

Calidad de vida durante la perimenopausia y posmenopausia de mujeres de 45 y más años de una universidad privada de Medellín (Colombia)

Drs. Lina María Martínez-Sánchez¹, María Nazareth Campo-Campo¹, Daniel Gallego-González², Juliana Molina-Valencia², Verónica Sarassa-González², Ana María Parada-Pérez², Laura Serna-Vélez², Andrea Facio-Lince-García², María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez¹, María Patricia Hormaza-Ángel¹.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida durante la perimenopausia y posmenopausia de mujeres de 45 y más años de una universidad privada de Medellín (Colombia).

Métodos: Estudio de corte transversal en el que se aplicó la Escala Cervantes para la evaluación de la calidad de vida en la menopausia y perimenopausia, este instrumento incluye cuatro dominios: menopausia y salud (subdominios: síntomas vasomotores, salud y envejecimiento), psicológico, sexualidad, y relación de pareja. El rango de puntuación general va de 0 a 155, a mayor puntaje es peor la calidad de vida.

Resultados: Se estudiaron 221 mujeres. La edad promedio fue 51 años, 43,4 % eran posmenopáusicas y 56,6 % eran perimenopáusicas. El 10,6 % de las mujeres utilizaba terapia hormonal y 8,8 % habían utilizado terapias alternativas. La media del puntaje total de la escala fue de 38,6. Las mujeres posmenopáusicas presentaron mayor deterioro en la calidad de vida que las perimenopáusicas, evidenciado en el puntaje total y dominios psicológico, sexualidad y subdominio sintomatología vasomotora. A mayor edad, fueron peores los puntajes de los dominios de sexualidad y relación de pareja. La baja escolaridad y el pertenecer a estratos socioeconómicos 1 a 3 también se asoció a empeoramiento de la calidad de vida.

Conclusión: La mayoría de las participantes presentaron un deterioro de la calidad de vida, teniendo un grado de afectación mayor durante la posmenopausia.

Palabras clave: Menopausia, Calidad de Vida, Sexualidad, Terapia de Reemplazo de Hormonas.

SUMMARY

Objective: To evaluate the quality of life during perimenopause and postmenopause in women 45 years old and older from a private university in Medellín (Colombia).

Methods: cross-sectional study in which the Cervantes Scale was applied to assess the quality of life in postmenopause and perimenopause, this instrument includes four domains: menopause and health (subdomains: vasomotor symptoms, health and aging), psychological, sexuality and relationship. The overall score ranges from 0 to 155, being the higher the score, the worse quality of life.

Results: 221 women were studied. The average age was 51 years, 43.4% were postmenopausal and the remaining 56.6% were perimenopausal. 10.6% of the women used hormone therapy and 8.8% had used alternative therapies. The mean total scale score was 38.6. Postmenopausal women showed further deterioration in their quality of life than perimenopausal, evident in the total score and psychological domains, subdomain sexuality and vasomotor symptoms. At an older age, the scores of the sexuality and relationship domains were worse. Low schooling and belonging to socioeconomic strata 1 to 3 were also associated with worsening quality of life.

Conclusion: most of participants had an impairment in their quality of life, having a higher degree of involvement during postmenopause.

Key words: Menopause, Quality of Life, Sexuality, Hormone Replacement Therapy.

INTRODUCCIÓN

La menopausia es un proceso fisiológico normal en todas las mujeres, que ocurre normalmente entre los 45 a los 55 años de edad, definida como el cese de

¹Docente, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Grupo Investigación Ginecología y Obstetricia. ²Estudiante, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Grupo Investigación Ginecología y Obstetricia.

la función ovárica, que conlleva a la ausencia de sangrado menstrual durante mínimo un año (1).

Esta etapa se acompaña de cambios fisiológicos secundarios a la disminución estrogénica, que son padecidos por aproximadamente 80 % de las mujeres, y afectan significativamente su calidad de vida (2).

En Latinoamérica, un estudio que incluyó mujeres de 12 países reportó como los síntomas más frecuentes el malestar muscular y articular, seguido de los síntomas psicológicos (3).

Es frecuente encontrar síntomas psicológicos como pérdida de memoria, depresión leve, sensación de inutilidad, ansiedad y nervios, que muchas veces son intensificados por los procesos propios de esta etapa de la vida (4).

