Consulta y rol de los profesionales

A. Rol de los profesionales de la ginecología en el abordaje del SGM

Sólo el 22,9%-26,3%⁴ de las mujeres señalan que los profesionales de la ginecología abordan el tema del SGM por iniciativa propia, hablando sobre éste o preguntando sobre los síntomas asociados (Figura 9).

Figura 9. Profesionales de la ginecología que abordan el tema del SGM por iniciativa propia (n=1.210)



Diferencias según factores clínicos

El abordaje del SGM por parte de profesionales de la ginecología no varía significativamente según la gravedad de la sintomatología (Tabla 35).

No obstante, de forma descriptiva, los residuos ajustados estandarizados sugieren que en el caso de sintomatología más grave habría una tendencia a abordarlo con mayor frecuencia.

Tabla 35. Abordaje del SGM por parte de los profesionales de la ginecología según gravedad de la sintomatología. Frecuencia y valor *p* (prueba χ^2 de Pearson) (n=1.210)

Profesionales de la ginecología que abordan SGM por iniciativa propia	Sin síntomas	Leve	Moderada	Grave	Valor <i>p</i>
Sí	20,2	21,1	21,2	29,0	ns
No	71,4	63,7	65,0	61,6	
No lo recuerda	8,3	14,8	13,8	9,4	
<i>n</i>	84	560	311	255	-

⁴ 26,3% calculado sin tomar en consideración la respuesta "no lo recuerdo"

Diferencias según factores asistenciales

La mención del SGM por parte de profesionales de la ginecología es significativamente más habitual en los servicios privados o mutua médica que en los servicios públicos (Tabla 36).

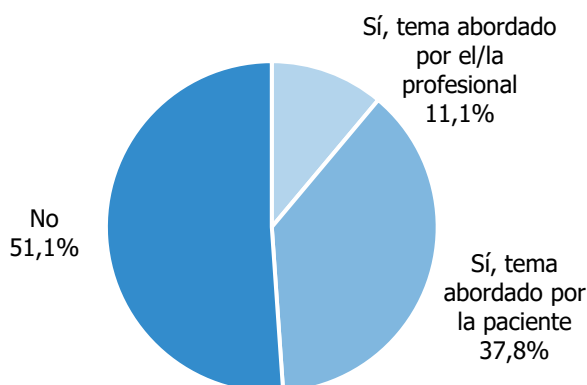
Tabla 36. Abordaje del SGM por parte de los profesionales de la ginecología según tipo de servicios ginecológicos utilizados más frecuentemente. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Profesionales de la ginecología que abordan SGM por iniciativa propia	No acude habitualmente	Servicios públicos	Servicios privados o mutua médica	Ambos por igual	Valor p
Sí	3,7	19,8	33,5	33,8	<0,001
No	80,5	66,7	56,6	53,5	
No lo recuerda	15,9	13,6	9,9	12,7	
n	82	759	212	157	-

B. Consulta en mujeres con síntomas asociados al SGM

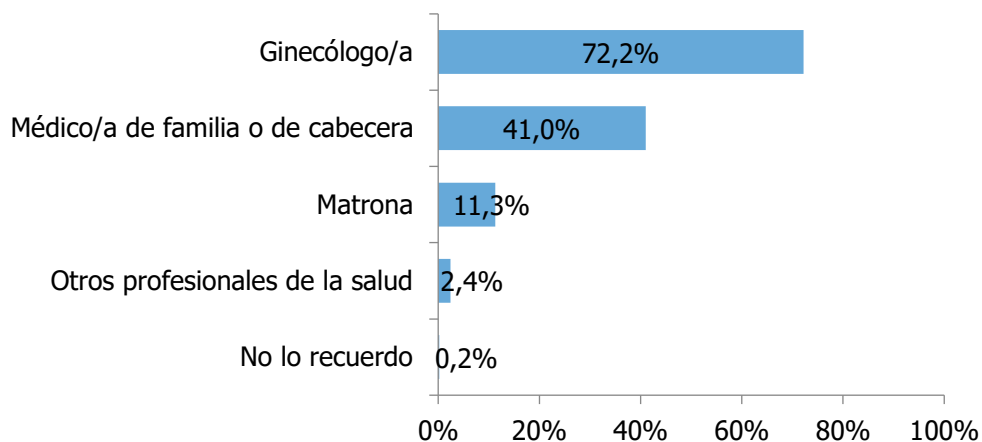
Entre las mujeres con sintomatología asociada al SGM, el 51,1% no ha consultado ni recibido información sobre estos síntomas por parte de profesionales de la salud. De las que ha recibido información, es más habitual que sea por iniciativa de la paciente (37,8%) que del profesional (11,1%) (Figura 10).

Figura 10. Consulta de los síntomas con profesionales de la salud
($n=1.126$; mujeres sintomáticas)



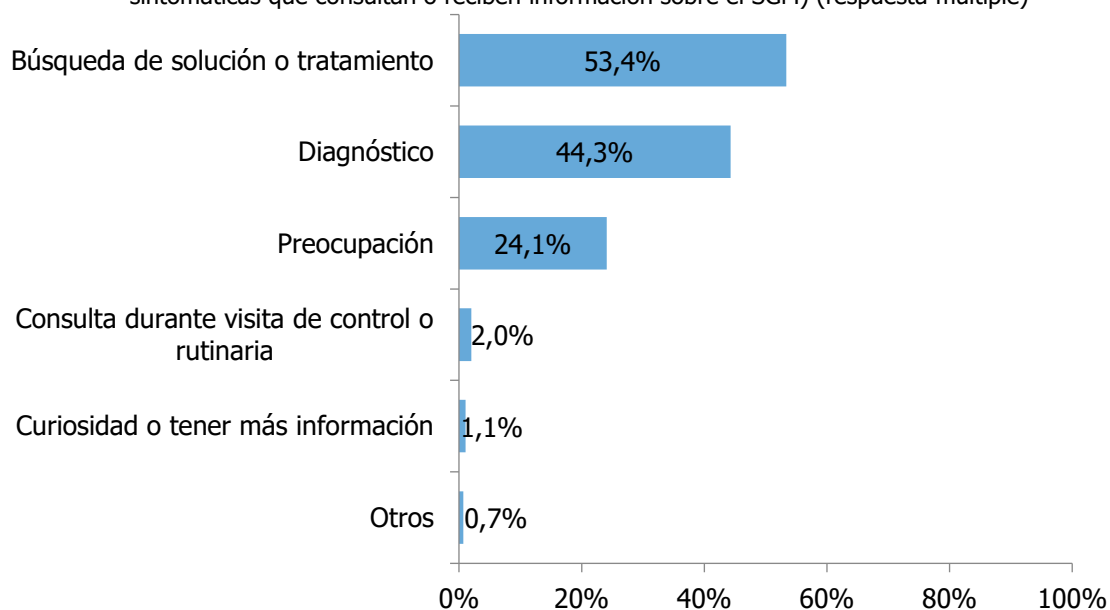
El profesional que tiene un rol preponderante en informar o asesorar sobre los síntomas del SGM es el ginecólogo/a (72,2%) (Figura 11).

Figura 11. Profesional consultado o que asesora ($n=551$; mujeres sintomáticas que consultan o reciben información sobre el SGM) (respuesta múltiple)



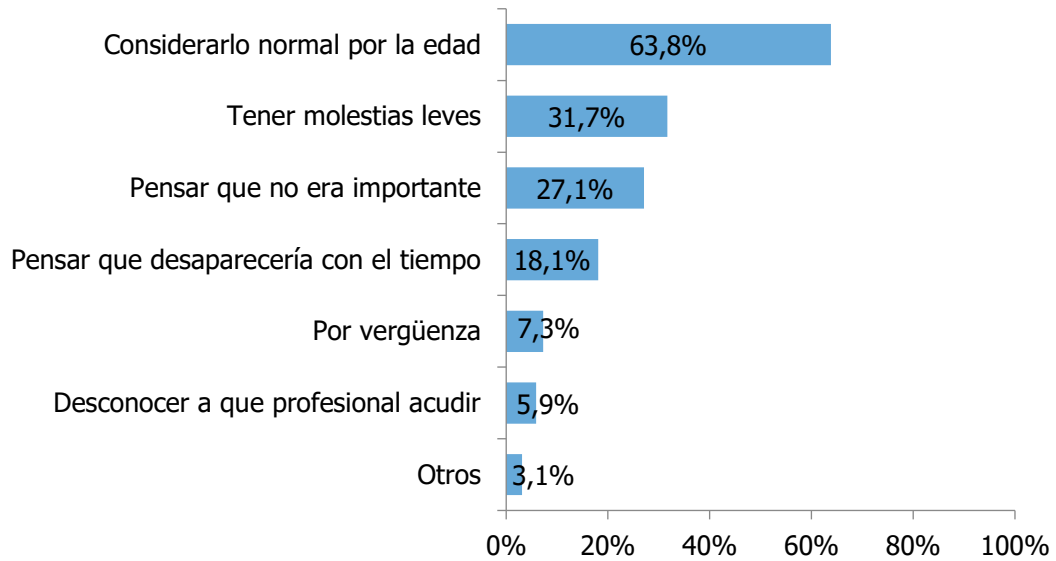
Las principales motivaciones para consultar a un profesional de la salud son la búsqueda de soluciones (53,4%) y recibir un diagnóstico (44,3%).

Figura 12. Motivos para consultar a un profesional de la salud sobre los síntomas asociados al SGM ($n=551$; mujeres sintomáticas que consultan o reciben información sobre el SGM) (respuesta múltiple)



Mientras que la principal barrera para consultar sobre los síntomas del SGM es la normalización de éstos o creencia de que es normal por la edad (63,8%) (Figura 13).

Figura 13. Motivos para no consultar a un profesional de la salud sobre los síntomas asociados al SGM ($n=575$; mujeres sintomáticas que no consultan) (respuesta múltiple)



Diferencias según factores biológicos/cronológicos

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la iniciativa de abordaje de los síntomas del SGM en consulta según el grupo de edad ni el tiempo transcurrido desde la última menstruación (χ^2 no significativo) (Tablas 37 y 38).

