



Universidad de Jaén

Escuela de Doctorado

UNIVERSIDAD DE JAÉN

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Área de Trabajo Social y Servicios Sociales

TESIS DOCTORAL

AFECTACIÓN

DEL COMPORTAMIENTO Y LA FUNCIÓN SEXUAL EN

MUJERES DE MEDIANA EDAD Y MAYORES CON

ENFERMEDADES CRÓNICAS

PRESENTADA POR:

D. Adrián Jesús Ricoy Cano

DIRIGIDA POR:

Dra. Yolanda María de la Fuente Robles

Dra. María Carmen Martín Cano

JAÉN, 5 de MAYO DE 2022



Universidad de Jaén

Escuela de Doctorado

TESIS DOCTORAL

AFECTACIÓN DEL COMPORTAMIENTO Y LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE MEDIANA EDAD Y MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

**PRESENTADA POR:
D. ADRIÁN JESÚS RICOY CANO**

**DIRIGIDA POR:
DRA. DÑA. YOLANDA MARÍA DE LA FUENTE ROBLES
DRA. DÑA. MARÍA CARMEN MARTÍN CANO**

JAÉN, 5 DE MAYO DE 2022

*A mi madre, mi padre y a mi hermano,
por haber sido mis referentes en la vida,
por vuestro apoyo continuo y vuestro sacrificio.*

A todas aquellas personas que han creído en mí.



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE JAÉN

**AFECTACIÓN
DEL COMPORTAMIENTO Y LA
FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE
MEDIANA EDAD Y MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Adrián Jesús Ricoy Cano

Directoras de Tesis:

**Dra. Dña. Yolanda María de la Fuente Robles
Cano**

Dra. Dña. María Carmen Martín

DE LA FUENTE
ROBLES
YOLANDA MARIA
- 26215890F

Firmado digitalmente
por DE LA FUENTE
ROBLES YOLANDA
MARIA - 26215890F
Fecha: 2022.05.05
13:53:15 +02'00'

MARTIN
CANO MARIA
CARMEN -
26194369Z

Firmado
digitalmente por
MARTIN CANO
MARIA CARMEN -
26194369Z
Fecha: 2022.05.05
11:14:26 +02'00'

PhD
Catedrática
Universidad de Jaén

PhD
Profesora Contratada Doctora
Universidad de Jaén

Jaén, 5 de MAYO, de 2022



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE JAÉN

Profesora Dra. Dña. Yolanda María de la Fuente Robles
Catedrática de Universidad

Profesora Dra. Dña. María Carmen Martín Cano
Profesora Contratada Doctora

Departamento de Psicología
Universidad de Jaén

AUTORIZACIÓN DE LAS DIRECTORAS DE TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

La **Dra. Dña. Yolanda María de la Fuente Robles** y la **Dra. María Carmen Martín Cano** como Directoras de la Tesis Doctoral titulada *“Afectación del comportamiento y la función sexual en mujeres de mediana edad y mayores con enfermedades crónicas”*, realizada por **D. Adrián Jesús Ricoy Cano** en el Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén, **autorizan su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo firmo para dar cumplimiento a los **Reales Decretos 56/2005 y 778/98**, en Jaén
a 5 de mayo de 2022.

**DE LA FUENTE
ROBLES**
**YOLANDA
MARIA -
26215890F**
Firmado
digitalmente por **DE
LA FUENTE ROBLES**
YOLANDA MARIA -
26215890F
Fecha: 2022.05.05
13:53:41 +02'00'

Dra. Dña. Yolanda María de la Fuente Robles

**MARTIN
CANO MARIA
CARMEN -
26194369Z**
Firmado
digitalmente por
**MARTIN CANO
MARIA CARMEN -
26194369Z**
Fecha: 2022.05.05
11:14:45 +02'00'

Dra. Dña. María Carmen Martín Cano

Departamento de Psicología
Campus de las Lagunillas s/n – Edificio C5 – 23071 - Jaén
Teléfono (+34) 953 211814 - (+34) 953 211765

Agradecimientos

A lo largo de mi vida he soñado con miles de profesiones a las que me podía dedicar. Mi futuro profesional fue para mí mismo una gran incógnita durante muchos años. Sin embargo, siempre he admirado a aquellas personas que tenían una sensibilidad especial por los demás, aquellos que lo dan todo sin esperar nada a cambio, esas personas que con sus sutiles actos van transformando el mundo en un lugar mejor.

Los/as profesionales de la educación, sin importar el nivel académico o especialización, para mí, entran dentro de este grupo restringido al que podemos considerar “protectores de la sociedad”. Mis conocimientos adquiridos tras la realización del Grado en Educación Primaria, con mención en Educación Especial, parece que no fueron suficientes a la hora de imaginarme cómo y cuánto cambiaría mi vida el día que en la dependencia 151 del edificio C5 de la Universidad de Jaén tomamos la decisión para que cursase el Grado en Trabajo Social al tiempo que realizaba la presente Tesis Doctoral. Obviamente, por todo este proceso vivido hay mucho que agradecer y a muchas personas.

Primero, me gustaría comenzar dando las gracias a Francisco Javier, mi padre, a M^a del Carmen, mi madre, y a Francisco mi hermano. Los tres han sido mis referentes vitales, de ellos he recibido lo que todo hijo y hermano pequeño merece; amor, respeto y sabios consejos. Mi padre ha sido la figura principal que ha moldeado mi personalidad, de él he aprendido la importancia del sacrificio, del trabajo duro y en general de lo que es la vida. Observar tu forma de vida y el esfuerzo constante por dar siempre lo mejor a tu familia han influido indudablemente en mi persona. De mi madre y de mi hermano he aprendido el significado de las palabras "ser buena persona", no pasan los días sin que le deis sentido a esta expresión. He sido afortunado por teneros siempre a mi lado y por ello os doy las gracias.

A la Dra. Yolanda María de la Fuente Robles por acogerme no solo como un miembro del equipo y doctorando, sino, como a un miembro de su familia. No habría espacio en estas líneas para darte las gracias por todo lo que me has enseñado y apoyado en estos años. Eres y serás para mí referente como persona y profesional a lo largo de mi vida. Admiro tu capacidad para hacer militancia en los diferentes ámbitos del Trabajo Social. Aprovecho esta oportunidad para felicitarte por todos los reconocimientos que

estás recibiendo fruto de una entrega y tesón inigualables, siempre luchando por mejorar el bienestar y la calidad de vida de los más vulnerables. He aprendido de ti que el rendirse no tiene espacio en la agenda del éxito. Me enorgullezco de tener tan cerca de nosotros/as a una persona como tú, a una referente en el campo de los Servicios Sociales. Por todo esto y mucho más, muchas gracias.

A la Dra. María del Carmen Martín Cano primeramente “por ser como eres”. Te considero un modelo sobre el que seguir tallando mi personalidad y mi futuro profesional. Me has demostrado en todo este tiempo que las barreras se las crea uno mismo. Me alegro de todo lo que has conseguido y de tus recientes éxitos. Gracias por estar en todos los momentos, en los buenos y en los no tan buenos. Muchas gracias por transmitirme tus saberes y ser siempre un apoyo para mí.

Al Dr. Júlio Emílio Pereira de Sousa, por hacer de Oporto mi segundo hogar. Por su trato afable y amistoso. Por aconsejarme y guiarme durante tres meses en el terreno académico y personal. Espero que esto haya sido el comienzo de una larga relación profesional y amistosa.

Al Señor Director de la ESE de Paula Frassinetti, D. José Luis de Almeida Goncalves, porque en todo momento se preocupó porque mi paso por la institución fuera lo más gratificante posible. Porque en ningún momento se negó a ninguna a de mis peticiones académicas. Muchas gracias por la oportunidad de hacerme un miembro partícipe y activo de la ESE de Paula Frassinetti.

A las Doctoras/es Juana Pérez Villar, Virginia Fuentes Gutiérrez, Marta García Domingo, Francisco Luis Rodríguez Fernández, Trinidad Ortega Expósito y María Dolores Muñoz de Dios y a mis compañeras de doctorado, porque sois referentes del Trabajo Social, porque todas y cada una me habéis aportado algún aprendizaje en este tiempo, gracias.

Una mención especial requiere también mi compañero el Dr. Esteban Obrero Gaitán, muchas gracias Esteban por formar parte mi vida. Sabes que en mí encontrarás siempre a un amigo.

A mi mejor amigo Antonio Soriano González, porque a su modo, también ha sabido cómo aconsejarme y hacer que me distraiga.

A toda mi familia extensa, que en algunas ocasiones también han tenido que sufrirme escuchándome hablar largo y tendido sobre publicaciones, índices de impacto y revistas científicas. Muchas gracias por vuestro apoyo y cariño.

Y, por último, a las personas más importantes, a las que ya no están por unos u otros motivos. Gracias por ser luz.

*Atentamente,
Adrián Jesús Ricoy Cano*

ÍNDICE

1. LISTA DE PUBLICACIONES	14
2. ABREVIATURAS	15
3. ABSTRACT	16
4. RESUMEN	19
5. INTRODUCCIÓN	21
5.1. Envejecimiento poblacional	21
5.1.1. Definición de envejecimiento	21
5.1.2. Teorías biológicas del envejecimiento	22
5.1.3. Teorías psicosociales del envejecimiento	24
5.1.4. Retos demográficos a nivel mundial y envejecimiento poblacional.....	25
5.1.5. Cambios fisiológicos relacionados con el proceso de envejecimiento	27
5.1.6. Cambios psicosociales en el envejecimiento	29
5.1.7. Envejecimiento activo, exitoso y saludable.....	29
5.2. Sexualidad Humana, respuesta y expresión sexual en personas mayores	30
5.3. Salud sexual.....	30
5.3.1. Definición de salud sexual.....	30
5.3.2. Salud y actividad sexual en mujeres de mediana edad y mayores.....	31
5.3.3. Enfermedades crónicas y función sexual.....	32
5.3.4. Percepciones sobre la sexualidad adulta en las sociedades occidentales....	33
5.3.5. Mitos y estereotipos sobre la sexualidad en personas mayores	34
5.4. Disfunciones sexuales	35
5.4.1. Disfunciones sexuales fisiológicas y psicológicas	35
5.4.2. Prevalencia y factores de riesgo	35
5.4.3. Disfunción sexual en las mujeres y tipos existentes	36
5.4.4. Efectos psicológicos y sociales de la disfunción sexual femenina	39
5.5. Fibromialgia	40
5.5.1. Definición, diagnóstico y etiología.....	40
5.5.2. Prevalencia de la fibromialgia a nivel mundial	43
5.5.3. Fibromialgia, calidad de vida y función sexual femenina	43
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	44
7. HIPÓTESIS, PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	46
8. MATERIALES Y MÉTODOS	47
8.1. Fase de búsqueda bibliográfica	49
8.2. Fase de selección de estudios.....	50
8.3. Fase de extracción de datos.....	51
8.4. Fase de análisis de la calidad metodológica.....	52
8.5. Fase de análisis de datos.....	53

9. RESULTADOS	55
ESTUDIO I	56
“FACTORS CONDITIONING SEXUAL BEHAVIOR IN OLDER ADULTS: A SYSTEMATIC REVIEW OF QUALITATIVE STUDIES”	56
ESTUDIO II	74
“IMPACT OF FIBROMYALGIA SYNDROME ON FEMALE SEXUAL FUNCTION A SYSTEMATIC REVIEW WITH META-ANALYSIS”	74
10. DISCUSIÓN	84
11. CONCLUSIONES	92
STUDY 1:	92
STUDY 2:	93
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS RS.1	115
ANEXOS RS.2	117

1. LISTA DE PUBLICACIONES

A continuación, se detallan los artículos científicos que forman parte de la presente memoria final de esta Tesis Doctoral, ambos publicados durante los años 2020 y 2022:

- I. Ricoy-Cano, A. J., Obrero-Gaitán, E., Caravaca-Sánchez, F. y De La Fuente-Robles, Y. M. (2020). Factors conditioning sexual behavior in older adults: a systematic review of qualitative studies. *Journal of clinical medicine*, 9(6), 1716.

- II. Ricoy-Cano, A. J., Cortés-Pérez, I., Martín-Cano, M. C., y De La Fuente-Robles, Y. M. (2022). Impact of Fibromyalgia Syndrome on Female Sexual Function: A Systematic Review With Meta-analysis. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 28(2), e574-e582.

2. ABREVIATURAS

Actividades Básicas de la Vida Diaria	ABVD
American Psychiatric Association's	APA
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	DSM
Disfunción Sexual Femenina	DSF
Función Sexual Femenina	FSF
Organización Mundial de la Salud	OMS
American College of Rheumatology	ACR
Changes in Sexual Functioning Questionnaire	CSFQ
Confidence Interval	CI
Critical Appraisal Skills Programme	CASP
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature	CINAHL
Female Sexual Dysfunction	FSD
Female Sexual Function Index	FSFI
Fibromyalgia Syndrome	FMS
Medical Subjects Heading	MeSH
Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology	MOOSE
Population, Context and Outcome	PCO
Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis	PRISMA
Standardized Mean Difference	SMD
World Health Organization	WHO

3. ABSTRACT

Today, almost every country in the world is experiencing continued growth in both the size and proportion of older people. The aging process has been linked to a myriad of changes in dynamic biological, physiological, environmental, psychological, behavioral, and social processes. The increase in age has been associated with the increase in chronic non-communicable diseases. Human sexuality is a condition in which an interaction of physical/biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors converge. Over the years, Western societies have generated a widespread view of the inevitable decline and detriment of sexual function in older people. During this time, older people have been perceived as asexual beings to whom sexuality does not correspond. However, advances in the specialized scientific literature cast doubt on these generalizations, and what really are the physiological and psychosocial factors that affect sexual behavior and function in adulthood are being questioned. In this sense, it seems that certain chronic diseases could be correlated with a higher risk of the appearance of sexual dysfunctions. Fibromyalgia has been defined as a chronic syndrome characterized by widespread pain in multiple tender points. There is great controversy about its etiology and pathophysiology, which makes it of special interest in the field of research on chronic diseases. The incidence of this condition is notoriously higher in women than in men.

The evaluation and analysis of physiological and psychosocial factors that affect sexual function and behavior in older people has been a topic of interest in recent decades. However, due to the variety of tests and research instruments used and the results obtained, it is convenient to synthesize the findings and establish trend lines in the literature. In the same way, due to the heterogeneity present in the instruments for measuring sexual function in women with fibromyalgia and the diversity of results obtained, a quantitative synthesis of the findings becomes necessary to delimit the possible link of this pathology with female sexual dysfunctions. Therefore, the hypotheses of this Doctoral Thesis are two; The main hypothesis is based on the premise that sexual functioning and behavior is altered in middle-aged and older women due to both physiological changes and psychosocial factors. From this main hypothesis, a secondary hypothesis is derived that postulates that female sexual function (hereinafter,

FSF) is more altered in middle-aged women with the chronic condition of fibromyalgia, compared to healthy controls.

To respond to the starting hypotheses of this Doctoral Thesis, two systematic reviews have been carried out, a systematic review of qualitative studies, and a systematic review of quantitative studies with meta-analysis between the years 2020 and 2022. Each of the phases of both reviews were carried out through a cooperative work of academic peers. For each of the reviews, different eligibility criteria were proposed in order to select studies that provided data of interest on the factors that condition sexual behavior in middle-aged and older people, and in the same way, for the second review, which yield data on the effects of fibromyalgia on FSF compared to healthy controls. The methodological quality of the studies included in the qualitative review was evaluated with the "CASP Qualitative Checklist" and for the meta-analysis with the Newcastle-Ottawa scale. In the qualitative systematic review, the data were analyzed with the "Thematic Synthesis" protocol and with the help of the "EPPI-Reviewer 4 (UCL Institute of Education, University of London, UK)" software. In the case of the quantitative systematic review with meta-analysis, the statistical data were processed with the "Comprehensive Meta-Analysis (version 3.3.070)" software. A Dersimonian and Laird random effects model was used in the meta-analysis and the effect was expressed as a Standardized Mean Difference (SMD) with a 95% confidence interval (95% CI). Egger's test and the Trim-and-Fill method were used for analysis of publication bias. The Higgins degree of inconsistency was used to measure heterogeneity. Finally, to analyze the influence of each study on the general estimate of the effect size and identify influential studies, a sensitivity analysis was performed using the "one study removed" or "leave-one-out-method" technique.

The results of this Doctoral Thesis show how middle-aged and older people detect a set of beliefs and attributes socially assigned to age that have limiting effects on their behavioral expressions of sexuality. These social influences play a relevant role in contracting sexual diseases and infections. Despite stereotypes about sexuality in adulthood, older people still have sexual desires and interests and can enjoy an active and satisfying sex life. The most common conditioning factors of sexuality in middle-aged and older people are the influence of menopause, erectile dysfunction, advanced age, chronic diseases, stereotypes and religion. The findings of this Thesis showed a globally

large impact on FSF (SMD = 1.72; 95% CI, 1.18–2.26; $p < 0.001$), in women diagnosed with fibromyalgia compared to healthy women. More specifically, women with fibromyalgia had worse scores for sexual desire, sexual arousal, lubrication, orgasm, and sexual satisfaction. In addition, women with this diagnosis obtained higher scores in sexual pain during intercourse compared to healthy women. The greatest alterations were focused on sexual satisfaction followed by pain during sexual intercourse.

Keywords: *Sexual behavior; female sexual dysfunction; physiological conditioning sexual factors; psychosocial conditioning sexual factors; middle-aged and older people; chronic diseases; fibromyalgia.*

4. RESUMEN

Hoy en día, en casi todos los países del mundo se está experimentando un crecimiento continuo tanto en el tamaño como en la proporción de personas mayores. El proceso de envejecimiento se ha vinculado a una miríada de cambios en los procesos dinámicos biológicos, fisiológicos, ambientales, psicológicos, conductuales y sociales. El aumento de la edad ha quedado asociado al incremento de enfermedades crónicas no transmisibles. La sexualidad humana es una condición en la que convergen una interacción de factores de tipo físico/biológico, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. Con el paso de los años, en las sociedades occidentales se ha ido generando una visión extendida sobre la inevitable disminución y detrimento de la función sexual en personas mayores. Durante este tiempo, las personas mayores han sido percibidas como seres asexuales a los que no corresponde la sexualidad. Sin embargo, los avances en la literatura científica especializada ponen en duda estas generalizaciones, y se cuestionan cuáles son realmente los factores fisiológicos y psicosociales que afectan al comportamiento y la función sexual en las etapas adultas. En este sentido, parece que ciertas enfermedades crónicas podrían correlacionarse con un mayor riesgo de aparición de disfunciones sexuales. La fibromialgia ha sido definida como un síndrome crónico caracterizado por dolor generalizado en múltiples puntos sensibles. Existe una gran controversia en torno a su etiología y fisiopatología lo cual la hace de especial interés en el campo de investigación de las enfermedades crónicas. La incidencia de esta condición es notoriamente superior en las mujeres que en los hombres.

La evaluación y análisis de los factores fisiológicos y psicosociales que afectan a la función y el comportamiento sexual en personas mayores ha sido un tema de interés en las últimas décadas. Sin embargo, debido a la variedad de pruebas e instrumentos de investigación utilizadas y de resultados obtenidos conviene sintetizar los hallazgos y establecer líneas de tendencia en la literatura. Del mismo modo, debido a la heterogeneidad presente en los instrumentos de medida de la función sexual en mujeres con fibromialgia y a la diversidad de resultados obtenidos se torna necesaria una síntesis cuantitativa de los hallazgos que delimite la posible vinculación de esta patología con las disfunciones sexuales femeninas. Por tanto, las hipótesis de esta Tesis Doctoral son dos; La hipótesis principal parte de la premisa de que el funcionamiento y comportamiento

sexual se ve alterado en mujeres de mediana edad y mayores tanto por cambios fisiológicos como por factores psicosociales. De esta hipótesis principal se deriva una hipótesis secundaria que postula que la función sexual femenina (en adelante, FSF) se encuentra más alterada en mujeres de mediana edad que presentan la condición crónica de fibromialgia, en comparación con controles sanos.

Para dar respuesta a las hipótesis de partida de esta Tesis Doctoral se han realizado dos revisiones sistemáticas, una revisión sistemática de estudios cualitativos, y una revisión sistemática de estudios cuantitativos con metaanálisis entre los años 2020 y 2022. Cada una de las fases de ambas revisiones fueron llevadas a cabo por medio de un trabajo cooperativo de pares académicos. Para cada una de las revisiones se propusieron diferentes criterios de elegibilidad, con el objeto de seleccionar estudios que aportaran datos de interés sobre los factores que condicionan el comportamiento sexual en personas de mediana edad y mayores, y del mismo modo, para la segunda revisión, que arrojasen datos sobre los efectos de la fibromialgia en la FSF en comparación con controles sanos. La calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión cualitativa fue evaluada con la “*CASP Qualitative Checklist*” y para el metaanálisis con la escala Newcastle-Ottawa. En la revisión sistemática cualitativa los datos fueron analizados con el protocolo de “*Thematic Synthesis*” y con la ayuda del software “*EPPI-Reviewer 4 (UCL Institute of Education, University of London, UK)*”. En el caso de la revisión sistemática cuantitativa con metaanálisis los datos estadísticos fueron procesados con el software “*Comprehensive Meta-Analysis (versión 3.3.070)*”. En el metaanálisis se empleó un modelo de efectos aleatorios de Dersimonian and Laird y el efecto apareció expresado como una Diferencia de Medias Estandariza (DME) con un intervalo de confianza delimitado al 95% (IC 95%). El test de Egger y el método Trim-and-Fill se utilizaron para el análisis del sesgo de publicación. El grado de inconsistencia de Higgins se usó para medir la heterogeneidad. Por último, para analizar la influencia de cada estudio en la estimación general del tamaño efecto e identificar estudios influyentes se realizó un análisis de sensibilidad con la técnica “*one study removed*” o “*leave-one-out- method*”.

Los resultados de la presente Tesis Doctoral muestran cómo las personas de mediana edad y mayores detectan un conjunto de creencias y atributos socialmente asignados a la edad que tienen efectos limitantes sobre sus expresiones conductuales de la sexualidad. Estas influencias sociales juegan un papel relevante en la contracción de

enfermedades e infecciones sexuales. A pesar de los estereotipos sobre la sexualidad en etapas adultas, las personas mayores siguen teniendo deseos e intereses sexuales y pueden disfrutar de una vida sexual activa y satisfactoria. Los factores condicionantes más comunes de la sexualidad en personas de mediana edad y mayores son la influencia de la menopausia, la disfunción eréctil, la edad avanzada, las enfermedades crónicas, los estereotipos y la religión. Los hallazgos de esta Tesis mostraron a nivel global un gran impacto en la FSF (DME = 1.72; 95% CI, 1.18–2.26; $p < 0.001$), en mujeres diagnosticadas con fibromialgia en comparación con mujeres sanas. De manera más específica, las mujeres con fibromialgia presentaron peores puntuaciones en deseo sexual, excitación sexual, lubricación, orgasmo y satisfacción sexual. Además, las mujeres con este diagnóstico obtuvieron mayores puntuaciones en dolor sexual durante las relaciones sexuales en comparación con mujeres sanas. Las mayores alteraciones se focalizaron en la satisfacción sexual seguida del dolor en las relaciones sexuales.