El aumento en la expectativa de vida, de 2015 a 2020, de la mujer colombiana a 79,4 años, tiene como consecuencia que las mujeres pasen al menos un tercio de sus vidas en la posmenopausia, por lo cual es fundamental la búsqueda de estrategias que impacten positivamente su calidad de vida (2, 5, 6).

Debido a la subjetividad del concepto de calidad de vida se han diseñado varios instrumentos de medición que buscan determinar la percepción que tienen las mujeres frente a los síntomas y factores asociados a la menopausia, pero solamente la Escala Cervantes, instrumento en español diseñado y validado en una muestra representativa de la población española, ha permitido aplicarlo en otros grupos poblacionales latinos (7). La escala consta de 31 preguntas agrupadas en cuatro dominios: menopausia y salud, psicológico, sexualidad y relación de pareja, a su vez, el primero contiene los subdominios de salud, envejecimiento y sintomatología vasomotora. En Colombia esta escala fue aplicada por Monterrosa-Castro y col. (8) en un grupo de mujeres de varias regiones del país.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la calidad de vida durante la perimenopausia y posmenopausia de mujeres de 45 y más años de una universidad privada de Medellín (Colombia).

MÉTODOS

Se realizó una investigación de corte transversal en la que se estudiaron mujeres que cumplieron con los siguientes criterios de selección: edad mayor o igual a 45 años, vinculadas laboralmente a una universidad privada de la ciudad de Medellín (Colombia) durante el año 2015 y que aceptaron participar voluntariamente, mediante la firma del consentimiento informado. No se realizó muestreo, pues se pretendió encuestar a toda la población que cumpliera con los criterios de inclusión.

Se definieron como mujeres en estado menopáusico aquellas que llevaran más de un año de cese de la menstruación. En el caso de que la mujer tuviera el antecedente de histerectomía se consideró como menopáusica si tenía 52 y más años, y como perimenopáusica si tenía 51 y menos años.

Se aplicó un formulario para la recolección de la información que contenía variables clínicas y sociodemográficas y la Escala Cervantes para la evaluación de la calidad de vida de las mujeres durante su peri y posmenopausia, consistente en 31 ítems con respuesta tipo Likert, con puntuación de 0 a 5, siendo la puntuación final máxima de 155; a mayor puntaje es peor la calidad de vida (7). Las preguntas se agrupan en cuatro dominios: 1- Menopausia y salud (15 ítems), 2-Psicológico (9 ítems), 3-Sexualidad (4 ítems), 4-Relación de pareja (3 ítems). El primer dominio tiene tres subdominios (síntomas vasomotores, salud y envejecimiento). Esta escala fue validada en una muestra representativa de la población española, y se ha usado previamente en población hispana de 45 a 64 años de edad. En Colombia, en el estudio Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas (CAVIMEC) un total de 1739 mujeres colombianas respondieron la escala, la cual tuvo una confiabilidad de 0,86 (9).

Los datos obtenidos se analizaron con el programa SPSS versión 21. Para las variables cuantitativas como edad, edad de inicio de la menopausia y puntaje de la escala total y por dominios se utilizaron media y desviación estándar; para las variables cualitativas como escolaridad, estrato socioeconómico, síntomas,

CALIDAD DE VIDA DURANTE LA PERIMENOPAUSIA Y POSMENOPAUSIA DE MUJERES
DE 45 Y MÁS AÑOS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE MEDELLÍN (COLOMBIA)

entre otras, se usaron frecuencias absolutas y relativas.

Para evaluar si las variables dependientes (puntaje total y por dominios de la escala) estaban relacionadas con las variables independientes (edad, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil y uso de terapia de reemplazo hormonal o de terapias alternativas) se empleó el ANOVA de un factor, considerando que había asociación si el valor de probabilidad era menor a 0,05.

La investigación contó con el aval del Comité de ética de la institución en la que se llevó a cabo el estudio y fue clasificada como de riesgo mínimo según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia.

RESULTADOS

En el presente estudio participaron 281 mujeres, de un total de 431 que cumplían con los criterios de inclusión. Las 150 mujeres restantes no participaron debido a que no estaban presentes en el sitio de trabajo el día que se buscaron para realizar el estudio, o porque no desearon participar. Fueron excluidas 60 participantes por no haber diligenciado en forma completa la Escala Cervantes, por lo que los resultados que se presentan tienen como denominador un total de 221 mujeres.