No obstante, de forma descriptiva, los residuos ajustados estandarizados sugieren una tendencia a que las mujeres más jóvenes o aquellas con inicio más reciente de los síntomas aborden el tema con mayor frecuencia por iniciativa propia.

Tabla 37. Consulta de los síntomas con profesionales de la salud según grupo de edad. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Consulta a profesionales de la salud	45-54 años	55-69 años	Valor p
Sí, tema abordado por la paciente	41,8	35,2	ns
Sí, tema abordado por el/la profesional	10,1	11,7	
No	48,1	53,0	
n	445	681	-

Tabla 38. Consulta de los síntomas con profesionales de la salud según tiempo transcurrido desde última menstruación. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.039$; mujeres sintomáticas que recuerdan tiempo transcurrido)

Consulta a profesionales de la salud	1-2 años	3-4 años	5 o más años	Valor p
Sí, tema abordado por la paciente	43,1	41,6	35,0	ns
Sí, tema abordado por el/la profesional	9,5	9,7	12,8	
No	47,4	48,7	52,2	
n	274	154	611	-

Diferencias según factores clínicos

Las mujeres consultan por iniciativa propia sobre los síntomas del SGM con mayor frecuencia cuando éstos aparecen antes de la última regla o durante el primer año tras su cese (Tabla 39). Asimismo, la iniciativa de consulta aumenta claramente con la gravedad de los síntomas (Tabla 40).

Por su parte, los/las profesionales de la salud abordan con mayor frecuencia el tema cuando los síntomas aparecen antes de la última regla (Tabla 39). Sin embargo, no se observa una tendencia clara en función de la gravedad de la sintomatología (Tabla 40).

Tabla 39. Consulta de los síntomas con profesionales de la salud según momento de aparición de los síntomas asociados al SGM. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Consulta a profesionales de la salud	Antes última regla	1r año de no tener la regla	Más allá del 1r año	Valor p
Sí, tema abordado por la paciente	41,1	41,9	32,2	0,001
Sí, tema abordado por el/la profesional	16,6	9,3	11,2	
No	42,3	48,8	56,7	
<i>n</i>	163	506	457	-

Tabla 40. Consulta de los síntomas con profesionales de la salud según gravedad de la sintomatología. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Consulta a profesionales de la salud	Leve	Moderada	Grave	Valor p
Sí, tema abordado por la paciente	27,0	43,7	54,5	<0,001
Sí, tema abordado por el/la profesional	9,6	14,5	10,2	
No	63,4	41,8	35,3	
<i>n</i>	560	311	255	-

Diferencias según factores socioeducativos y asistenciales

Las mujeres con estudios superiores sintomáticas consultan con mayor frecuencia por iniciativa propia sobre los síntomas del SGM (Tabla 41), al igual que aquellas que combinan servicios públicos y privados de ginecología (Tabla 42).

En cuanto a la iniciativa profesional, se observan diferencias según el contexto asistencial: en mujeres ya sintomáticas, los/las profesionales del ámbito privado o de mutua médica abordan el tema con mayor frecuencia que los/las del sistema público (Tabla 42).

Tabla 41. Consulta de los síntomas con profesionales de la salud según nivel de estudios finalizados. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Consulta a profesionales de la salud	Primarios	Secundarios	Superiores	Valor p
Sí, tema abordado por la paciente	21,5	35,7	41,5	0,020
Sí, tema abordado por el/la profesional	13,8	11,8	10,2	
No	64,6	52,6	48,3	
<i>n</i>	65	485	576	-

Tabla 42. Consulta de los síntomas con profesionales de la salud según tipo de servicios ginecológicos utilizados más frecuentemente. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Consulta a profesionales de la salud	No acude habitualmente	Servicios públicos	Servicios privados o mutua médica	Ambos por igual	Valor p
Sí, tema abordado por la paciente	19,4	36,1	41,2	49,7	<0,001
Sí, tema abordado por el/la profesional	1,5	10,0	17,1	12,6	
No	79,1	53,9	41,7	37,7	
n	67	709	199	151	-

C. Probabilidad de consulta entre mujeres sin síntomas asociados al SGM

Para analizar la intención de consultar en un futuro, se preguntó a mujeres sin síntomas la probabilidad futura. El 83,3% afirma que probablemente consultará si tuviera síntomas compatibles con el SGM (Figura 14) y mayoritariamente se decantarían por asesorarse con un profesional de la ginecología (60,7%) (Figura 15).

Figura 14. Probabilidad de consulta futura sobre los síntomas del SGM

($n=84$; mujeres asintomáticas)

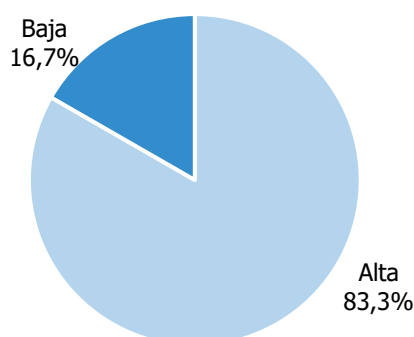
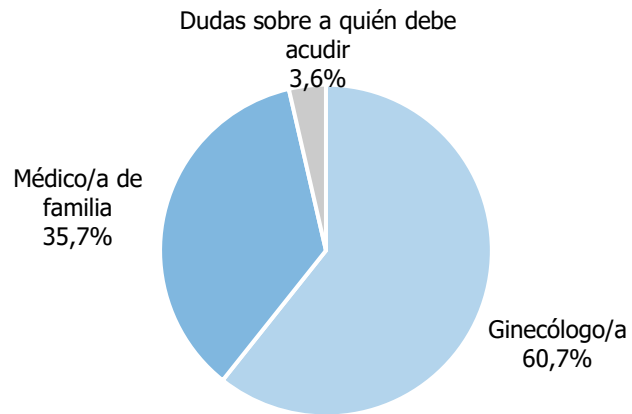


Figura 15. Profesional al que probablemente consultaran sobre los síntomas del SGM

(n=84; mujeres asintomáticas)

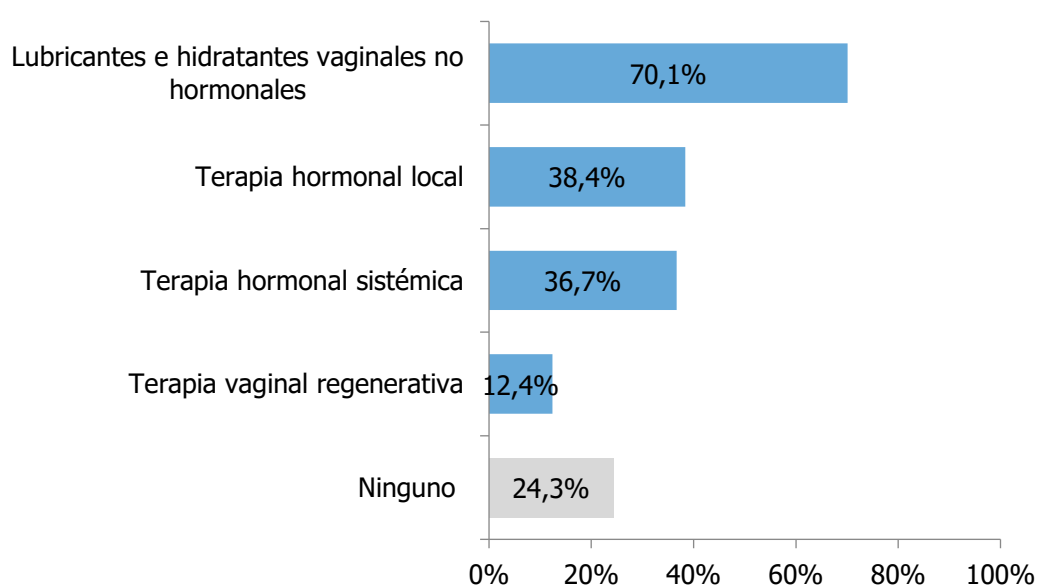


3.7. Conocimiento, uso y actitudes hacia los tratamientos de los síntomas del SGM

A. Conocimiento de tratamientos

Los tipos de tratamiento más conocidos por las mujeres en menopausia son los lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales (70,1%) (Figura 16). Por otra parte, los tratamientos hormonales locales y sistémicos son conocidos por algo más de 1 de cada 3 y en menor medida se conocen aquellos de última generación como la terapia vaginal regenerativa (12,4%).

Figura 16. Conocimiento de tratamientos para tratar los síntomas asociados al SGM ($n=1.210$) (respuesta múltiple)



De los 4 tipos de tratamientos mencionados, las mujeres conocen una media de 1,6. Cabe destacar que 24,3% de mujeres en menopausia no conocen ninguno y el 27,9% sólo conocen 1 tipo (Tabla 43).

Tabla 43. Número de tratamientos conocidos. Frecuencia ($n=1.210$)

Número de tratamientos conocidos	n	(%)
0 (ninguno)	294	(24,3)
1	338	(27,9)
2	270	(22,3)
3	203	(16,8)
4	105	(8,7)
Media (rango 0-4) (DT)	1,6	(1,3)

Diferencias según factores biológicos/cronológicos

En el grupo de mujeres de 55-69 años es significativamente más frecuente conocer los lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales y en el grupo de menos edad es más habitual no conocer ninguno (Tabla 44).

En cambio, no se observan diferencias significativas según el tiempo transcurrido desde la última menstruación (Tabla 45).

