



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Ginecología y
Obstetricia

**Disfunción sexual en pacientes en la perimenopausia y menopausia atendidas en
la consulta externa de ginecología en el Hospital General del ISSSTE de San Luis
Potosí en el periodo de junio – octubre de 2025.**

Martha Stephania Berumen Salinas

DIRECTOR CLÍNICO
Dra. Gabriela Liliana Romano Lagunas

DIRECTOR METODOLÓGICO
MAE. José Luis García Mendoza

Febrero, 2026



Disfunción sexual en pacientes en la perimenopausia y menopausia atendidas en la consulta externa de ginecología en el Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí en el periodo de junio - octubre de 2025. © 2026 por Martha Stephania Berumen Salinas se distribuye bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de
Ginecología y Obstetricia
**Disfunción sexual en pacientes en la perimenopausia y menopausia
atendidas en la consulta externa de ginecología en el Hospital
General ISSSTE de San Luis Potosí en el periodo de junio – octubre
de 2025**

Martha Stephanie Berumen Salinas

DIRECTOR CLÍNICO

Dra. Gabriela Liliana Romano Lagunas

DIRECTOR METODOLÓGICO

MAE. José Luis García Mendoza

No. de CVU del CONACYT; 0000-0002-0900-3238

SINODALES

Dr. Mario Alberto Banda Barbosa
Presidente

Dr. Venance Basil Kway
Sinodal

Dr. Daniel de la Rosa Mosqueda
Sinodal

Dra. Mariana Lazos Rosas
Sinodal suplente

Febrero, 2026

Resumen

La disfunción sexual femenina (DSF) es una condición frecuente pero subdiagnosticada en mujeres durante la perimenopausia y la menopausia, etapas marcadas por profundos cambios hormonales, físicos y psicosociales. A pesar de su elevada prevalencia, muchas pacientes no reciben atención adecuada, debido a estigmas sociales, falta de información o desconocimiento por parte del personal de salud.

El presente estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres en etapa de perimenopausia y menopausia que acuden a la consulta externa de Ginecología del Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí, durante el periodo comprendido entre junio y octubre de 2025.

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, analítico y transversal, en el que se aplicó el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) en su versión en español, junto con un cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos. Se incluyeron 71 pacientes seleccionadas por muestreo por conveniencia. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y, de forma exploratoria, se evaluó la relación entre disfunción sexual y factores asociados como edad, escolaridad, enfermedades crónicas, uso de medicamentos y etapa hormonal.

Con mediana de 52 años, 51.32% pacientes casadas, 68.42% con comorbilidades, 50% con antecedente quirúrgico ginecológico y 64.47% en menopausia, se obtuvo una mediana de 20.05 en FSFI y 73.68% con disfunción sexual. La menopausia (RMP 3.056, IC95% 1.064–8.772) se asoció con la disfunción sexual.

Se concluye que más de la mitad de la población de las mujeres en la perimenopausia y menopausia atendidas en la consulta externa de ginecología en el hospital general del ISSSTE de San Luis Potosí en el periodo de junio a octubre de 2025 presentan disfunción sexual.

Índice

Resumen	4
Índice	4
Lista de cuadros	6
Lista de figuras	7
Lista de abreviaturas y símbolos	8
Lista de definiciones	9
Dedicatorias	11
Reconocimientos	13
Antecedentes	14
Justificación	24
Pregunta de investigación	25
Hipótesis	25
Objetivos	25
Sujetos y métodos	26
Análisis estadístico	32
Ética	34
Resultados	36
Discusión	36
Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación	48
Conclusiones	49
Bibliografía	50
Anexos	53
Anexo 1. Carta de no inconveniente	54
Anexo 2. Carta de aprobación del comité de Ética en Investigación	55
Anexo 3. Carta de aprobación del comité de Investigación	56
Anexo 4. Carta de aprobación del comité de Bioseguridad	57

Lista de cuadros

Cuadro 1. Distribución de las variables cuantitativas de las pacientes	36
Cuadro 2. Distribución de las pacientes por estado civil	37
Cuadro 3. Distribución de las pacientes con comorbilidades	38
Cuadro 4. Distribución de las comorbilidades de las pacientes	39
Cuadro 5. Distribución de las pacientes con cirugía ginecológica previa	40
Cuadro 6. Distribución de las pacientes con menopausia	41
Cuadro 7. Distribución de las pacientes con disfunción sexual	41
Cuadro 8. Comparación de las variables cuantitativas entre pacientes con y sin disfunción sexual	42
Cuadro 9. Comparación de las variables cualitativas entre pacientes con y sin disfunción sexual	44

Lista de figuras

Figura 1. Distribución de las variables cuantitativas de las pacientes	36
Figura 2. Distribución de las pacientes por estado civil	37
Figura 3. Distribución de las pacientes con comorbilidades	38
Figura 4. Distribución de las comorbilidades de las pacientes	39
Figura 5. Distribución de las pacientes con cirugía ginecológica previa	40
Figura 6. Distribución de las pacientes con menopausia	41
Figura 7. Distribución de las pacientes con disfunción sexual	42
Figura 8. Comparación de las variables cuantitativas entre pacientes con y sin disfunción sexual	43

Lista de abreviaturas y símbolos

- **DSF:** Disfunción Sexual Femenina.
- **APA:** American Psychiatric Association.
- **DSM-5:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edición.
- **TSH:** Hormona Estimulante de la Tiroides.
- **FSH:** Hormona Folículo Estimulante.
- **LH:** Hormona Luteinizante.
- **HRT:** Terapia de Reemplazo Hormonal (Hormone Replacement Therapy).
- **IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social.
- **ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- **INPer:** Instituto Nacional de Perinatología.
- **VVA:** Atrofia Vulvovaginal (Vulvovaginal Atrophy).
- **QoL:** Calidad de Vida (Quality of Life).
- **CDMX:** Ciudad de Mexico

Lista de definiciones

- **Disfunción sexual femenina (DSF):** Conjunto de dificultades persistentes o recurrentes en una o más fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y/o dolor) que generan malestar clínicamente relevante.
- **Respuesta sexual femenina:** Proceso dinámico que integra componentes biológicos y psicosociales, en el que se expresan (con variabilidad individual) deseo/ interés, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y ausencia de dolor.
- **Perimenopausia:** Etapa de transición hacia la menopausia caracterizada por fluctuaciones hormonales e irregularidad menstrual, con aparición progresiva de síntomas climatéricos; concluye tras 12 meses posteriores a la última menstruación.
- **Menopausia:** Cese permanente de la menstruación, establecido retrospectivamente después de 12 meses consecutivos de amenorrea sin causa patológica; se asocia a declive sostenido de la función ovárica y cambios endocrinos.
- **Climaterio:** Periodo de transición biológica y clínica alrededor del fin de la vida reproductiva, donde coexisten cambios hormonales, síntomas vasomotores y manifestaciones urogenitales con impacto potencial en función sexual.
- **Hipoestrogenismo:** Disminución de estrógenos propia de la transición menopáusica y posmenopausia, con efectos sobre el epitelio vaginal, lubricación, vascularización genital y confort durante la actividad sexual.
- **Síndrome genitourinario de la menopausia:** Conjunto de síntomas vulvovaginales y urinarios relacionados con el déficit estrogénico (sequedad, ardor, dispareunia, urgencia/disuria), frecuentemente asociados con deterioro de la función sexual.
- **Atrofia vulvovaginal:** Cambios tróficos por déficit estrogénico (adelgazamiento epitelial, menor elasticidad y lubricación), que favorecen irritación y dolor coital, impactando varios dominios de la función sexual.