Palabras clave: *Comportamiento sexual; disfunción sexual femenina; factores sexuales condicionantes fisiológicos; factores sexuales condicionantes psicosociales; personas de mediana edad y mayores; enfermedades crónicas; fibromialgia.*

5. INTRODUCCIÓN

5.1. Envejecimiento poblacional

5.1.1. Definición de envejecimiento

A lo largo de la historia se han ido dando esfuerzos sistemáticos por definir el proceso de envejecimiento y su etiología (Rose et al., 2012). Sin embargo, y pesar de las numerosas definiciones existentes sobre el término, aún resulta complejo establecer concepciones acertadas sobre el mismo, principalmente, como consecuencia de las rápidas transformaciones demográficas y la variabilidad significativa otorgada al mismo por las diferentes culturas (Alvarado y Salazar, 2014; Lemoine, 2020).

A nivel general, y siguiendo las nociones presentadas por el *National Institute on Aging (NIH)* (2020), el envejecimiento queda asociado con una serie de cambios en los procesos dinámicos biológicos, fisiológicos, ambientales, psicológicos, conductuales y sociales. Esta definición global presenta aquellos aspectos que son necesarios tener en

consideración para definir el envejecimiento. Con el paso del tiempo se han propuesto muchas teorías para tratar de explicar el proceso de envejecimiento, sin embargo, ninguna de ellas es generalmente aceptada y serán tenidas en cuenta en la medida en que puedan contribuir a la mejora de una vida saludable para los seres humanos (Harman, 1998).

Hace ya más de tres décadas que Medvedev, en su intento de clasificación racional de las teorías del envejecimiento, alertó de la existencia de al menos 300 concepciones sobre el término. Para el autor, muchas de estas teorías coexisten ya que no llegan a contradecirse entre sí, o porque tratan de explicar de forma diferente el proceso de senescencia (Medvedev, 1990).

Tomando como referencia el concepto de salud, aportado por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) en su documento *Constitution of the World Health Organization* (1948), definido como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1), en el siguiente apartado se presentan diferentes teorías destacadas del envejecimiento englobadas en los tres niveles de salud: biológico, psicológico y social.

5.1.2. Teorías biológicas del envejecimiento

Teoría del desgaste

La Teoría del desgaste expone que las células y tejidos del cuerpo presentan partes vitales que quedan sometidas a un proceso de desgaste y deterioro, es decir, de envejecimiento (Ji, 2010). Esta teoría presentada por primera vez por el Dr. August Weismann en 1891, establece un símil entre el nivel de funcionamiento y desgaste de las personas y las máquinas. Al igual que las máquinas se dañan, deterioran e incluso pueden descomponerse con el paso del tiempo, la teoría del desgaste propone que el cuerpo humano también se ve sometido a un proceso de envejecimiento como causa de accidentes, enfermedades y/o la exposición a sustancias tóxicas y nocivas (Park y Yeo, 2013).

Sin embargo, también han aparecido perspectivas críticas que niegan la idea que relaciona el envejecimiento con un proceso de continuo desgaste. Para Mitteldorf (2010), el envejecimiento de los organismos difiere de esta comprensión de daño acumulado y

desgaste continuo. Dicho autor, postula que la fenomenología intrínseca al envejecimiento es diversa y difícil de controlar, y que, por tanto, parece complejo reducirla a hipótesis simplistas y unificadoras de deterioro y desgaste provenientes de la física y no de una perspectiva evolutiva.

Teoría de los radicales libres

Por otra parte, la teoría de los radicales libres explica el proceso de envejecimiento humano como la consecuencia del daño oxidativo sobre las células y tejidos del cuerpo (Wickens, 2001). Estos cambios desencadenan alteraciones secuenciales en edades avanzadas que se asocian a un incremento en la probabilidad de enfermedad y muerte (Harman, 1992; Pomatto y Davies, 2018). Diferentes estudios han encontrado una conexión etiológica entre el estrés oxidativo y la infertilidad masculina (por pérdida de la función espermática) (Aitken, 1994; Desai et al., 2010).

Teoría de la acumulación de desechos

La teoría del envejecimiento de acumulación de productos de desecho expone que la acumulación progresiva de desechos reduce la tasa de reproducción celular, y que los desechos intracelulares se van diluyendo por la propia división celular (Hirsch et al., 1989). Cuando estos desechos alcanzan altos niveles de concentración empiezan a afectar a la función normal y finalmente provocan la muerte de las células (Hirsch, 1978, 1986). La investigación sobre los factores de riesgo y protectores de muerte celular será de ayuda para una comprensión más profunda y para la experimentación y eventual manipulación del proceso de envejecimiento (Franceschi, 1989).

Teoría de la programación genética

Las teorías de la programación genética sugieren que tanto el envejecimiento como la vida útil de los organismos quedan predeterminadas genéticamente. Estas teorías basadas en un modelo de programa genético exponen que el envejecimiento es algo “programado, determinado o impulsado” por los genes (Fuente y Miquel, 2009; Park y Yeo, 2013).

Teoría de la tasa variable

Las teorías de tasa variable, también conocidas como teorías del error, entienden el envejecimiento como el resultado de procesos aleatorios que son diferentes (varían) de una persona a otra. De esta forma, el envejecimiento se produce por daños, errores, o ataques ambientales a los seres vivos (Papalia, 2012).

5.1.3. Teorías psicosociales del envejecimiento

Teoría de la integridad frente a la desesperación

De acuerdo con la teoría psicosocial de Erikson (1982), la etapa final del desarrollo humano es conocida como “integridad frente a desesperación”. Según el autor, la percepción de la proximidad a la muerte que aparece en la vejez lleva a una reflexión sobre la integridad personal de los individuos. En esta etapa de la vida comienzan a surgir ciertas cuestiones existenciales, tales como: ¿Qué significado ha tenido la vida? ¿Se vivió una vida significativa? ¿De qué cosas debería enorgullecerme, entristecerme, o qué tengo que compensar? En base a las respuestas a estas cuestiones se llega predominantemente a dos estados; (1) A la reconciliación y aceptación de uno mismo (de lo vivido) o a la decepción, desesperación y/o el desánimo (Erikson, 1959, 1977).

Teorías de la continuidad y la retirada

La teoría de la continuidad expone como premisa básica que, al tomar decisiones adaptativas, los adultos de mediana edad y mayores optan por mantener las estructuras internas y externas que han adquirido con el paso del tiempo y prefieren, por tanto, lograr sus objetivos mediante la continuidad. Esto quiere decir que se decantan por aplicar estrategias que les son familiares ante escenarios de vida que les son naturales (Atchley, 1989).

Por otra parte, bajo la mirada de la teoría de la retirada, el desligamiento mutuo entre sociedad e individuo se constituye como una premisa necesaria para el envejecimiento exitoso y la continuidad del funcionamiento social. Cuando la desconexión se completa aparece un nuevo estado de equilibrio, éste se caracteriza por una mayor distancia entre la persona que envejece y el sistema social al que pertenece (Cumming, 1964; Maddox, 1970).

Teoría de la actividad

Por último, de acuerdo con la teoría de la actividad (Havighurst, 1963), mantener un nivel alto de actividad durante el mayor tiempo posible es fundamental para preservar el bienestar de los adultos de mediana edad y mayores. Así, la pérdida y desvinculación de actividades derivadas de la jubilación requiere de un aumento progresivo y compensatorio en otro tipo de ocupaciones/actividades.

5.1.4. Retos demográficos a nivel mundial y envejecimiento poblacional

La población de personas mayores en todo el mundo continúa con unas tasas de crecimiento continuas nunca antes experimentadas. De acuerdo con la información presentada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, en su informe *Fiscal Challenges and Inclusive Growth in Ageing Societies* (2019), diversos factores han influido en este fenómeno, entre ellos, cabe destacar:

- (1) El incremento de la esperanza de vida.
- (2) Las bajas tasas de fertilidad y su progresivo descenso.
- (3) Los avances en el ámbito de los cuidados de salud.
- (4) El incremento de los ingresos y de la calidad de vida en general.
- (5) El aumento de los niveles educativos en la población.
- (6) La incorporación de la mujer al mercado laboral.

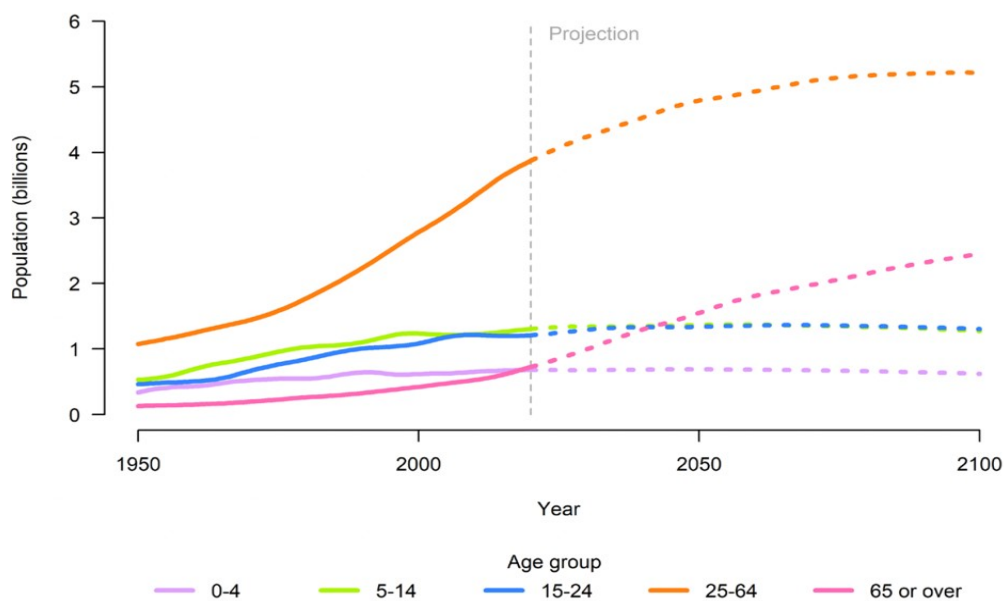
Estos componentes de evolución social están impulsando tendencias de crecimiento de la proporción de personas mayores en las sociedades. La OMS en su documento *Ageing and health* (2021) prevé que para el año 2030, 1 de cada 6 personas en todo el mundo tendrá 60 o más años, y que para el año 2050 el número de personas de 60 o más años podría alcanzar los 2.100 millones. Entre los años 2020 y 2050 se puede esperar que haya el triple de personas de 80 y más años, alcanzando así los 426 millones. De este modo, y debido a la heterogeneidad en torno a los niveles de funcionalidad presentes en este grupo etario, la OMS alienta a todos los países a estar preparados frente a los desafíos que enfrentarán sus sistemas sociales y de salud.

La División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, de las Naciones Unidas, en su investigación demográfica *World Population Prospects*

(2019) alerta de que para el 2050 las personas de 65 y más años habrán superado a la mayoría de grupos de edad, con excepción del sector de personas adultas (25-64 años) (Ver Figura 1).

Figura 1

Población mundial estimada y proyectada por grupos de edad entre los años 1950-2100.



Nota. Las personas de 65 años o más años constituyen el grupo de edad que más crece según la estimación. Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019.

En las próximas décadas, las sociedades globales se enfrentarán a grandes retos relacionados con el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas al proceso de envejecimiento, sus implicaciones económicas y sus efectos sobre las tasas de discapacidad y dependencia (OMS, 2008). Además del fortalecimiento de la atención sanitaria en general, estudios recientes (Kaplan e Inguanzo, 2017) señalan, de forma más concreta, la importancia de la promoción del rol que desempeñan los profesionales del trabajo social para satisfacer las necesidades físicas y psicosociales cambiantes de las personas mayores.

5.1.5. Cambios fisiológicos relacionados con el proceso de envejecimiento

De acuerdo con Dodds (2006), el proceso de envejecimiento trae consigo tres grupos de cambios fisiológicos relevantes. El primer tipo de cambios engloba la alteración de los procesos vegetativos y la homeostasis celular básica. El segundo grupo de cambios queda vinculado a la disminución de la masa de los órganos, como puede ser la disminución del peso del cerebro. El tercer y último grupo de cambios se relaciona con la disminución de la reserva funcional.

La capacidad de reserva (o reserva del órgano) hace referencia a la capacidad de los órganos para soportar condiciones estresantes y restaurar el equilibrio y la función homeostática normal en un tiempo prudencial (Neustadt y Pieczenik, 2008; Romero et al., 2021). El envejecimiento también puede conllevar una reducción de la capacidad de reserva de los órganos que afecta a muchos sistemas del cuerpo y a la disminución, por tanto, de algunas funciones fisiológicas. La disminución funcional de tejidos u órganos concretos como el sistema inmunitario, musculoesquelético y nervioso es característico del proceso de envejecimiento (Atamna et al., 2018).

A nivel cerebral también se detectan cambios tanto en la materia gris como en la blanca que alteran el comportamiento de la memoria de las personas mayores. Las disminuciones de volumen más significativas ocurren en la corteza prefrontal, encargada de la codificación episódica, estratégica y de los procesos ejecutivos. Las disminuciones del volumen del hipocampo son menos comunes o evidentes en el envejecimiento normal (Hedden y Gabrieli, 2004). Sin embargo, nuevos descubrimientos ponen en entredicho que el envejecimiento queda asociado inevitablemente a la pérdida y declive progresivo de la función cognitiva. La reorganización funcional, la compensación (por plasticidad cerebral) y las intervenciones especializadas son factores de protección del estado neurocognitivo en las etapas avanzadas (Bayona et al., 2005; Reuter y Lustig, 2005).

Del mismo modo, con el envejecimiento suele aparecer una drástica reducción de la función sensorial. El aumento de la edad ha quedado relacionado como un predictor importante de la disminución de las funciones sensoriales visual y auditiva (Berry et al., 2004). Diferentes autores (Eichenbaum, 2012; Evans et al., 2009; Hyman, 1987) señalan las cataratas, la degeneración macular y el glaucoma como las principales causas de

problemas de visión entre las personas de mediana edad y mayores. En relación a los problemas auditivos el tinnitus y la hiperacusia, son comunes entre los adultos mayores (Hannula et al., 2011). El deterioro o la pérdida simultánea de visión y audición es común en adultos mayores. Este fenómeno es conocido como deterioro/pérdida sensorial dual (Schneck et al., 2012). En la investigación llevada a cabo por Gopinath et al. (2016) quedó plasmado cómo este doble deterioro puede incrementar significativamente el riesgo de caídas.

El proceso de envejecimiento también trae consigo cambios en el sistema musculoesquelético. Es común la pérdida de masa muscular con el aumento de la edad debido principalmente a la atrofia y pérdida de fibras musculares (Wilkinson et al., 2018). Los problemas de osteoporosis (alteraciones en la microarquitectura de los huesos que provocan una disminución de la resistencia de los mismos y un mayor riesgo de fracturas) (Poole y Compston, 2006), tienden a presentar una mayor prevalencia en mujeres que en hombres (por una pérdida de masa ósea relacionada con la bajada de estrógenos a partir de la menopausia) y se intensifican a medida que aumenta la edad (Chen et al., 2016; Gulsahi, 2015).

Estos cambios en el sistema musculoesquelético a los que se hacían referencia en el párrafo anterior afectan del mismo modo a la capacidad de las personas mayores para realizar tareas de pie. El equilibrio de pie es vital en muchas Actividades Básicas de la Vida Diaria (en adelante, ABVD). Por tanto, estos cambios pueden afectar a la capacidad de equilibrio lo que puede repercutir en un aumento de la probabilidad de caídas y en el nivel de dependencia de la persona (Aslan et al., 2008; Concha, 2019).

En las personas mayores también suele ser frecuente la aparición de problemas del sueño como la apnea o el insomnio (Chowdhuri et al., 2018; Montgomery y Shepard, 2010). Los trastornos del sueño se han asociado con otro tipo de problemas de salud como la hipertensión, enfermedad arterial coronaria, depresión, deterioro cognitivo y/o accidente cerebrovascular (Rodríguez et al., 2015).

5.1.6. Cambios psicosociales en el envejecimiento

Como se ha podido apreciar el proceso de envejecimiento trae consigo una serie de cambios fisiológicos progresivos (que pueden ser muy variables en función de la persona). Estos cambios a menudo se han relacionado con problemas de ajuste psicológico y social (Holahan et al., 1984). Algunos problemas que aparecen con la edad incluyen el tener que hacer frente al detrimento de las capacidades físicas y su funcionalidad, el cambio de relaciones y roles sociales y el tener que lidiar con pérdidas de diversos tipos (Nadler et al., 1997; Seidel et al., 2009; Utz et al., 2002).

5.1.7. Envejecimiento activo, exitoso y saludable

En contraste con las teorías presentadas hasta el momento, que delimitan el envejecimiento como una suma inevitable y continua de pérdidas, surgen a partir de los años 90 en Europa nuevos modelos que tratan de difundir y promocionar medidas para alcanzar un envejecimiento activo, exitoso y saludable (Petretto et al., 2016).

La OMS (2002), definió el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (p. 12). Este posicionamiento busca facilitar que las personas mayores puedan tener unos niveles elevados de salud, que puedan permanecer más tiempo en sus empleos e incrementar su participación en la vida comunitaria y política (Foster y Walker 2015).

Por otra parte, tal y como expone Wong (2018), la definición de envejecimiento exitoso sigue siendo controvertida por su naturaleza multidimensional. Mientras que, desde un punto de vista más centrado en la biomedicina, el envejecimiento exitoso se define por la ausencia de enfermedad y discapacidad, desde la perspectiva psicosocial el envejecimiento exitoso queda vinculado a la satisfacción con la vida y el bienestar personal, conseguido a través de un proceso de socialización (Cosco et al., 2014).

En relación con el concepto de envejecimiento saludable, la WHO (2020), en su documento técnico *Decade of Healthy Ageing (2020-2030)*, lo define como “el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (p.1). Lo cual incluye un conjunto de habilidades funcionales, capacidades intrínsecas y las influencias del entorno (Rudnicka et al., 2020).

5.2. Sexualidad Humana, respuesta y expresión sexual en personas mayores

Cuando se habla de sexualidad se está haciendo referencia a un aspecto central en la vida de los seres humanos, la cual incluye el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad es una condición humana que queda influenciada por una interacción de factores físicos/biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Bancroft, 2008; WHO, 2006).

Un concepto más específico es el de “respuesta sexual humana”, entendido cómo la reacción a estímulos sexuales excitantes, un ciclo de incentivos motivacionales que abarca experiencias subjetivas y cambios a nivel fisiológico (Basson, 2015). La respuesta sexual femenina queda caracterizada por amplios factores intrínsecos y por poder estar influenciada por una gran variedad de determinantes, incluyendo factores fisiológicos, psicosociales y contextuales. Esta complejidad y variabilidad es significativa también en los diversos factores etiológicos y determinantes de los problemas sexuales femeninos (Rosen y Barsky, 2006).

La expresión sexual de las personas mayores queda reflejada por una interacción entre cuerpo, mente y contexto social (DeLamater y Moorman, 2007). Los resultados de una encuesta nacional de salud sexual de base poblacional española develaron cómo la prevalencia de la inactividad sexual aumentaba significativamente con la edad. Los motivos más frecuentes para la inactividad sexual eran: la presencia de enfermedades crónicas, la ingesta de medicamentos y la falta de interés (estas tres causas presentes en ambos sexos), y la viudedad, de forma más destacada en el caso de los hombres (Palacios et al., 2012).

5.3. Salud sexual

5.3.1. Definición de salud sexual

Desde 1975, año en el que la OMS publicó su definición original de salud sexual, diferentes concepciones han ido emergiendo sobre el término. El desarrollo teórico más reciente expone un especial interés en la inclusión de la salud mental, la responsabilidad y los derechos humanos en relación a la salud sexual (Edwards y Coleman, 2004; Giami, 2002).

La definición de salud sexual más ampliamente aceptada y difundida es la propuesta por la WHO (2017), ésta hace referencia a “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia [...]” (p.3).

En líneas similares la Organización Panamericana de Salud (2000), definió la salud sexual como un proceso que engloba el bienestar físico, psicológico y sociocultural respecto a la sexualidad. La salud sexual requiere de la expresión libre de las capacidades sexuales. Al igual que la definición de la OMS (2006), se consideró que la salud sexual no es simplemente una ausencia de disfunción, enfermedad y/o dolencia.

Como respuesta a estas nuevas concepciones de salud sexual y debido a la diversificación de problemas relacionados con la sexualidad, la investigación dirigida al estudio del comportamiento y la evaluación de las intervenciones de salud sexual se ha incrementado en las últimas décadas (Wellings et al., 2006). Se ha hecho un llamamiento gubernamental para el desarrollo de estrategias de salud globales, regionales y nacionales que puedan ofrecer mejores climas de debate sobre la sexualidad, acceso a la información y a la educación sobre este campo, estrategias de prevención que incluyan intervenciones basadas en la comunidad, más investigación sobre la sexualidad y una mejora de la evaluación de programas cuyo objeto sea promover la salud y el comportamiento sexual responsable (Coleman, 2002; Lottes, 2002).

5.3.2. Salud y actividad sexual en mujeres de mediana edad y mayores

La salud sexual y reproductiva en las mujeres es un tema de especial relevancia para la salud pública. Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030), de Naciones Unidas (2015), concretamente en el objetivo número 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, se encuentra la meta 3.7. cuyo propósito establece que para el año 2030 se haya garantizado el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto incluye, según lo presentado en el informe, mejorar la planificación familiar, la información y educación, y del mismo modo, la inclusión de la salud sexual y reproductiva dentro de las estrategias y los programas nacionales.

Las mujeres de mediana edad y mayores constituyen una gran parte de la población. El periodo previo y posterior a la llegada de la menopausia se ha contextualizado como un momento de transición que supone grandes desafíos para salud de las mujeres y, por tanto, mantener una buena salud durante la menopausia es un aspecto vital para alcanzar un envejecimiento saludable y exitoso (Jaspers, 2015; Kumari et al., 2005).

La sujeción a la idea de dependencia de los procesos biológicos y a los indicadores del funcionamiento sexual ha llevado a la suposición casi generalizada de que la función sexual disminuye en cualquier caso a medida que las personas envejecen. Sin embargo, se ha demostrado cómo mientras algunos aspectos disminuyen, otros pueden llegar a mejorar (DeLamater y Karraker, 2009). Aunque, en relación a esto, se podría decir que, el aumento de la esperanza de vida y el creciente fenómeno del envejecimiento a nivel mundial pueden acarrear la aparición de una mayor carga de enfermedades crónicas, las cuales afectan negativamente a la salud en general de las personas mayores y a su función y comportamiento sexual más concretamente (Merghati et al., 2016).