Tabla 44. Tipo de tratamientos conocidos según grupo de edad. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Tratamientos conocidos	45-54 años	55-69 años	Valor p
Lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales	66,7	72,3	0,036
Terapia hormonal local	37,5	39,0	ns
Terapia hormonal sistémica	36,7	36,7	ns
Terapia vaginal regenerativa	13,0	12,0	ns
Ninguno	27,5	22,2	0,038
<i>n</i>	477	733	-

Tabla 45. Tipo de tratamientos conocidos según tiempo transcurrido desde última menstruación. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.110$; mujeres que recuerdan tiempo transcurrido)

Tratamientos conocidos	1-2 años	3-4 años	5 o más años	Valor p
Lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales	68,6	70,9	73,3	ns
Terapia hormonal local	36,2	40,0	40,3	ns
Terapia hormonal sistémica	39,3	40,0	36,3	ns
Terapia vaginal regenerativa	13,1	9,7	12,8	ns
Ninguno	26,9	18,8	21,5	ns
<i>n</i>	290	165	655	-

Diferencias según factores clínicos

No se constatan diferencias significativas en el conocimiento de los diferentes tipos de tratamiento según el momento de aparición de los síntomas del SGM (Tabla 46). En cambio, se detecta una relación significativa entre la gravedad de la sintomatología asociada al SGM y el conocimiento de diversos tipos de tratamiento, las mujeres sin síntomas tienen un conocimiento bastante reducido y las que presentan síntomas más graves más extenso (Tabla 47).

Tabla 46. Tipo de tratamientos conocidos según momento de aparición de los síntomas asociados al SGM. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Tratamientos conocidos	Antes última regla	1r año de no tener la regla	Más allá del 1r año	Valor p
Lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales	69,3	73,5	71,6	ns
Terapia hormonal local	37,4	41,9	38,3	ns
Terapia hormonal sistémica	38,0	40,5	34,6	ns
Terapia vaginal regenerativa	12,3	13,8	11,8	ns
Ninguno	23,3	21,1	22,3	ns
<i>n</i>	163	506	457	-

Tabla 47. Tipo de tratamientos conocidos según gravedad de la sintomatología. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Tratamientos conocidos	Sin síntomas	Leve	Moderada	Grave	Valor p
Lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales	42,9	67,3	73,3	81,2	<0,001
Terapia hormonal local	20,2	37,3	37,9	47,5	<0,001
Terapia hormonal sistémica	22,6	36,4	39,5	38,4	0,035
Terapia vaginal regenerativa	7,1	11,3	11,9	17,3	0,038
Ninguno	56,0	27,1	19,3	13,7	<0,001
<i>n</i>	84	560	311	255	-

Diferencias según factores socioeducativos y asistenciales

En general, no se identifican diferencias significativas en el conocimiento de los tratamientos según el nivel de estudios, con la excepción de la terapia hormonal sistémica que es conocida más frecuentemente entre las mujeres con estudios superiores (Tabla 48).

Los factores asistenciales, en cambio, muestran una asociación significativa con el conocimiento de los tratamientos. Las mujeres que no acuden habitualmente a servicios ginecológicos presentan un menor nivel de conocimiento en comparación con aquellas que combinan servicios públicos y privados o de mutua médica. Asimismo, el uso preferente de servicios privados o de mutua médica se asocia con un mayor conocimiento de los lubricantes o hidratantes vaginales no hormonales y con el conocimiento de alguno de los cuatro tipos de tratamiento considerados (Tabla 49).

Tabla 48. Tipo de tratamientos conocidos según nivel de estudios finalizados. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Tratamientos conocidos	Primarios	Secundarios	Superiores	Valor p
Lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales	61,1	69,8	71,4	ns
Terapia hormonal local	36,1	35,0	41,6	ns
Terapia hormonal sistémica	23,6	34,0	40,5	0,005
Terapia vaginal regenerativa	12,5	10,3	14,1	ns
Ninguno	30,6	25,2	22,8	ns
<i>n</i>	72	523	615	

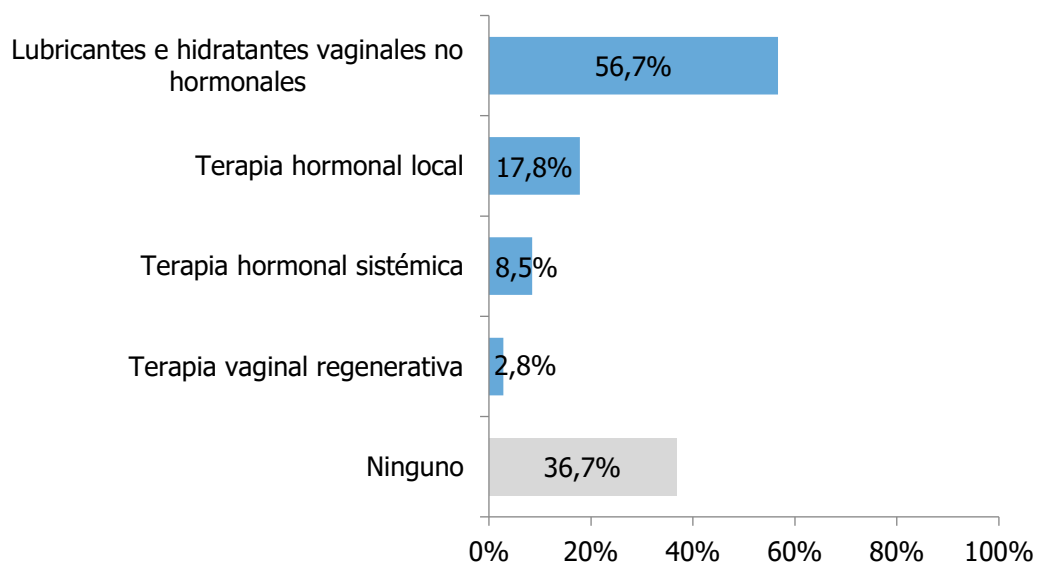
Tabla 49. Tipo de tratamientos conocidos según tipo de servicios ginecológicos utilizados más frecuentemente. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Tratamientos conocidos	No acude habitualmente	Servicios públicos	Servicios privados o mutua médica	Ambos por igual	Valor p
Lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales	41,5	68,4	79,2	80,9	<0,001
Terapia hormonal local	17,1	37,9	43,4	45,2	<0,001
Terapia hormonal sistémica	20,7	35,4	41,0	45,2	0,001
Terapia vaginal regenerativa	2,4	11,1	16,0	19,1	<0,001
Ninguno	53,7	25,8	14,6	14,6	<0,001
<i>n</i>	82	759	212	157	

B. Uso de tratamientos

Entre las mujeres sintomáticas, el tratamiento más habitual para aliviar los síntomas del SGM son los lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales (56,7%), seguido a distancia por la terapia hormonal local (17,8%) (Figura 17).

Figura 17. Uso de tratamientos para tratar los síntomas asociados al SGM ($n=1.126$; mujeres sintomáticas) (respuesta múltiple)



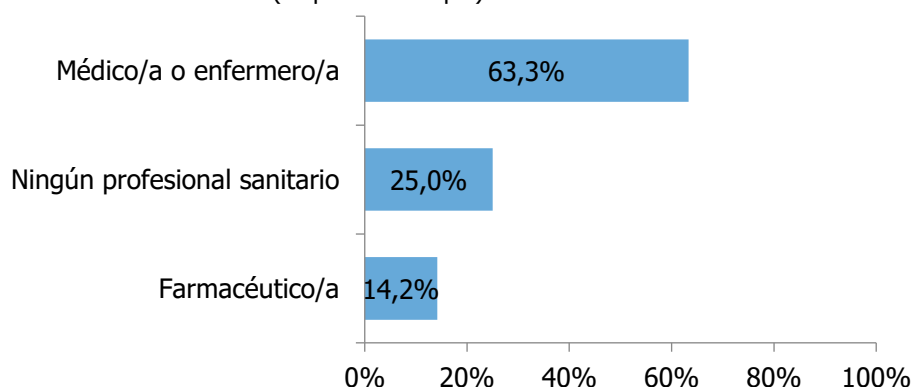
Por otra parte, el 36,7% de las mujeres sintomáticas no ha utilizado ni probado ningún tratamiento de los mencionados y lo más habitual es haber utilizado o probado un tipo (45,3%) (Tabla 50).

Tabla 50. Número de tratamientos utilizados ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Número de tratamientos utilizados	n	(%)
0 (ninguno)	413	(36,7)
1	510	(45,3)
2	163	(14,5)
3	29	(2,6)
4	11	(1,0)
Media (rango 0-4) (DT)	0,9	(0,8)

Entre las mujeres que utilizan algún tratamiento para contrarrestar los síntomas, para el 63,3% la recomendación proviene de un profesional de la medicina o enfermería (Figura 18). Destaca que 25% de las mujeres usa uno o más tratamientos de los mencionados sin que ningún profesional sanitario se lo haya recomendado.

Figura 18. Profesional sanitario que recomienda el tratamiento/s ($n=713$; mujeres sintomáticas que utilizan algún tratamiento) (respuesta múltiple)



Teniendo en cuenta el tipo de tratamiento, entre las mujeres que únicamente utilizan lubricantes o hidratantes no hormonales, aunque la recomendación por parte de profesionales de la salud es la situación más frecuente, un porcentaje bastante elevado (37,0%) los emplea sin dicho asesoramiento. En cambio, cuando se utilizan otros tratamientos (solos o combinados) la recomendación por parte de profesionales es claramente más predominante (92-96%) (Tabla 51).

Tabla 51. Tipo de profesional que recomienda algún tratamiento según tipo de tratamientos utilizados. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=713$; mujeres sintomáticas que utilizan algún tratamiento)

Profesionales que recomiendan algún tratamiento	Sólo lubricantes o hidratantes no hormonales	Lubricantes o hidratantes no hormonales combinados con otros tratamientos	Sólo otros tratamientos	Valor p
Ningún profesional sanitario	37,0	4,1	8,1	<0,001
Medico/a o enfermero/a	46,3	86,2	81,1	
Farmacéutico/a	14,2	6,6	10,8	
Ambos	2,5	3,1	0,0	
n	443	196	74	-

Diferencias según factores biológicos/cronológicos

Se observan diferencias significativas en el uso de los tratamientos relacionadas con factores biológicos y cronológicos, las mujeres de 55-69 años o aquellas que llevan más tiempo sin la menstruación utilizan con mayor frecuencia lubricantes/hidratantes vaginales no hormonales (Tablas 52 y 53). En cambio, la terapia hormonal sistémica es más frecuente entre mujeres de 45 a 54 años. Por otra parte, entre las mujeres que llevan menos tiempo sin la menstruación es más habitual no haber utilizado ni probado ningún tratamiento.