- **Sequedad vaginal:** Reducción subjetiva y/o objetiva de lubricación que puede dificultar la penetración y disminuir la satisfacción sexual; suele intensificarse con el tiempo desde la menopausia.
- **Dispareunia:** Dolor genital asociado a la actividad sexual (durante o después de la penetración), con causas frecuentes en climaterio vinculadas a atrofia y menor lubricación, además de factores musculares y psicológicos.

Dedicatorias

Los procesos más difíciles suelen ser también los que más nos transforman. Este trabajo no solo representa un logro académico, sino también el cierre de una etapa que estuvo llena de retos personales, cansancio, dudas y muchísimo aprendizaje. Hubo días difíciles, momentos de soledad y otros en los que el apoyo de quienes me rodean hizo toda la diferencia. Por eso, más que un requisito, estos agradecimientos nacen desde el corazón.

A mi papá, **Efrén**, mi mayor admiración, gracias por ser mi mayor ejemplo de esfuerzo y crecimiento profesional y el ginecólogo que inspiró mi amor a esta especialidad. Tu confianza en mí, incluso cuando yo dudaba, fue el impulso que muchas veces necesité para seguir. A mi mamá, **Alicia**, que aunque las cosas fueran complicadas siempre me ayudaste a resolver y a mis hermanos, **Carolina, Monse y Alonso**, mis pequeños, gracias por su apoyo constante, por sus palabras de ánimo y por no dejarme rendirme cuando el camino se ponía complicado.

A mis perritos Cortana, Molly, Heidi, Sandy y Copito, que sin saberlo fueron compañía en noches largas de estudio y en días emocionalmente pesados. Su presencia, su cariño y esa forma tan pura de acompañar hicieron más ligeros muchos momentos difíciles y en especial a mi Molly, gracias por sacarme adelante cuando más necesitaba de amor, te llevare en mi corazón toda la vida.

A mis amigos, gracias por su paciencia, por escucharme, por abrirme su casa, por las llamadas a deshoras y por estar incluso cuando yo no estaba en mi mejor momento. **Nadshelly, Rodrigo, Yarizdy, Kaomi y Reina**, su amistad fue un refugio durante esta etapa.

A **Karen**, mi persona favorita. Compartir estos años contigo hizo que todo fuera más llevadero. Gracias por escucharme, cuidarme y estar presente en los días buenos y, sobre todo, en los más complicados. Vivir esta etapa acompañada de ti fue un regalo

que siempre voy a valorar. Cohabitar con alguien suele ser complicado cuando no es la persona correcta.

A mis médicos adscritos, a mis compañeros residentes y a cada persona con la que compartí guardias, aprendizajes y experiencias en el hospital. De todos me llevé enseñanzas que hoy forman parte de la persona que soy emocional y profesional.

Y finalmente, quiero agradecerme a mí. A la niña de diez años que soñaba con ser doctora sin imaginar lo difícil que sería el camino. A pesar del cansancio, del miedo y de las veces que quise rendirme, seguí adelante. Hoy puedo decir con orgullo que ese sueño sigue vivo, y que cada esfuerzo valió la pena.

Reconocimientos

Al Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí, por las facilidades otorgadas para la realización de este estudio y por permitir el desarrollo de esta investigación dentro de sus instalaciones.

A mi directora de tesis, la Dra. Gabriela Romano, por su guía académica, su tiempo, su disposición constante para la revisión del trabajo y sus valiosas observaciones, que contribuyeron de manera significativa a la calidad de esta investigación.

A mi asesor metodológico, el MAE José Luis, por la orientación brindada en el diseño y análisis metodológico, así como por su paciencia y claridad para fortalecer la estructura científica de este proyecto.

A los asesores y revisores académicos, por el tiempo dedicado, la revisión crítica y las sugerencias que enriquecieron el desarrollo de este trabajo.

Al personal médico y de enfermería del servicio de Ginecología y Obstetricia, por su colaboración durante la recolección de datos y por su compromiso diario con la atención integral de las pacientes.

A las pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia, quienes pusieron de su tiempo para la recolección de los datos, de quienes no sería posible la finalización de este proyecto.

.

1. Antecedentes

La disfunción sexual femenina (DSF) es un problema de salud que afecta a mujeres en distintas etapas de la vida y que tiene un impacto directo en su bienestar físico y emocional. Sin embargo, uno de los momentos en que estas alteraciones se vuelven más frecuentes y evidentes es durante la perimenopausia y la menopausia. Estas etapas del ciclo de vida de la mujer se caracterizan por cambios fisiológicos y hormonales importantes que pueden modificar la respuesta sexual de manera significativa. A pesar de su alta prevalencia, la disfunción sexual en este grupo etario continúa siendo un tema poco visibilizado, tanto en la práctica clínica como en la investigación científica, lo que nos lleva a su subdiagnóstico y a un mal abordaje médico [1].

En el contexto mexicano, este problema se vuelve de suma importancia. Aunque muchas mujeres en la transición menopáusica presentan síntomas que afectan su vida sexual, los estudios nacionales sobre el tema siguen siendo limitados. A esto se suman barreras culturales persistentes en torno a la sexualidad femenina, así como la falta de formación específica de algunos profesionales de la salud para abordar de manera integral la sexualidad en la madurez. Como consecuencia, no es raro que las mujeres no consulten atención médica por este problema de salud o que las interpreten como un proceso “normal” e inevitable del envejecimiento, retrasando así la atención médica oportuna [2].

La perimenopausia, que es entendida como la etapa de transición hacia la menopausia, y la menopausia, que es definida por el cese definitivo de la menstruación, se acompañan de importantes cambios hormonales, principalmente en la disminución de estrógenos y progesterona. Estas variaciones influyen en la lubricación vaginal, la elasticidad de los tejidos del área genital, la excitación y el deseo sexual. Además de los cambios físicos, también se incluyen factores psicológicos y emocionales como ansiedad y depresión, que también pueden afectar la experiencia de la sexualidad en esta etapa. De esta manera, la disfunción sexual femenina no se entiende únicamente desde lo biológico, ya que intervienen también dimensiones emocionales, culturales y sociales que se adecuan

a la forma en que las mujeres perciben y experimentan su sexualidad durante la madurez [2,3].

La disfunción sexual femenina es un fenómeno multifactorial en el que intervienen diversos elementos que se relacionan entre sí y que no siempre pueden analizarse de manera aislada. Entre los factores más relevantes se encuentran los cambios hormonales propios de la transición menopáusica, las condiciones emocionales de la mujer, el contexto social en el que se desenvuelve y su estado general de salud [2,3].