Las participantes contaban con un promedio de edad de $50,9 \pm 4,2$ años (mínimo = 45, máximo = 66). Con relación a las características sociodemográficas, el nivel educativo predominante fue la formación de posgrado en 41,8 %, le siguen el técnico o tecnológico (25,9 %), pregrado (21,2 %) y primaria (11,1 %). El 89,4 % pertenecían a un estrato socioeconómico superior al 3 y 52,4 % eran casadas; 19,9 % de todas las pacientes tenía antecedente de histerectomía (22,9 % de las posmenopáusicas y 17,9 % de las perimenopáusicas).

Del total de participantes, 43,4 % eran posmenopáusicas, con un promedio de $6,4 \pm 4,8$ años en posmenopausia (mínimo=1 y máximo=25) y 56,6 % eran perimenopáusicas; 10,6 % de las mujeres utilizaba terapia hormonal, 8,8 % terapias alternativas y 2,3 % ambas.

El puntaje total de la Escala Cervantes fue de $38,6 \pm 26,2$ (mínimo = 0 y máximo = 116), siendo el puntaje significativamente mayor en las posmenopáusicas para todos los dominios y en los subdominios envejecimiento y sintomatología vasomotora (Tabla 1). Tan solo 2 de las 221 mujeres (1,9 %) obtuvieron un puntaje global de 0.

Al comparar el puntaje de la Escala Cervantes por grupo etario se apreció diferencia significativa en los dominios de sexualidad y relación de pareja, donde

Tabla 1
Promedios del puntaje de la Escala Cervantes por dominios,
subdominios y puntuación total según estado menopáusico

Dominio	Total (n=221)	Estado menopáusico		p
		Posmenopausia (n=96)	Perimenopausia (n=125)	
Menopausia y salud	$22,4 \pm 15,2$	$25,3 \pm 15,9$	$20,0 \pm 14,1$	0,010
Sintomatología vasomotora	$5,7 \pm 5,1$	$7,2 \pm 5,3$	$4,6 \pm 4,5$	<0,001
Salud	$6,9 \pm 5,8$	$7,1 \pm 6,0$	$6,6 \pm 5,6$	0,528
Envejecimiento	$9,9 \pm 7,3$	$11,0 \pm 7,4$	$8,9 \pm 7,0$	0,034
Psicológico	$6,9 \pm 6,6$	$8,1 \pm 8,0$	$6,1 \pm 6,0$	0,039
Sexualidad	$6,7 \pm 5,4$	$8,2 \pm 5,8$	$5,5 \pm 4,8$	<0,001
Relación de pareja	$2,7 \pm 4,0$	$3,6 \pm 4,4$	$2,0 \pm 3,5$	0,004
Puntuación total	$38,6 \pm 26,2$	$45,1 \pm 28,4$	$33,3 \pm 23,1$	0,001

la calidad de vida empeoró a medida que aumentaba la edad (Tabla 2).

Cuando se comparó por estado civil, sumando a las mujeres casadas y en unión libre en un grupo y a las solteras y viudas en otro se observó que únicamente había diferencia estadísticamente significativo en el dominio relación de pareja, donde las mujeres casadas y en unión libre tuvieron mejor puntaje para este dominio que el grupo de solteras y viudas ($2,5 \pm 1,6$ versus $5,2 \pm 4,6$; $p < 0,001$).

En cuanto al estrato socioeconómico, las mujeres que viven en los estratos 1 a 3 obtuvieron peor calidad de vida que las de 4 a 6, siendo esta diferencia estadísticamente significativa para el total de la escala, en el dominio psicológico, menopausia y salud, y en los subdominios salud y envejecimiento (Tabla 3).

Las mujeres que solamente contaban con estudios de educación primaria y secundaria tuvieron peor calidad de vida en comparación con aquellas que habían realizado técnicas, tecnologías, estudios de pregrado o posgrado; siendo todas estas diferencias estadísticamente significativas. Lo anterior se observó en todos los dominios y subdominios, siendo mucho mayores los puntajes registrados para el grupo de mujeres que estudiaron hasta la primaria (Tabla 4).