Tabla 52. Tipo de tratamientos utilizados según grupo de edad. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Tratamientos utilizados	45-54 años	55-69 años	Valor p
Lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales	52,6	59,5	0,023
Terapia hormonal local	17,1	18,2	ns
Terapia hormonal sistémica	11,2	6,8	0,008
Terapia vaginal regenerativa	2,7	2,9	ns
Ninguno	40,0	34,5	ns
<i>n</i>	445	681	-

Tabla 53. Tipo de tratamientos utilizados según tiempo transcurrido desde última menstruación. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.039$; mujeres sintomáticas que recuerdan tiempo transcurrido)

Tratamientos utilizados	1-2 años	3-4 años	5 o más años	Valor p
Lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales	48,5	55,2	62,0	0,001
Terapia hormonal local	15,3	13,0	20,1	ns
Terapia hormonal sistémica	10,2	7,1	9,0	ns
Terapia vaginal regenerativa	3,6	1,9	2,9	ns
Ninguno	43,4	38,3	31,8	0,003
<i>n</i>	274	154	611	-

Diferencias según factores clínicos

El uso de tratamientos para aliviar los síntomas del SGM en general no se asocia al momento de aparición de los síntomas, a excepción de la terapia hormonal sistémica menos habitual cuando éstos aparecen más allá del primer año sin la menstruación (Tabla 54).

En cambio, se detecta una asociación más consistente entre el uso de tratamientos y la gravedad de los síntomas, la frecuencia de uso de los tratamientos aumenta a medida que aumenta la gravedad (Tabla 55).

Tabla 54. Tipo de tratamientos utilizados según momento de aparición de los síntomas asociados al SGM. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Tratamientos utilizados	Antes última regla	1r año de no tener la regla	Más allá del 1r año	Valor p
Lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales	53,4	59,7	54,7	ns
Terapia hormonal local	17,2	19,6	16,0	ns
Terapia hormonal sistémica	12,3	10,5	5,0	0,002
Terapia vaginal regenerativa	4,3	3,6	1,5	ns
Ninguno	37,4	34,4	38,9	ns
<i>n</i>	163	506	457	-

Tabla 55. Tipo de tratamientos utilizados según gravedad de la sintomatología. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Tratamientos utilizados	Leve	Moderada	Grave	Valor p
Lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales	44,3	62,7	76,9	<0,001
Terapia hormonal local	9,6	22,8	29,4	<0,001
Terapia hormonal sistémica	6,8	9,3	11,4	ns
Terapia vaginal regenerativa	1,1	2,6	7,1	<0,001
Ninguno	50,0	28,3	17,6	<0,001
<i>n</i>	560	311	255	-

Diferencias según factores socioeducativos y asistenciales

No se identifican diferencias significativas en relación con el nivel de estudios (Tabla 56), pero sí según factores asistenciales. Las mujeres que no acuden habitualmente a servicios ginecológicos o lo hacen preferentemente a través de servicios públicos utilizan con menor frecuencia los lubricantes/hidratantes vaginales no hormonales y la terapia hormonal local, así como algún tipo de tratamiento en general (Tabla 57).

Tabla 56. Tipo de tratamientos utilizados según nivel de estudios finalizados. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Tratamientos utilizados	Primarios	Secundarios	Superiores	Valor p
Lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales	47,7	54,6	59,5	ns
Terapia hormonal local	13,8	16,5	19,3	ns
Terapia hormonal sistémica	10,8	8,7	8,2	ns
Terapia vaginal regenerativa	3,1	2,3	3,3	ns
Ninguno	43,1	39,2	33,9	ns
<i>n</i>	65	485	576	-

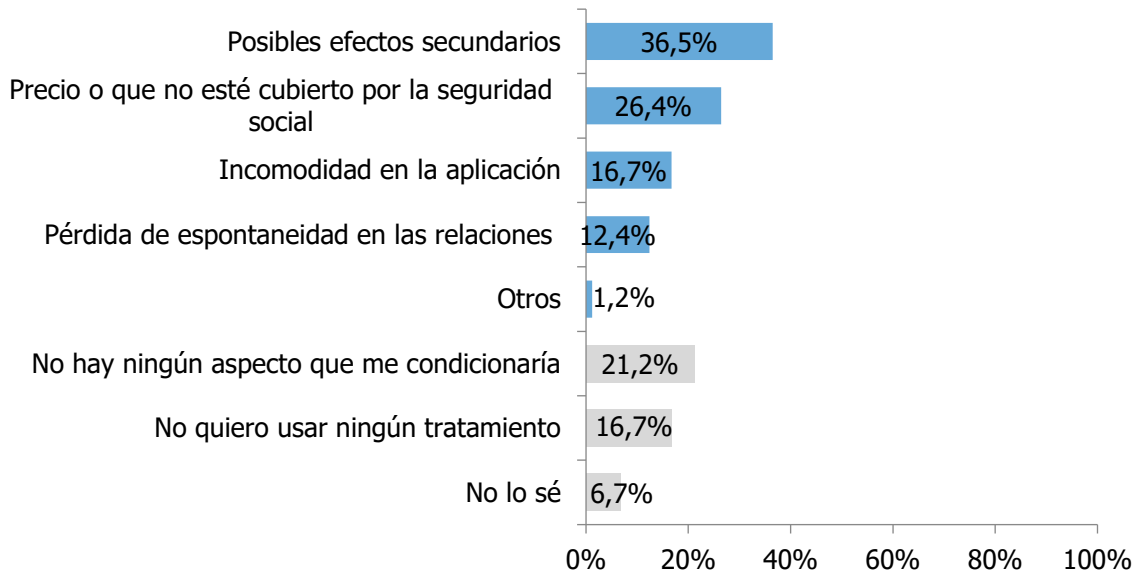
Tabla 57. Tipo de tratamientos utilizados según tipo de servicios ginecológicos utilizados más frecuentemente. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Tratamientos utilizados	No acude habitualmente	Servicios públicos	Servicios privados o mutua médica	Ambos por igual	Valor p
Lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales	31,3	53,3	66,8	70,9	<0,001
Terapia hormonal local	6,0	15,0	21,6	31,1	<0,001
Terapia hormonal sistémica	7,5	7,1	11,1	12,6	ns
Terapia vaginal regenerativa	0,0	2,4	4,0	4,6	ns
Ninguno	62,7	40,5	24,6	23,2	<0,001
<i>n</i>	67	709	199	151	-

C. Aspectos que condicionarían el uso del tratamiento

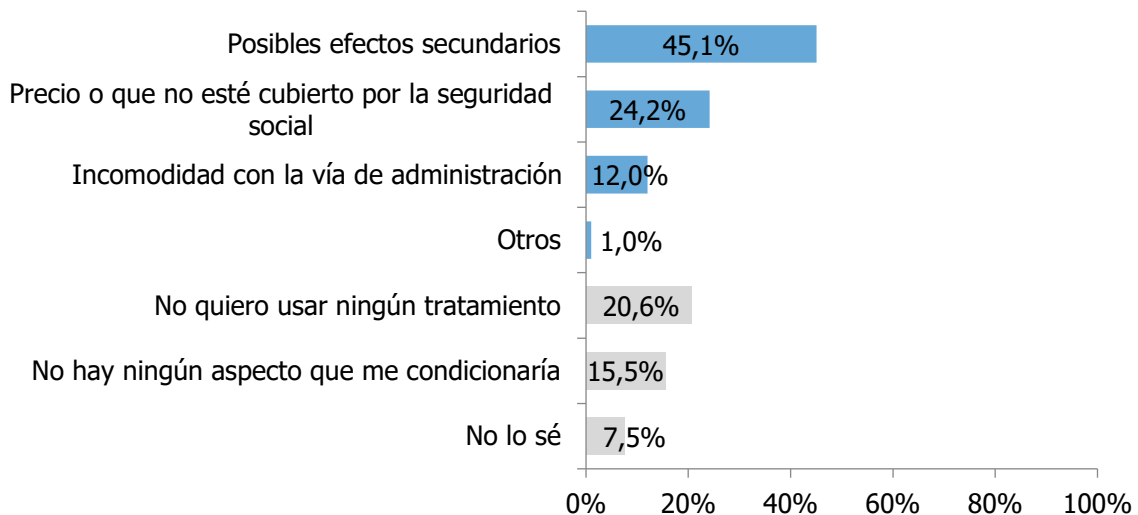
Los factores que en general condicionarían el uso de terapias hormonales locales son la posible presencia de efectos secundarios (36,5%) y el precio (26,4%) (Figura 19).

Figura 19. Aspectos que condicionarían el uso de tratamiento hormonal local ($n=1.210$) (respuesta múltiple)



Para las terapias hormonales sistémicas los resultados son similares, pero la presencia de efectos secundarios adquiere más relevancia (45,1%) y la importancia del precio se mantiene (24,2%) (Figura 20).

Figura 20. Aspectos que condicionarían el uso de tratamiento hormonal sistémico ($n=1.210$) (respuesta múltiple)



Diferencias según factores biológicos/cronológicos

Se identifican más reticencias o condicionantes en el uso de tratamientos hormonales en las mujeres de 45 a 54 años (Tabla 58).

No se observan diferencias significativas relacionados con el tiempo transcurrido desde el cese de la menstruación (Tabla 59).