Existen diversos factores asociados a la disfunción sexual, los cuales se abordan de diferentes maneras, entre los cuales se encuentran los siguientes [2, 3]:

- Los cambios hormonales desempeñan un papel importante. La disminución progresiva de estrógeno y progesterona durante la perimenopausia y la menopausia puede afectar la lubricación vaginal, la elasticidad de los tejidos genitales y la respuesta de excitación, lo que influye directamente en la experiencia sexual.
- Los factores psicológicos como la ansiedad, la depresión y el estrés crónico pueden interferir con el deseo, la excitación y la satisfacción sexual. En muchas mujeres, estas alteraciones no solo son síntomas que acompañan el climaterio, sino que también pueden intensificar la percepción de malestar relacionado con la vida sexual.
- Los factores sociales también tienen un peso considerable. Variables como el nivel de escolaridad, la situación socioeconómica, el estado civil y, en especial la calidad de la relación de pareja. Las dinámicas familiares y las normas sociales sobre la sexualidad en la madurez favorecen el silencio o la normalización de las dificultades sexuales.
- Los factores físicos como el estado general de salud, la condición física y la presencia de enfermedades crónicas pueden afectar la respuesta sexual de manera directa como a través de la fatiga, el dolor o el uso de determinados tratamientos farmacológicos que influyen en la libido [1].

Este estudio se planteó con el objetivo de analizar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres en perimenopausia y menopausia, así como identificar sus principales factores de riesgo, causas y consecuencias, además de las barreras que dificultan el acceso a la atención médica en este ámbito. A través de una revisión de la literatura científica disponible, se busca tener una visión más clara de la magnitud de este problema de salud en este grupo de mujeres y, a partir de ello, proponer recomendaciones que favorezcan una atención ginecológica y psicológica más completa. Integrar la sexualidad femenina como parte de la salud general resulta fundamental para mejorar la calidad de vida durante la transición menopáusica y para atender de mejor manera una situación que, a pesar de ser frecuente, sigue siendo minimizada y poco abordada en la práctica clínica.

La disfunción sexual femenina es una condición compleja que se caracteriza por la presencia de dificultades persistentes en una o más fases de la respuesta sexual. Estas se pueden manifestar como disminución o ausencia del deseo sexual, problemas en la excitación, dificultad o ausencia de orgasmo, o dolor durante las relaciones sexuales. Desde el punto de vista clínico, el punto clave para realizar el diagnóstico es que estas alteraciones generen malestar, angustia o insatisfacción personal [1]. En la actualidad, la disfunción sexual femenina se aborda desde un enfoque biopsicosocial, que reconoce que la sexualidad no depende únicamente de los niveles hormonales o de la anatomía genital, sino que la experiencia sexual de la mujer está influida por la interacción entre su estado emocional, la relación de pareja, el contexto cultural y las circunstancias de su entorno. Esta visión más amplia ha permitido dejar atrás la idea reducida de que la DSF se explica solo por causas anatómicas o endocrinas, entendiendo en cambio que se trata de un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples dimensiones de la vida de la mujer. [4,5].

Aunque la información disponible sobre su prevalencia aún es limitada en algunos contextos, los estudios epidemiológicos coinciden en que la disfunción sexual femenina es un problema frecuente. Se estima que entre el 40% y el 60% de las mujeres experimentan algún grado de dificultad sexual a lo largo de su vida, y esta proporción aumenta de forma importante durante la transición a la menopausia. A pesar de la alta

frecuencia, menos del 25% de las mujeres que presentan síntomas busca atención médica. Esto se relaciona principalmente con la falta de información, el estigma que todavía rodea a la sexualidad femenina y la creencia de que estas alteraciones son una consecuencia “normal” e inevitable del envejecimiento [6].

Las cifras de prevalencia de disfunción sexual femenina en la perimenopausia y en la menopausia varían de forma considerable según el diseño de los estudios y las poblaciones analizadas. Esta variabilidad refleja la influencia de factores biológicos, culturales y metodológicos en la forma en que se mide y se reporta la función sexual en esta etapa de la vida. De manera global la estadística se refleja en los siguientes puntos:

- En términos generales, como ya se mencionó anteriormente se estima que la prevalencia global oscila entre el 40% y el 85%, dependiendo del contexto y de los criterios utilizados para definir la disfunción sexual [7].
- Un metaanálisis reciente reportó una prevalencia promedio cercana al 63% en mujeres posmenopáusicas, lo que confirma la magnitud del problema a nivel internacional [8].
- Entre las alteraciones más frecuentemente reportadas se encuentra el deseo sexual hipoactivo, con tasas que van del 32% al 58%, lo que lo convierte en uno de los trastornos más comunes en esta etapa [4,5].
- La disfunción orgásmica también es relevante, presentándose en aproximadamente el 15% al 35% de las mujeres menopáusicas [7].
- Los problemas de excitación sexual afectan a cerca del 30% al 45% de las mujeres, lo que se relaciona en parte con cambios en la lubricación y la respuesta vascular genital [9].
- El dolor durante las relaciones sexuales o dispareunia se reporta en entre el 25% y el 45% de las mujeres en esta etapa, con una tendencia a aumentar conforme avanza la edad y el tiempo transcurrido desde la menopausia [10]. Clínicamente se relaciona con la sequedad vaginal como uno de los síntomas más frecuentes y afecta aproximadamente al 45% al 65% de las mujeres posmenopáusicas, constituyendo un factor clave en el desarrollo de otras alteraciones sexuales [6].

- Asimismo, dentro de otros factores clínicos que se asocian a mayor probabilidad de disfunción sexual se encuentran la edad avanzada, un mayor tiempo desde la menopausia, la presencia de síntomas vasomotores intensos y la atrofia vulvovaginal [11]. A esto se suman diferencias geográficas y culturales importantes: algunos estudios reportan prevalencias cercanas al 35% en ciertas poblaciones asiáticas, mientras que en determinados contextos occidentales las cifras pueden superar el 70%, lo que subraya la influencia del entorno sociocultural en la vivencia y el reporte de la sexualidad femenina [12].

La perimenopausia representa una etapa de transición caracterizada por las irregularidades menstruales y los cambios en los niveles de estrógenos y progesterona. Conforme se progresa hacia la menopausia, se establece el cese definitivo de la función ovárica, lo que traduce en una disminución marcada y sostenida de los estrógenos lo que lleva a repercusiones fisiológicas [13]. Esta reducción hormonal impacta directamente en el tracto genital inferior; disminuyendo la vascularidad de los tejidos, reduciendo la lubricación vaginal, adelgazando el epitelio y perdiendo la elasticidad de las paredes vaginales. En conjunto, estos cambios pueden generar sensación de sequedad, incomodidad y dispareunia [6].

Además de la pérdida de estrógenos, en esta etapa también se observa una disminución de andrógenos como la testosterona, lo que se asocia con una reducción del deseo sexual espontáneo en algunas mujeres [6]. No todas las mujeres experimentan estos cambios de la misma manera; la intensidad y la forma en que se manifiestan son variables. Las modificaciones hormonales propias del climaterio pueden generar una mayor vulnerabilidad fisiológica que, al combinarse con factores psicológicos, emocionales o relacionados con la pareja, favorece la aparición de disfunción sexual femenina [1].

El DSM-5 agrupa los trastornos sexuales femeninos en tres categorías clínicas:

1. **Trastorno del interés/excitación sexual femenina:** Se caracteriza por una marcada disminución del interés sexual, ausencia de pensamientos eróticos, disminución de la excitación ante estímulos sexuales o falta de respuestas genitales.

2. **Trastorno del orgasmo femenino:** Definido como la dificultad persistente para alcanzar el orgasmo a pesar de una fase de excitación sexual adecuada.