Se cotejó el uso de algún tipo de terapia para el control de los síntomas asociados a la menopausia, observándose que las que empleaban terapias alternativas presentaron en la escala un puntaje total mayor (49,7) en comparación con el grupo de terapia hormonal (41,3). La única diferencia significativa se observó en el uso de terapias alternativas donde las mujeres que los utilizaban tenían mayor puntaje que las que no lo utilizaban (Tabla 5).

Tabla 2

Promedios del puntaje de la Escala Cervantes por dominios, subdominios y puntuación total según grupo de edad.

Dominio	Grupo de edad			p
	45-49 (n=90)	50-54 (n=86)	55 y más (n=45)	
Menopausia y salud	23,5 ± 15,1	21,5 ± 15,4	22,0 ± 15,4	0,680
Sintomatología vasomotora	5,5 ± 5,0	5,9 ± 5,2	5,7 ± 5,2	0,894
Salud	7,8 ± 5,7	6,2 ± 5,7	6,4 ± 6,0	0,165
Envejecimiento	10,2 ± 7,3	9,4 ± 7,4	10,0 ± 7,1	0,776
Psicológico	7,5 ± 7,5	6,4 ± 7,7	6,7 ± 7,6	0,582
Sexualidad	5,8 ± 4,9	6,0 ± 5,0	9,9 ± 5,9	<0,001
Relación de pareja	2,1 ± 3,8	2,3 ± 3,4	4,8 ± 4,8	<0,001
Puntuación total	39,1 ± 24,9	35,5 ± 26,6	43,6 ± 27,7	0,245

Tabla 3

Promedios del puntaje de la Escala Cervantes por dominios y puntuación total según estrato socioeconómico.

Dominio	Estrato		p
	1 a 3 (n=104)	4 a 6 (n=117)	
Menopausia y salud	25,1 ± 16,9	19,9 ± 13,0	0,002
Sintomatología vasomotora	6,5 ± 5,3	5,0 ± 4,8	0,118
Salud	7,6 ± 6,4	6,2 ± 5,1	0,008
Envejecimiento	11,1 ± 7,9	8,7 ± 6,5	0,025
Psicológico	8,0 ± 8,2	5,9 ± 6,9	0,018
Sexualidad	6,7 ± 5,5	6,7 ± 5,4	0,951
Relación de pareja	2,7 ± 4,0	2,7 ± 4,1	0,751
Puntuación total	42,1 ± 28,6	35,1 ± 23,3	0,037

Tabla 4

Promedios del puntaje de la Escala Cervantes por dominios y puntuación total según nivel de escolaridad.

Dominio	Escolaridad					p
	Primaria (n=5)	Bachillerato (n=18)	Técnica/ Tecnología (n=48)	Pregrado (n=50)	Posgrado (n=94)	
Menopausia y salud	48,8 ± 8,2	27,6 ± 18,4	22,1 ± 14,5	21,2 ± 14,2	20,7 ± 14,3	0,001
Sintomatología vasomotora	11,8 ± 1,9	7,4 ± 5,6	6,0 ± 5,1	5,2 ± 5,1	5,1 ± 4,8	0,021
Salud	15,2 ± 7,8	7,9 ± 6,5	6,8 ± 5,5	7,1 ± 5,6	6,1 ± 5,5	0,012
Envejecimiento	21,8 ± 5,4	12,2 ± 8,5	9,3 ± 7,4	8,9 ± 6,6	9,5 ± 6,8	0,002
Psicológico	20,0 ± 6,6	10,6 ± 11,0	6,3 ± 6,2	6,2 ± 6,6	6,2 ± 7,4	<0,001
Sexualidad	15,4 ± 5,8	8,2 ± 6,8	6,1 ± 4,5	5,4 ± 5,4	6,9 ± 5,0	0,001
Relación de pareja	9,4 ± 7,7	2,8 ± 4,1	2,0 ± 3,7	2,4 ± 3,5	2,9 ± 3,9	0,002
Puntuación total	93,6 ± 17,8	49,1 ± 35,8	36,2 ± 22,2	35,0 ± 24,2	36,7 ± 24,0	<0,001

Tabla 5

Promedios del puntaje de la Escala Cervantes por dominios y puntuación total según el tipo de terapia utilizada.