En el estudio de Addis et al. (2006), llevado a cabo sobre una muestra de mujeres ($n= 2109$) con edades comprendidas entre los 40-69 años, se encontró cómo las mujeres de mediana edad y mayores se involucraban en una actividad sexual satisfactoria, aunque en un tercio de los casos se informaron de problemas con la función sexual. Factores demográficos, así como ciertos problemas de salud (aparición de enfermedades) asociados con el envejecimiento, afectaron a la frecuencia, satisfacción y función sexual.

5.3.3. Enfermedades crónicas y función sexual

Existen una multitud de factores de riesgo para la disfunción sexual y que afectan de igual modo al comportamiento sexual. Tanto para mujeres como para hombres, la diabetes, las enfermedades cardíacas, los trastornos del tracto urinario y las enfermedades crónicas son delimitados como los factores de riesgo más importantes para la función sexual (McCabe et al., 2016). Más concretamente en mujeres, varias enfermedades quedan relacionadas con la disfunción sexual femenina (en adelante, DSF). Entre ellas, destacan el hipertiroidismo (Atis et al., 2011), hipotiroidismo (Atis et al., 2010), la fibromialgia (Tikiz et al., 2005), esclerosis múltiple (Kessler et al., 2009) y sistémica (Frikha et al., 2014) y las lesiones en la médula espinal (Sipski et al., 2006).

Ciertos dominios de la sexualidad como el deseo, la capacidad y/o la actividad pueden verse afectados por la aparición de enfermedades que podrían interferir con la integridad hormonal, vascular y neural de los genitales (McInnes, 2003). Del mismo modo, el uso de medicamentos para paliar los síntomas de estas patologías podría afectar a la función sexual de las personas mayores (Thomas, 2003).

Además, es necesario tener presente que, debido a la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, la presencia de la multimorbilidad (coexistencia de dos o más condiciones crónicas) se ha incrementado en las personas mayores (Salive, 2013). La multimorbilidad en las mujeres se ha asociado con una disminución de la función sexual. El detrimento de la satisfacción sexual femenina podría verse más afectado por la multimorbilidad que por el “factor edad” como tal (Appa et al., 2014).

5.3.4. Percepciones sobre la sexualidad adulta en las sociedades occidentales

En las sociedades occidentales, de forma histórica, la actividad sexual y la adultez han sido tratadas como incompatibles en los discursos públicos (Hinchliff y Gott, 2017). Sin embargo, tal y como se presenta en investigaciones como la llevada a cabo por Towler et al. (2021), existe una distancia entre las expectativas sociales y las experiencias reales de los adultos mayores en torno a la sexualidad. Las personas mayores sienten los efectos y a la vez rechazan las redefiniciones de la autoimagen, centradas en un perfil estético global respaldado por expectativas sociales. En su lugar, prefieren adoptar el paradigma del envejecimiento afirmativo, donde el proceso de envejecer se observa como una época diferente, sin hacer énfasis en la pérdida, la decadencia y/o el declive. La edad subjetiva, en conexión con las opiniones estereotipadas sobre el envejecimiento, podrían ser predictores de la experiencia sexual en las personas de mediana a avanzada edad (Estill et al., 2018).

Durante mucho tiempo se ha percibido a las personas mayores como asexuales, además, la influencia social de los medios de comunicación no ha hecho más que perpetuar este estereotipo sobre la asexualidad en esta etapa del ciclo vital (Huffstetler, 2006; Kenny, 2013; Piñeiro et al., 2020). Incluso muchos profesionales de los servicios de salud consideran que sus pacientes no son (por motivos de edad cronológica) sexualmente activos. Sin embargo, muchas personas mayores disfrutan de una vida sexualmente activa. Los problemas causados por esta vergüenza a la hora de tratar los

problemas sexuales en personas mayores pueden tener un gran impacto en la calidad de vida de las mismas (Taylor y Gosney, 2011).

Esta idea heteronormativa de lo que se considera natural en el sexo se traslada de igual forma al caso de las personas con discapacidad, provocando que sean vistas como seres asexuales (Esmail et al., 2010). En esta línea, algunos de los estereotipos extendidos en relación a las personas con discapacidad incluyen que no son sexualmente atractivas, que no pueden presentar deseos o intereses sexuales y que sus expresiones sexuales son inapropiadas (Brodwin y Frederick, 2010).

5.3.5. Mitos y estereotipos sobre la sexualidad en personas mayores

Los estereotipos por razones de edad son perjudiciales para el bienestar físico, psicológico y pueden incluso afectar a la supervivencia de las personas mayores (Ory, 2003). En el informe “Los mitos y estereotipos asociados a la vejez” desarrollado por Portal Mayores (2012), órgano dependiente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), se recogieron algunos de los estereotipos que a menudo aparecen vinculados a las personas mayores, estos fueron: (1) Todas las personas mayores son igual; (2) Las personas mayores se caracterizan por estar enfermas, presentar dependencia y ser frágiles; (3) Están solas y aisladas; (4) Todas presentan problemas de memoria; (5) Les cuesta adaptarse a los cambios del envejecimiento; (6) Éstas no deben seguir manteniendo un empleo; (7) No tienen la capacidad suficiente para aprender cosas nuevas; (8) No existe capacidad o funcionalidad para las relaciones sexuales.

En conexión con esta noción de estereotipos sobre el envejecimiento merece la pena hacer mención al término edadismo (Ageism en inglés). Para Iversen et al. (2009), esta forma de discriminación por motivos de edad se define o aparece vinculada a la existencia de estereotipos negativos, prejuicios y discriminación a las personas mayores tomando como base su edad cronológica. Sin embargo, existe un matiz que diferencia a ambas terminologías, y es que existen situaciones en las que aparecen estereotipos sobre la edad, pero no siempre estos resultan en formas discriminatorias por edad (Ayalon y Tesch, 2018). Los estereotipos y/o la discriminación por edad no solo tienen efectos sobre la salud física y psicológica de las personas mayores, sino que afectan de igual forma a

su inclusión, acompañamiento y participación social (Shiovitz et al., 2018; Wethington et al., 2016).

5.4. Disfunciones sexuales

5.4.1. Disfunciones sexuales fisiológicas y psicológicas

El *National Center for Biotechnology Information* (2022, 14 de abril) definió las disfunciones sexuales fisiológicas como aquellas alteraciones que influyen en el desempeño sexual normal en ambos sexos. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la respuesta sexual es un mecanismo psicósomático, y que, tanto procesos psicológicos y somáticos quedan relacionados con la aparición de las disfunciones sexuales (Hatzimouratidis y Hatzichristou, 2007).

5.4.2. Prevalencia y factores de riesgo

Las disfunciones sexuales son frecuentes en las sociedades de todo el mundo, y su aparición parece aumentar directamente con el incremento de la edad para ambos sexos (DeRogatis y Burnett, 2008). Como se adelantó en secciones anteriores existen una gran cantidad de factores de riesgo que quedan asociados a la disfunción sexual tanto para hombres como para mujeres. Lewis et al. (2004) delimitan como posibles factores de riesgo, el estado de salud general de las personas, la presencia de diabetes, la enfermedad cardiovascular, la concurrencia de enfermedades genitourinarias, los trastornos psíquicos, otras enfermedades crónicas y las condiciones sociodemográficas.

En el año 2000, Rosen y colaboradores llevaron a cabo una revisión de la incidencia de las disfunciones sexuales en Estados Unidos tomando como base la “*National Health and Social Life Survey*” (1992). Los autores sintetizaron los hallazgos y expusieron que las disfunciones sexuales eran muy frecuentes entre la población, y que afectaban alrededor del 43% de las mujeres y al 31% de los hombres. Años más tarde, Laumann et al (2009), tomando datos de una encuesta telefónica realizada entre los años 2001-2002 en Estados Unidos, informaron que algunos de los problemas sexuales más comunes podían ser, en el caso de los hombres; la eyaculación precoz (26,2%) y las dificultades de erección (22,5%), mientras que en el caso de las mujeres eran; la falta de interés sexual (33,2%) y las dificultades de lubricación (21,5%). Menos del 25% de los hombres y mujeres con problemas sexuales buscaron ayuda de un profesional de salud.

De manera similar, en el estudio realizado por Christensen et al. (2011), sobre una muestra de 4415 daneses sexualmente activos de entre 16 a 95 años, utilizando datos de una encuesta nacional de salud y morbilidad del año 2005, encontraron que el 11% de las mujeres y hombres presentaban al menos una disfunción sexual percibida como un problema. Mientras que el 68% de los hombres y el 69% de las mujeres experimentaron dificultades sexuales menos asiduas o severas. Entre las más frecuentes, en el caso de los hombres se encontraba la eyaculación precoz (7%), y en las mujeres los problemas de lubricación (7%).

Otra investigación especialmente relevante en el campo fue la desarrollada por Briken et al. (2020), ya que en su estudio emplearon la edición nº 11 del “*International Statistical Classification of Diseases (ICD-11)*”, que entraría realmente en vigor el 1 de enero de 2022 (WHO, 2022). Los datos para el testeo de la ICD-11 se tomaron de la encuesta nacional alemana “*Gesundheit und Sexualität in Deutschland*” (2018-2019). Entre sus hallazgos resaltaron que las disfunciones sexuales más frecuentes fueron la disfunción eréctil (6,6%) y la eyaculación precoz (4,5%) en los hombres, y en el caso de las mujeres el deseo hipoactivo (6,9%) y la disfunción orgásmica (5,8%).

5.4.3. Disfunción sexual en las mujeres y tipos existentes

No hace mucho tiempo que se está comenzando a reconocer la importancia de las diferencias sexuales en la enfermedad y los trastornos de salud. Estas diferencias se pueden materializar en la incidencia de los problemas de salud, los síntomas y la edad de aparición (Morrow, 2015). Realmente, los factores de tipo biológico que afectan de una forma diferente a la salud de las mujeres han sido poco investigados hasta la fecha, lo cual no deja de incrementar las desigualdades de atención primaria de salud en las mujeres de todo el mundo (Khramtsova et al., 2019).

La disfunción sexual (o trastorno sexual) puede ser definida como la dificultad que puede experimentar cualquier individuo o pareja durante cualquier etapa de la actividad sexual normal, incluyendo problemas relacionados con el placer físico, el deseo, la preferencia, la excitación o el orgasmo (ICD-10-CM, 2015). La DSF es considerada una condición multifactorial en la que pueden intervenir componentes de tipo anatómico, fisiológico, médicos, psicológicos y sociales (Anastasiadis et al., 2002).

Las disfunciones sexuales femeninas más significativas, reportadas hasta la fecha, incluyen trastornos del interés/excitación sexual femenino, trastorno orgásmico femenino, trastornos del dolor sexual, trastorno o disfunción sexual no especificada, disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos y la disfunción sexual por enfermedades crónicas (señaladas en el apartado 5.3.3) (American Psychiatric Association's (en adelante, APA) 2013 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th Ed.; DSM-5; Basson et al., 2004a). Tanto la DSF, como la calidad de vida, son factores multidimensionales entre los que se pueden establecer relaciones de bidireccionalidad. Las disfunciones sexuales femeninas tienen impacto sobre la calidad de vida de las mujeres (Nappi et al., 2016). En los siguientes subapartados se presentarán breves definiciones sobre las diferentes disfunciones sexuales que pueden experimentar las mujeres.

Trastorno del interés/excitación sexual femenino

La evidencia ha venido sugiriendo que el deseo y la excitación sexual no son entidades separadas para las mujeres (Basson, 2014). Los trastornos de excitación sexual femenina han tratado de definirse desde diferentes perspectivas, aunque la gran mayoría de definiciones se han centrado en la respuesta genital, en la respuesta subjetiva, o en la combinación de ambas. La prevalencia de estos trastornos es variable y aumenta con la edad, especialmente durante la menopausia. En los trastornos de excitación sexual a menudo existe morbilidad asociada y su etiología puede darse debido a factores biológicos y sociales (Giraldi et al., 2013).

De acuerdo con Basson et al (2004b), el deseo sexual en las mujeres se puede experimentar una vez que diferentes estímulos sexuales han permitido la excitación. Por tanto, es fácil entender que excitación y deseo sexual están ampliamente interrelacionados. La ausencia de deseo durante las relaciones sexuales puede ser señal de un desorden. Diferentes factores biopsicosociales se han relacionado con una reducción del deseo sexual; la disfunción sexual de la pareja, el aumento de los niveles de estrés, un historial de infertilidad, el aumento progresivo de la duración de pareja (Balon, 2006).

Trastorno orgásmico femenino (anorgasmia)

Una definición operativa del orgasmo sexual femenino podría ser la aportada por Meston et al. (2004a, p. 174), quienes lo definieron como:

Una sensación variable y transitoria de intenso placer que crea un estado alterado de conciencia generalmente con una iniciación acompañada de contracciones rítmicas e involuntarias de la musculatura pélvica estriada circunvaginal, a menudo con contracciones uterinas y anales concomitantes, y miotonía que resuelve la vasocongestión inducida sexualmente (a veces solo parcialmente e induce a bienestar/satisfacción).

El trastorno orgásmico femenino ha sido definido como el retraso marcado, persistente o recurrente, la reducción de la intensidad, o la ausencia total del orgasmo o sensaciones orgásmicas, tras una fase de excitación sexual considerada normal (APA, 2013; Meston et al., 2004a).

Trastorno de dolor sexual femenino y dispareunia

A lo largo del tiempo, el dolor sexual femenino ha sido diferenciado como dos trastornos discretos; la dispareunia y el vaginismo. La dispareunia hace referencia al dolor pélvico y genital general. Mientras que el vaginismo puede ser definido como la tensión o espasmo involuntario y doloroso de la musculación pélvica (Newlands y O'Donohue, 2018).

Frente a esta perspectiva, autores como Binik et al. (2002) cuestionan si el vaginismo y la dispareunia no serían más bien trastornos de dolor que interfieren con la sexualidad, más que trastornos sexuales caracterizados por el dolor. Un leve matiz que cambiaría por completo la forma de entender lo que hasta la fecha ha sido percibido y definido como “trastornos de dolor sexual”.

Trastorno sexual no especificado

Esta categoría, según aparece planteado en el DSM-V, de la APA (2013), alude a situaciones en las que suelen predominar síntomas similares a los que provoca una disfunción sexual, pero que no cumplen con todos los criterios diagnósticos para ser

definidas como disfunción sexual. En este sentido, el clínico optaría por no especificar cuál es el motivo del incumplimiento de los criterios de una disfunción concreta, y ante las que la falta de información no permite realizar un diagnóstico más concreto/específico.

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos

El uso frecuente de ciertas sustancias puede derivar en un impacto negativo para función sexual y provocar diferentes tipos de disfunciones sexuales. El consumo de ciertas sustancias psicoactivas (alcohol, nicotina, cannabis, opioides, cocaína, anfetaminas, metilendioximetanfetamina (MDMA) e Inhalantes de nitrito) ha quedado vinculado con diferentes consecuencias negativas en las diferentes fases del ciclo sexual (Ghadigaonkar y Murthy, 2019).

Las disfunciones sexuales aparecen vinculadas con bastante frecuencia al uso de ciertos medicamentos. Medicamentos que se usan comúnmente como antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado anímico, medicamentos contra la ansiedad o cardiovasculares pueden tener efectos sobre la función sexual en diferentes grados y duración (Balon, 2017a).

5.4.4. Efectos psicológicos y sociales de la disfunción sexual femenina

La DSF es considerada como un problema angustioso, que puede acarrear consecuencias psicológicas y problemas en la relación de pareja. Del mismo modo, también ha sido delimitado como un problema social por sus efectos sobre las tasas de divorcio, violencia doméstica, su impacto en la calidad de vida y en las relaciones presentes y futuras (Aslan y Fynes, 2008).

Para autores como Balon (2017b), la carga que trae asociada la disfunción sexual se ha subestimado hasta la fecha y pocos estudios han evaluado este espectro de carga desde factores como los costos financieros, la calidad de vida en general, la comorbilidad, angustia psicológica y/o los problemas interpersonales.

La forma en que las parejas sexuales resuelven los conflictos podría quedar asociada a algunas disfunciones/problemas sexuales o al empeoramiento de éstas. Una

interacción constructiva en la resolución de conflictos puede aumentar la intimidad emocional y sexual de la relación de pareja (Metz y Epstein, 2002).

Muchos trastornos sexuales femeninos se asocian con la ansiedad y la depresión. Los servicios de salud deben tener en consideración un enfoque centrado en la salud social y psicológica de las mujeres sobre la base de los posibles efectos psicosociales de las disfunciones sexuales (Dunn et al., 1999).

En síntesis, se podría decir que existen una gran cantidad de factores fisiológicos y psicosociales que afectan a la sexualidad, modifican el comportamiento sexual y disminuyen la actividad sexual de las personas mayores. Sin embargo, hasta la fecha, pocos estudios han realizado una recopilación y evaluación de la investigación cualitativa que analice estos aspectos del comportamiento y la función sexual en adultos mayores.

5.5. Fibromialgia

5.5.1. Definición, diagnóstico y etiología

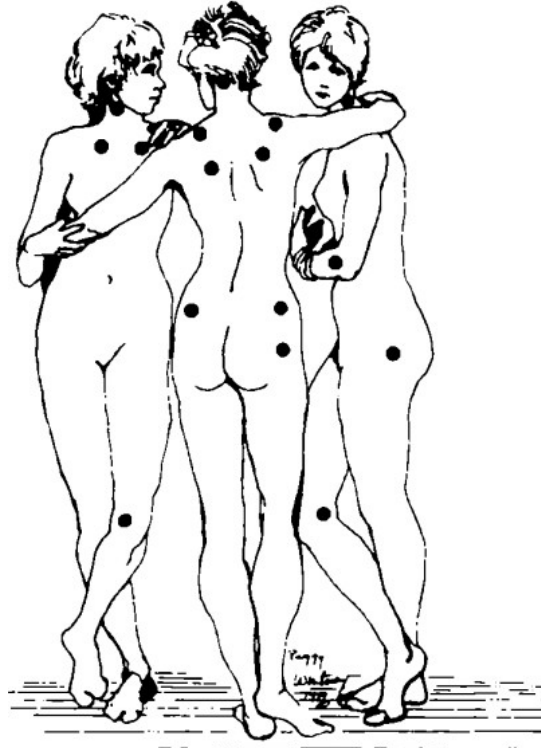
La fibromialgia es un síndrome crónico caracterizado por dolor generalizado en múltiples puntos sensibles, que suele causar rigidez articular y síntomas sistémicos como trastornos del estado anímico, fatiga, disfunción cognitiva y sexual e insomnio (Bazzichi et al., 2012; Bellato et al., 2012; Glass, 2008; Martínez et al., 1995; Zautra et al., 2007). Sin embargo, la fibromialgia aún en la actualidad supone un enigma clínico. Su fisiopatología no se ha llegado a comprender del todo y sus síntomas se tornan inespecíficos. Esto hace que su diagnóstico sea un reto complejo tanto para médicos como para investigadores (Kumbhare et al., 2018).

La propuesta de criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR) (Wolfe et al., 1990), fue clave para un mayor reconocimiento oficial del síndrome. En esta primera propuesta los criterios para la clasificación diagnóstica de la fibromialgia fueron:

- (1) Dolor generalizado en combinación con;
- (2) Sensibilidad en 11 o más de los 18 puntos especialmente sensibles (Ver Figura 2).

Figura 2

Ubicación de los 18 puntos sensibles para el diagnóstico de la fibromialgia

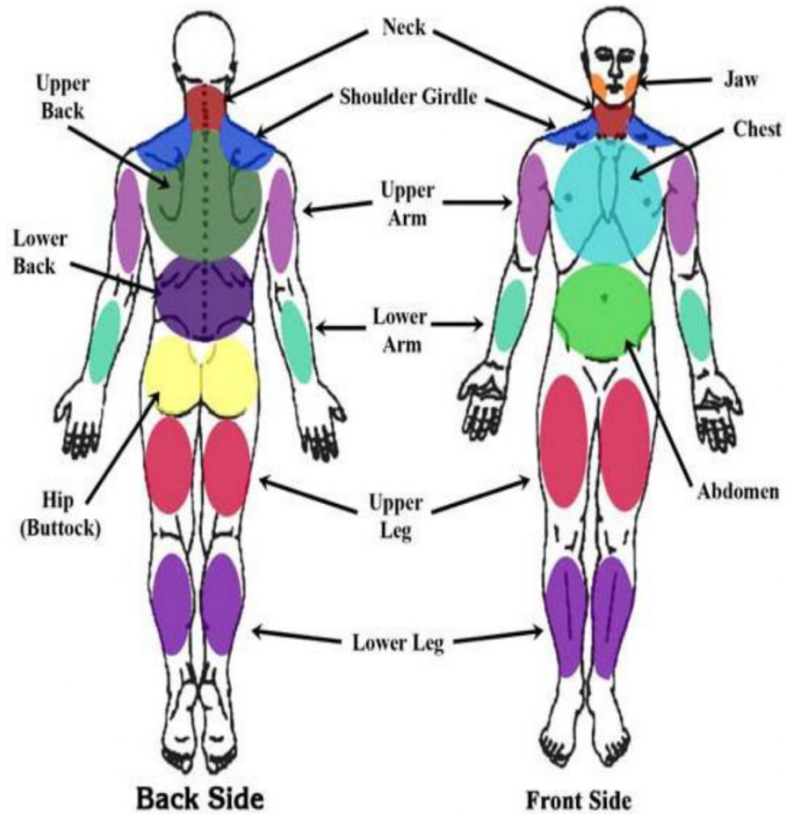


Nota. La figura muestra los puntos sensibles establecidos como criterios de clasificación de la fibromialgia por el ACR (1990). La imagen se diseñó en base al barón Jean-Baptiste Regnault (1793), Museo del Louvre, París. Fuente: Wolfe et al. (1990).

Sin embargo, años más tarde, se estimó que estos criterios del ACR (1990) no habían tratado adecuadamente a los pacientes y, por tanto, no cumplieron con los requisitos esperados tanto por médicos e investigadores como por pacientes (Gálvez y Reyes, 2020), lo que condujo a su revisión en el año 2010 (Wolfe et al., 2010). En esta versión, la ACR estableció una serie de nuevos criterios diagnósticos basados en el uso de dos escalas: el índice de dolor generalizado (WPI por sus siglas en inglés), con una lista de 19 puntos de dolor (Ver Figura 3) y la escala de gravedad de los síntomas (SS).

Figura 3

Distribución por áreas de dolor de la escala WPI



Nota. El WPI se corresponde con una lista de verificación compuesta por 19 puntos que evalúa la presencia de dolor o sensibilidad en 19 áreas específicas del cuerpo en los 7 días anteriores. Fuente: Wolfe et al. (2010).