3. **Trastorno por dolor genito – pélvico / penetración:** incluye condiciones como la dispareunia, el vaginismo y la ansiedad anticipatoria asociada al dolor coital [1].

Estas categorías no se presentan de forma aislada; con frecuencia se superponen, especialmente en mujeres mayores de 45 años, en las que pueden coexistir alteraciones del deseo, dificultades orgásmicas y dolor durante las relaciones sexuales. Por esto, la evaluación debe ser integral, basada en una historia clínica detallada, exploración del estado emocional y de la relación de pareja, y, cuando está indicado, estudios hormonales o ginecológicos complementarios [1].

Una baja autoestima o la insatisfacción con la imagen corporal se pueden intensificar como influyentes negativos en la vivencia de la sexualidad. Cuando a esto se suman conflictos de pareja, un entorno afectivo poco favorable o dificultades en la comunicación sexual, el cuadro clínico suele volverse más complejo y la respuesta a los tratamientos médicos puede ser limitada si no se abordan también estos factores [14].

Como ya se ha mencionado, la forma en que se vive la sexualidad en la menopausia no es igual en todos los contextos culturales. En algunas sociedades occidentales, muchas mujeres siguen manteniendo una vida sexual activa después de la menopausia. En contraste, en entornos más conservadores puede existir una mayor tendencia a considerar esta etapa como el final de la vida sexual, favoreciendo actitudes de resignación o silencio frente a las dificultades. Esto refuerza la importancia de un abordaje terapéutico individualizado, que tome en cuenta las creencias, expectativas y marcos culturales de cada mujer [15].

En el contexto latinoamericano, si existen algunas barreras estructurales y culturales que dificultan el diagnóstico y el tratamiento oportuno de la disfunción sexual femenina. Con frecuencia, las mujeres priorizan el bienestar de la familia o consultan al médico solo por la clínica que representa el climaterio, como los síntomas vasomotores o las alteraciones del sueño, dejando en segundo plano las dificultades relacionadas con su vida sexual. Además, que en la actualidad el personal de salud no suele abordar de manera rutinaria la sexualidad durante la consulta, ya sea por falta de formación específica o por considerarla un tema secundario frente a otros problemas de salud. Este abordaje incompleto favorece el subregistro de la DSF y refuerza la idea equivocada de que el deterioro de la vida sexual en la menopausia es inevitable y no tiene tratamiento [14, 16].

En México, la investigación sobre DSF ha aumentado su visibilidad en las últimas décadas, en especial en el contexto de la menopausia. En esta etapa, los cambios hormonales interactúan con realidades culturales, económicas y emocionales, lo que hace necesario comprenderla no solo desde el punto de vista biológico, sino también dentro del entorno social en el que viven las mujeres [17].

En un estudio representativo realizado por González-Santos et al. (2017) en mujeres mexicanas posmenopáusicas, se observó que una proporción importante de las participantes presentaba alteraciones en distintos aspectos de su vida sexual: el 42.3% reportó disminución del deseo, el 36.5% refirió dificultad para alcanzar el orgasmo y el 33.1% mencionó dispareunia. Estos hallazgos reflejan que la DSF es un problema frecuente en este grupo. Además, el estudio identificó mayor incidencia en mujeres con bajo nivel educativo, sin pareja estable y con enfermedades crónicas, lo que corrobora que las condiciones sociales y de salud general influyen de manera significativa en la vivencia de la sexualidad [8].

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), Juárez-López et al. (2019) se encontró que el 58% de las mujeres en etapa perimenopáusica presentaba algún grado de insatisfacción sexual. Entre los síntomas más frecuentes

destacaron la dispareunia y la disminución del deseo sexual. Un aspecto relevante es que muchas de las mujeres no reconocían la disfunción sexual como un problema de salud, y solo una minoría la menciona de forma espontánea durante la consulta médica. Este hallazgo refleja un gran problema clínico, donde las dificultades sexuales permanecen ocultas si no se exploran de manera intencionada en la consulta [17].

Tena-Suck et al. (2015) estudiaron en población urbana de la CDMX y encontraron que, para muchas mujeres, la sexualidad seguía siendo un tema difícil de abordar, en especial después de los 45 años. La mayoría de las participantes consideran la sexualidad como tabú, lo que las limita a buscar ayuda. Además, el desconocimiento sobre las opciones terapéuticas disponibles y la creencia de que la vida sexual “debe terminar” con la menopausia se identificaron como barreras importantes para que las mujeres recibieran atención oportuna por DSF [17]. Por otra parte, en un estudio realizado en el Hospital General de México, Ramírez-Barrón et al. (2021) se encontró que el 61% presentaba algún tipo de disfunción sexual, principalmente en los dominios de deseo y excitación. Un hallazgo relevante fue la asociación entre la presencia de disfunción sexual y síntomas de depresión moderada a severa, así como el uso de antidepresivos tricíclicos y benzodiacepinas. Estos resultados remarcan la relación entre la salud mental, los tratamientos farmacológicos y la función sexual en mujeres en esta etapa de la vida [16].

A nivel nacional, un estudio multicéntrico realizado en hospitales del IMSS en distintas regiones del país se identificó que los factores más asociados con la DSF fueron el bajo nivel de escolaridad, el uso de antihipertensivos, la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad y el sedentarismo. Estos hallazgos resaltan que la DSF no puede abordarse únicamente desde el componente ginecológico, sino que requiere una visión interdisciplinaria que incluya el estado emocional y las comorbilidades frecuentes en esta etapa de la vida. En relación con lo anterior, las investigaciones recientes refuerzan la idea de que la DSF en la menopausia es un fenómeno multifactorial, y nuevamente reintegra la importancia de un abordaje integral y centrado en las distintas dimensiones de la salud de la mujer [19].

Nappi y Cucinella (2025) señalan que los cambios hormonales y de ánimo que influyen la DSF se combinan con el envejecimiento y con factores psicosociales que se han mencionado anteriormente como la calidad de la relación de pareja, la autopercepción corporal, la presencia de enfermedades crónicas y las actitudes personales hacia la sexualidad. Esta interacción da lugar a trayectorias muy distintas: mientras algunas mujeres se adaptan sin mayor dificultad, otras experimentan un deterioro importante que genera malestar emocional y afecta su calidad de vida [20].

Ante esta complejidad los autores destacan que el abordaje terapéutico no debe limitarse a la restitución hormonal, se propone una atención individualizada que considere la historia sexual, el estado emocional, las expectativas personales y los objetivos de cada mujer. Esto implica integrar opciones farmacológicas, como los estrógenos vaginales o andrógenos, así como opciones no farmacológicas, como la educación sexual, terapia de pareja, psicoterapia, uso de lubricantes y estrategias de adaptación [20,21].

Cagnacci et al. (2020) demostraron que la sequedad vaginal no es un síntoma aislado, sino que repercute en múltiples dominios de la función sexual. Las mujeres con atrofia presentan con mayor frecuencia alteraciones del deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y, especialmente manifestando dispareunia. Este conjunto de síntomas impacta de forma importante la calidad de vida y favorece la evitación de la actividad sexual [2,22,23].