Tabla 58. Aspectos que condicionarían el uso de tratamientos según grupo de edad. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Condicionantes	45-54 años	55-69 años	Valor p
Terapia hormonal local			
Efectos secundarios	39,8	34,4	ns
Precio o coste	32,1	22,6	<0,001
Terapia hormonal sistémica			
Efectos secundarios	49,1	42,6	0,027
Precio o coste	28,5	21,4	0,005
<i>n</i>	477	733	-

Tabla 59. Aspectos que condicionarían el uso de tratamientos según tiempo transcurrido desde última menstruación. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.110$; mujeres que recuerdan tiempo transcurrido)

Condicionantes	1-2 años	3-4 años	5 o más años	Valor p
Terapia hormonal local				
Efectos secundarios	38,6	40,0	35,7	ns
Precio o coste	30,7	29,7	24,1	ns
Terapia hormonal sistémica				
Efectos secundarios	46,2	54,5	44,3	ns
Precio o coste	24,5	26,1	23,5	ns
<i>n</i>	290	165	655	-

Diferencias según factores clínicos

Los condicionantes para el uso de tratamientos hormonales no varían significativamente según el momento de aparición de los síntomas del SGM (Tabla 60).

En cambio, se constatan más reticencias o condicionantes en el uso de tratamientos hormonales a medida que aumenta la gravedad de la sintomatología (Tabla 61).

Tabla 60. Aspectos que condicionarían el uso de tratamientos según momento de aparición de los síntomas asociados al SGM. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Condicionantes	Antes última regla	1r año de no tener la regla	Más allá del 1r año	Valor p
Terapia hormonal local				
Efectos secundarios	34,4	38,1	37,4	ns
Precio o coste	27,0	27,9	25,2	ns
Terapia hormonal sistémica				
Efectos secundarios	46,6	47,8	44,3	ns
Precio o coste	23,3	27,3	21,9	ns
<i>n</i>	163	506	457	-

Tabla 61. Aspectos que condicionarían el uso de tratamientos según gravedad de la sintomatología. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Condicionantes	Sin síntomas	Leve	Moderada	Grave	Valor p
Terapia hormonal local					
Efectos secundarios	26,2	31,6	43,1	42,6	<0,001
Precio o coste	22,6	19,1	31,5	37,3	<0,001
Terapia hormonal sistémica					
Efectos secundarios	28,6	40,4	51,1	53,7	<0,001
Precio o coste	20,2	20,0	26,4	32,2	0,001
<i>n</i>	84	560	311	255	-

Diferencias según factores socioeducativos y asistenciales

Los posibles efectos secundarios a las terapias hormonales constituyen un condicionante más habitual para las mujeres con estudios superiores (Tabla 62).

Por otra parte, las mujeres que no acuden habitualmente a servicios ginecológicos señalan con menor frecuencia los efectos secundarios o el precio como condicionantes en el uso de terapias hormonales (Tabla 63).

Tabla 62. Aspectos que condicionarían el uso de tratamientos según nivel de estudios finalizados. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Condicionantes	Primarios	Secundarios	Superiores	Valor p
Terapia hormonal local				
Efectos secundarios	23,6	31,0	42,8	<0,001
Precio o coste	22,2	23,9	28,9	ns
Terapia hormonal sistémica				
Efectos secundarios	20,8	39,8	52,5	<0,001
Precio o coste	19,4	24,7	24,4	ns
<i>n</i>	72	523	615	-

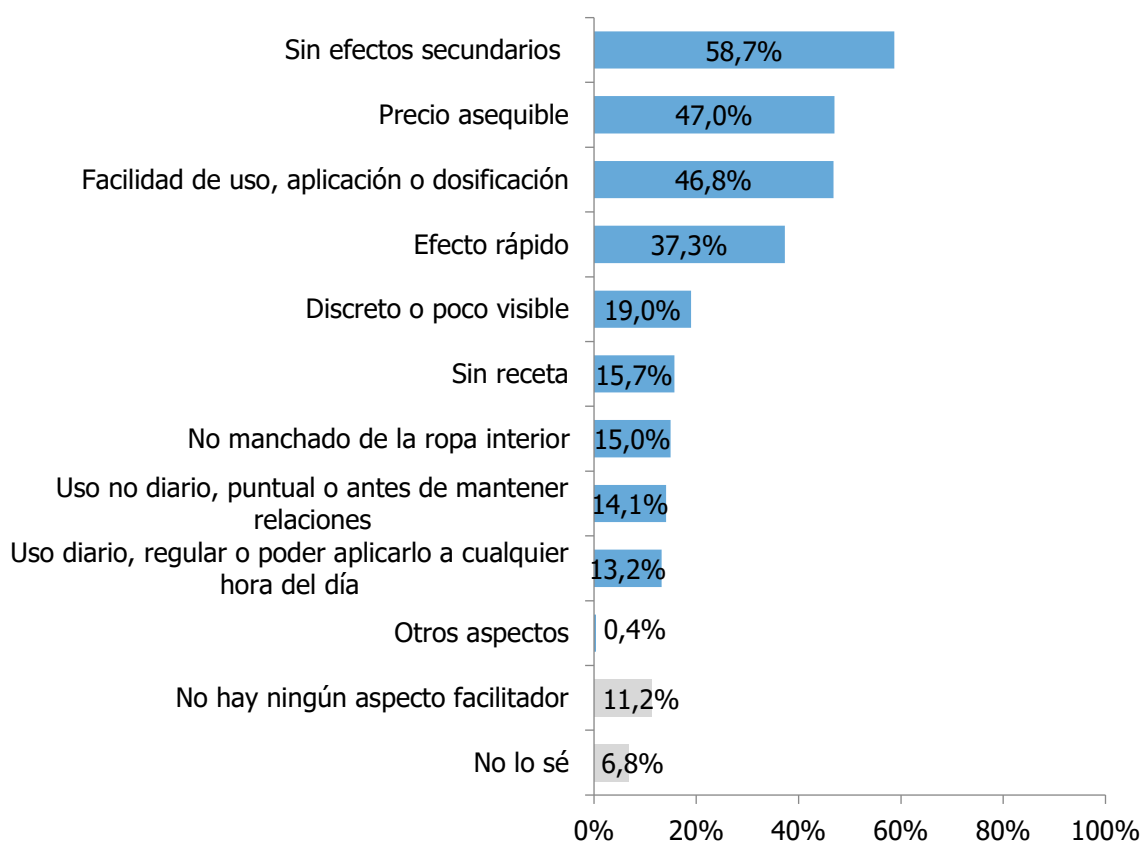
Tabla 63. Aspectos que condicionarían el uso de tratamientos según tipo de servicios ginecológicos utilizados más frecuentemente. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Condicionantes	No acude habitualmente	Servicios públicos	Servicios privados o mutua médica	Ambos por igual	Valor p
Terapia hormonal local					
Efectos secundarios	25,6	34,8	43,4	41,4	0,011
Precio o coste	18,3	27,0	25,9	28,0	ns
Terapia hormonal sistémica					
Efectos secundarios	29,3	44,7	48,1	51,6	0,008
Precio o coste	12,2	25,3	21,2	29,3	0,017
<i>n</i>	82	759	212	157	-

D. Aspectos que facilitarían la adherencia al tratamiento

En relación con los aspectos que facilitarían la adherencia al tratamiento destacan, de manera paralela los condicionantes previamente mencionados, la ausencia de efectos secundarios (58,7%) y el precio asequible (47,0%). A estos se añaden la facilidad de uso, aplicación o dosificación (46,8%) y la rapidez del efecto (37,3%) (Figura 19).

Figura 19. Aspectos que facilitarían la adherencia al tratamiento del SGM ($n=1.210$) (respuesta múltiple)



Diferencias según factores biológicos/cronológicos

Los factores asociados a la adherencia al tratamiento del SGM no presentan variaciones significativas según la edad ni según el tiempo transcurrido desde la última menstruación (Tablas 64 y 65).

Tabla 64. Aspectos que facilitarían la adherencia al tratamiento según grupo de edad. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Facilitadores	45-54 años	55-69 años	Valor p
Sin efectos secundarios	58,5	58,8	ns
Precio asequible	49,5	45,4	ns
Facilidad de uso, aplicación o dosificación	48,6	45,6	ns
Efecto rápido	35,6	38,3	ns
<i>n</i>	477	733	-

Tabla 65. Aspectos que facilitarían la adherencia al tratamiento según tiempo transcurrido desde última menstruación. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.110$; mujeres que recuerdan tiempo transcurrido)

Facilitadores	1-2 años	3-4 años	5 o más años	Valor p
Sin efectos secundarios	58,3	63,6	59,1	ns
Precio asequible	47,9	50,3	46,9	ns
Facilidad de uso, aplicación o dosificación	45,9	52,1	46,6	ns
Efecto rápido	33,4	40,0	38,5	ns
<i>n</i>	290	165	655	-

Diferencias según factores clínicos

No se observan diferencias significativas en los factores de adherencia al tratamiento del SGM según el momento de aparición de los síntomas (Tabla 66).

En cambio, la gravedad de los síntomas se asocia a diferencias en la valoración de los factores analizados. Las mujeres con sintomatología moderada o grave señalan con mayor frecuencia los distintos facilitadores de la adherencia al tratamiento (Tabla 67).

Tabla 66. Aspectos que facilitarían la adherencia al tratamiento según momento de aparición de los síntomas asociados al SGM. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.126$; mujeres sintomáticas)

Facilitadores	Antes última regla	1r año de no tener la regla	Más allá del 1r año	Valor p
Sin efectos secundarios	55,8	60,5	60,4	ns
Precio asequible	44,2	49,8	46,4	ns
Facilidad de uso, aplicación o dosificación	40,5	49,6	47,3	ns
Efecto rápido	33,1	40,1	37,2	ns
<i>n</i>	163	506	457	-

Tabla 67. Aspectos que facilitarían la adherencia al tratamiento según gravedad de la sintomatología. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Facilitadores	Sin síntomas	Leve	Moderada	Grave	Valor p
Sin efectos secundarios	44,0	54,6	65,9	63,5	<0,001
Precio asequible	39,3	41,8	52,7	54,1	0,001
Facilidad de uso, aplicación o dosificación	39,3	41,3	52,1	54,9	<0,001
Efecto rápido	28,6	33,0	41,5	44,3	0,002
<i>n</i>	84	560	311	255	-

Diferencias según factores socioeducativos y asistenciales

La valoración de los factores de adherencia al tratamiento varía según el nivel de estudios. En general, las mujeres con estudios superiores señalan más frecuentemente los principales factores analizados (Tabla 68).