La investigación en el campo ha sido continua y en el año 2016, Wolfe y colaboradores llevaron a cabo un proceso de revisión de los criterios propuestos en 2010 y de su posterior modificación de 2011. En este estudio detectaron algunas limitaciones en los criterios establecidos hasta la fecha, como: lenguaje y definiciones imprecisas, falta de claridad en el diagnóstico de la fibromialgia cuando se acompaña de otras enfermedades, incapacidad ante la exclusión de ciertos síndromes de dolor regional, y fallos en la validez y confiabilidad de los diagnósticos ante contextos clínicos.

Hasta la fecha, la etiología y fisiopatología de la fibromialgia no se han podido explicar por completo y no existen tratamientos efectivos (Drozd et al., 2020). Una

investigación reciente ha demostrado que muchos de los síntomas que provoca esta condición son causados por anticuerpos que producen incrementos en la actividad de los nervios sensibles al dolor en todo el cuerpo. Estos resultados chocan con una de las principales hipótesis consideradas hasta la fecha, sobre el origen cerebral de la fibromialgia, mostrando cómo ésta es una enfermedad derivada de dificultades en el sistema inmunológico (Goebel et al., 2021).

5.5.2. Prevalencia de la fibromialgia a nivel mundial

En el estudio de revisión de Marques et al. (2017) se encontraron valores de prevalencia de la condición crónica de fibromialgia de entre el 0,2 y el 6,6% en la población general; valores que oscilaban entre el 2,4% y el 6,8% concretamente en mujeres; en áreas urbanas entre el 0,7% y el 11,4%; y en áreas rurales entre el 0,1% y el 5,2%. En el caso de España, sin tratar de realizar generalizaciones, la prevalencia de la fibromialgia podría situarse entorno al 2,4%, siendo esta más frecuente en mujeres (4,2%) que en hombres (0,2%), y siendo más frecuente su aparición y diagnóstico en el intervalo de edad de los 40-49 años (Mas et al., 2008). Los datos obtenidos por Wolfe et al. (1995), respaldan la teoría de que esta patología es más frecuente en mujeres que en hombres. La prevalencia general encontrada en su estudio se situó en el 3,4% para las mujeres y el 0,5% en el caso de los hombres.

5.5.3. Fibromialgia, calidad de vida y función sexual femenina

La fibromialgia también ha sido caracterizada por sus efectos incapacitantes, los cuales pueden derivar en consecuencias negativas para la funcionalidad de las mujeres que la padecen (Góes et al., 2012). Así, esta condición afecta a la calidad de vida de las mujeres (Mas et al., 2008), limitando su capacidad para realizar tanto ABVD, como otras actividades instrumentales (Jones et al., 2008). La fibromialgia también tiene un impacto negativo en la vida social, reduciendo las relaciones familiares y sociales y en consecuencia aumentando la sobrecarga emocional del trastorno (Marcus et al., 2013). Además, los síntomas de esta condición pueden afectar a la vida laboral (Henriksson, 1994), presentando un alto porcentaje de bajas por enfermedad, jubilaciones anticipadas y/o desempleo (Sallinen et al., 2010).

Las enfermedades reumáticas pueden afectar de forma general a la calidad de vida de las personas, y de forma más concreta a su funcionamiento sexual (Tristano, 2009). Hasta la fecha, solo una revisión sistemática con metaanálisis (Besiroglu y Dursun, 2019) ha analizado el impacto de la fibromialgia sobre la DSF. Sin embargo, esta revisión sistemática estuvo limitada por el escaso número de estudios incluidos, que además recababan datos sobre ambos sexos, y por la heterogeneidad sustancial presente en el análisis.

Otros estudios que han empleado el “*Female Sexual Function Index (FSFI)*” señalan que las puntuaciones para la FSF disminuyen claramente para los grupos con fibromialgia en comparación con controles sanos (19.29 ± 3.35 , 25.88 ± 2.47 , respectivamente, $p = < 0.001$: Dursun et al., 2020); (21.6 ± 1.1 , 26.5 ± 0.8 , respectivamente, $p = 0.001$: Aydin et al., 2006); (22.4 ± 7.0 , 28.1 ± 6.5 , respectivamente, $p = 0.001$: Tikiz et al., 2005).

En el estudio de casos y controles realizado por Kayhan et al. (2016) se encontró que un 52,1% de las pacientes con FMS sufría de disfunción sexual, las disfunciones sexuales más comunes fueron la falta de deseo sexual ($n = 36$, 37,5%) y el trastorno de excitación ($n = 10$, 10,4%).

El incremento de estudios en las últimas décadas donde se compara la sexualidad entre pacientes mujeres diagnosticadas con fibromialgia y controles sanos ha llevado a una heterogeneidad de resultados. En este sentido, se tornan necesarias investigaciones que aúnen el conocimiento existente y puedan extraer una tendencia general sobre la investigación existente. Es necesaria una mayor precisión sobre los posibles efectos de la fibromialgia en la FSF.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas se está experimentando un aumento continuo en las tasas de envejecimiento poblacional a nivel mundial. El proceso de envejecimiento ha quedado asociado con una serie de cambios en los procesos biológicos, fisiológicos, ambientales, psicológicos, conductuales y sociales. En la actualidad, las sociedades globales enfrentan grandes retos relacionados con el incremento de las enfermedades crónicas asociadas al

envejecimiento y a los efectos de las mismas sobre los índices de discapacidad y dependencia. Junto a estos cambios físicos (detrimentos en la capacidad y funcionalidad), las personas mayores pueden experimentar problemas para su reajuste psicológico y social, incluyendo cambios en las relaciones y roles sociales y el tener que lidiar con pérdidas de diferentes tipos.

La sexualidad es un aspecto central del ser humano a cualquier edad. Esta condición humana se caracteriza por una interacción de factores físicos/biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. En consonancia, cuando se hace referencia a la salud sexual se está refiriendo a un estado completo de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no simplemente a la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia.

En la sociedad actual las mujeres de mediana edad y mayores son un colectivo que constituye una gran parte de la población. Se reconoce que el periodo previo y posterior a la menopausia supone un momento clave de transición que trae consigo grandes desafíos para la salud de las mujeres. Mantener una buena salud durante este periodo es fundamental para lograr un envejecimiento saludable y exitoso.

En las sociedades occidentales se ha ido forjando una concepción rígida sobre la inevitable disminución de la función sexual y la afección del comportamiento sexual en personas mayores. Sin embargo, parece acertado analizar las propias percepciones y discursos de las personas mayores de forma cualitativa para indagar sobre aquellos factores fisiológicos y psicosociales que realmente afectan a su comportamiento y función sexual.

Según los hallazgos encontrados en la literatura internacional hasta la fecha, parece que las enfermedades crónicas podrían correlacionarse con un mayor riesgo de aparición de disfunciones sexuales femeninas. La disminución de la mortalidad que deriva en un incremento de la esperanza de vida podría conllevar un aumento de la multimorbilidad en las personas mayores.

La fibromialgia es un síndrome crónico caracterizado por dolor generalizado en múltiples puntos sensibles, que suele causar rigidez articular y síntomas sistémicos como trastornos del estado anímico, fatiga, disfunción cognitiva y sexual e insomnio. Según los datos reportados, podría decirse que la prevalencia de la fibromialgia es notoriamente superior en las mujeres que en los hombres a nivel mundial. En general, las enfermedades reumáticas pueden afectar a la calidad de vida de las personas, y de forma más concreta a su función sexual. La DSF es considerada como un problema angustioso, que puede conllevar problemas relacionados con el placer físico, el deseo, la preferencia, la excitación o el orgasmo.

Debido a la creciente importancia a nivel social y clínico de la función sexual a nivel general, y de la salud sexual a nivel más específico, en mujeres de mediana edad, y, por otra parte, a la notoria y superior prevalencia de la condición de fibromialgia en las mujeres de este grupo etario, se requiere de una mayor precisión sobre los posibles efectos de esta condición crónica en la FSF.

7. HIPÓTESIS, PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

La presente Tesis Doctoral se ha diseñado con la finalidad de recopilar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre cómo ciertos factores fisiológicos y psicosociales podrían modificar el comportamiento y la función sexual en mujeres de mediana edad y mayores. La hipótesis principal de la presente investigación parte de la premisa de que el funcionamiento y comportamiento sexual se ve alterado en mujeres de mediana edad y mayores tanto por cambios fisiológicos como por factores psicosociales. De esta hipótesis principal se deriva una hipótesis secundaria que postula que la función sexual femenina se encuentra más alterada en mujeres de mediana edad que presentan la condición crónica de fibromialgia, en comparación con controles sanos.

Debido al abordaje metodológico del primer estudio de esta Tesis (planteado desde el paradigma de investigación cualitativo, el cual no suele dar respuesta a hipótesis de partida), se estima oportuno plantear las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son los factores condicionantes de la sexualidad (fisiológicos y psicosociales) más relevantes que pueden alterar o modificar el comportamiento sexual de las mujeres de mediana edad y mayores?
- ¿De qué forma estos factores pueden alterar o modificar el comportamiento sexual de las mujeres de mediana edad y mayores?

El objetivo general de esta investigación por tanto sería el de analizar cuáles son los factores fisiológicos y psicosociales más relevantes que afectan (y de qué forma) a la función y el comportamiento sexual de mujeres de mediana edad y mayores.

De manera más concreta se plantan los siguientes objetivos específicos:

- Detectar qué factores fisiológicos y psicosociales pueden afectar/modificar el comportamiento sexual en mujeres de mediana edad y mayores.
- Recopilar y sintetizar temáticamente la evidencia cualitativa disponible sobre cómo los factores fisiológicos y psicosociales pueden modificar el comportamiento sexual en los adultos mayores.
- Analizar si la función sexual femenina se encuentra más alterada en mujeres que presentan fibromialgia en comparación con controles sanos.

8. MATERIALES Y MÉTODOS

Para dar respuesta a los objetivos previamente enumerados, en el marco del presente proyecto de investigación de Tesis Doctoral, se han diseñado un total de dos revisiones sistemáticas. El enfoque común de ambas revisiones sistemáticas es el análisis de los factores que afectan a la función y el comportamiento sexual de personas de mediana edad y mayores (principalmente mujeres). Mientras que la diferencia es el enfoque metodológico por el que se abordan y la concreción de los estudios. Con la Revisión Sistemática 1 se busca indagar a nivel más general en las propias percepciones de los actores sobre los factores fisiológicos y psicosociales que afectan a su comportamiento sexual. Para tal fin, se procede con una revisión sistemática y síntesis

temática de estudios cualitativos. Una vez detectados estos factores, con la Revisión Sistemática 2, se analizan los efectos de la fibromialgia sobre la función sexual femenina en comparación con controles sanos. De este modo, las dos revisiones sistemáticas (la RS.1 de estudios cualitativos y la RS.2 de estudios cuantitativos con metaanálisis) que han sido planteadas son:

- **RS.1.** Factores condicionantes del comportamiento sexual en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos.
- **RS.2.** Impacto del síndrome de fibromialgia en la función sexual femenina: Una revisión sistemática con metaanálisis.

Las dos revisiones sistemáticas se han enfocado con una metodología de trabajo similar, aunque varían en la forma de análisis de datos por tratarse de paradigmas diferentes (cualitativo vs cuantitativo). La primera fase planteada es común a ambos estudios; análisis cualitativo (revisión sistemática y recuperación de estudios), sin embargo, difieren en la síntesis de la información recabada; RS.1 (técnica de síntesis temática) y RS.2 (técnica de metaanálisis). Para la elaboración y redacción de la RS.1 se han seguido las recomendaciones propuestas por la Guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*) (Ver Anexo 1) (Moher, 2009; Moher et al., 2015; PRISMA, 2020). Además, se toman orientaciones de dos manuales concretos “*Chapter 20 of the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*” (Noyes et al., 2008) y el “*Chapter 2 of the Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual*” (Lockwood et al., 2020), que ofrecen información sobre cómo llevar a cabo e implementar métodos de revisión cualitativa.

Por otra parte, para la elaboración de la RS.2 se han seguido las recomendaciones presentadas en la guía del grupo MOOSE (*Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology*) (Stroup et al., 2000). Como ayuda para la redacción de la síntesis cuantitativa se siguieron las orientaciones propuestas en la Guía PRISMA (Moher et al., 2015). Finalmente, también se revisó como material complementario el “*Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*” (Higgins et al., 2019).

A nivel metodológico, las revisiones expuestas comparten fases similares, variando levemente el contenido y los procedimientos seguidos en función del objetivo perseguido y del paradigma desde el que se aborda el análisis de datos. De este modo, las dos revisiones quedan conformadas por 5 fases específicas:

8.1. Fase de búsqueda bibliográfica

Ambos estudios se iniciaron con una búsqueda bibliográfica por pares académicos de manera independiente, donde uno de ellos siempre fue el autor del presente proyecto de investigación de Tesis Doctoral. En este proceso de revisión de la literatura científica se diseñaron dos cadenas de búsqueda (una para cada estudio) adaptadas a las peculiaridades de cada una de las bases de datos utilizadas. Las bases de datos se seleccionaron en función de la adecuación a la temática de cada uno de los artículos. En la RS.1. las búsquedas se efectuaron en las bases de datos de Ciencias Sociales y de la Salud: Web of Science, Scopus, Pubmed Medline, PsycINFO ProQuest y CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, EBSCOhost*). Mientras que en la RS.2., además de la mencionadas para la RS.1., se añadió: SciELO. En ambos casos se realizaron búsquedas en base a las listas de referencias de otros estudios científicos de interés, así como de otras revisiones próximas al tema publicadas previamente.

Para el diseño de las estrategias de búsqueda, concretamente, para la elección de los términos/palabras clave, se revisaron las utilizadas en estudios previos con temáticas próximas, y se buscaron conceptos presentes en los tesauros de PubMed Medline (*Medical Subjects Headings*) y, para la RS.1., se completó con los de ProQuest and EBSCO. Ambas cadenas de búsqueda se iniciaron con conceptos relacionados primero con la población o condición objeto de análisis, por ejemplo, RS.1: “*older adult*”, “*middle aged*” , “*aged*”[...]; RS.2: “*fibromialgia*”, “*fatigue syndrome, chronic*”, “*fibromialgias*”, “*fibromyalgia-fibromyositis síndromes*” [...], y se continuaron con palabras clave relacionadas con la cuestión de interés; que se componía de términos relacionados con el comportamiento (RS.1) y la función/disfunción sexual (RS.2) (las cadenas de búsqueda aparecen desarrolladas en el apartado de resultados de este documento). En las estrategias de búsqueda se utilizaron los operadores booleanos “OR” (para establecer los sinónimos de cada condición) y “AND” (para recuperar estudios donde se combinaran conceptos). Solo se empleó el asterisco como truncamiento (*) para

encontrar todas las formas de una palabra, y las comillas (“”) para la búsqueda de los términos tal cual habían sido introducidos.

8.2. Fase de selección de estudios

Este proceso también fue llevado a cabo por dos autores independientes, y en caso de discrepancias sobre la pertinencia e inclusión final de un estudio en la síntesis, estas fueron resueltas por consenso o consultando a un tercer investigador. De forma previa a la selección de estudios fueron diseñados los criterios de elegibilidad. Dada la variabilidad de los mismos para cada revisión, a continuación se detallan de forma específica los utilizados en cada artículo:

- **RS.1. Criterios de inclusión:** (1) Estudios basados en estudios cualitativos primarios que contienen experiencias, puntos de vista y opiniones; (2) Estudios que evalúan el impacto de los factores condicionantes fisiológicos y/o psicosociales que afectan el comportamiento sexual; (3) Investigaciones sobre el potencial de los adultos mayores para tener relaciones sexuales.

Estos criterios de inclusión se acompañaron de los siguientes criterios de exclusión de estudios:

- **RS.1. Criterios de exclusión:** 1) Estudios cualitativos que no reportaron datos sobre el tema; (2) Estudios cuantitativos; (3) Estudios cualitativos donde el texto completo no estaba disponible; y (4) Estudios cualitativos con muestras más jóvenes que adultos de mediana edad.

En el caso de la RS.2. los criterios de elegibilidad propuestos fueron los siguientes:

- **RS.2. Criterios de inclusión:** (1) Estudios observacionales; (2) Estudios cuyas muestras quedaban constituidas por mujeres con FMS; (3) Estudios en los que se evaluaron la función sexual o las características sexuales; y (4) Estudios con un grupo de comparación (control) de mujeres sanas.

Estos criterios de inclusión se acompañaron de los siguientes criterios de exclusión de estudios:

- **RS.2. Criterios de exclusión:** (1) Estudios observacionales de un solo grupo; (2) Estudios que evaluaron la función sexual en pacientes con FMS después de aplicar una terapia; (3) Estudios con una muestra compuesta por mujeres y hombres; y (4) Estudios que no reportaron datos de dispersión de la actividad sexual susceptibles de ser transformados en desviación estándar con base en procedimientos estandarizados (Higgins et al., 2019).

**No se establecieron filtros ni restricciones por idioma o fecha de publicación con el objetivo de recuperar el máximo de evidencia científica disponible sobre el tema.*

8.3. Fase de extracción de datos

Tras la selección de estudios que finalmente serían incluidos en cada revisión, dos autores de forma independiente realizaron el proceso de extracción de datos, usando para tal fin una plantilla (RS.1) y hoja de cálculo estandarizada (RS.2). La plantilla estandarizada (RS.1) se compuso de las siguientes categorías de análisis: (1) autor y año; (2) lugar; (3) población objetivo; (4) diseño y método/técnica de recopilación de datos; (5) edad de las muestras; (6) tamaño de las muestras y sexo. Esta plantilla fue diseñada en base a las recomendaciones presentadas en el “*Chapter 20: Systematic reviews of qualitative evidence*” (Noyes et al., 2008) y en el “*Chapter 2 of the Joanna Briggs Institute Reviewers Manual*” (Lockwood et al., 2020). En el caso de la RS.2., los datos extraídos se categorizaron en: (1) datos referentes a la publicación (autoría, fecha de publicación y diseño); (2) datos característicos de los casos (mujeres con fibromialgia) (tamaño de las muestras, edad, sexo, patología y datos específicos de cada estudio); (3) datos característicos de los controles (mujeres sanas) (tamaño muestral, edad y sexo); y datos del análisis propio de la función sexual, tales como:

- Tipo de función sexual analizada (deseo sexual, placer, excitación, orgasmo, lubricación, dolor y satisfacción).
- Escala, cuestionario o índice de medida utilizado.

- Medidas de tendencia central y dispersión de la evaluación de la función sexual para cada grupo. Principalmente se obtuvieron datos de la media y desviación estándar, en caso de que no apareciesen, se extrajeron: el error estándar, el rango o el rango intercuartílico. Para todo este procedimiento se siguieron las recomendaciones presentadas en el “*Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*” (Higgins et al., 2019).

8.4. Fase de análisis de la calidad metodológica

Para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos en la RS.1 se utilizó la “*CASP Qualitative Checklist*” (2018), recomendada por los “*Cochrane Collaboration qualitative methods groups*” (Noyes et al., 2018). Esta lista de chequeo queda constituida por un total de 10 cuestiones. Las dos primeras son preguntas de detección y se responden de forma rápida. Esta guía recomienda que, si la respuesta a las dos primeras cuestiones es “sí”, merece la pena continuar con las preguntas restantes sobre la calidad metodológica. Sin embargo, en esta revisión todos los artículos fueron analizados por calidad metodológica, con independencia del resultado obtenido en estos primeros ítems de cribado. Además, ningún artículo fue eliminado por los resultados de la calidad metodológica.

El procedimiento para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios cualitativos fue llevado a cabo a través de un trabajo colaborativo entre pares académicos. Al rango de puntuaciones cualitativas de la lista “Sí”, “No sé” y “No”, se le asignó una puntuación cuantitativa siguiendo las orientaciones de estudios previos que habían empleado este instrumento (Fullen et al., 2008). De este modo, las puntuaciones otorgadas quedaron conformadas de la siguiente manera: “Sí” (1 punto), “No sé” (0,5 puntos) o “No” (0 puntos). Finalmente, las valoraciones globales de calidad metodológica podían ser: “Alta” (cuando se obtenía “Sí” en dos o más tercios de las secciones del CASP); “Moderada” (cuando se marcaba entre cuatro y seis “Sí”); o “Baja” (cuando dos tercios de las respuestas a los ítems de la lista eran “No”).

Para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos en la RS.2 se utilizó la Escala Newcastle-Ottawa para estudios observacionales de casos y controles o cohortes (Wells et al., 2014). Esta escala se compone de un total de tres criterios de

valoración: (1) Selección de estudios (donde la puntuación máxima alcanzable será de 4 puntos); (2) Evaluación de la variable o resultado/exposición (3 puntos); (3) Comparabilidad entre grupos (2 puntos). El rango de puntuación del instrumento oscila entre los 0 y los 9 puntos, donde; una puntuación entre 0 y 3 puntos es considerada como baja calidad; entre 4 y 6 puntos como calidad moderada; y entre 7 y 9 puntos como alta calidad (Lo et al., 2014).

8.5. Fase de análisis de datos

Para el análisis de datos de la RS.1 se empleó el software *EPPI-Reviewer 4* (UCL Institute of Education, University of London, UK) (Thomas et al., 2010). El procedimiento a nivel metodológico se centró en un análisis temático utilizando para tal fin el protocolo de “Thematic Synthesis”. Para Thomas y Harden (2008) la “Síntesis Temática” se concreta en un total de tres etapas: (1) La codificación línea por línea de los hallazgos primarios (de los estudios incluidos); (2) La agrupación de estos códigos en áreas relacionadas que permitan la generación de los temas descriptivos y; (3) El desarrollo de temas analíticos. Cada una de estas etapas se realizó con la ayuda del software *EPPI-Reviewer 4*, una aplicación para todo tipo de revisiones de literatura, incluidas revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones "narrativas" y metaetnografías. Con este programa se llevó a cabo el proceso metodológico sugerido por Thomas y Harden (2008), permitiendo la codificación línea por línea y la creación de temas y subtemas de análisis, tomando siempre como base las preguntas de investigación y objetivos del estudio. Finalmente, con esta aplicación, mediante la extensión en *Microsoft Word* (versión 365), se generaron unas plantillas específicas para cada tema y subtema emergente donde aparecía la información recabada por el procesamiento interno de cada uno de los artículos incluidos y analizados en la síntesis cualitativa. Para una información más detalla sobre el procedimiento se recomienda revisar el apartado de resultados.

Para el análisis de datos de la RS.2 se utilizó el software *Comprehensive Meta-Analysis* (versión 3.3.070) (Borenstein et al., 2020). Todo el proceso seguido en la síntesis cuantitativa se estructuró en base a las recomendaciones metodológicas de Cooper et al. (2009). En este metaanálisis la posible heterogeneidad dentro de un mismo estudio (variabilidad de las muestras, diagnóstico, etc), así como entre los distintos artículos incluidos (diversidad de escalas e índices para medir la función sexual, distintas formas

de expresar los resultados obtenidos en la función sexual) fue tomada en consideración. Por tanto, para valorar esta heterogeneidad, cada metaanálisis se realizó siguiendo el modelo de efectos aleatorios de Dersimonian and Laird (1986). En general, este modelo permite evaluar el grado de heterogeneidad existente en los estudios, y de esta forma valorar hasta qué punto los resultados de los diferentes estudios pueden ser sintetizados en una única medida. De este modo, lo que se procuró fue superar la posible heterogeneidad para alcanzar la mayor generalización posible de los resultados obtenidos. El tamaño del efecto agrupado para el análisis de las diferencias entre los casos y controles se calculó mediante la Diferencia de Medias Estandarizadas (DME) de Cohen (1997), aplicando un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Los resultados de los efectos pueden ser interpretados como; (1) “Bajo” (si $DME < 0,2$); (2) “Moderado” (si $DME = 0,5$); (3) “Grande” (si $DME > 0,8$) (Faraone, 2008).