Además, la DSF en esta etapa no puede separarse del estado emocional. Una revisión sistemática realizada por Rahmani et al. (2022) confirmó una relación bidireccional entre la disfunción sexual y los trastornos del estado de ánimo. La menopausia puede acompañarse de síntomas depresivos, ansiedad y disminución de la autoestima. Así mismo, las dificultades sexuales pueden intensificar el malestar emocional [24,25].

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la idea de que la DSF es una condición compleja que trasciende lo hormonal o ginecológico. Su abordaje debe ser multidimensional e incluir aspectos físicos, emocionales, relacionales y culturales. La atención ginecológica

actual necesita avanzar hacia modelos más empáticos e individualizados, que reconozcan la sexualidad como un componente de bienestar, incluso en etapas tradicionalmente poco exploradas como la perimenopausia y la menopausia [16,26].

Por otro lado, la función sexual también puede verse afectada por alteraciones del piso pélvico. En un estudio transversal realizado en Turquía con mujeres que presentaban incontinencia urinaria, se encontró una alta frecuencia de disfunción sexual, con puntajes bajos en escalas de función sexual. El malestar relacionado con el prolapso de órganos pélvicos, los síntomas colorrectales y las molestias urinarias se asociaron de manera negativa con la función sexual [27, 28]. El malestar colorrectal-anal se identificó como un factor de riesgo independiente, por lo que es importante evaluar de forma integral el piso pélvico y de incluir la salud sexual dentro del manejo multidisciplinario de estas pacientes [27].

La disfunción sexual femenina durante la transición menopáusica es un fenómeno multifactorial que integra cambios hormonales, alteraciones del síndrome genitourinario de la menopausia y factores psicosociales. Estudios longitudinales como SWAN han demostrado un deterioro progresivo del deseo y la función sexual. Instrumentos validados como el FSFI permiten su medición objetiva. Además, consensos internacionales han actualizado la nomenclatura y respaldan el uso selectivo de terapias hormonales, incluida testosterona, en casos específicos de deseo sexual hipoactivo [29,30].

En este contexto, la comprensión integral de la disfunción sexual en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas exige un abordaje biopsicosocial que considere no solo el descenso estrogénico y androgénico, sino también factores emocionales, relacionales y culturales[31]. La actualización en criterios diagnósticos y estrategias terapéuticas permite una atención más precisa y centrada en la paciente, destacando la necesidad de estudios locales que identifiquen su magnitud y características en poblaciones específicas. [32].

2. Justificación

La DSF en mujeres en la perimenopáusia y menopáusia es un problema frecuente que, a pesar de su magnitud, continúa siendo subestimado tanto en el sistema de salud como en la sociedad. Aunque diversos estudios han señalado que entre el 40% y el 60% de las mujeres en este grupo de edad presentan algún tipo de alteración en su vida sexual, en México esta situación permanece minimizada por factores como los tabúes culturales, la limitada formación de algunos profesionales de la salud y la falta de protocolos clínicos específicos los que contribuyen a que este problema no se detecte ni se atienda de manera oportuna [19].

En el climaterio, las mujeres experimentan cambios hormonales, físicos y emocionales que pueden repercutir de forma importante en su calidad de vida. La disminución de estrógenos y andrógenos no solo modifica la función reproductiva, sino que también afecta la respuesta sexual, favoreciendo la aparición de deseo sexual hipoactivo, dispareunia, anorgasmia y disminución de la satisfacción. Sin embargo, en la práctica clínica estos síntomas rara vez se exploran de manera intencionada. En instituciones públicas, como el ISSSTE, la atención suele centrarse en problemas considerados más prioritarios o en manifestaciones clínicas evidentes del climaterio, como los síntomas vasomotores, dejando de lado el trasfondo de la sexualidad.

En este contexto, el presente estudio resulta pertinente, ya que permitió explorar, visibilizar y cuantificar una dimensión de la salud femenina que con frecuencia permanece silenciada: la sexualidad durante el climaterio. Asimismo, esta investigación aporta elementos que pueden apoyar el desarrollo o fortalecimiento de estrategias de salud pública orientadas a incluir la evaluación de la función sexual en mujeres mayores de 40 años. A partir de estos hallazgos, es posible impulsar intervenciones educativas, psicológicas y médicas que contribuyan a mejorar la calidad de vida y a cuestionar la idea de que la sexualidad debe desaparecer con la menopausia.

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de la disfunción sexual femenina en mujeres en perimenopausia y menopausia atendidas en la consulta externa de ginecología y obstetricia en el Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí en el periodo de junio – octubre de 2025?

4. Hipótesis

Más de la mitad de la población de las mujeres en la perimenopausia y menopausia atendidas en la consulta externa de ginecología y obstetricia en el Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí en el periodo de junio a octubre de 2025 presentan disfunción sexual.

5. Objetivos

General:

Conocer la prevalencia de Disfunción sexual en pacientes en la perimenopausia y menopausia atendidas en la consulta externa de ginecología y obstetricia en el Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí durante el periodo de junio a octubre de 2025.

Específicos

1. Conocer la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes en la perimenopausia atendidas en la consulta externa de ginecología y obstetricia en el Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí durante el periodo de junio a octubre de 2025.
2. Conocer la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes en la menopausia atendidas en la consulta externa de ginecología y obstetricia en el Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí durante el periodo de junio a octubre de 2025.

Sujetos y métodos

Diseño del estudio:

Estudio transversal analítico.

Tipo de estudio:

Estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico.

Criterios de selección:

Inclusión:

- Edad entre 40 y 65 años.
- Diagnóstico clínico de menopausia o perimenopausia.
- Valoradas en la consulta externa de ginecología y obstetricia en el periodo de junio a octubre de 2025.
- Derechohabientes de la Institución (ISSSTE).
- Aceptar participar en la investigación, con autorización mediante consentimiento informado.

Exclusión:

- Mujeres con trastornos psiquiátricos graves con diagnóstico previo a la menopausia o deterioro cognitivo que impidiera la comprensión del cuestionario.
- Mujeres que no aceptaron participar en la investigación.
- Mujeres no derechohabientes de la Institución (ISSSTE).

Eliminación:

- No cumplir con los criterios de inclusión.
- Contar con ítems incompletos del cuestionario.

Operacionalización de variables:

Nombre variable	Definición	Tipo de variable	Unidad de medida
Disfunción sexual	Definición conceptual: se define como la presencia persistente o recurrente de dificultades durante cualquiera de las fases de la respuesta sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción o presencia de dolor genital, que genera angustia personal o deterioro en la calidad de vida sexual de la mujer. [1] Definición operativa: Para fines del presente estudio, se consideró que una paciente presenta disfunción sexual si obtiene un puntaje total menor a 26.55 en el cuestionario FSFI (Índice de Función Sexual Femenina) en su versión validada en español.	Cualitativa dicotómica nominal	☐ <26.55 → Con disfunción sexual ☐ ≥26.55 → Sin disfunción sexual
Menopausia	Definición conceptual: Etapa de la vida en la mujer que marca el cese permanente de la menstruación, determinado retrospectivamente tras 12 meses consecutivos de amenorrea sin causa patológica aparente. Representa el fin de la función ovárica y, por tanto, de la fertilidad. Suele ocurrir entre los 45 y 55 años y está acompañada de cambios hormonales significativos, como la disminución de estrógenos y andrógenos [13]. Definición operativa: Para fines de este estudio, se consideró como menopáusica a toda mujer que refiera haber tenido ausencia total de menstruación durante 12 meses consecutivos, sin embarazo, uso de anticonceptivos hormonales o patologías asociadas. Esta información fue recolectada mediante interrogatorio directo durante la aplicación del cuestionario.	Cualitativa dicotómica nominal (menopáusica / no menopáusica)	☐ Sí: (menopausia presente) ☐ No: (aún no en menopausia)
Perimenopausia	Definición conceptual: Es el periodo de transición hacia la menopausia, caracterizado por fluctuaciones hormonales, cambios en la regularidad del	Cualitativa dicotómica nominal (perimenopáusica / no perimenopáusica)	☐ Sí: (perimenopausia presente)