En cuanto a aspectos asistenciales, únicamente se observan diferencias significativas en relación con la facilidad de uso, aplicación o dosificación y la rapidez del efecto. Las mujeres que no acuden habitualmente a servicios de ginecología mencionan con menor frecuencia estos facilitadores en la adherencia al tratamiento (Tabla 69).

Tabla 68. Aspectos que facilitarían la adherencia al tratamiento según nivel de estudios finalizados. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Facilitadores	Primarios	Secundarios	Superiores	Valor p
Sin efectos secundarios	29,2	55,1	65,2	<0,001
Precio asequible	38,9	43,8	50,7	0,023
Facilidad de uso, aplicación o dosificación	27,8	44,6	50,9	<0,001
Efecto rápido	22,2	38,0	38,4	0,024
<i>n</i>	72	523	615	-

Tabla 69. Aspectos que facilitarían la adherencia al tratamiento según tipo de servicios ginecológicos utilizados más frecuentemente. Frecuencia y valor p (prueba χ^2 de Pearson) ($n=1.210$)

Facilitadores	No acude habitualmente	Servicios públicos	Servicios privados o mutua médica	Ambos por igual	Valor p
Sin efectos secundarios	47,6	58,2	59,9	65,0	ns
Precio asequible	39,0	48,5	44,8	47,1	ns
Facilidad de uso, aplicación o dosificación	32,9	46,1	50,0	52,9	0,022
Efecto rápido	22,0	36,6	36,8	49,0	0,001
<i>n</i>	82	759	212	157	-

4. Conclusiones

4.1. Principales hallazgos

A continuación, se recogen los principales resultados del estudio.

El **conocimiento de la relación** entre la menopausia y los síntomas genitourinarios es limitado. En promedio, sólo el 30,8% de las mujeres en menopausia reconoce la asociación entre estos síntomas y la menopausia. Además, existe una gran variabilidad entre síntomas: mientras que la sequedad vaginal es ampliamente reconocida (70,3%), otros síntomas como el sangrado tras las relaciones sexuales apenas se identifican (6,3%).

El conocimiento de esta relación es significativamente mayor entre mujeres con mayor nivel de estudios y aquellas que frecuentan servicios ginecológicos. Asimismo, las mujeres con sintomatología más grave muestran un mayor conocimiento de esta asociación. Este resultado sugiere que el reconocimiento de estos síntomas suele producirse a partir de la propia experiencia de los síntomas, más que a partir de información previa o preventiva. Esta experiencia también podría favorecer una mayor búsqueda de información o el contacto con profesionales de la salud. En conjunto, los resultados apuntan a un conocimiento más reactivo que preventivo.

El **término** atrofia vulvovaginal sigue siendo más conocido que el término síndrome genitourinario de la menopausia, a pesar de que este último es más reciente y engloba un espectro más amplio de síntomas. En general, todavía hay un gran desconocimiento el 71,7% de las mujeres en menopausia no conoce ni ha oído hablar de estos dos términos.

Los síntomas asociados al SGM presentan una **prevalencia** media del 52,7 %, aunque con variaciones importantes entre síntomas. La sequedad vaginal es informada por el 81,1% mientras que el sangrado después de las relaciones sexuales por el 19,4%.

La **gravedad** de la sintomatología se relaciona con el momento de aparición de los síntomas, lo que sugiere que este factor debería tenerse en cuenta en la evaluación clínica. Asimismo, también guarda relación con el uso de servicios ginecológicos. Las mujeres que no acuden regularmente a consulta ginecológica informan de una menor presencia de síntomas, lo que sugiere que la percepción de los síntomas puede influir en la búsqueda de atención sanitaria.

Los síntomas del SGM tienen **impacto** en la calidad de vida de la gran mayoría de las mujeres (92,9%), aunque la intensidad del impacto se sitúa generalmente en niveles moderados. Las áreas más afectadas son la vida sexual o de pareja y la personal, específicamente en relación con la autoestima y el estado de ánimo.

El impacto es mayor en mujeres más jóvenes, con aparición temprana de los síntomas y con sintomatología más grave. La asociación con la edad podría explicarse tanto por una posible disminución de algunos síntomas con el tiempo como por una normalización o adaptación progresiva a estos.

El **abordaje del SGM** en consulta es limitado. Sólo el 22,9% de las mujeres afirman que los profesionales de la ginecología introducen este tema por iniciativa propia durante la atención clínica. Además, esta iniciativa no aumenta con la gravedad de la sintomatología, lo que sugiere que la severidad de los síntomas no siempre se traduce en un mayor abordaje clínico del problema. Por otra parte, en los servicios públicos el abordaje profesional se reduce al 19,8% y en servicios privados o mutua médica aumenta a 33,5%.

Entre las mujeres con síntomas asociados al SGM, el 37,8% consultan sobre estos por iniciativa propia a algún profesional de la salud, pero el 51,1% nunca han abordado el tema con un profesional sanitario. La consulta es más frecuente cuando los síntomas son más graves y aparecen en etapas más tempranas. También las mujeres con estudios superiores sintomáticas consultan con mayor frecuencia por iniciativa propia sobre los síntomas del SGM.

El 75,7% de las mujeres en menopausia **conocen** al menos un **tratamiento** de los síntomas del SGM, y entre las que tienen síntomas sólo el 63,3% **han utilizado o probado** alguno. Los tratamientos más conocidos y utilizados son los lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales.

El conocimiento y uso de los tratamientos aumenta con la gravedad de los síntomas y el uso de servicios ginecológicos. Este resultado sugiere que el acceso a información sobre opciones terapéuticas suele producirse de manera reactiva, principalmente cuando la sintomatología ya es más grave.

Los principales **factores que condicionan** el uso de tratamientos hormonales son los posibles efectos secundarios y el precio del tratamiento. Estas reticencias son más frecuentes en las mujeres más jóvenes, con mayor nivel educativo y sintomatología más grave.

Los principales **factores que facilitarían la adherencia** al tratamiento para los síntomas del SGM son la ausencia de efectos secundarios y el precio asequible, pero también la facilidad de uso y la rapidez de los efectos. La percepción de aspectos facilitadores es más frecuente en mujeres con estudios superiores o sintomatología más grave.

4.2. Recomendaciones

A continuación, se presentan algunas propuestas en base a los resultados obtenidos.

Campañas de información dirigidas a mujeres en transición a la menopausia

Desarrollar campañas de información dirigidas a mujeres en edades cercanas a la menopausia con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre el SGM, sus síntomas y las opciones terapéuticas disponibles.

Sensibilización de profesionales sanitarios

Promover acciones formativas o de sensibilización dirigidas a profesionales de ginecología, atención primaria y enfermería para fomentar el abordaje proactivo del SGM en consulta.

Integración de protocolos de detección del SGM en la práctica clínica

Incorporar preguntas estructuradas o sistemáticas sobre síntomas genitourinarios en las consultas ginecológicas o de salud sexual y reproductiva.

Difusión de información sobre tratamientos

Desarrollar materiales informativos dirigidos a mujeres con síntomas asociados al SGM que expliquen las opciones terapéuticas disponibles, la eficacia y seguridad y posibles efectos secundarios.

Revisión del cuestionario en futuras ediciones del estudio

En caso de repetir el estudio, se recomienda introducir algunos ajustes en el cuestionario para mejorar la comprensión de las preguntas filtro sobre la causa de la menopausia y profundizar en la historia previa de hábitos de salud.

4.3. Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados.

En primer lugar, la información relativa a la sintomatología procede de **autorreporte**, lo que puede introducir determinados sesgos asociados a la percepción individual de los síntomas o a posibles errores de recuerdo.

En segundo lugar, la proporción de mujeres con **estudios superiores** en la muestra es mayor que la observada en la población general. Este aspecto debe considerarse especialmente en aquellos resultados en los que se identifican asociaciones con el nivel educativo.

En tercer lugar, al tratarse de una muestra procedente de un **panel online**, las participantes pueden presentar características distintas a las de la población general. Asimismo, no se dispone de información detallada sobre la posible presencia de **mujeres de origen extranjero** en la muestra, lo que limita la valoración de la diversidad sociodemográfica de las participantes. No obstante, cabe señalar que el uso de paneles online es un procedimiento habitual en este tipo de estudios sobre menopausia y salud femenina (⁴Kingsberg et al., 2013; ⁸Nappi et al., 2012; ¹³Palacios et al., 2017).

Además, al tratarse de una encuesta voluntaria no puede descartarse la presencia de **sesgos de participación o autoselección**, de modo que las mujeres con mayor interés en el tema o con mayor experiencia de sintomatología asociada a la menopausia podrían haber tenido una mayor probabilidad de participar en el estudio.

Por otra parte, el **diseño transversal del estudio** permite identificar asociaciones entre variables, pero no establecer relaciones causales ni analizar la evolución temporal de los síntomas o de las experiencias relacionadas con la menopausia.

Por último, el **cuestionario utilizado no ha sido previamente validado empíricamente**. Sin embargo, se llevó a cabo un proceso de **validación de contenido mediante la revisión por expertos**, lo que contribuye a garantizar la adecuación de los ítems incluidos en el instrumento.

A pesar de estas limitaciones, el **tamaño amplio de la muestra y la cobertura territorial del estudio** permiten obtener una aproximación relevante al conocimiento, la experiencia y el impacto de los síntomas asociados al síndrome genitourinario de la menopausia en mujeres residentes en España.