Un único gráfico de bosque o forest plot (Rücker et al., 2021) fue utilizado para la visualización de este metaanálisis. Éste se agrupó en función de los distintos subgrupos de variables analizadas (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor sexual). La visualización de los gráficos de embudo o funnel plot de efectos aleatorios permitió registrar el sesgo de publicación existente (si existe asimetría en el gráfico, posiblemente haya sesgo de publicación) (Sterne et al., 2001). Para reforzar este análisis sobre el sesgo de publicación también se empleó el test de Egger (en el que $p < 0,1$ indica la posible existencia de sesgo) (Peters, 2006). Del mismo modo, también se realizó un análisis del tamaño del efecto ajustado considerando el posible sesgo de publicación, mediante el método Trim-and-Fill de Duval y Tweedie (Duval y Tweedie, 2000). El grado de inconsistencia de Higgins et al. (2003), así como el estadístico de Cochran’s Q test (Higgins et al., 2011) y el p - valor (donde $p < 0.1$ indica la presencia de heterogeneidad) (Higgins et al., 2002), se emplearon para el análisis de la heterogeneidad presente. Ésta puede ser clasificada en tres niveles de acuerdo con el grado de inconsistencia (I^2) detectado: (1) “Baja” ($< 25\%$); (2) “Moderada” (entre 25 y 50%); y “Alta” ($> 50\%$) (Higgins et al., 2003). Por último, para analizar la influencia de cada estudio en la estimación general del tamaño efecto e identificar estudios influyentes se realizó un análisis de sensibilidad con la técnica “one study removed” o “leave-one-out- method” (Cooper et al., 2009).

9. RESULTADOS

En esta sección se muestran los resultados de la presente Tesis Doctoral, plasmando para tal fin los artículos científicos tal y como han sido publicados.

ESTUDIO I:

“FACTORS CONDITIONING SEXUAL BEHAVIOR IN OLDER ADULTS: A SYSTEMATIC REVIEW OF QUALITATIVE STUDIES”

Ricoy-Cano, A. J., Obrero-Gaitán, E., & Caravaca-Sánchez, F. (2020). Factors conditioning sexual behavior in older adults: a systematic review of qualitative studies. *Journal of clinical medicine*, 9(6), 1716. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm9061716>

Resumen

El comportamiento sexual de los adultos mayores, especialmente de las mujeres, ha sufrido cambios en los últimos años, aunque aún hoy existen ciertos estereotipos relacionados con la fisiopatología, creencias, cultura y tradición que inciden negativamente en la actividad sexual de los adultos mayores. El objetivo de nuestra revisión es presentar los principales estudios cualitativos que analizan cómo los factores fisiológicos y psicosociales afectan el comportamiento sexual en adultos mayores. Se llevó a cabo una revisión sistemática de estos estudios cualitativos. Todas las etapas de esta revisión se llevaron a cabo entre pares para garantizar un sesgo mínimo. Se realizó una búsqueda bibliográfica entre febrero y abril de 2019, en Web of Science, Scopus, PubMed Medline, PsycINFO ProQuest y CINAHL. Para analizar los hallazgos de los estudios cualitativos seleccionados, se realizó un “Análisis de Síntesis Temática”, utilizando el software Eppi-Reviewer 4 (Instituto de Educación de la UCL, Universidad de Londres, Reino Unido). La calidad de los estudios se evaluó con un CASP-Qualitative-Checklist. Se examinaron un total de 16 608 referencias y se incluyeron 18 estudios cualitativos en esta revisión. Los estudios involucraron a 2603 participantes en siete países, la mayoría mujeres (aproximadamente el 80%). Identificamos una amplia variedad de factores fisiológicos y psicológicos que pueden influir en el comportamiento sexual de los adultos mayores, como la presencia de patologías (disfunción eréctil y menopausia), la fuerza de las creencias espirituales y los roles patriarcales sostenidos por crianzas que transmiten que el rol de la mujer es para proporcionar a los hombres placer sexual. La edad biológica en relación a los modelos estereotípicos de conducta sexual, enfatizada como factor de riesgo en la contracción de enfermedades sexuales.

ESTUDIO II: “IMPACT OF FIBROMYALGIA SYNDROME ON FEMALE SEXUAL FUNCTION A SYSTEMATIC REVIEW WITH META-ANALYSIS”

Ricoy-Cano, A. J., Cortés-Pérez, I., del Carmen Martín-Cano, M., & De La Fuente-Robles, Y. M. (2022). Impact of fibromyalgia syndrome on female sexual function: A systematic review with meta-analysis. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 28(2), e574-e582. doi: <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001758>

Resumen

Fondo

Las mujeres con síndrome de fibromialgia (FMS) experimentan dolor musculoesquelético generalizado y crónico y otros síntomas incapacitantes como dificultades sexuales femeninas que reducen la calidad y la frecuencia de sus relaciones sexuales.

Objetivo

El objetivo de este estudio fue examinar la disfunción sexual en mujeres diagnosticadas con FMS en comparación con controles sanos.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática con metanálisis. La búsqueda bibliográfica se realizó utilizando PubMed Medline, Scopus, Web of Science, CINAHL, SciELO y PsycINFO PROQUEST hasta febrero de 2021. Se incluyeron estudios observacionales con 2 grupos (mujeres con FMS y controles sanos) que evaluaron la función sexual. El efecto agrupado se calculó mediante la diferencia de medias estandarizada (SMD) de Cohen y su intervalo de confianza (IC) del 95% en un modelo de efectos aleatorios.

Resultados

Se incluyeron doce estudios con 1367 mujeres (766 con diagnóstico de FMS y 601

controles sanos). La calidad metodológica de los estudios incluidos fue moderada, según la Escala de Newcastle-Ottawa. Nuestros hallazgos mostraron una disfunción sexual significativa en mujeres diagnosticadas con FMS (SMD = 1,72; IC 95 %, 1,18–2,26; $p < 0,001$). Además, los desenlaces secundarios más afectados en mujeres con SFM fueron la satisfacción sexual (DME = -2,09; IC 95%, -2,83 a -1,36; $p < 0,001$) y el dolor durante las relaciones sexuales (DME = -1,97; IC 95%, -2,81 a -1,12, $p < 0,001$).

Conclusiones

Las mujeres con FMS mostraron una disfunción sexual significativa y otras dificultades sexuales relacionadas, como un aumento del dolor sexual y una disminución del deseo sexual o la satisfacción sexual, en comparación con las mujeres sanas.

10. DISCUSIÓN

La presente Tesis Doctoral se ha diseñado con la finalidad de aumentar la comprensión y evidencia científica sobre cómo los factores fisiológicos y psicosociales pueden alterar el comportamiento y la función sexual en mujeres de mediana edad y mayores. Los aportes derivados de este trabajo de investigación se han materializado en dos artículos científicos en forma de revisión sistemática. Entre ambas investigaciones se establece un eje guía que refuerza la estructura lógica de este proyecto. Con la RS.1 se procuró indagar y sintetizar hallazgos cualitativos que permitiesen detectar factores de riesgo para el comportamiento sexual de mujeres de mediana edad y mayores. Los resultados de este estudio revelan la existencia de un compendio de factores condicionantes sexuales. Entre estos factores de riesgo destacan la aparición de enfermedades con el paso de los años. Concretamente, ciertas enfermedades crónicas que alteran a nivel global el comportamiento y la función sexual de las mujeres.

Dentro de las enfermedades crónicas, la fibromialgia representa el extremo de los síndromes de dolor crónico generalizado en la población general (Staud y Rodríguez, 2006). Esta condición afecta de manera desproporcionada a las mujeres (con una proporción estimada de 9:1 entre mujeres: hombres afectadas/os) (Wolfe et al., 1995) siendo más frecuente su aparición y diagnóstico en el intervalo de edad de los 40-49 años (Mas et al., 2008). Así pues, una vez revisados los posibles efectos de esta condición sobre la FSF (Besiroglu y Dursun, 2019), y valorada la baja evidencia científica disponible sobre esta problemática en el campo de investigación, se decide llevar a cabo la RS.2, una revisión sistemática de estudios cuantitativos con metaanálisis que analiza los efectos de la fibromialgia sobre la FSF en comparación con controles sanos.

El hecho de seleccionar la revisión sistemática como herramienta integrativa en el compendio de publicaciones que conforman esta Tesis Doctoral viene determinado por el incremento de su uso en la actualidad para la evaluación de la evidencia en diferentes campos del conocimiento. En objetivo en esencia que persiguen las revisiones sistemáticas es proporcionar una evaluación completa y contemporánea de la investigación mediante el uso de un compendio de métodos transparentes con miras a la minimización del posible sesgo (Needleman, 2002). Hasta no hace mucho tiempo los hallazgos procedentes de investigaciones cualitativas permanecían muy aislados y con

poca disponibilidad para su uso en la práctica, ya que no se habían revisado de manera rigurosa y sistemática. Las revisiones sistemáticas cualitativas toman como guía un conjunto de estrategias que permiten responder de manera rigurosa a preguntas relacionadas con los comportamientos y las perspectivas de los/as participantes (Finfgeld y Johnson, 2013).

En líneas similares, el metaanálisis se corresponde a una técnica de análisis estadístico que procura agrupar e interrelacionar los resultados de varios estudios cuantitativos y extraer una sola estimación común (Green, 2005). En el pasado, los resultados de los estudios científicos se resumían en revisiones narrativas, sin embargo, ha quedado demostrado que éstas presentaban ciertas limitaciones a la hora de identificar y resumir la evidencia de una forma transparente y objetiva. Del mismo modo, las revisiones narrativas presentan grandes dificultades para asegurar la reproducibilidad y reducir el sesgo (Gurevitch, et al., 2018). Existen muchas situaciones en las que no son factibles los análisis de estudios con diseños controlados, y solamente se dispone de datos de estudios observacionales. Un estudio observacional es un estudio etiológico o de efectividad que puede emplear una base de datos existente, pueden ser también diseños transversales, una serie de casos, de casos y controles o un diseño de cohortes, con datos que pueden ser sintetizados en una revisión sistemática con metaanálisis (Stroup et al., 2000). Todos los artículos incluidos en la RS.2 eran estudios observacionales en los que en la gran mayoría se emplea como instrumento de recogida de información el “*Female Sexual Function Index (FSFI)*” (Rosen et al., 2000).

En los dos estudios que componen la presente Tesis Doctoral se han discutido profundamente los resultados entorno a los factores que condicionan el comportamiento sexual en mujeres de mediana edad y mayores (RS.1) y sobre qué dimensiones de la FSF puede llegar a afectar la condición crónica de fibromialgia (RS.2). Sin embargo, parece conveniente poner en relieve los principales hallazgos detectados en cada uno de los estudios y sus posibles implicaciones en diversos campos del saber a nivel general, y de forma más específica en la práctica clínica.

En relación a la RS.1 un total de 18 estudios fueron incluidos en la síntesis cualitativa. Los artículos abarcaron una temporalidad de 14 años (2005-2019). Un total de 2063 participantes componían las muestras que quedaron distribuidas a lo largo de 7

países. Las edades de las personas participantes en los estudios oscilaban entre los 50 y los 90 años, con una edad media de 66,3 años. El 80% de las personas participantes eran mujeres, mientras que tan solo el 20% restante eran hombres.

Una de las cuestiones básicas a la que se pretendió dar respuesta en la primera revisión sistemática fue a la relevancia de la edad biológica en los cambios sobre el comportamiento y la FSF. La edad media de la llegada de la menopausia natural en España se estima en 51,7 años y en EE. UU. en 52,6 años (Reynolds y Obermeyer, 2005). Mientras que en ciertas poblaciones urbanas de Europa central y oriental los resultados son bastante similares, presentándose en el rango de edad comprendido entre los 50 y los 52 años (Stepaniak et al., 2013). Parece conveniente señalar en este contexto, que la menopausia y sus frecuentes cambios físicos, hormonales y psicosociales asociados pueden afectar a la FSF (Hashemi et al., 2013). Los hallazgos presentados en la RS.1 son ilustrativos en este sentido. La menopausia puede tener un impacto negativo en la capacidad de las mujeres para participar y disfrutar de actividades sexuales, sin embargo, los factores interpersonales juegan un papel importante, pudiendo reducir los niveles de angustia y aumentando el deseo sexual. El bienestar físico, psicológico y genital interviene en la respuesta sexual tras la menopausia. Dados los efectos de los cambios hormonales en esta etapa del ciclo vital es necesario adoptar un enfoque integral de la salud femenina cuando aparece una disfunción sexual climatérica (Nappi et al., 2002).

Aunque con menor incidencia, también se detectó en la RS.1 cómo tras el paso de una enfermedad crónica importante (como el cáncer de próstata), en los hombres aparecen nuevas prácticas y definiciones del sexo. Estos datos pueden alentar a clínicos de todo el mundo a desarrollar modelos de atención centrados en el paciente en medicina sexual, que podrían aumentar la eficacia de los tratamientos (Hatzimouratidis y Hatzichristou, 2008). Durante mucho tiempo, la evidencia disponible (Gott, 2003; Gott et al., 2004) ha venido informado de la existencia de barreras entre los profesionales de salud para discutir sobre las preocupaciones sexuales de las personas mayores. La educación formal en sexualidad humana y las habilidades comunicativas podrían mejorar la comprensión de los clínicos sobre cómo determinadas condiciones médicas pueden afectar a la función y al comportamiento sexual de las personas mayores, y de este modo mejorar la calidad de sus intervenciones (Levkovich et al., 2021).

El género y la sexualidad como tal pueden ser considerados como una construcción social sobre la que pueden recaer diferentes juicios sociales (Baldwin y Christensen, 2021). Uno de los de los resultados más relevantes detectados en la RS.1 se manifiesta en la aparición de diferentes estereotipos sobre la sexualidad en las etapas adultas que acaban por convertirse en factores condicionantes o de riesgo. Las percepciones sociales sobre la asexualidad, la falta de deseo o sentimientos sexuales en las personas mayores siguen estando muy arraigadas y extendidas en la sociedad. La sexualidad en personas mayores continúa siendo un tema tabú a nivel social, e incluso está presente entre los profesionales de la salud (Bouman et al., 2006; Træen et al., 2019). Los medios de comunicación de masas continúan dando difusión a una visión de la sexualidad vinculada exclusivamente a la juventud, afectando de este modo a la imagen social del envejecimiento y el bienestar (Minichiello y Coulson, 2012).

Por tanto, en la primera parte de esta Tesis Doctoral se detectó la necesidad de desarrollar estrategias educativas y de asistencia para mejorar la función, el comportamiento y la salud sexual de las personas mayores. Se incita del mismo modo a analizar el posible impacto que tendrían otro tipo de programas complementarios a los de salud, principalmente intervenciones sociales y programas terapéuticos. Hasta la fecha, se han realizado diferentes investigaciones que han examinado las actitudes y el nivel de conocimiento de estudiantes de Trabajo Social sobre sexualidad en las personas mayores (Gewirtz, et al., 2017; Gewirtz et al., 2018). Sin embargo, pocos estudios han analizado el impacto de las intervenciones desarrolladas desde el Trabajo Social en el campo de la sexualidad en personas mayores (con o sin condiciones crónicas). A pesar, de que como afirmaron Sharp et al. (1993), temas como el afrontamiento del cáncer de próstata en las personas mayores son de especial interés para el trabajo social debido principalmente a: (1) El aumento progresivo de la población mayor; (2) La aparición de nuevas formas de tratamiento; (3) La falta de aceptación social de este tipo de condiciones.

En relación a la RS.2, 12 artículos fueron incluidos en la síntesis cuantitativa (metaanálisis), los estudios incluidos conformaban un total de 56 comparaciones independientes, presentado datos de 1367 mujeres (casos, $n=766$ “*mujeres con fibromialgia*”; y controles, $n=601$ “*mujeres sanas*”), con una edad media global de 38,59 años. Para la inclusión de pacientes en los estudios se siguieron los criterios de la ACR (1990) ($n=10$) y los criterios de la ACR (2010) ($n=2$). Los instrumentos utilizados para la

evaluación de la función sexual fueron: (1) *Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)* (McGahuey et al., 2000); (2) *FSFI* (Rosen et al., 2000); (3) *Sexual Interest and Desire Inventory-Female* (Clayton et al., 2006); (4) *The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)* (Clayton y McGarvey, 2011); (5) *Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction* (Rust y Golombok, 1985).

Un aspecto que puede ser relevante destacar es que, aunque muchos de estos cuestionarios de evaluación de las diferentes dimensiones de la FSF han sido empleados de manera genérica en pacientes con fibromialgia, no existe hasta la fecha evidencia real de que estas herramientas hayan sido analizadas en validez y fiabilidad sobre esta población. Esto, no solo puede llegar a tener impacto sobre los resultados de este estudio, sino, a nivel global sobre todas las investigaciones previas que hayan utilizado estos cuestionarios en población con fibromialgia. Además, de forma más concreta se podría decir que el FSFI es bien conocido por penalizar a las mujeres que no tienen actividad sexual (Meyer y Dolezal, 2007), que es uno de los principales cambios sexuales en mujeres con fibromialgia.

A nivel general, en la RS.2 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de la FSF entre mujeres con fibromialgia y mujeres sanas. Esto es un claro indicador del impacto de la fibromialgia sobre la función sexual de las mujeres. Sin embargo, se necesitan estudios complementarios que confirmen no solo los efectos de la fibromialgia sobre la función sexual, sino que además profundicen en los diferentes factores etiológicos, fisiopatológicos y psicosociales que interaccionan entre la fibromialgia y la DSF. Para Sarzi et al. (2012) ya han salido a luz aportes que explicarían esta mayor incidencia de problemas sexuales en esta población concreta que incluirían algunas causas como el comportamiento de evitación del contacto debido a una mayor sensibilidad, la depresión, la fatiga, el efecto de la medicación y/o un historial de abuso sexual. Se requiere, por tanto, un mayor nivel de evidencia que respalde estas teorías.

Los resultados de la RS.2 mostraron cómo el dominio de la función sexual más afectado era la satisfacción sexual. Muchos factores etiológicos pueden ser responsables de esta afección de la satisfacción sexual. Sin embargo, se considera importante la presencia de enfermedades psiquiátricas que suelen aparecer junto a la fibromialgia (Fietta et al., 2007; González et al., 2010). La presencia anexa de enfermedades psíquicas

puede tener una influencia considerable en la parte sexual de la relación, pudiendo de esta forma afectar a la vida sexual de pacientes con fibromialgia (Bazzichi et al., 2013). Nuevamente, se destaca la importancia de establecer diagnósticos precisos y tratamientos interdisciplinarios.

Otra aportación de esta Tesis Doctoral se centra en el estudio de los efectos de la fibromialgia sobre el deseo sexual de las mujeres. El metaanálisis demuestra un aparente deterioro significativamente mayor en el deseo sexual femenino de mujeres con fibromialgia en comparación con controles sanos. Este hallazgo va en consonancia con los alcanzados en investigaciones previas. En el estudio de López et al. (2019) se expusieron los efectos de la fibromialgia sobre el deseo sexual diádico y solitario en mujeres. Además, los autores señalaron cómo otros factores condicionantes como la edad o el tomar medicamentos antidepresivos pueden dar como resultado un menor deseo sexual. En consonancia con estos aportes se considera necesario, como ya se señaló anteriormente, mejorar la comprensión sobre el tratamiento farmacológico de estas disfunciones, y establecer pautas para el diseño de estrategias de atención de necesidades sexuales centradas en la persona.

La disfunción sexual no es solo común entre pacientes mujeres con fibromialgia, sino que, parece darse una posible asociación entre ser cónyuge de una paciente con fibromialgia y presentar disfunción eréctil. Ser cónyuge de un paciente con fibromialgia puede interferir en la calidad de vida y de forma más concreta provocar disfunción sexual (Tutoglu et al., 2014). Entre las implicaciones clínicas derivadas de estos datos se señala que los profesionales clínicos deben incorporar en su práctica diaria la atención y el apoyo para la posible disfunción sexual derivada de la aparición de la condición de fibromialgia (Matarín et al., 2017).

Los resultados de esta Tesis Doctoral muestran cómo los niveles de excitación sexual y lubricación aparecen disminuidos en mujeres con fibromialgia. En este sentido, podría resultar conveniente analizar la influencia del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) sobre estas disfunciones sexuales. En su estudio, Lledó et al. (2016) comprobaron cómo las mujeres con fibromialgia presentan alternaciones en el SNA. Las mujeres con esta condición presentan una actividad parasimpática, hormonal y termorreguladora más disminuida que mujeres sin esta patología. El SNA desarrolla funciones como la

regulación de la presión arterial, las respuestas gastrointestinales a los alimentos, la contracción de la vejiga urinaria, el enfoque de los ojos y la termorregulación, entre otras (McCorry, 2007), que son de relevancia para un correcto funcionamiento sexual.

En la RS.2 también se analizaron los efectos de la condición de fibromialgia sobre el orgasmo. Según Meston et al. (2004b) el orgasmo en la mujer es:

Una sensación de pico variable y transitoria de intenso placer, que crea un estado alterado de conciencia, generalmente con una iniciación acompañada de contracciones rítmicas e involuntarias de la musculatura pélvica estriada circunvaginal, y a menudo con contracciones uterinas y anales concomitantes, y miotonía que resuelve la vasocongestión y la miotonía inducidas sexualmente, generalmente con una inducción de bienestar y satisfacción (p.173).

Como se ha podido observar, aunque no de manera exclusiva, la musculatura pélvica desempeña un papel relevante en la función orgásmica femenina. Una posible respuesta a las limitaciones orgásmicas en mujeres con fibromialgia puede derivar de los déficits existentes en los músculos del suelo pélvico, los cuales son más débiles, provocando síntomas en el tracto urinario inferior y afectando globalmente a la calidad de vida de las mujeres (Adams et al., 2014; Fusco et al., 2019). Estos déficits suelen ir acompañados por el dolor muscular generalizado y local, lo que dificulta el deseo, la excitación, la lubricación, la satisfacción y el orgasmo sexual (Rosenbaum, 2010). El tratamiento mediante ejercicios de fisioterapia constituye una vía de intervención para mejorar los problemas del suelo pélvico y la incontinencia urinaria (Laycock y Holmes, 2003; Mateus et al., 2018).