	ciclo menstrual y aparición progresiva de síntomas climatéricos. Inicia con las primeras alteraciones menstruales y concluye 12 meses después de la última menstruación. Es una etapa en la que persiste la ovulación de forma irregular, y los niveles de estrógenos y progesterona pueden variar drásticamente [13]. Definición operativa: Para fines del presente estudio, se clasificó como perimenopáusica a la mujer que refiera irregularidad en los ciclos menstruales en los últimos 12 meses, sin haber cumplido aún un año completo de amenorrea. Esta información fue recabada mediante interrogatorio dirigido en el cuestionario.		☐ No: (no se encuentra en perimenopausia)
--	--	--	--

Técnicas y procedimientos

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación presencial de un cuestionario estructurado, que incluyó:

- Datos sociodemográficos y clínicos relevantes (edad, escolaridad, estado civil, enfermedades crónicas, uso de fármacos, etc.)
- Instrumento validado para evaluar disfunción sexual: Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) en su versión en español:

Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)

¿Qué mide? Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

Ítems: 19 preguntas.

Población: Mujeres sexualmente activas.

Utilidad: Evaluación integral de la función sexual; validado en español.

Ventaja: Es la escala más usada a nivel internacional en investigación y clínica.

Cada dominio tiene un puntaje específico, y el total se calcula mediante una fórmula ponderada.

Este valor de corte (<26.55) ha sido validado en múltiples estudios para identificar a mujeres con disfunción sexual con alta sensibilidad y especificidad.

Periodo de referencia: Últimas 4 semanas

Dominio 1: Deseo sexual

1. ¿Con qué frecuencia sentiste deseo sexual o interés sexual?
 - ☐ 1 = Casi nunca o nunca
 - ☐ 2 = Algunas veces
 - ☐ 3 = A menudo
 - ☐ 4 = Casi siempre o siempre
 - ☐ 5 = Siempre
2. ¿Cuán intensa fue tu sensación de deseo o interés sexual?
 - ☐ 1 = Nada
 - ☐ 2 = Baja
 - ☐ 3 = Moderada
 - ☐ 4 = Alta
 - ☐ 5 = Muy alta

Dominio 2: Excitación sexual

3. ¿Con qué frecuencia te sentiste sexualmente excitada durante la actividad sexual?
 - ☐ 0 1 2 3 4 5
4. ¿Cuán frecuentemente te sentiste satisfecha con tu nivel de excitación?
 - ☐ 0 1 2 3 4 5
5. ¿Cuán frecuentemente lograste mantener la excitación durante la actividad sexual?
 - ☐ 0 1 2 3 4 5
6. ¿Cuán difícil fue para ti mantener la excitación durante la actividad sexual?
 - ☐ 0 1 2 3 4 5

Dominio 3: Lubricación

7. ¿Con qué frecuencia lograste lubricación vaginal durante la actividad sexual?
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
8. ¿Cuán difícil fue para ti lograr la lubricación vaginal?
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
9. ¿Con qué frecuencia lograste mantener la lubricación vaginal?
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
10. ¿Cuán difícil fue para ti mantener la lubricación durante la actividad sexual?
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dominio 4: Orgasmo

11. ¿Con qué frecuencia alcanzaste el orgasmo durante la actividad sexual?
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
12. ¿Cuán difícil fue para ti alcanzar el orgasmo?
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
13. ¿Cuán satisfecha te sentiste con tu capacidad para alcanzar el orgasmo?
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dominio 5: Satisfacción sexual

14. ¿Cuán satisfecha estuviste con tu relación sexual en pareja?
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
15. ¿Cuán satisfecha estuviste con tu vida sexual en general?
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
16. ¿Cuán satisfecha estuviste con tu intimidad emocional con tu pareja sexual?
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dominio 6: Dolor

17. ¿Con qué frecuencia experimentaste dolor durante la penetración vaginal?
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
18. ¿Con qué frecuencia experimentaste dolor durante o después de la actividad sexual?

o 0 1 2 3 4 5

19. ¿Cuán difícil fue para ti mantener la actividad sexual debido al dolor?

o 0 1 2 3 4 5

Opciones de respuesta (ítems 3-19):

- 0 = Sin actividad sexual
- 1 = Casi nunca o nunca
- 2 = Algunas veces
- 3 = A menudo
- 4 = Casi siempre o siempre
- 5 = Siempre

Interpretación del FSFI

- Cada dominio tiene un puntaje específico que se obtiene sumando los ítems correspondientes y multiplicando por un factor de corrección.
- Puntaje total máximo: 36
- Punto de corte clínico: <26.55 indica disfunción sexual.

Análisis estadístico

Para calcular el tamaño de muestra con una proporción esperada del 63% (basada en la prevalencia de disfunción sexual en mujeres menopáusicas según la literatura) y una precisión deseada del 10%, se utilizó la fórmula para población infinita.

Cálculo de tamaño muestral para población infinita con nueva proporción

Parámetros actualizados:

- Nivel de confianza: 95% ($Z = 1.96$) [manteniendo el valor original].
- Proporción esperada (p): 63% = 0.63.
- Precisión deseada (d): 10% = 0.10.
- $q = 1 - p = 1 - 0.63 = 0.37$.

Fórmula para población infinita:

$$n = (Z^2 \cdot p \cdot q) / d^2$$

Sustitución de valores:

$$n = [(1.96)^2 \times 0.63 \times 0.37] / (0.10)^2 \quad n = [3.8416 \times 0.63 \times 0.37] / 0.01 \quad n = 0.8963 / 0.01 \quad n = 89.63.$$

Resultado:

El tamaño de muestra requerido con una proporción esperada del 63% y una precisión del 10% es de 90 pacientes con perimenopausia y menopausia.

Es importante notar que:

1. Al utilizar una proporción específica (63%) en lugar del valor más conservador (50%), el tamaño muestral ha disminuido.
2. Al aumentar el margen de error (precisión) de 5% a 10%, también se ha reducido considerablemente el tamaño muestral requerido.
3. Esta muestra de 90 pacientes proporciona estimaciones con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 10%.

Muestreo:

Se realizó un muestreo por conveniencia consecutivo.

Plan de análisis

Los datos recolectados se capturaron en una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel, y posteriormente fueron analizados con el software estadístico IBM SPSS versión 26.0.

Análisis descriptivo:

- Se calcularon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables cualitativas, como presencia de disfunción sexual, estado civil, escolaridad, antecedentes patológicos, entre otros.
- Las variables cuantitativas, como la edad, se analizaron mediante medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar y rango), según su distribución.