Dominio	Terapia hormonal		Terapia alternativa	
	Si (n=23)	No (n=197)	Si (n=16)	No (n=205)
Menopausia y salud	24,7 ± 13,8	22,1 ± 15,3	29,1 ± 14,1	21,8 ± 15,1
Sintomatología vasomotora	6,6 ± 5,2	5,6 ± 5,1	8,2 ± 6,2	5,5 ± 4,9*
Salud	6,9 ± 5,7	6,8 ± 5,8	7,6 ± 5,0	6,8 ± 5,8
Envejecimiento	11,2 ± 7,3	9,7 ± 7,2	13,4 ± 5,7	9,5 ± 7,3
Psicológico	8,1 ± 8,8	7,7 ± 7,5	9,2 ± 9,5	6,7 ± 7,5
Sexualidad	6,9 ± 4,8	6,7 ± 5,5	8,5 ± 5,5	6,5 ± 5,4
Relación de pareja	2,0 ± 3,5	2,8 ± 2,1	3,7 ± 4,9	2,6 ± 3,9
Puntuación total	41,3 ± 25,1	38,1 ± 26,3	49,7 ± 30,0	37,6 ± 25,7

*p<0,001

DISCUSIÓN

En el estudio realizado por Lui Filho y col. (10), en población brasilera, el promedio de edad fue de 52,5 años, con 68 % de mujeres posmenopáusicas, datos comparables con los del presente estudio, en el que la edad promedio fue de 50,9 años y las mujeres posmenopáusicas representaron el 48,9 %.

En Brasil, Lima y col. (11), realizaron un estudio en mujeres entre 45 a 64 años, 53,9 % eran posmenopáusicas, de las cuales 22,2 % tenían histerectomía, similar a este estudio. Con respecto al

uso de terapia de reemplazo hormonal, en el presente estudio se encontró que 10,4 % de las mujeres hacían uso de esta, cifra que es menos de la mitad de la reportada por los autores señalados.

En el presente estudio se obtuvo un puntaje global de 38,6 y se encontró una mejor calidad de vida a mayor nivel educativo, desde 93,6 ± 17,8 para el nivel más bajo, hasta 35,0 ± 24,2 para aquellas con un nivel de estudios superior, similar a lo reportado por Lima y col. (11), quienes obtuvieron puntajes desde 54,0 ± 26,4 para el nivel más bajo, hasta 31,2 ± 16,0 en mujeres con estudios superiores.

Cuando se compararon los puntajes por dominio y subdominio, por estado menopáusico de las participantes de esta investigación, con los del estudio CAVIMEC realizado por Monterrosa y col. (9), se observó que las posmenopáusicas tenían peor calidad de vida que las perimenopáusicas. Este hallazgo ha sido reportado en otros estudios realizados en España, y es explicado por la ausencia o inicio de algunos de los síntomas climatéricos entre las mujeres perimenopáusicas, mientras que las menopáusicas padecen todo el espectro de síntomas propios de este periodo.

Relacionado con lo anterior, se encontró que a mayor edad fue peor la calidad de vida, especialmente en los dominios de relación de pareja y sexualidad. Lo anterior es explicado por el estado hormonal, que influye en el trofismo de la mucosa vaginal y órganos genitales femeninos produciendo atrofia, resequedad, falta de lubricación y dispareunia; adicionalmente, otros autores lo han relacionado con trastornos en la vida sexual de la pareja como disfunción eréctil y eyaculación precoz (12, 13).

Por estrato socioeconómico, se apreció en este estudio que la calidad de vida fue peor en los estratos más bajos, lo que coincide con otras investigaciones que han encontrado relación entre el bajo estado socioeconómico con dificultades en el funcionamiento personal y social durante el climaterio (13).

Cuando se comparó por estado civil, las mujeres casadas y en unión libre tuvieron mejor calidad de vida que el grupo de solteras y viudas; estos resultados han sido declarados en otros estudios donde afirman que las casadas tendrían actitud más positiva y gozarían de mejor calidad de vida (14, 15).

En conclusión, la mayor parte de las mujeres de 45 y más años que participaron en este estudio han presentado un deterioro de la calidad de vida, especialmente las posmenopáusicas; las mujeres mayores de 45 años presentan una disminución progresiva de la calidad de vida a medida que van entrando en la menopausia, la cual se potencia por

la carencia hormonal, además, el mayor deterioro se asocia con estratos socioeconómicos inferiores y menor nivel educativo, lo que corresponde con lo reportado en la literatura a nivel mundial.