Los hallazgos de la presente Tesis Doctoral pueden ser de interés para diferentes campos del saber, especialmente, las implicaciones se focalizarían en el área de la sexualidad humana y la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, también pueden ser interés para otras áreas y disciplinas como puede ser el trabajo social o la fisioterapia. Se ha sintetizado de forma específica los principales factores de riesgo fisiológicos y psicosociales para la función y el comportamiento sexual en mujeres de mediana edad y mayores. Al tiempo, se ha aportado evidencia sobre cómo la condición crónica de fibromialgia tiene efectos sobre las diferentes dimensiones de la FSF. Las implicaciones

para la intervención clínica han sido discutidas en base a la literatura existente en el campo y se han propuesto nuevas líneas de intervención para el campo. No obstante, se recomienda que nuestros hallazgos sean tomados con cautela. La presente tesis doctoral no queda exenta de limitaciones. Las limitaciones que serán presentadas a continuación pueden servir de orientación para que los académicos guíen sus investigaciones futuras.

En primer lugar, en relación a la RS.1, se realizó una selección de temas y subtemas en función de la frecuencia de aparición en los estudios revisados, manteniendo de esta forma los comunes a lo largo de los diferentes estudios analizados. Este proceso tuvo efectos sobre el cribado de la información. Una gran cantidad de temas como los beneficios de las relaciones sexuales para adultos mayores o los efectos del trauma por abuso sexual y su relación con la disfunción fueron excluidos de la síntesis y análisis. Esta revisión analizó estudios con muestras de personas mayores procedentes de distintas áreas geográficas, por lo que es necesario tener en consideración los efectos de los diferentes contextos socioculturales y la heterogeneidad de los sistemas de creencias en torno a la sexualidad sobre los resultados. La mayoría de los estudios incluidos en ambas revisiones se centran en relaciones heterosexuales. En este sentido, puede ser un elemento de valor agregado que futuras revisiones analicen de forma exclusiva los factores condicionantes de la sexualidad en personas con diversas orientaciones sexuales. Las revisiones incluidas en esta Tesis Doctoral analizan principalmente el comportamiento y la función sexual de mujeres de mediana edad y mayores, los datos no pueden ser extrapolables al caso de los hombres (aunque en la RS.1 estaban presentes en un 20% de los casos). Una de las limitaciones más significativas de la RS.1 es la amplitud de las edades de las/os participantes, haciendo compleja las comparaciones muestrales intergrupales entre los estudios incluidos.

En segundo lugar, en relación a la RS.2, las limitaciones quedaron relacionadas con el bajo número de estudios incluidos en la síntesis y el pequeño tamaño muestral total, lo que tiene efectos sobre la generalización de los hallazgos. El riesgo de sesgo de publicación es una limitación presente en el análisis general de la disfunción sexual y en los análisis concretos del deseo, la lubricación y la satisfacción sexuales. También se detectó una heterogeneidad moderada en algunos de los dominios del funcionamiento sexual, lo que podría explicarse por la variedad de cuestionarios utilizados en los diferentes estudios incluidos. Se requiere de mayor evidencia sobre los factores

condicionantes de la sexualidad en etapas adultas, y de forma más concreta, de investigaciones que analicen el impacto y la etiología de la disfunción sexual en hombres y mujeres diagnosticados/as con fibromialgia.

11. CONCLUSIONS

Considering the results of the research presented in this Doctoral Thesis, it can be concluded that there is a set of socially constructed beliefs and attributes associated with age (ageism), which limit the behavioral expressions of sexuality in adulthood. Rheumatic diseases can affect people's quality of life, and more specifically their sexual function. To date, the etiology and pathophysiology of fibromyalgia remain a clinical enigma. The prevalence of this condition is notoriously higher in women than in men. Our findings showed greater sexual dysfunction in women diagnosed with FMS compared to healthy women. The conclusions for each of the studies are presented below.

STUDY 1:

- The results of this systematic review reveal, through the qualitative analysis of the perceptions of the participants, that there is still a set of beliefs, attributes and stereotypes socially assigned to older people that limit the behavioral expressions of sexuality in older people.
- Chronological age does not seem to be a constituent of sexual limitation by itself; however, it seems that increasing biological age is associated with an increased risk of acquiring chronic diseases and sexual infections, which do have effects on behavior and sexual function.
- It is relevant to point out that older people continue to have sexual desires and interests and can enjoy an active and satisfying sexual life.
- The most common physiological and psychosocial conditions that affect sexuality and that can induce alterations in the sexual behavior of older adults are the influences of menopause, erectile dysfunction, advanced age, stereotypes, and religion.

- Higher levels of education and training are required among the general population, and health professionals more specifically, to increase understanding of sexual needs at this stage of life.
- Future research could verify the impact of educational and assistance strategies to improve the sexual health of older people, as well as design social interventions that can minimize the psychosocial factors that affect sexual behavior.

STUDY 2:

- Compared with healthy controls, globally, sexual dysfunctions are more frequent in women diagnosed with fibromyalgia.
- More specifically, the results of this study showed lower sexual desire, poor arousal, decreased level of lubrication, and reduced orgasm and sexual satisfaction in women with the condition fibromyalgia.
- Compared to healthy controls, levels of sexual pain during intercourse are higher in women with fibromyalgia.
- The sexual dysfunction in which the greatest disturbances were found in women with fibromyalgia was sexual satisfaction, followed by sexual pain.
- The findings of this review confirm the relationship between fibromyalgia and sexual dysfunction and can be a guide for the design of sexual therapies that reduce the disabling impact of sexual dysfunction on the sexual life of women with this condition. However, it is necessary to go deeper into the etiological, pathophysiological, and psychosocial factors that interact between fibromyalgia and female sexual dysfunction.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, K., Osmundsen, B., y Gregory, W. T. (2014). Does fibromyalgia influence symptom bother from pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J*, 25(5), 677–682. <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2280-y>
- Addis, I. B., Van den Eeden, S. K., Wassel-Fyr, C. L., Vittinghoff, E., Brown, J. S., y Thom, D. H. (2006). Sexual Activity and Function in Middle-Aged and Older Women. *Obstet. Gynecol.*, 107(4), 755–764. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000202398.27428.e2>
- Aitken, R. (1994). A free radical theory of male infertility. *Reprod. Fertil. Dev.*, 6(1), 19. <https://doi.org/10.1071/RD9940019>
- Alvarado, A. M., y Salazar, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57–62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anastasiadis, A., Davis, A., Ghafar, M., Burchardt, M., y Shabsigh, R. (2002). The epidemiology and definition of female sexual disorders. *World J. Urol.*, 20(2), 74–78. <https://doi.org/10.1007/s00345-002-0272-5>
- Appa, A. A., Creasman, J., Brown, J. S., van den Eeden, S. K., Thom, D. H., Subak, L. L., y Huang, A. J. (2014). The Impact of Multimorbidity on Sexual Function in Middle-Aged and Older Women: Beyond the Single Disease Perspective. *The J. Sex. Med.*, 11(11), 2744–2755. <https://doi.org/10.1111/jsm.12665>
- Aslan, U. B., Cavlak, U., Yagci, N., y Akdag, B. (2008). Balance performance, aging and falling: A comparative study based on a Turkish sample. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 46(3), 283–292. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.05.003>
- Aslan, E., y Fynes, M. (2008). Female sexual dysfunction. *Int Urogynecol J*, 19(2), 293–305. <https://doi.org/10.1007/s00192-007-0436-3>
- Atamna, H., Tenore, A., Lui, F., y Dhahbi, J. M. (2018). Organ reserve, excess metabolic capacity, and aging. *FASEB J.*, 19(2), 171–184. <https://doi.org/10.1007/s10522-018-9746-8>
- Atchley, R. C. (1989). A Continuity Theory of Normal Aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183–190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
- Atis, G., Dalkilinc, A., Altuntas, Y., Atis, A., Caskurlu, T., y Ergenekon, E. (2010). Sexual Dysfunction in Women with Clinical Hypothyroidism and Subclinical

- Hypothyroidism. *J. Sex. Med.*, 7(7), 2583–2590. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01815.x>
- Atis, G., Dalkilinc, A., Altuntas, Y., Atis, A., Gurbuz, C., Ofluoglu, Y., Cil, E., y Caskurlu, T. (2011). Hyperthyroidism: A Risk Factor for Female Sexual Dysfunction. *J. Sex. Med.* 8(8), 2327–2333. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02354.x>
- Ayalon, L., y Tesch, C. (2018). *Contemporary perspectives on ageism*. Springer Nature.
- Aydin, G., Başar, M. M., Keleş, I., Ergün, G., Orkun, S., y Bati slam, E. (2006). Relationship between sexual dysfunction and psychiatric status in premenopausal women with fibromyalgia. *Urology*, 67(1), 156–161. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.08.007>
- Baldwin, A., y Christensen, C. (2021). Wrestling with the Social Construction of Gender, Sexuality, and Salient Social Categories. En S. J. Dodd (Ed.), *The Routledge International Handbook of Social Work and Sexualities* (pp. 332-345). Routledge.
- Balon, R. (2006). Sexual Desire and Arousal Disorders in Women. *NEJM*, 354(14), 1497–1506. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp050154>
- Balon, R. (2017a). Evaluation and Treatment of Substance/Medication-Induced Sexual Dysfunction. En W. W. IsHak (eds), *The Textbook of Clinical Sexual Medicine* (pp. 347–358). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-52539-6_23
- Balon, R. (2017b). Burden of Sexual Dysfunction. *J. Sex Marital Ther.*, 43(1), 49–55. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1113597>
- Bancroft, J. H. J. (2008). *Human sexuality and its problems*. Elsevier Health Sciences.
- Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., ... y Wagner, G. (2004a). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J. Sex. Med.*, 1(1), 24-34. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10105.x>
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J. R., Laan, E., Meston, C., Schover, L., van Lankveld, J., y Schultz, W. W. (2004b). Revised Definitions of Women’s Sexual Dysfunction. *J. Sex. Med.*, 1(1), 40–48. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10107.x>
- Basson, R. (2014). On the Definition of Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *Arch. Sex. Behav.*, 43(7), 1225–1226. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0324-0>
- Basson, R. (2015). Human sexual response. *Handb. Clin. Neurol.*, 130, 11-18.

- Bayona, N. A., Bitensky, J., y Teasell, R. (2005). Plasticity and Reorganization of the Uninjured Brain. *Topics in Stroke Rehabil.*, 12(3), 1–10. <https://doi.org/10.1310/A422-G91U-Q4HB-86XC>
- Bazzichi, L., Giacomelli, C., Rossi, A., Sernissi, F., Scarpellini, P., Consensi, A., y Bombardieri, S. (2012). Fibromyalgia and sexual problems. *Reumatismo*, 64(4). <https://doi.org/10.4081/reumatismo.2012.261>
- Bazzichi, L., Rossi, A., Giacomelli, C., Scarpellini, P., Conversano, C., Sernissi, F., ... y Bombardieri, S. (2013). The influence of psychiatric comorbidity on sexual satisfaction in fibromyalgia patients. *Clin. Exp. Rheumatol.*, 31(6), S81-S85.
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., y Blonna, D. (2012). Fibromyalgia Syndrome: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Pain Res Treat.*, 2012, 1–17. <https://doi.org/10.1155/2012/426130>
- Berry, P., Mascia, J., y Steinman, B. A. (2004). Vision and Hearing Loss in Older Adults: “Double Trouble”. *Care Management Journals*, 5(1), 35–40. <https://doi.org/10.1891/cmaj.5.1.35.61260>
- Besiroglu, M. D. H., y Dursun, M. D. M. (2019). The association between fibromyalgia and female sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int. J. Impot. Res.*, 31(4), 288–297. <https://doi.org/10.1038/s41443-018-0098-3>
- Binik, Y. M., Reissing, E., Pukall, C., Flory, N., Payne, K. A., y Khalifé, S. (2002). The female sexual pain disorders: Genital pain or sexual dysfunction? *Arch. Sex. Behav.*, 31(5), 425-429. <https://doi.org/10.1023/A:1019892125163>
- Borenstein M., Hedges L., Higgins J., y Rothstein H. (2020). *Comprehensive meta-analysis software version 3*. Biostat. <https://www.meta-analysis.com/>
- Bouman, W. P., Arcelus, J., y Benbow, S. M. (2006). Nottingham study of sexuality & ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature. *Sex. Relatsh. Ther.*, 21(2), 149–161. <https://doi.org/10.1080/14681990600618879>
- Briken, P., Matthiesen, S., Pietras, L., Wiessner, C., Klein, V., Reed, G. M., y Dekker, A. (2020). Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines. *Deutsches Ärzteblatt International.*, 117(39) <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0653>
- Brodwin, M. G., y Frederick, P. C. (2010). Sexuality and societal beliefs regarding persons living with disabilities. *J. Rehabil.*, 76(4), 37-41.

- Chen, P., Li, Z., y Hu, Y. (2016). Prevalence of osteoporosis in China: a meta-analysis and systematic review. *BMC Public Health*, *16*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3712-7>
- Chowdhuri, S., Patel, P., y Badr, M. S. (2018). Apnea in Older Adults. *Sleep Med Clin*, *13*(1), 21–37. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.003>
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B. v., Graugaard, C., y Frisch, M. (2011). Sexual Dysfunctions and Difficulties in Denmark: Prevalence and Associated Sociodemographic Factors. *Arch. Sex. Behav.*, *40*(1), 121–132. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9599-y>
- Clayton, A. H., Segraves, R. T., Leiblum, S., Basson, R., Pyke, R., Cotton, D., Lewis-D'Agostino, D., Evans, K. R., Sills, T. L., y Wunderlich, G. R. (2006). Reliability and Validity of the Sexual Interest and Desire Inventory–Female (SIDI-F), a Scale Designed to Measure Severity of Female Hypoactive Sexual Desire Disorder. *J. Sex Marital Ther.*, *32*(2), 115–135. <https://doi.org/10.1080/00926230500442300>
- Clayton, A. H., y McGarvey, E. L. (2011). *Changes in sexual functioning questionnaire*. Handbook of sexuality-related measures.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Revised edition Academic Press.
- Coleman, E. (2002). Promoting sexual health and responsible sexual behavior: An introduction. *J. Sex Res.*, *39*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/00224490209552111>
- Concha, Y. (2019). Aging of balance and risk of falls in elderly. *MOJ Gerontol, & Geriatrics*, *4*(6), 255-257.
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. M., y Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: a systematic review. *Int. Psychogeriatr.*, *26*(3), 373–381. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002287>
- Cooper, H., Hedges, L. V., y Valentine, J. C. (2009). *The handbook of research synthesis and meta-analysis*. Russell Sage Foundation.
- Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP (CASP Qualitative Studies Checklist)*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Cumming, M. E. (1964). New thoughts on the theory of disengagement. En R. Kastenbaum. (eds), *New Thoughts on Old Age* (pp. 3–18). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-38534-0_1
- DeLamater, J., y Moorman, S. M. (2007). Sexual Behavior in Later Life. *JAH*, *19*(6), 921–945. <https://doi.org/10.1177/0898264307308342>

- DeLamater, J., y Karraker, A. (2009). Sexual functioning in older adults. *Curr. Psychiatry Rep.*, 11(1), 6–11. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0002-4>
- DerSimonian, R., y Laird, N. (1986). Meta-analysis in clinical trials. *Control. Clin. Trials*, 7(3), 177–188. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(86\)90046-2](https://doi.org/10.1016/0197-2456(86)90046-2)
- DeRogatis, L. R., y Burnett, A. L. (2008). The Epidemiology of Sexual Dysfunctions. *J Sex Med*, 5(2), 289–300. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00668.x>
- Desai, N., Sabanegh, E., Kim, T., y Agarwal, A. (2010). Free Radical Theory of Aging: Implications in Male Infertility. *Urology*, 75(1), 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.05.025>
- Dodds, C. (2006). Physiology of ageing. *Anaesth. Intensive Care Med.*, 7(12), 456–458. <https://doi.org/10.1053/j.mpaic.2006.09.011>
- Drozd, M., Marzęda, M., Blicharz, A., Czarnota, J., y Pieciewicz-Szczęśna, H. (2020). Unclear etiology and current hypotheses of the pathogenesis of fibromyalgia. *J. Educ. Health Sport*, 10(9), 338–344. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2020.10.09.038>
- Dunn, K. M., Croft, P. R., y Hackett, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J. Epidemiol. Community Health*, 53(3), 144–148. <https://doi.org/10.1136/jech.53.3.144>
- Dursun, M., Besiroglu, H., Tellioglu, E., Saglam, Y., y Ortac, M. (2020). Association Between Sexual Dysfunction, Sleep Impairment and Depression in Women with Fibromyalgia. *Sex Disabil*, 38(2), 261–269. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09592-5>
- Duval, S., y Tweedie, R. (2000). Trim and Fill: A Simple Funnel-Plot-Based Method of Testing and Adjusting for Publication Bias in Meta-Analysis. *Biometrics*, 56(2), 455–463. <https://doi.org/10.1111/j.0006-341X.2000.00455.x>
- Edwards, W. M., y Coleman, E. (2004). Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. *Arch. Sex. Behav.*, 33(3), 189–195. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.000026619.95734.d5>
- Eichenbaum, J. W. (2012). Geriatric Vision Loss Due to Cataracts, Macular Degeneration, and Glaucoma. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 79(2), 276–294. <https://doi.org/10.1002/msj.21303>
- Erikson, E. (1959). *Ego identity and the life cycle*. *Psychol.* 1(1).

- Erikson, E. (1977). *Life history and the historical moment: Diverse presentations*. WW Norton & Company.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed: A review*. Norton.
- Esmail, S., Darry, K., Walter, A., y Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disabil. Rehabil.*, 32(14), 1148–1155. <https://doi.org/10.3109/09638280903419277>
- Estill, A., Mock, S. E., Schryer, E., y Eibach, R. P. (2018). The Effects of Subjective Age and Aging Attitudes on Mid- to Late-Life Sexuality. *J. Sex Res.*, 55(2), 146–151. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1293603>
- Evans, K., Law, S.W., y Buchholz, P.H. (2009). The quality of life impact of peripheral versus central vision loss with a focus on glaucoma versus age-related macular degeneration. *Clin. Ophthalmol.* 3, 433-445. <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S6024>
- Faraone, S. V. (2008). Interpreting estimates of treatment effects: implications for managed care. *P&T*, 33(12), 700.
- Fietta, P., Fietta, P., y Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomedica-Ateneo Parmense*, 78(2), 88.
- Fingfeld, D., y Johnson, E. D. (2013). Literature search strategies for conducting knowledge-building and theory-generating qualitative systematic reviews. *J. Adv. Nurs.*, 69(1), 194–204. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06037.x>
- Foster, L., y Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83–90. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>
- Franceschi, C. (1989). Cell proliferation, cell death and aging. *Aging Clin. Exp. Res.*, 1(1), 3–15. <https://doi.org/10.1007/BF03323871>
- Frikha, F., Masmoudi, J., Saidi, N., y Bahloul, Z. (2014). Sexual dysfunction in married women with systemic sclerosis. *Pan Afr. Med. J.*, 17. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.82.3833>
- Fuente, M., y Miquel, J. (2009). An Update of the Oxidation-Inflammation Theory of Aging: The Involvement of the Immune System in Oxi-Inflamm-Aging. *Curr. Pharm. Des.*, 15(26), 3003–3026. <https://doi.org/10.2174/138161209789058110>
- Fullen, B. M., Baxter, G. D., O'Donovan, B. G. G., Doody, C., Daly, L., y Hurley, D. A. (2008). Doctors' attitudes and beliefs regarding acute low back pain management:

- A systematic review. *Pain*, 136(3), 388–396. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.01.003>
- Fusco, H. C. S. de C., Pontes Filho, M. A. G., Haddad, J. M., Zanetti, M. R. D., Marques, A. P., y Ferreira, E. A. G. (2019). Lower urinary tract symptoms and perineal function in women with and without fibromyalgia: a cross-sectional study. *Clin. Rheumatol.*, 38(10), 2885–2890. <https://doi.org/10.1007/s10067-019-04617-y>
- Gálvez, C. M., y Reyes, G. A. (2020). Diagnostic Criteria for Fibromyalgia: Critical Review and Future Perspectives. *JCM*, 9(4), 1219. <https://doi.org/10.3390/jcm9041219>
- German Federal Center for Health Education (2018). *Gesundheit und Sexualität in Deutschland (German Health and Sexuality Survey)*. <https://gesid.eu/english/>
- Gewirtz, A., Even-Zohar, A., y Fisch, B.-T. (2017). Attitudes and knowledge of social work students towards sexuality in later life. *J. Soc. Work Educ.*, 36(8), 918–932. <https://doi.org/10.1080/02615479.2017.1363175>
- Gewirtz, A., Even-Zohar, A., y Werner, S. (2018). Examining the Attitudes and Knowledge of Social Work and Nursing Students on Later-Life Sexuality. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 37(4), 377–389. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000260>
- Ghadigaonkar, D. S., y Murthy, P. (2019). Sexual Dysfunction in Persons With Substance Use Disorders. *J. Psychosexual Health*, 1(2), 117–121. <https://doi.org/10.1177/2631831819849365>
- Giami, A. (2002). Sexual health: the emergence, development, and diversity of a concept. *Annu. Rev. Sex Res.*, 13(1), 1-35.
- Giraldi, A., Rellini, A. H., Pfaus, J., y Laan, E. (2013). Female Sexual Arousal Disorders. *J Sex Med*, 10(1), 58–73. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02820.x>
- Glass, J. M. (2008). Fibromyalgia and cognition. *J Clin Psychiatry*, 69(2), 20-24.
- Goebel, A., Krock, E., Gentry, C., Israel, M. R., Jurczak, A., Urbina, C. M., Sandor, K., Vastani, N., Maurer, M., Cuhadar, U., Sensi, S., Nomura, Y., Menezes, J., Baharpoor, A., Brieskorn, L., Sandström, A., Tour, J., Kadetoff, D., Haglund, L., ... y Andersson, D. A. (2021). Passive transfer of fibromyalgia symptoms from patients to mice. *J. Clin. Investig.*, 131(13). <https://doi.org/10.1172/JCI144201>
- Góes, S. M., Leite, N., Shay, B. L., Homann, D., Stefanello, J. M. F., y Rodacki, A. L. F. (2012). Functional capacity, muscle strength and falls in women with