5. Bibliografía consultada

- ¹Buendía-Bermejo J, Rodríguez-Segarra R, Yubero-Bascuñana N, Martínez-Vizcaíno V. Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en mujeres posmenopáusicas: el cuestionario MENCAV. *Aten Primaria*. 2001;27(2):94–100.
- ²DiBonaventura M, Luo X, Moffatt M, Bushmakin AG, Kumar M, Bobula J. The association between vulvovaginal atrophy symptoms and quality of life among postmenopausal women in the United States and Western Europe. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015;24:713–722.
- ³Huang AJ, Gregorich SE, Kuppermann M, et al. Day-to-Day Impact of Vaginal Aging questionnaire: a multidimensional measure of the impact of vaginal symptoms on functioning and well-being in postmenopausal women. *Menopause*. 2015;22:144–154.
- ⁴Kingsberg SA, Wysocki S, Magnus L, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (REal Women's VIEWS of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey. *J Sex Med*. 2013 Jul;10(7):1790–9.
- ⁵Lujan-Barroso L, Gibert K, Obón-Santacana M, Chirlaque MD, Sánchez MJ, Larrañaga N, Barricarte A, Quirós JR, Salamanca-Fernández E, Colorado-Yohar S, Gómez-Pozo B, Agudo A, Duell EJ. 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*. 2018 Nov;30(6):e23181.
- ⁶Manubens M, Parrilla JJ, Grupo Cervantes, Alberich X, Ferrer Barriendos J, Palacios Gil-Antuñano S, Castelo-Blanco C, Martí A. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia: desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Med Clin (Barc)*. 2004;122(6):205–211.
- ⁷Mascort C, Beltrán i Vilella M, Solanas P, Vargas S, Saura S, Adalid C. Validez y fiabilidad de la prueba de Kupperman. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2008;35(4):126–130.
- ⁸Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) - results from an international survey. *Climacteric*. 2012 Feb;15(1):36–44.
- ⁹Nappi RE, Mattsson LÅ, Lachowsky M, Maamari R, Giraldi A. The CLOSER survey: impact of postmenopausal vaginal discomfort on relationships between women and their partners in Northern and Southern Europe. *Maturitas*. 2013 Aug;75(4):373–9.
- ¹⁰Nappi RE, Palacios S, Bruyniks N, Particco M, Panay N; EVES Study investigators. The burden of vulvovaginal atrophy on women's daily living: implications on quality of life from a face-to-face real-life survey. *Menopause*. 2019 May;26(5):485–491.
- ¹¹Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climacteric*. 2016 Apr;19(2):188–97.

- ¹²Nappi RE, Palacios S, Particco M, Panay N. The REVIVE (REal Women's VIEWS of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey in Europe: Country-specific comparisons of postmenopausal women's perceptions, experiences and needs. *Maturitas*. 2016 Sep;91:81–90.
- ¹³Palacios S, Cancelo MJ, Castelo Branco C, Llana P, Molero F, Borrego RS. Vulvar and vaginal atrophy as viewed by the Spanish REVIVE participants: symptoms, management and treatment perceptions. *Climacteric*. 2017 Feb;20(1):55–61.
- ¹⁴Palacios S, Nappi RE, Bruyniks N, Particco M, Panay N; EVES Study Investigators. The European Vulvovaginal Epidemiological Survey (EVES): prevalence, symptoms and impact of vulvovaginal atrophy of menopause. *Climacteric J Int Menopause Soc*. 2018;21:286–291.
- ¹⁵Thomas HN, Hess R, Thurston RC. Correlates of Sexual Activity and Satisfaction in Midlife and Older Women. *Ann Fam Med*. 2015 Jul-Aug;13(4):336–42.
- ¹⁶Vistad I, Fosså SD, Kristensen GB, Mykletun A, Dahl AA. The sexual activity questionnaire: psychometric properties and normative data in a Norwegian population sample. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007 Jan-Feb;16(1):139–48.
- ¹⁷Wysocki S, Kingsberg S, Krychman M. Management of Vaginal Atrophy: Implications from the REVIVE Survey. *Clin Med Insights Reprod Health*. 2014 Jun 8;8:23–30.

6. Anexo

6.1. Cuestionario

A continuación, se muestra la versión digital, pero para el estudio se programó en versión online.

Encuesta sobre los signos y síntomas genitourinarios de la menopausia; descripción del manejo de los síntomas en España e impacto en la calidad de vida

Le invitamos a participar en un estudio que tiene como **objetivo** conocer los cambios e impacto asociados a la sintomatología de la menopausia y los tratamientos que conoce o utiliza.

Esta encuesta incluye preguntas de carácter personal y, en ciertos casos, datos considerados sensibles según la normativa vigente en materia de protección de datos. Toda la información será tratada de forma confidencial y utilizada únicamente para los fines descritos, de acuerdo con lo establecido en la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales.

Por favor, indique a continuación si da su consentimiento para el tratamiento de los datos que proporcione.

- Consiento
 No consiento (fin de la encuesta)

Si consiente, clique el botón "continuar" para seguir con la encuesta.

BLOQUE 1: DATOS INICIALES

1. ¿En qué comunidad autónoma resides?
[desplegable CCAA]

2. ¿Cuál es tu edad?

45 46 47 48 49 50 51 52 53 54
55 56 57 58 59 60 61 62 63 64
65 66 67 68 69

3. En el último año, ¿cómo ha sido tu menstruación?

- Regular [finalizar encuesta]
- Irregular◊, pero mi última regla fue hace menos de un año [finalizar encuesta]
- No tengo regla desde hace más de un año

◊ Irregular significa que hay una diferencia persistente en la duración de ciclos menstruales consecutivos de 7 o más días o falta de menstruación durante dos o más ciclos consecutivos (pero menos de 11 meses)

4. [Filtro= "No tengo regla desde hace más de un año"] La causa principal de no tenerla es...
- Natural
 - Por una intervención quirúrgica como la extracción de los ovarios
 - Debido a medicamentos o tratamiento hormonal [finalizar encuesta]
 - Por embarazo [finalizar encuesta]
 - Por llevar un DIU hormonal [finalizar encuesta]
 - Otra causa. ¿Cuál/cuáles? _____ [finalizar encuesta]

FILTRO para todo el resto del cuestionario P3 "No regla 1 año o más" + P4 "Natural o intervención quirúrgica"

5. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu última menstruación?

 No lo recuerdo

6. Desde que estás en menopausia, ¿has sido diagnosticada de depresión y/o ansiedad?

- Sí
- No

7. ¿Qué tipo de servicios ginecológicos utilizas más frecuentemente?

- Servicios públicos
- Servicios privados o mutua médica
- Ambos por igual
- No acudo a servicios ginecológicos habitualmente

8. En la actualidad, con qué frecuencia...

	Nunca o casi nunca	Algunas veces	A menudo	Muy frecuentemente
Fumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebes alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haces ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Cuál es tu nivel de estudios finalizados?

- Primarios
- Secundarios (Obligatorios, ESO, Bachillerato, COU, PREU y FP Grado Medio)
- Superiores (FP Grado Superior, Universidad y otras enseñanzas superiores)

BLOQUE 2: SITUACIÓN AFECTIVA Y SATISFACCIÓN SEXUAL

10. En el último año, ¿cuál ha sido tu principal situación afectiva o de pareja?

- Pareja o parejas estables
- Relaciones esporádicas sin pareja estable
- Sin pareja
- Prefiero no responder

11. En el último año, ¿cuál ha sido tu tipo de actividad sexual más habitual?

- Con hombres
- Con mujeres
- Con ambos
- Sólo autoestimulación/masturbación
- Prefiero no responder

12. En el último mes, ¿cómo definirías tu actividad sexual (se refiere a sexo con penetración, sin penetración o masturbación sea con o sin pareja)?

- 1 o más veces por semana
- 1 a 3 veces al mes
- Ninguna en el último mes

13. ¿Estás satisfecha con tu actividad sexual?

- Sí
- No

14. [Filtro P13= "No satisfecha"] ¿Qué aspectos han influido en tu satisfacción sexual? (respuesta múltiple) (marca las opciones que consideres)

- Bajo deseo sexual
- Molestias o dolores con la actividad sexual
- No me siento a gusto con mi cuerpo
- Cansancio o falta de energía
- Falta de oportunidades
- Siempre he tenido poca actividad sexual
- Otras causas. ¿Cuál/cuáles? _____

15. En los últimos 6 meses, ¿has tenido dolor en tus relaciones sexuales? Utiliza una escala de 0 "Nunca" a 5 "Constantemente".

0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOQUE 3: CONOCIMIENTOS

16. ¿Cuál o cuáles de los siguientes síntomas crees que pueden estar relacionados con la menopausia (aunque no los hayas tenido personalmente)? (marca las opciones que consideres) (se mostrará en ORDEN ALEATORIO)

- Sofocos
- Sequedad vaginal
- Pérdida de capacidad de atención o concentración
- Dificultades para dormir
- Orinar con más frecuencia
- Dolor en las relaciones sexuales
- Infecciones de orina más frecuentes
- Irritabilidad
- Sangrado después de las relaciones sexuales
- Ardor o picor vaginal
- Dolores musculares
- Irritación vaginal
- Ansiedad o tristeza
- Pérdidas de orina
- Otros. ¿Cuáles? _____

BLOQUE 4: SÍNTOMAS Y CALIDAD DE VIDA

17. En el último año, ¿en qué medida has experimentado molestias relacionadas con los siguientes síntomas? Utiliza una escala de 0 "Nunca" a 5 "Constantemente".

Síntoma...	0	1	2	3	4	5
Sofocos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de capacidad de atención o concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad o tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor durante o después de las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado después de las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardor o picor vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritación vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orinar con más frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdidas de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones de orina más frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. ¿Conoces o has oído hablar sobre...?

	Sí	No
El Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGUM o SGM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La atrofia vulvovaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[este texto no será visible hasta que no haya respondido la P18] Los síntomas de la siguiente lista se asocian al denominado **Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM)**, también conocido como atrofia vulvovaginal. A lo largo del cuestionario, nos referiremos a estos síntomas en varias preguntas como SGM.

- Sequedad vaginal
- Orinar con más frecuencia
- Dolor en las relaciones sexuales
- Infecciones de orina más frecuentes
- Sangrado después de las relaciones sexuales
- Ardor o picor vaginal
- Irritación vaginal
- Pérdidas de orina

19. [Filtro: algún síntoma presente del SGM] ¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas asociados al SGM que has señalado respecto a la última regla?