REFERENCIAS

1. Utian WH. The International Menopause Society menopause-related terminology definitions. *Climacteric*. 1999; 2 (4): 284 – 286.
2. G K P, Arounassalame B. The quality of life during and after menopause among rural women. *J Clin Diagn Res*. 2013; 7 (1): 135 - 139.
3. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al.; Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: a detailed analysis of a multinational study. *Climacteric*. 2012;15 (6): 542 - 551.
4. Kwak EK, Park HS, Kang NM. Menopause Knowledge, Attitude, Symptom and Management among Midlife Employed Women. *J Menopausal Med*. 2014; 20 (3): 118 - 125.
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. [Internet]. Bogotá: Proyecciones de población 2005 – 2020. Colombia. Tablas abreviadas de mortalidad nacionales y departamentales 1985–2020; 2007 [Revisado oct, 2016] Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/8Tablasvida1985_2020.pdf
6. Sharma S, Mahajan N. Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study. *J Midlife Health*. 2015; 6 (1): 16 - 20.
7. Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla JJ, Castelo-Branco C, Manubens M, Alberich X, et al. 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*. 2004; 122 (6): 205 - 211.
8. Monterrosa-Castro A, Romero-Pérez I, Marrugo-Flórez M, Fernández-Alonso AM, Chedraui P, Pérez-López FR. Quality of life in a large cohort of mid-aged Colombian women assessed using the Cervantes Scale. *Menopause*. 2012; 19 (8): 924 - 930.
9. Monterrosa A. Calidad de vida de mujeres colombianas

- en el climaterio. Evaluación con la escala Cervantes. Proyecto de investigación Calidad de vida en la menopausia CAVIMEC [Internet] 2012 [Revisado octubre 2016]; 3: 1-5. Disponible en: <http://www.grupo.cartagenamorros.com/Eventos%20Organizados/CAVIMEC/BOLETINCAVIMEC3.pdf>
10. Lui Filho JF, Baccaro LF, Fernandes T, Conde DM, Costa-Paiva L, Pinto Neto AM. [Factors associated with menopausal symptoms in women from a metropolitan region in Southeastern Brazil: a population-based household survey]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015; 37 (4): 152 - 158.
 11. Lima JE, Palacios S, Wender MC. Quality of life in menopausal women: a Brazilian Portuguese version of the Cervantes Scale. Scientific World Journal. 2012; 2012: 620519.
 12. Chedraui P, San Miguel G, Avila C. Quality of life impairment during the female menopausal transition is related to personal and partner factors. Gynecol Endocrinol 2009;25 (2): 130 - 135.
 13. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. Am J Epidemiol. 2000; 152 (5): 463 – 473.
 14. Norozi E, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Moodi M, Sharifirad G. Factors affecting quality of life in postmenopausal women, Isfahan, 2011. J Educ Health Promot. 2013; 2: 58.
 15. Dennerstein L, Lehert P, Guthrie J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. Arch Womens Ment Health. 2002; 5 (1): 15 – 22.

Viene de pág. 109

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. VIOLENCIA DE PAREJA Y VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LA MUJER. DATOS Y CIFRAS

- La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida.
- Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.
- Estas formas de violencia pueden afectar negativamente a la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y aumentar la vulnerabilidad al VIH.
- Entre los factores asociados a un mayor riesgo de cometer actos violentos cabe citar un bajo nivel de instrucción, el maltrato infantil o haber estado expuesto a escenas de violencia en la familia, el uso nocivo del alcohol, actitudes de aceptación de la violencia y las desigualdades de género.
- Entre los factores asociados a un mayor riesgo de ser víctima de la pareja o de violencia sexual figuran un bajo nivel de instrucción, el hecho de haber estado expuesto a escenas de violencia entre los progenitores, el maltrato durante la infancia, actitudes de aceptación de la violencia y las desigualdades de género.
- En entornos de ingresos altos, hay datos que apuntan que los programas escolares de prevención de la violencia de pareja (o violencia en el noviazgo) entre los jóvenes pueden ser eficaces.

Continúa en pag. 125