- fibromyalgia. *Clin Biomech*, 27(6), 578–583. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2011.12.009>
- González, E., Elorza, J., y Failde, I. (2010). Fibromyalgia and psychiatric comorbidity: their effect on the quality of life patients. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(5), 295-300.
- Gopinath, B., McMahon, C. M., Burlutsky, G., y Mitchell, P. (2016). Hearing and vision impairment and the 5-year incidence of falls in older adults. *Age and Ageing*, 45(3), 409–414. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw022>
- Gott, M. (2003). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam. Pract.*, 20(6), 690–695. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm612>
- Gott, M., Hinchliff, S., y Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Soc. Sci. Med.*, 58(11), 2093–2103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.025>
- Green, S. (2005). Systematic reviews and meta-analysis. *Singapore Med J.*, 46(6), 270.
- Gurevitch, J., Koricheva, J., Nakagawa, S., y Stewart, G. (2018). Meta-analysis and the science of research synthesis. *Nature*, 555(7695), 175–182. <https://doi.org/10.1038/nature25753>
- Gulsahi, A. (2015). Osteoporosis and jawbones in women. *J. Int. Soc. Prev. Community Dent.*, 5(4), 263. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.161753>
- Hannula, S., Bloigu, R., Majamaa, K., Sorri, M., y Mäki-Torkko, E. (2011). Self-Reported Hearing Problems among Older Adults: Prevalence and Comparison to Measured Hearing Impairment. *J. Am. Acad. Audiol.*, 22(08), 550–559. <https://doi.org/10.3766/jaaa.22.8.7>
- Harman, D. (1992). Free radical theory of aging. *Mutation Research/DNAging*, 275(3–6), 257–266. [https://doi.org/10.1016/0921-8734\(92\)90030-S](https://doi.org/10.1016/0921-8734(92)90030-S)
- Harman, D. (1998). Aging: Phenomena and Theories. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 854(1), 1–7. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09886.x>
- Hashemi, S., Tehrani, F. R., Simbar, M., Abedini, M., Bahreinian, H., y Gholami, R. (2013). Evaluation of sexual attitude and sexual function in menopausal age; a population based cross-sectional study. *Iran. J. Reprod. Med.*, 11(8), 631.
- Hatzimouratidis, K., y Hatzichristou, D. G. (2008). Looking to the Future for Erectile Dysfunction Therapies. *Drugs*, 68(2), 231–250. <https://doi.org/10.2165/00003495-200868020-00006>

- Hatzimouratidis, K., y Hatzichristou, D. (2007). Sexual Dysfunctions: Classifications and Definitions. *J Sex Med*, 4(1), 241–250. <https://doi.org/10.1111/j.17436109.2007.00409.x>
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. En R. Williams, C. Tibbitts, y W. Donahue (Eds.), *Process of aging: Social and psychological perspectives* (pp. 299-320). Routledge.
- Hedden, T., y Gabrieli, J. D. (2004). Insights into the ageing mind: a view from cognitive neuroscience. *Nat. Rev. Neurosci.*, 5(2), 87–96. <https://doi.org/10.1038/nrn1323>
- Henriksson, C. M. (1994). Longterm Effects of Fibromyalgia on Everyday Life: A Study of 56 Patients. *Scand. J. Rheumatol.*, 23(1), 36–41. <https://doi.org/10.3109/03009749409102133>
- Higgins, J., Thompson, S., Deeks, J., y Altman, D. (2002). Statistical heterogeneity in systematic reviews of clinical trials: a critical appraisal of guidelines and practice. *J. Health Serv. Res. Policy*, 7(1), 51–61. <https://doi.org/10.1258/1355819021927674>
- Higgins, J. P., Thompson, S.G., Deeks, J. J., y Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ*, 327(7414), 557–560. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>
- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Gotzsche, P. C., Juni, P., Moher, D., Oxman, A. D., Savovic, J., Schulz, K. F., Weeks, L., y Sterne, J. A. C. (2011). The Cochrane Collaboration’s tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 343(2), d5928–d5928. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
- Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., y Welch, V. A. (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. John Wiley & Sons.
- Hinchliff, S., y Gott, M. (2017). Ageing and sexuality in western societies: Changing perspectives on sexual activity, sexual expression and the ‘sexy’ older body. En R. Harding y E. Peel. *Ageing and Sexualities Interdisciplinary Perspectives* (pp. 11-31). Routledge.
- Hirsch, H. R. (1978). The waste-product theory of aging: Waste dilution by cell division. *Mech. Ageing Dev.*, 8, 51–62. [https://doi.org/10.1016/0047-6374\(78\)90006-4](https://doi.org/10.1016/0047-6374(78)90006-4)
- Hirsch, H. R. (1986). The waste-product theory of aging: Cell division rate as a function of waste volume. *Mech. Ageing Dev*, 36(1), 95–107. [https://doi.org/10.1016/0047-6374\(86\)90142-9](https://doi.org/10.1016/0047-6374(86)90142-9)

- Hirsch, H. R., Coomes, J. A., y Witten, M. (1989). The waste-product theory of aging: Transformation to unlimited growth in cell cultures. *Exp. Gerontol.*, 24(2), 97–112. [https://doi.org/10.1016/0531-5565\(89\)90021-1](https://doi.org/10.1016/0531-5565(89)90021-1)
- Holahan, C. K., Holahan, C. J., y Belk, S. S. (1984). Adjustment in aging: The roles of life stress, hassles, and self-efficacy. *J. Health Psychol.*, 3(4), 315–328. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.3.4.315>
- Huffstetler, B. (2006). Sexuality in Older Adults: A Deconstructionist Perspective. *Adultspan J.*, 5(1), 4–14. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0029.2006.tb00009.x>
- Hyman, L (1987). Epidemiology of eye disease in the elderly. *Eye*, 1(2), 330–341. doi:10.1038/eye.1987.53
- Iversen, T. N., Larsen, L., y Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of Ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4–22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>
- Jaspers, L., Daan, N. M. P., van Dijk, G. M., Gazibara, T., Muka, T., Wen, K., Meun, C., Zillikens, M. C., Roeters van Lennep, J. E., Roos-Hesselink, J. W., Laan, E., Rees, M., Laven, J. S. E., Franco, O. H., y Kavousi, M. (2015). Health in middle-aged and elderly women: A conceptual framework for healthy menopause. *Maturitas*, 81(1), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.02.010>
- Jin, K. (2010). Modern biological theories of aging. *A&D*, 1(2), 72.
- Jones, J., Rutledge, D. N., Jones, K. D., Matallana, L., y Rooks, D. S. (2008). Self-Assessed Physical Function Levels Of Women with Fibromyalgia. *WHI*, 18(5), 406–412. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.04.005>
- Kaplan, M. A., e Inguanzo, M. M. (2017). The Social, Economic, and Public Health Consequences of Global Population Aging: Implications for Social Work Practice and Public Policy. *JSWGC*, 2(1). <https://doi.org/10.5590/JSWGC.2017.02.1.01>
- Kayhan, F., Kucuk, A., Satan, Y., İlgün, E., Arslan, Ş., y İlik, F. (2016). Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, 349. <https://doi.org/10.2147/NDT.S99160>
- Kenny, R. (2013). A Review of the Literature on Sexual Development of Older Adults in Relation to the Asexual Stereotype of Older Adults. *Canadian Journal of Family and Youth. Le Journal Canadien de Famille et de La Jeunesse*, 5(1), 91–106. <https://doi.org/10.29173/cjfy18949>

- Kessler, T. M., Fowler, C. J., y Panicker, J. N. (2009). Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Expert Rev. Neurother.*, 9(3), 341–350. <https://doi.org/10.1586/14737175.9.3.341>
- Khramtsova, E. A., Davis, L. K., y Stranger, B. E. (2019). The role of sex in the genomics of human complex traits. *Nat. Rev. Genet.*, 20(3), 173–190. <https://doi.org/10.1038/s41576-018-0083-1>
- Kumari, M., Stafford, M., y Marmot, M. (2005). The menopausal transition was associated in a prospective study with decreased health functioning in women who report menopausal symptoms. *J. Clin. Epidemiol.*, 58(7), 719–727. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.09.016>
- Kumbhare, D., Ahmed, S., y Watter, S. (2018). A narrative review on the difficulties associated with fibromyalgia diagnosis. *TAMD*, 10(1), 13–26. <https://doi.org/10.1177/1759720X17740076>
- Laumann, E. O., Glasser, D. B., Neves, R. C. S., y Moreira, E. D. (2009). A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. *Int. J. Impot. Res*, 21(3), 171–178. <https://doi.org/10.1038/ijir.2009.7>
- Laycock, J., y Holmes, D. M. (2003). The place of physiotherapy in the management of pelvic floor dysfunction. *Obstet. Gynecol*, 5(4), 194–199. <https://doi.org/10.1576/toag.5.4.194.26931>
- Lemoine, M. (2020). Defining aging. *Biol. Philos.*, 35(5), 46. <https://doi.org/10.1007/s10539-020-09765-z>
- Levkovich, I., Gewirtz, A., y Ayalon, L. (2021). Communicating with older adults about sexual issues: How are these issues handled by physicians with and without training in human sexuality? *Health Soc Care Community*, 29(5), 1317–1326. <https://doi.org/10.1111/hsc.13172>
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., y Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction. *J Sex Med*, 1(1), 35–39. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x>
- Lledó, A., Fernández-Díez, E., Pastor Mirá, M. D. L. Á., López-Roig, S., Ibañez Ballesteros, J., y Sorinas Nerín, J. (2016). Disfunción del sistema autonómico y estado de salud percibido en la Fibromialgia. *Rev. de Psicopatol. y Psicol. Clin.*, 21(2), 119. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.15499>

- Lo, C. K.-L., Mertz, D., y Loeb, M. (2014). Newcastle-Ottawa Scale: comparing reviewers' to authors' assessments. *BMC Med. Res. Methodol.*, *14*(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-45>
- Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J, y Stannard D. (2020). Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. En E. Aromataris y Z. Munn (Eds.). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>
- López, M. M., Fernández, A. P., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Sola, C., Fernández-Medina, I. M., y Granero-Molina, J. (2019). Dyadic and Solitary Sexual Desire in Patients With Fibromyalgia: A Controlled Study. *J Sex Med*, *16*(10), 1518–1528. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.026>
- Lottes, I. L. (2002). Sexual health policies in other industrialized countries: Are there lessons for the United States? *J. Sex Res.*, *39*(1), 79–83. <https://doi.org/10.1080/00224490209552125>
- Maddox, G. L. (1970). Themes and Issues in Sociological Theories of Human Aging. *Hum. Dev.*, *13*(1), 17–27. <https://doi.org/10.1159/000270878>
- Marcus, D. A., Richards, K. L., Chambers, J. F., y Bhowmick, A. (2013). Fibromyalgia Family and Relationship Impact Exploratory Survey. *Musculoskelet. Care*, *11*(3), 125–134. <https://doi.org/10.1002/msc.1039>
- Marques, A. P., Santo, A. de S. do E., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A., y Yuan, S. L. K. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Rev Bras Reumatol. (English Edition)*, *57*(4), 356–363. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.01.005>
- Martínez, J., Ferraz, M. B., Fontana, A. M., y Atra, E. (1995). Psychological aspects of Brazilian women with fibromyalgia. *J. Psychosom. Res.*, *39*(2), 167–174. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)00093-K](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)00093-K)
- Mas, A. J., Carmona, L., Valverde, M., y Ribas, B. (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin. Exp. Rheumatol.*, *26*(4), 519.
- Matarín, T. M., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Correa Casado, M., Antequera Raynal, L. H., y Granero-Molina, J. (2017). Perceptions about the

- sexuality of women with fibromyalgia syndrome: a phenomenological study. *J. Adv. Nurs.*, 73(7), 1646–1656. <https://doi.org/10.1111/jan.13262>
- Mateus, E. C. L., Ribeiro, A. M., Antônio, F. I., Brito, L. G. de O., y Ferreira, C. H. J. (2018). Physiotherapy methods to facilitate pelvic floor muscle contraction: A systematic review. *Physiother. Theory Pract.*, 34(6), 420–432. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1419520>
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., y Segraves, R. T. (2016). Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med*, 13(2), 153–167. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.015>
- McCorry, L. K. (2007). Physiology of the Autonomic Nervous System. *Am. J. Pharm. Educ.*, 71(4), 78. <https://doi.org/10.5688/aj710478>
- McGahuey, C.A., Gelenberg, A.J., Laukes, C. A., Moreno, F. A., Delgado, P. L., McKnight, M.K., y Manber, R. (2000). The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. *J. Sex Marital Ther.*, 26(1), 25-40. <https://doi.org/10.1080/009262300278623>
- McInnes, R. A. (2003). Chronic illness and sexuality. *Med. J. Aust.*, 179(5), 263-266.
- Medvedev, Z. A. (1990). An Attempt at a Rational Classification of Theories of Ageing. *Biol. Rev.*, 65(3), 375–398. <https://doi.org/10.1111/j.1469-185X.1990.tb01428.x>
- Merghati, E., Pirak, A., Yazdkhasti, M., y Rezasoltani, P. (2016). Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal of Res. J. Med. Sci.*, 21(1), 136. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.196618>
- Meston, C. M., Hull, E., Levin, R. J., y Sipski, M. (2004a). Disorders of Orgasm in Women. *Sex Med*, 1(1), 66–68. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10110.x>
- Meston, C. M., Levin, R. J., Sipski, M. L., Hull, E. M., y Heiman, J. R. (2004b). Women's orgasm. *Annu. Rev. Sex Res.*, 15(1), 173-257.
- Metz, M. E., y Epstein, N. (2002). Assessing the Role of Relationship Conflict in Sexual Dysfunction. *J. Sex Marital Ther.*, 28(2), 139–164. <https://doi.org/10.1080/00926230252851889>
- Meyer, H. F. L., y Dolezal, C. (2007). The Female Sexual Function Index: A Methodological Critique and Suggestions for Improvement. *J. Sex Marital Ther.*, 33(3), 217–224. <https://doi.org/10.1080/00926230701267852>

- Minichiello, V., y Coulson, I. (2012). *Contemporary issues in gerontology: Promoting positive ageing*. Routledge.
- Mitteldorf, J. (2010). Aging Is Not a Process of Wear and Tear. *Rejuvenation Res.*, 13(2–3), 322–326. <https://doi.org/10.1089/rej.2009.0967>
- Moher, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann. Intern. Med.*, 151(4), 264. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., y Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst. Rev.*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Montgomery, P., y Shepard, L. D. (2010). Insomnia in older people. *Rev Clin Gerontol*, 20(3), 205–218. <https://doi.org/10.1017/S095925981000016X>
- Morrow, E. H. (2015). The evolution of sex differences in disease. *Biol. Sex Differ.*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13293-015-0023-0>
- Naciones Unidas. (2015). *Metas de desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/en/academic-impact/page/sustainable-development-goals>
- Nadler, J. D., Damis, L. F., y Richardson, E. D. (1997). *Psychosocial Aspects of Aging*. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1857-4_5
- Nappi, Prof. R. E., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L., y Martini, E. (2016). Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*, 94, 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.013>
- Nappi, R. E., Verde, J. B., Polatti, F., Genazzani, A. R., y Zara, C. (2002). Self-Reported Sexual Symptoms in Women Attending Menopause Clinics. *Gynecol. Obstet. Invest.*, 53(3), 181–187. <https://doi.org/10.1159/000058371>
- National Center for Biotechnology Information. (2022, 14 de abril). *Sexual Dysfunction, Physiological*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68012735>
- Needleman, I. G. (2002). A guide to systematic reviews. *J. Clin. Periodontol.*, 29, 6–9. <https://doi.org/10.1034/j.1600-051X.29.s3.15.x>
- Neustadt, J., y Pieczenik, S. (2008). Organ Reserve and Healthy Aging. *Integr. Med.* 7(3), 50–52.
- Newlands, R., y O'Donohue, W. T. (2018). Sexual Pain Disorder. En A. Maragakis y W. O'Donohue (eds), *Principle-Based Stepped Care and Brief Psychotherapy for*

- Integrated Care Settings* (pp. 399–407). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-70539-2_36
- Noyes, J., Popay, J., Pearson, A., Hannes, K., y Booth, A. (2008). Qualitative Research and Cochrane Reviews. En J. P. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, y J. Welch. (Eds.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (pp. 571–591). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9780470712184.ch20>
- Noyes, J., Booth, A., Flemming, K., Garside, R., Harden, A., Lewin, S., Pantoja, T., Hannes, K., Cargo, M., y Thomas, J. (2018). Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance series—paper 3: methods for assessing methodological limitations, data extraction and synthesis, and confidence in synthesized qualitative findings. *J. Clin. Epidemiol.*, *97*, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.06.020>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 4 de octubre). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de Salud. (2000). *Promotion of sexual health: recommendations for action*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/42416?show=full>
- Ory, M. (2003). Challenging aging stereotypes Strategies for creating a more active society. *Am. J. Prev. Med.*, *25*(3), 164–171. [https://doi.org/10.1016/S07493797\(03\)00181-8](https://doi.org/10.1016/S07493797(03)00181-8)
- Palacios, D., Carrasco-Garrido, P., Hernández-Barrera, V., Alonso-Blanco, C., Jiménez-García, R., y Fernández-de-las-Peñas, C. (2012). Sexual Behaviors among Older Adults in Spain: Results from a Population-Based National Sexual Health Survey. *J Sex Med*, *9*(1), 121–129. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02511.x>
- Papalia, D. (2012). *Desarrollo Humano* (2a). McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A. de C.V.
- Park, D. C., y Yeo, S. G. (2013a). Aging. *Korean J. Audiol*, *17*(2), 39. <https://doi.org/10.7874/kja.2013.17.2.39>
- Peters, J. L. (2006). Comparison of Two Methods to Detect Publication Bias in Meta-analysis. *JAMA*, *295*(6), 676. <https://doi.org/10.1001/jama.295.6.676>

- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 51(4), 229–241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Piñeiro, I., Ullauri, M. G., Rodríguez, S., Regueiro, B., y Estévez, I. (2020). Deseo y actividad sexual en hombres y mujeres mayores. *Eur. J. Med. Res.*, 6(2), 227. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.219>
- Poole, K. E., y Compston, J. E. (2006). Osteoporosis and its management. *BMJ*, 333(7581), 1251–1256. <https://doi.org/10.1136/bmj.39050.597350.47>
- Pomatto, L. C. D., y Davies, K. J. A. (2018). Adaptive homeostasis and the free radical theory of ageing. *Free Radic. Biol. Med.*, 124, 420–430. <https://doi.org/10.1016/j.freeradbiomed.2018.06.016>
- Portal Mayores (2012). Los mitos y estereotipos asociados a la vejez. *60 y más*, 314, 46-51.
- PRISMA (2020). *Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses*. <http://www.prisma-statement.org/>
- Reynolds, R. F., y Obermeyer, C. M. (2005). Age at natural menopause in Spain and the United States: Results from the DAMES project. *Am. J. Hum. Biol.*, 17(3), 331–340. <https://doi.org/10.1002/ajhb.20121>
- Reuter, P. A., y Lustig, C. (2005). Brain aging: reorganizing discoveries about the aging mind. *Curr Opin Neurobiol.*, 15(2), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2005.03.016>
- Rodríguez, J. C., Dzierzewski, J. M., y Alessi, C. A. (2015). Sleep Problems in the Elderly. *Med. Clin. N. Am.*, 99(2), 431–439. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.013>
- Romero, R., Martínez-Velilla, N., Sutton, R., Ungar, A., Fedorowski, A., Galvin, R., Theou, O., Davies, A., Reilly, R. B., Claassen, J., Kelly, Á. M., y Ivanov, P. Ch. (2021). Network Physiology in Aging and Frailty: The Grand Challenge of Physiological Reserve in Older Adults. *Front. Netw. Physiol.*, 1(1), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fnetp.2021.712430>
- Rose, M. R., Flatt, T., Graves, J. L., Greer, L. F., Martinez, D. E., Matos, M., Mueller, L. D., Shmookler Reis, R. J., y Shahrestani, P. (2012). What is Aging? *Front. genet*, 3. <https://doi.org/10.3389/fgene.2012.00134>

- Rosen, R. C. (2000). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr. Psychiatry Rep.*, 2(3), 189–195. <https://doi.org/10.1007/s11920-996-0006-2>
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. y D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J. Sex Marital Ther.*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Rosen, R., y Wagner, G. (2004). Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *J Sex Med*, 1(1), 24–34. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10105.x>
- Rosen, R. C., y Barsky, J. L. (2006). Normal Sexual Response in Women. *Obstet. Gynecol. Clin. N. Am.*, 33(4), 515–526. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2006.09.005>
- Rosenbaum, T. Y. (2010). Musculoskeletal Pain and Sexual Function in Women. *The J Sex Med*, 7(2), 645–653. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01490.x>
- Rouzet, D., et al. (2019), "Fiscal challenges and inclusive growth in ageing societies". OECD Economic Policy Papers, 27. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c553d8d2-en>.
- Rücker, G., y Schwarzer, G. (2021). Beyond the forest plot: The drapery plot. *Res. Synth. Methods*, 12(1), 13–19. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1410>
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., y Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
- Rust, J., y Golombok, S. (1985). The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Br. J. Clin. Psychol.*, 24(1), 63–64. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1985.tb01314.x>
- Salive, M. E. (2013). Multimorbidity in Older Adults. *Epidemiol. Rev.*, 35(1), 75–83. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxs009>
- Sallinen, M., Kukkurainen, M. L., Peltokallio, L., y Mikkelsen, M. (2010). Women's narratives on experiences of work ability and functioning in fibromyalgia. *Musculoskelet. Care.*, 8(1), 18–26. <https://doi.org/10.1002/msc.162>

- Sarzi, P., Atzeni, F., Di Franco, M., Buskila, D., Alciati, A., Giacomelli, C., ... y Bazzichi, L. (2012). Dysfunctional syndromes and fibromyalgia: a 2012 critical digest. *Clin Exp Rheumatol*, 30(6 Suppl 74), 143-51.
- Schneck, M. E., Lott, L. A., Haegerstrom-Portnoy, G., y Brabyn, J. A. (2012). Association between hearing and vision impairments in older adults. *Ophthalmic Physiol. Opt.*, 32(1), 45–52. <https://doi.org/10.1111/j.1475-1313.2011.00876.x>
- Seidel, D., Crilly, N., Matthews, F. E., Jagger, C., Clarkson, P. J., y Brayne, C. (2009). Patterns of Functional Loss Among Older People: A Prospective Analysis. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 51(5), 669–680. <https://doi.org/10.1177/0018720809353597>
- Sharp, J. W., Blum, D., y Aviv, L. (1993). Elderly men with cancer: social work interventions in prostate cancer. *Health Soc Work*, 19(1), 91–107. https://doi.org/10.1300/J010v19n01_06
- Shiovitz, S., Shemesh, J., y McDonnell/Naughton, M. (2018). *Pathways from Ageism to Loneliness* (pp. 131–147). https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_9
- Sipski, M. L., y Arenas, A. (2006). *Female sexual function after spinal cord injury* (pp. 441–447). [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(05\)52030-2](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(05)52030-2)
- Staud, R., y Rodriguez, M. E. (2006). Mechanisms of Disease: pain in fibromyalgia syndrome. *Nat. Clin. Pract. Rheumatol.*, 2(2), 90–98. <https://doi.org/10.1038/ncprheum0091>
- Stepaniak, U., Szafraniec, K., Kubinova, R., Malyutina, S., Peasey, A., Pikhart, H., Pająk, A., y Bobak, M. (2013). Age at natural menopause in three Central and Eastern European urban populations: The HAPIEE study. *Maturitas*, 75(1), 87–93. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.008>
- Sterne, J. A. C., y Egger, M. (2001). Funnel plots for detecting bias in meta-analysis. *J. Clin. Epidemiol.*, 54(10), 1046–1055. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(01\)00377-8](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(01)00377-8)
- Stroup, D. F., Berlin, J. A., Morton, S. C., Olkin, I., Williamson, G. D., Rennie, D., ... y Becker, B. J., Sipe T.A., y Thacker S.B. (2000). Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a 279 proposal for reporting. *Jama*, 283(15), 2008-2012.
- Taylor, A., y Gosney, M. A. (2011). Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*, 40(5), 538–543. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr049>