Estimación de prevalencia:

- Se calculó la prevalencia puntual de disfunción sexual femenina (DSF) mediante proporciones, considerando como caso positivo a toda mujer con puntaje total del FSFI <26.55.

Análisis bivariado (exploratorio):

- Se evaluó la asociación entre la disfunción sexual y variables sociodemográficas o clínicas como edad, escolaridad, estado civil, presencia de enfermedades crónicas, uso de medicamentos y etapa hormonal (perimenopausia/menopausia).
- Para este análisis se utilizaron:
 - o Prueba de Chi cuadrado: para comparar proporciones entre grupos (por ejemplo, DSF vs. no DSF según estado civil o escolaridad).
 - o Prueba U de Mann-Whitney: según la distribución de la variable edad (previo análisis de normalidad con Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk).

Criterios de significancia estadística:

- Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Ética

Autonomía: Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección.

Beneficencia: “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente.

No-maleficencia: Es el *primum non nocere*. No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

Justicia: Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado.

Este estudio se ajustó estrictamente a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, así como a lo dispuesto por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, particularmente en su Título Segundo, Capítulo I, que regula las investigaciones en seres humanos.

De acuerdo con esta normativa:

La investigación no representó riesgo mayor que el mínimo, ya que se trata de un estudio observacional y no intervencionista, basado en encuestas voluntarias y sin manipulación de variables biológicas o clínicas.

Todas las participantes fueron informadas de los objetivos, beneficios, posibles riesgos y su derecho a no participar o retirarse en cualquier momento sin consecuencias para su

atención médica. Esto se documentó mediante la firma de un consentimiento informado, previamente aprobado por el Comité de Ética correspondiente.

Se garantizó la confidencialidad y anonimato de la información obtenida, asignando un código numérico a cada participante y protegiendo los datos en archivos electrónicos restringidos.

El protocolo fue sometido a evaluación y aprobación por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí, conforme a lo estipulado en los artículos 13 al 24 de la Ley General de Salud en materia de investigación (Anexos 1 - 4).

No se ofrecieron incentivos económicos por participar, evitando cualquier forma de coacción.

En todo momento, se respetaron los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, asegurando el trato digno y respetuoso hacia todas las participantes.

Resultados

Aun cuando el tamaño de muestra inicialmente estimado fue mayor, en la fase de ejecución se trabajó con el total de pacientes elegibles y con información completa que fue posible captar en el periodo institucional disponible, bajo un muestreo consecutivo por conveniencia; esta decisión permitió cerrar el levantamiento, depurar datos y concluir el análisis con oportunidad para fines de titulación, manteniendo transparencia sobre los valores perdidos y empleando pruebas no paramétricas cuando la distribución lo indicó, de modo que la evidencia generada se interpreta como estimación válida para la población atendida en ese contexto clínico, con la precisión propia de un estudio transversal aplicado.

De las 77 pacientes incluidas, la edad presentó un rango 45–65 años y mediana 52 (RIC 48.5–56); la prueba de Shapiro–Wilk sugirió distribución no normal ($p=0.016$). El puntaje FSFI se evaluó en $n=77$, con rango 2–35.7 puntos y mediana 20.05 (RIC 6.6–26.75); también mostró distribución no normal ($p<0.001$). (Cuadro 1, Figura 1).

Cuadro 1. Distribución de las variables cuantitativas de las pacientes								
Variable	N	Mínimo	Máximo	25	Mediana	75	Shapiro Wilk	p
Edad (años)	77	45	65	48.5	52	56	0.101	0.016
FSFI (puntos)	77	2	35.7	6.6	20.05	26.75	0.115	<0.001

Fuente: Elaboración propia.

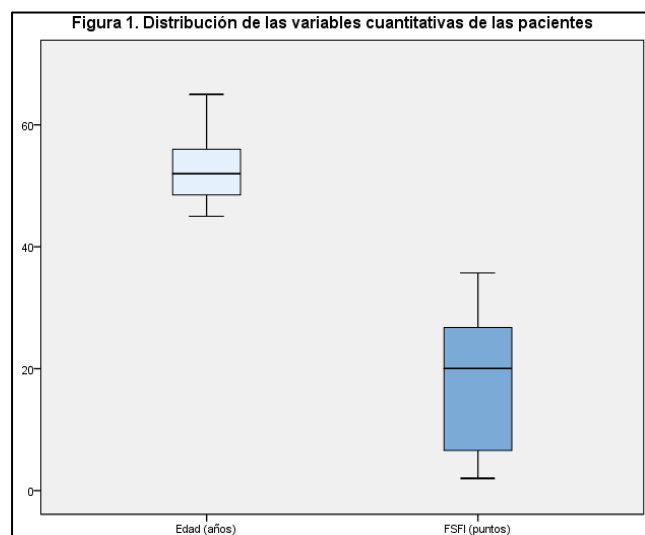
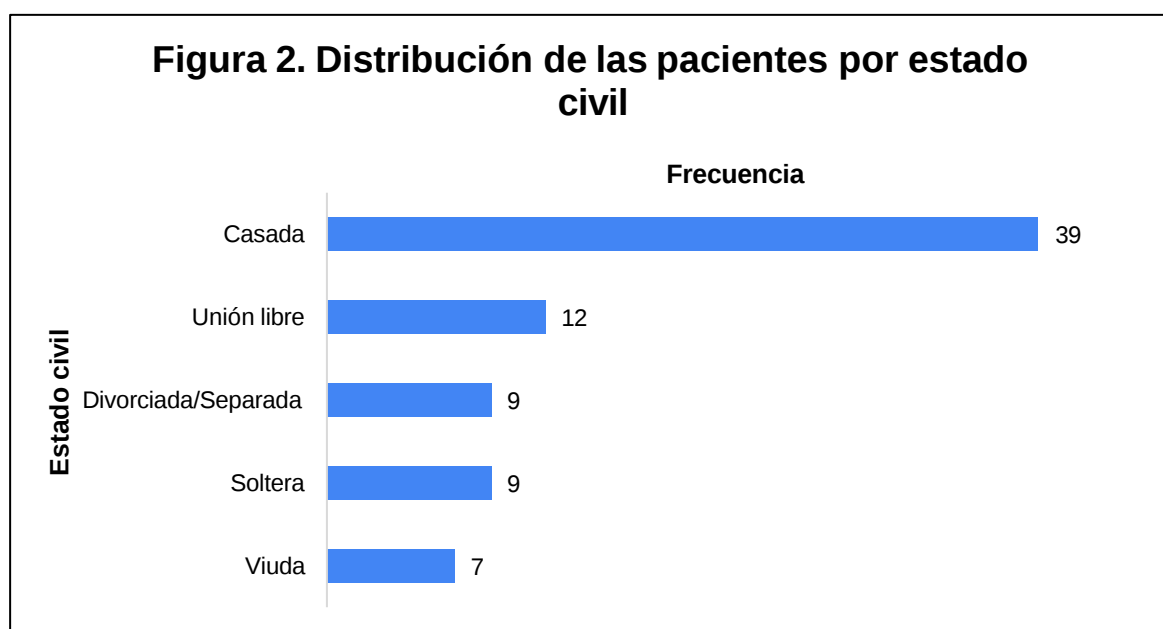


Figura 1: Fuente: Elaboración pro pia.