RECUERDA centrarte en los síntomas del SGM (sequedad, dolor o irritación vaginal, urgencia urinaria...), dejando aparte otros síntomas (ej.: sofocos, dificultades de concentración...)

- Antes de la última regla
- En el primer año de no tener la regla
- Más allá del primer año

20. [Filtro: algún síntoma presente del SGM] En general, ¿cómo valoras el impacto en tu vida de los síntomas del SGM que has señalado? Utilizaremos una escala del 0 (ningún impacto) al 5 (impacto muy negativo o limitante)

RECUERDA centrarte en el impacto de los síntomas SGM (sequedad, dolor o irritación vaginal, urgencia urinaria...), dejando aparte otros síntomas (ej.: sofocos, dificultades de concentración...)

Vida sexual o de pareja	0	1	2	3	4	5
Autoestima o confianza personal	0	1	2	3	4	5
Estado de ánimo	0	1	2	3	4	5
Participación en actividades sociales	0	1	2	3	4	5
Desempeño o rendimiento laboral	0	1	2	3	4	5
Práctica de deportes, actividad física o viajes	0	1	2	3	4	5

21. [Filtro: algún síntoma presente del SGM] ¿Algún otro impacto de los síntomas asociados al Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM) que quieras destacar o explicación que quieras añadir? [pregunta opcional]

BLOQUE 5: CONSULTA Y ROL DE LOS PROFESIONALES

22. [Filtro: algún síntoma presente del SGM] ¿Has consultado con algún profesional de la salud sobre los síntomas que has señalado, asociados al Síndrome Genitourinario de la Menopausia - SGM?

- No
- Sí, fui yo quien abordó el tema
- Sí, fue el/la profesional quien abordó el tema

23. [Filtro: algún síntoma presente del SGM + P22=Sí] ¿Con qué especialista consultaste los síntomas que has señalado asociados al Síndrome Genitourinario de la Menopausia - SGM? (puedes marcar más de una opción)

- Ginecólogo/a
- Matrona
- El/la médico/a de familia o de cabecera
- Otros profesionales de la salud. ¿Cuál/cuáles? _____
- No lo recuerdo

24. [Filtro: Sí consulta] ¿Qué te motivó a consultar con un profesional de la salud? (puedes marcar más de una opción)

- Estaba preocupada
- Quería saber qué era o tener un diagnóstico
- Quería buscar una solución o tratamiento
- Otros. ¿Cuál/cuáles? _____

25. [Filtro: algún síntoma presente del SGM + P22= No consulta] ¿Por qué no consultaste con ningún profesional de la salud? (puedes marcar más de una opción)

- Pensé que no era importante
- Me pareció normal por la edad
- Las molestias eran leves
- Pensé que con el tiempo desaparecerían
- Me daba vergüenza
- No sabía a qué profesional acudir
- Otros. ¿Cuál/cuáles? _____

26. [Filtro= P17 ningún tiene síntoma del SGM] Si algún día tuvieras síntomas relacionados con el Síndrome Genitourinario de la Menopausia (sequedad, irritación, pérdidas de orina...), ¿crees que consultarías con algún profesional de la salud?

- Probablemente sí
- Probablemente no

27. [Filtro= P17 ningún tiene síntoma del SGM] En caso de hacerlo, ¿a qué profesional?

- Ginecólogo/a
- Médico/a de familia
- Matrona
- Otro profesional de la salud. ¿Cuál/cuáles? _____
- No sabría a qué profesional acudir

28. [TODAS] Sin que tú lo hayas preguntado, ¿algún ginecólogo o ginecóloga te ha hablado o preguntado alguna vez sobre los síntomas del Síndrome Genitourinario de la Menopausia-SGM (sequedad vaginal, dolor en las relaciones sexuales y/o sangrado, ardor o picor, irritación vaginal...)?

- Sí
- No
- No recuerdo

BLOQUE 6: TRATAMIENTOS DEL SGM

29. [TODAS] ¿Qué tratamientos **conoces** para aliviar los síntomas asociados al Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM)?

	Sí	No
Tratamientos como lubricantes o hidratantes vaginales SIN hormonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento hormonal LOCAL (aplicación en genitales) con estrógeno vaginal (pueden ser comprimidos, óvulos, geles o cremas con estrógenos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento hormonal GENERAL (pastillas orales, parches, spray, inyección...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento NO hormonal regenerativo (como láser o terapias regenerativas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. [Filtro: algún síntoma presente del SGM] ¿Qué tratamientos **has utilizado o probado** para aliviar los síntomas asociados al SGM?

	Sí	No
Tratamientos como lubricantes o hidratantes vaginales SIN hormonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento hormonal LOCAL (aplicación en genitales) con estrógeno vaginal (pueden ser comprimidos, óvulos, geles o cremas con estrógenos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento hormonal GENERAL (pastillas orales, parches, spray, inyección...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento NO hormonal regenerativo (como láser o terapias regenerativas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. [Filtro P30=ha marcado 1 o más tratamientos] ¿Este tratamiento/s te lo ha recomendado un profesional sanitario? (respuesta múltiple)

- Sí, un médico/a o enfermero/a
- Sí, un farmacéutico/a
- No me lo ha recomendado ningún profesional sanitario [respuesta única]

32. [TODAS] ¿Qué aspectos condicionarían que utilizaras un tratamiento hormonal LOCAL (comprimidos o supositorios vaginales, óvulos, geles o cremas con estrógenos etc.) para tratar el SGM? (puedes marcar más de una opción)

- Incomodidad en la aplicación
- Precio o que no esté cubierto por la seguridad social
- Posibles efectos secundarios
- Pérdida de espontaneidad en las relaciones
- Otros. ¿Cuál/cuáles? _____
- No hay ningún aspecto que me condicionaría [respuesta única]
- No quiero usar ningún tratamiento [respuesta única]
- No lo sé [respuesta única]

33. [TODAS] ¿Qué aspectos condicionarían que utilizaras un tratamiento hormonal GENERAL (pastillas, parches, inyecciones...) para tratar el SGM? (puedes marcar más de una opción)

- Incomodidad con la vía de administración
- Precio o que no esté cubierto por la seguridad social
- Posibles efectos secundarios
- Otros motivos. ¿Cuál/cuáles? _____
- No hay ningún aspecto que me condicionaría [respuesta única]
- No quiero usar ningún tratamiento [respuesta única]
- No lo sé [respuesta única]

34. [TODAS] ¿Qué aspectos te facilitarían seguir un tratamiento para los síntomas del SGM? Marca los más importantes, máximo 5 respuestas (se mostrará en ORDEN ALEATORIO) [limitar número de respuestas a máximo 5 respuestas]

- Efecto rápido
- No manchado de la ropa interior
- Uso diario, regular o poder aplicarlo a cualquier hora del día
- Uso no diario, puntual o antes de mantener relaciones
- Facilidad de uso, aplicación o dosificación
- Discreto o poco visible
- Sin efectos secundarios
- Precio asequible
- Sin receta
- Otros aspectos. ¿Cuál/cuáles? _____
- No hay ningún aspecto facilitador [respuesta única]
- No lo sé [respuesta única]

35. ¿Quieres añadir algún otro comentario sobre el SGM o su tratamiento? [pregunta opcional]

¡Muchas gracias por tu participación y tiempo dedicado!

6.2. Ficha técnica de la encuesta

Ámbito geográfico

España

Universo

Mujeres de 45 a 69 años en menopausia (más de un año sin la menstruación) por causas naturales o quirúrgicas.

Muestra

Tamaño muestral: 1.210 encuestas válidas*

Nivel de confianza: 95%

Varianza: $p=q=0,5$ (supuesto máxima indeterminación)

Margen de error: $\pm 2,82\%$ (conjunto de la muestra)

Afijación: Mixta (proporcional a la distribución del universo según CCAA y para cada grupo de edad (5 segmentos etarios) un mínimo de 150 respuestas)

*Validez definida según coherencia de las respuestas y cumplimiento de los criterios de selección.

Ponderación

No aplicada.

Fuente de la muestra

Panel online de población residente en España.

Procedimiento de muestreo

Muestreo no probabilístico por cuotas territoriales.

Método de recogida de datos

Cuestionario estructurado online autoadministrado (método CAWI).

Trabajo de campo

12 enero 2026 – 13 febrero 2026.

6.3. Distribución por CCAA

Tabla 69. Distribución por Comunidad Autónoma. Frecuencia ($n=1.210$)

CCAA ¹	Muestra		Universo ²	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Andalucía	214	(17,7)	1.515.846	(17,8)
Aragón	33	(2,7)	236.807	(2,8)
Asturias, Principado de	29	(2,4)	207.031	(2,4)
Baleares, Islas	28	(2,3)	199.749	(2,3)
Canarias	57	(4,7)	409.392	(4,8)
Cantabria	16	(1,3)	113.535	(1,3)
Castilla y León	63	(5,2)	447.573	(5,3)
Castilla - La Mancha	62	(5,1)	354.949	(4,2)
Cataluña	190	(15,7)	1.349.034	(15,8)
Comunidad Valenciana	131	(10,8)	923.671	(10,8)
Extremadura	28	(2,3)	190.967	(2,2)
Galicia	72	(6,0)	512.713	(6,0)
Madrid, Comunidad de	172	(14,2)	1.220.369	(14,3)
Murcia, Región de	35	(2,9)	253.722	(3,0)
Navarra, Comunidad Foral de	13	(1,1)	115.248	(1,4)
País Vasco	59	(4,9)	415.856	(4,9)
Rioja, La	8	(0,7)	57.254	(0,7)

¹ No se incluyó: Ceuta y Melilla.

² Datos poblacionales 2022 de mujeres 45-69 años.



D'EP Institut
www.dep.net
[@DEP_Institut](https://www.instagram.com/DEP_Institut)
[linkedin.com/company/institut-dep](https://www.linkedin.com/company/institut-dep)
C. Aragó, 631-633 planta baixa
08026 Barcelona