- Tikiz, C., Muezzinoglu, T., Pirildar, T., Taskın, E. O., Fırat, A., y Tuzun, C. (2005). Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *J. Urol.*, 174(2), 620–623. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000165155.33511.eb>
- Thomas, D. R. (2003). Medications and sexual function. *Clin. Geriatr. Med.*, 19(3), 553–562. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(02\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(02)00101-5)
- Thomas, J., y Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med. Res. Methodol.*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Thomas, J., Brunton, J., y Graziosi, S. (2010). *EPPI-Reviewer 4.0: software for research synthesis*. EPPI-Centre Software. London: Social Science Research Unit, Institute of Education.
- Towler, L. B., Graham, C. A., Bishop, F. L., y Hinchliff, S. (2021). Older adults' embodied experiences of aging and their perceptions of societal stigmas toward sexuality in later life. *Soc. Sci. Med.*, 287, 114355. <https://doi.org/10.1016/j.socsci.med.2021.114355>
- Træen, B., Carvalheira, A. A., Hald, G. M., Lange, T., y Kvaalem, I. L. (2019). Attitudes Towards Sexuality in Older Men and Women Across Europe: Similarities, Differences, and Associations with Their Sex Lives. *Sex Cult*, 23(1), 1–25. <https://doi.org/10.1007/s12119-018-9564-9>
- Tristano, A. G. (2009). The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol. Int.*, 29(8), 853–860. <https://doi.org/10.1007/s00296-009-0850-6>
- Tutoglu, A., Boyaci, A., Koca, I., Celen, E., y Korkmaz, N. (2014). Quality of life, depression, and sexual dysfunction in spouses of female patients with fibromyalgia *Rheumatol. Int.*, 34(8), 1079–1084. <https://doi.org/10.1007/s00296-014-2944-z>
- United Nations Population Division (2019). *World Population Prospects*. <https://population.un.org/wpp/>
- US National Center for Health Statistics (2015). *International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM)*. www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm
- Utz, R. L., Carr, D., Nesse, R., y Wortman, C. B. (2002). The Effect of Widowhood on Older Adults' Social Participation. *The Gerontologist*, 42(4), 522–533. <https://doi.org/10.1093/geront/42.4.522>

- Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Singh, S., Hodges, Z., Patel, D., y Bajos, N. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet*, 368(9548), 1706–1728. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69479-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69479-8)
- Wells, G.A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., et al. (2014). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
- Wethington, E., Pillemer, K., y Principi, A. (2016). Research in Social Gerontology: Social Exclusion of Aging Adults. En P. Riva y J. Eck (Eds), *Social Exclusion* (pp. 177–195). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-33033-4_9
- Wickens, A. P. (2001). Ageing and the free radical theory. *Respir. Physiol.*, 128(3), 379–391. [https://doi.org/10.1016/S0034-5687\(01\)00313-9](https://doi.org/10.1016/S0034-5687(01)00313-9)
- Wilkinson, D. J., Piasecki, M., y Atherton, P. J. (2018). The age-related loss of skeletal muscle mass and function: Measurement and physiology of muscle fibre atrophy and muscle fibre loss in humans. *Ageing Res. Rev.*, 47, 123–132. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2018.07.005>
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A. G., Farber, S. J., Fiechtner, J. J., Michael Franklin, C., Gatter, R. A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A. S., Masi, A. T., ... y Sheon, R. P. (1990). The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *A&R*, 33(2), 160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., y Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *A&R*, 38(1), 19–28. <https://doi.org/10.1002/art.1780380104>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., y Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *AC&R*, 62(5), 600–610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., y Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to

- the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*, 46(3), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. World Health Organization. <https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>
- World Health Organization. (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258738?locale-attribute=es&>
- World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Plan of Action*. <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
- World Health Organization. (2022). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics. 11th Revision. 2019*. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- Wong, R. (2018). A New Strategic Approach to Successful Aging and Healthy Aging. *Geriatrics*, 3(4), 86. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040086>
- Zautra, A. J., Fasman, R., Parish, B. P., y Davis, M. C. (2007). Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain*, 128(1), 128–135. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.09.004>

ANEXOS RS.1

1. LISTA DE VERIFICACIÓN PRISMA 2009.



PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	1
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	1
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	1 to 3
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	3 to 4
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	3
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	4
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	3 to 4
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	Table 1
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	4
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	4
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	4 to 5
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	5
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	-
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I ²) for each meta-analysis.	-



PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	-
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	-
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	6
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	6 Table 3
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	7-8
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	8-9
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	-
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	-
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	-
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	10-12
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	11-12
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	12
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	-

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

ANEXOS RS.2

1. TABLA COMPLEMENTARIA S1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN

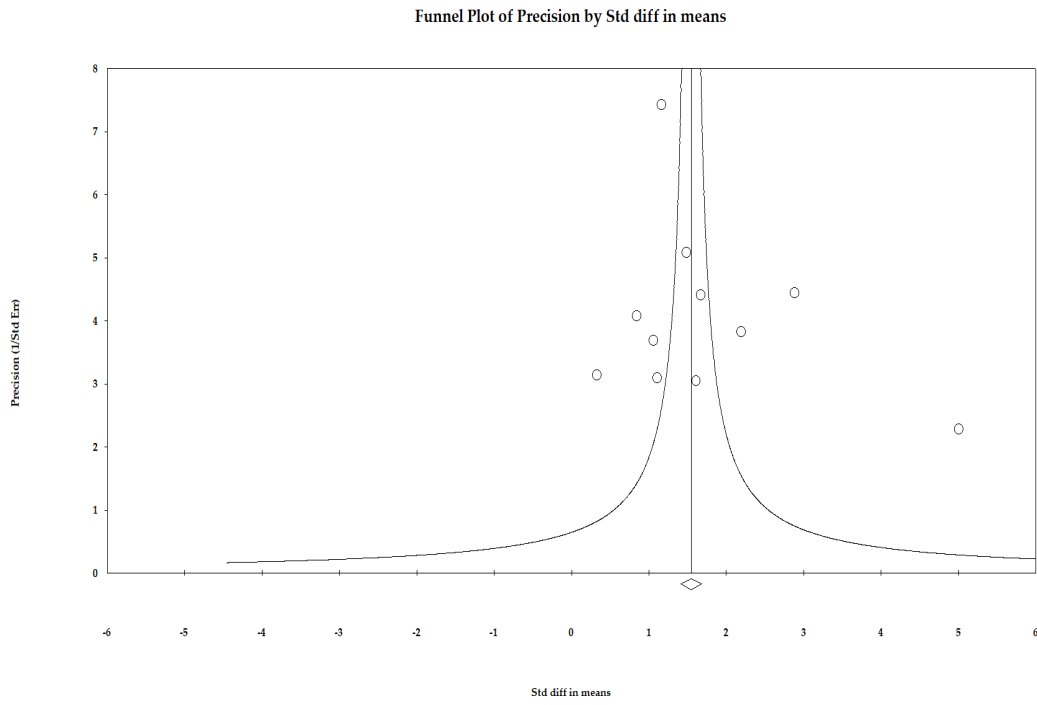
Authorship	Research Design	N comp.	Total N	EXPOSED GROUP					HEALTHY CONTROLS			OUTCOMES		
				Ne	Mean Age	BMI	Evolution (months)	Diagnosis	Nc	Mean Age	BMI	Test	Primary Outcomes	Secondary Outcomes
Ablin, JN et al. (2011)	CC	4	105	50	50.4	NR	NR	1990 ACR criteria	55	48	NR	ASEX	Female Sexual Function	Sexual arousal, orgasm and satisfaction
Costa, D et al. (2004)	CC	1	40	20	34.9	NR	NR	1990 ACR criteria	20	28.5	NR	ASEX	Female Sexual Function	NR
Dursun et al. (2019)	CS	7	95	54	32.56	26.78	6	1990 ACR criteria	41	31.53	28.15	FSFI	Female Sexual Function	Sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain
Gülümser, A et al. (2006)	CC	7	86	48	37.5	NR	NR	1990 ACR criteria	38	36.7	NR	FSFI	Female Sexual Function	Sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain
Gun, K et al. (2013)	CC	7	132	67	33.7	25.4	96.4	1990 ACR criteria	65	32.9	12.1	FSFI	Female Sexual Function	Sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain
Hayta, E et al. (2016)	CS	7	168	108	35.9	NR	NR	2010 ACR criteria	60	34.5	NR	FSFI	Female Sexual Function	Sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain
López-Rodríguez, MM et al. (2019)	CS	1	251	164	49.68	NR	NR	2010 ACR criteria	87	48.68	NR	SDI	NR	Sexual desire
Orellana, C et al. (2008)	CS	5	51	31	49.6	NR	NR	1990 ACR criteria	20	45.9	NR	CSFQ	Female Sexual Function	Sexual desire, arousal, orgasm, satisfaction and pain
Tikiz, C et al. (2005)	CC	7	73	40	42.9	NR	3	1990 ACR criteria	33	37.2	NR	FSFI	Female Sexual Function	Sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain
Tutoglu, A et al. (2014)	CC	2	62	30	35.46	26.65	39.29	1990 ACR criteria	32	33.86	25.12	FSFI	Female Sexual Function	Sexual desire

2. TABLA COMPLEMENTARIA S2. HALLAZGOS PRINCIPALES EN LOS METAANÁLISIS

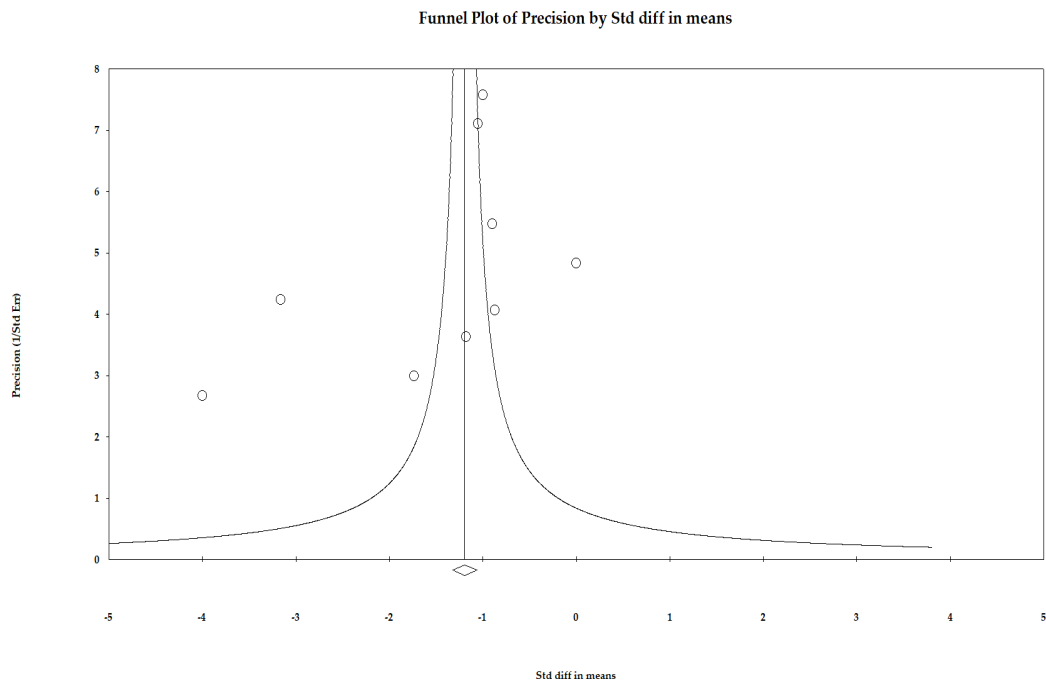
GROUPS	K	N	N _s	Pooled Effect			Publication bias				Heterogeneity		
				SMD	CI 95%	p	Funnel plot	Egger test (p)	Trim and Fill		Cochran Q-Test	I ²	p
									Adj SMD	% var			
Overall Female Sexual Function	11	1116	101	1.72	[1.18; 2.26]	<0.001	Asym.	0.15	2.10	23%	17.93	44.23%	0.05
Female Sexual Desire	9	1176	130	-1.51	[-2.20; -0.82]	<0.001	Asym.	0.07	-1.71	18%	13.34	40.06%	0.10
Female Sexual Arousal	8	968	121	-1.65	[-2.38; -0.92]	<0.001	Sym.	0.23	-1.66	0%	7.05	0.73%	0.42
Female Sexual Lubrication	6	812	135	-1.27	[-2.1; -0.43]	0.03	Slightly Asym.	0.18	-1.53	20%	6.55	23.75%	0.25
Female Sexual Orgasm	8	968	121	-1.80	[-2.53; -1.07]	<0.001	Slightly Asym.	0.03	-1.96	10%	11.69	40.12%	0.11
Female Sexual Satisfaction	8	968	121	-2.09	[-2.83; -1.36]	<0.001	Asym.	0.01	-2.53	20%	15.23	54.04%	0.03
Female Sexual Pain	6	812	135	-1.97	[-2.81; -1.12]	<0.001	Asym.	0.02	-2.17	11%	8.30	39.81%	0.14

Abbreviations: K = Number of studies; N = Number of participants in each meta-analysis; N_s = Number of participants per study; SMD = Standardized Mean Difference; CI 95% = Confidence Interval 95%; P = p-value; I² = Degree of inconsistency of Higgins; Adj SMD = Adjusted SMD; % var = Percentage of variation; Asym = Asymmetric; Sym = Symmetric

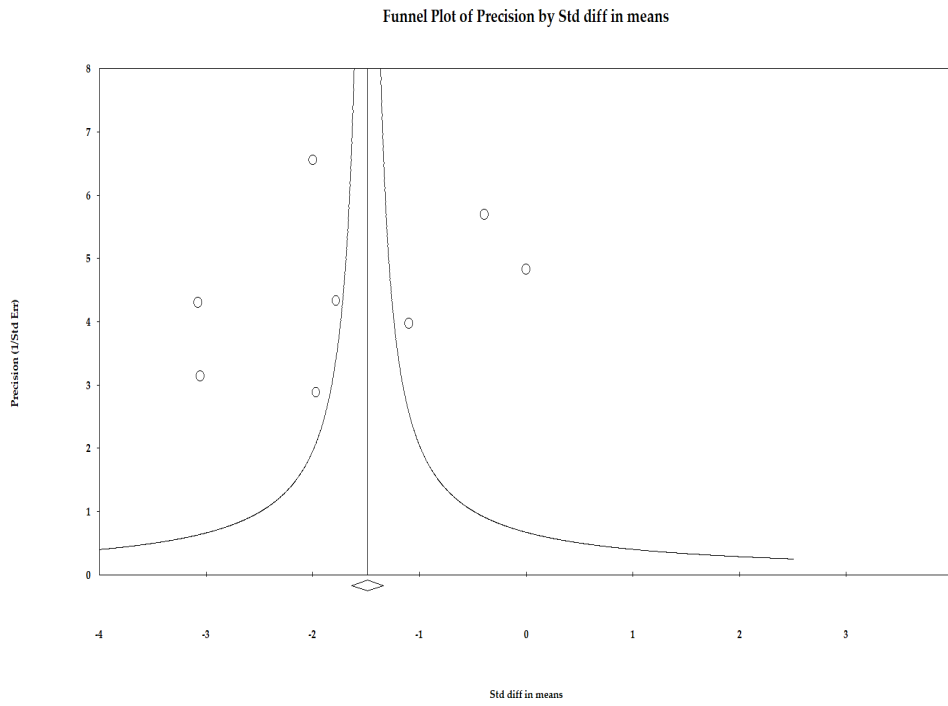
3. FIGURA COMPLEMENTARIA S1. FUNNEL PLOT



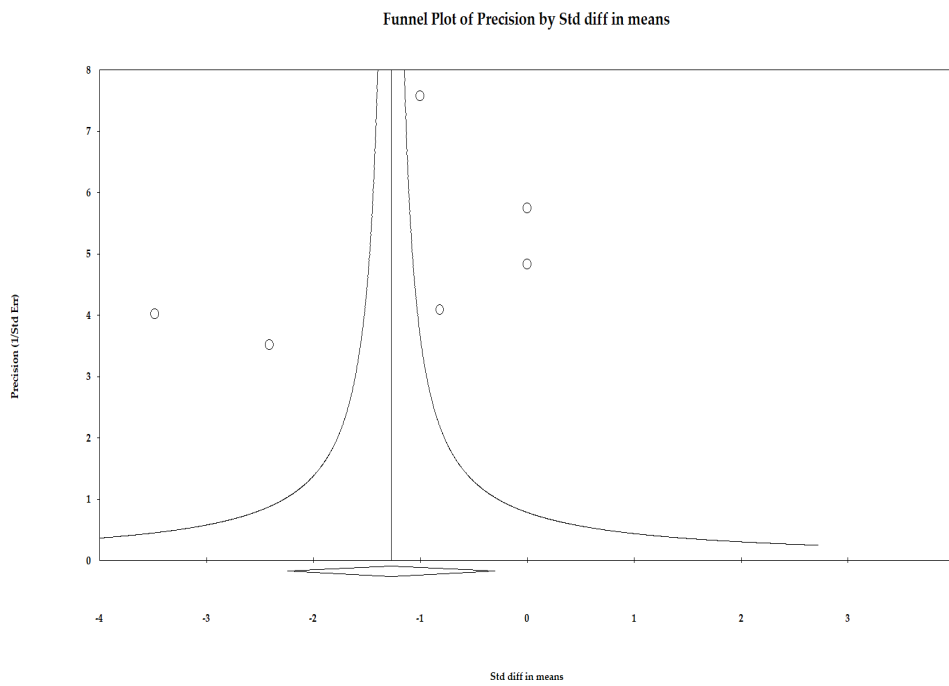
4. FIGURA COMPLEMENTARIA S2. FUNNEL PLOT



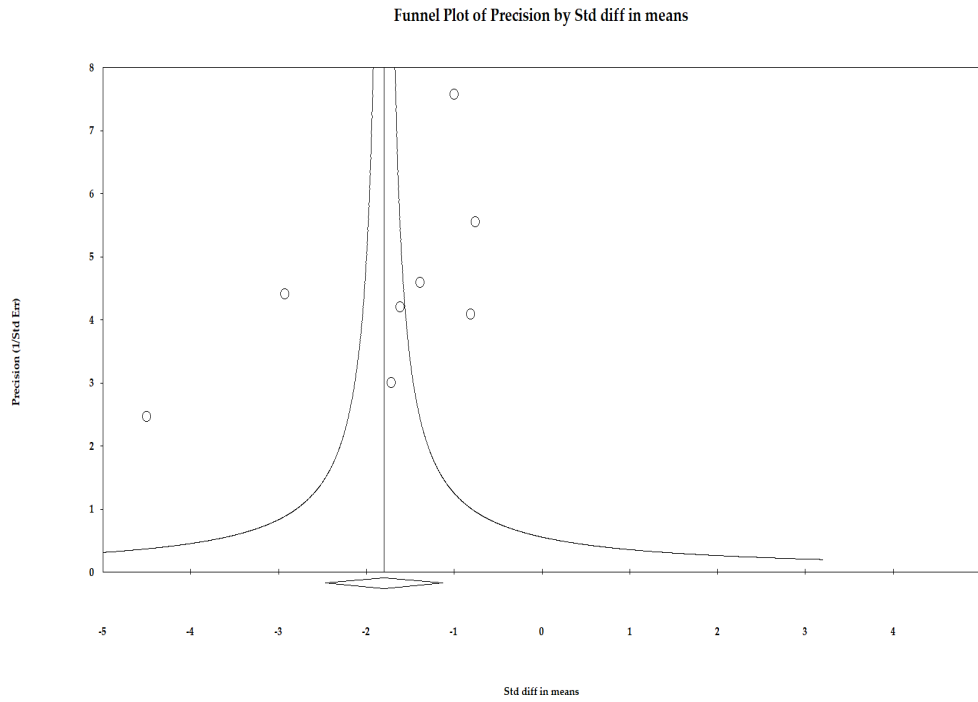
5. FIGURA COMPLEMENTARIA S3. FUNNEL PLOT



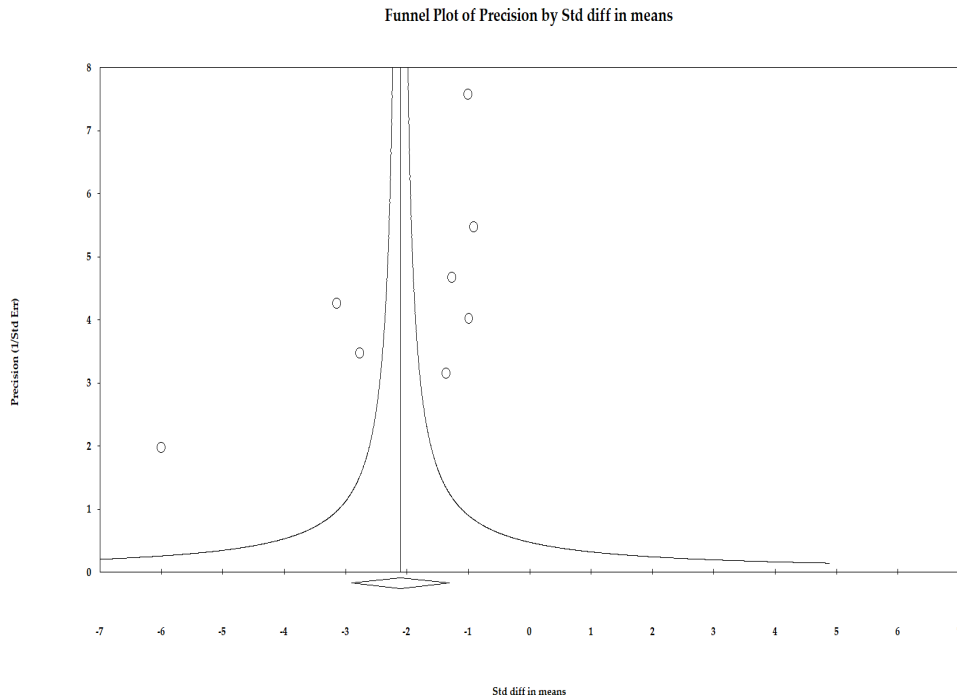
6. FIGURA COMPLEMENTARIA S4. FUNNEL PLOT



7. FIGURA COMPLEMENTARIA S5. FUNNEL PLOT



8. FIGURA COMPLEMENTARIA S6. FUNNEL PLOT



9. FIGURA COMPLEMENTARIA S7. FUNNEL PLOT