En las variables cualitativas, el estado civil predominó las pacientes casadas 51.32% (n=39), seguido de unión libre 15.79% (n=12), divorciadas/separadas 11.84% (n=9), solteras 11.84% (n=9) y viudas 9.21% (n=7) (Cuadro 2, Figura 2).

Cuadro 2. Distribución de las pacientes por estado civil		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	39	51.32
Unión libre	12	15.79
Divorciada/Separada	9	11.84
Soltera	9	11.84
Viuda	7	9.21
Total	76	100

Fuente: Elaboración propia.

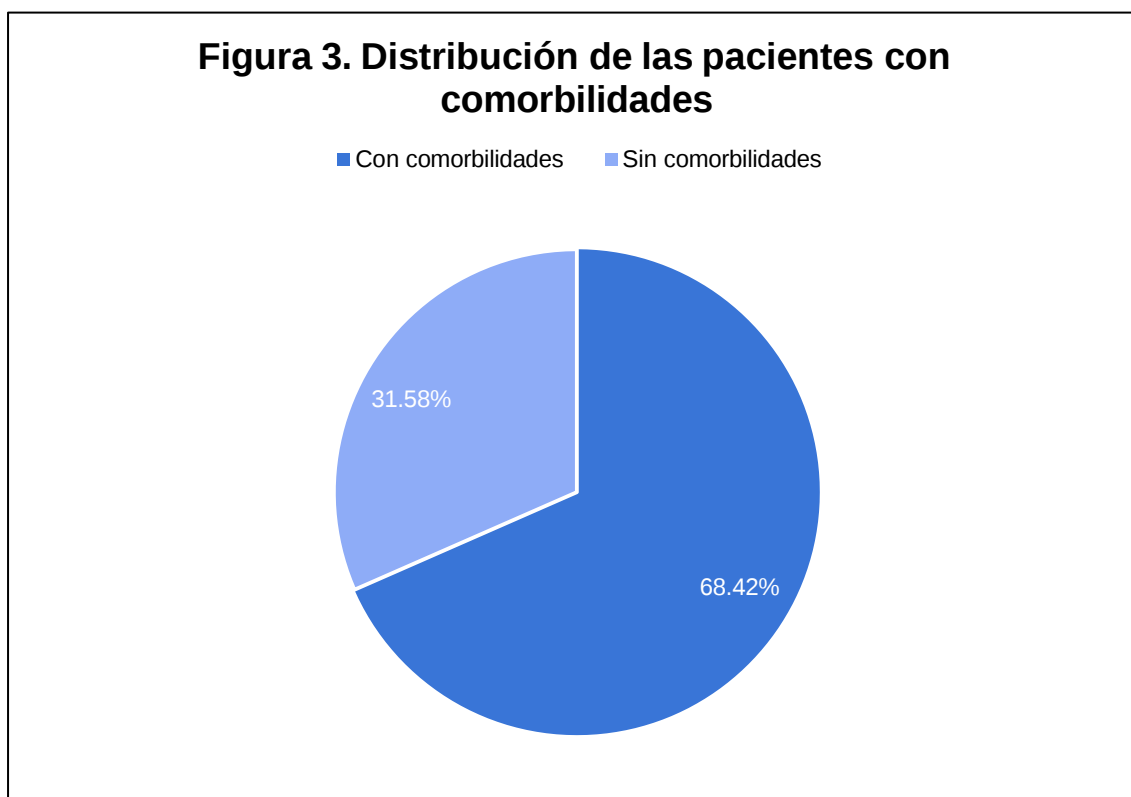


Fuente: Elaboración propia.

Respecto a comorbilidades, 68.42% (n=52) de las pacientes presentó al menos una comorbilidad y 31.58% (n=24) no reportó comorbilidades. (Cuadro 3, Figura 3).

Cuadro 3. Distribución de las pacientes con comorbilidades		
Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Con comorbilidades	52	68.42
Sin comorbilidades	24	31.58
Total	76	100

Fuente: Elaboración propia.



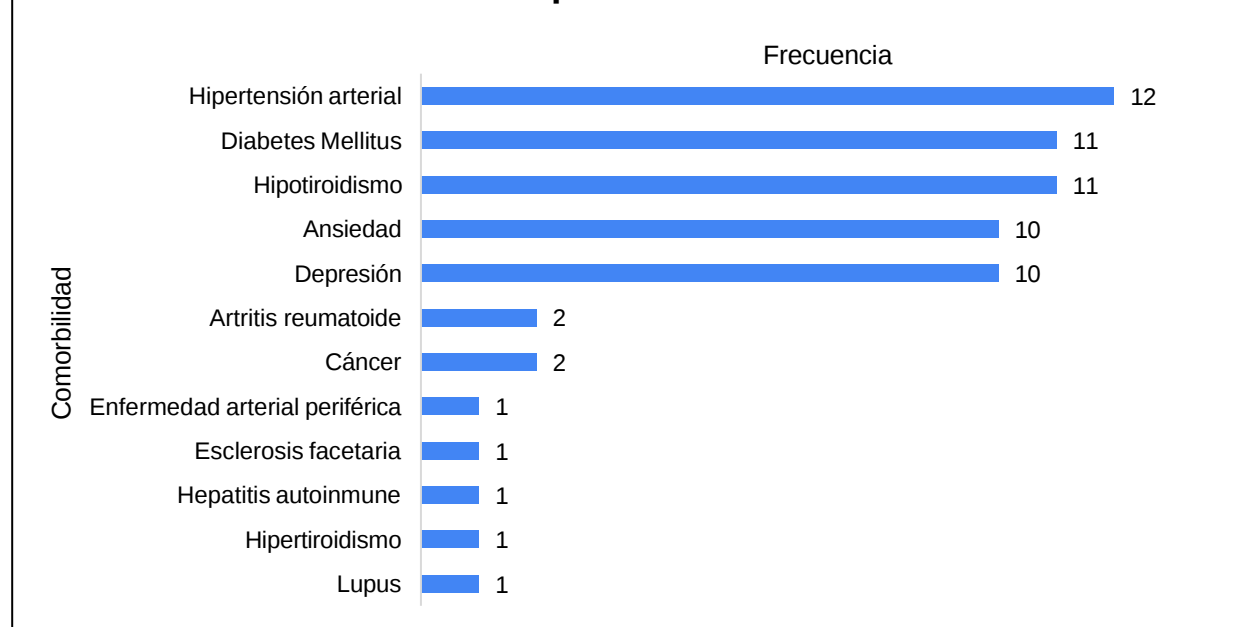
Fuente: Elaboración propia.

Al desagregar el tipo de comorbilidad, las más frecuentes fueron hipertensión arterial 15.79% (n=12), diabetes mellitus 14.47% (n=11) e hipotiroidismo 14.47% (n=11); seguidas de ansiedad y depresión 13.16% (n=10). El resto tuvo frecuencias bajas: artritis reumatoide 2.63% (n=2), cáncer 2.63% (n=2) y varias condiciones con 1.41% (n=1) (enfermedad arterial periférica, esclerosis facetaria, entre otras). (Cuadro 4, Figura 4).

Cuadro 4. Distribución de las comorbilidades de las pacientes

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	12	15.79
Diabetes Mellitus	11	14.47
Hipotiroidismo	11	14.47
Ansiedad	10	13.16
Depresión	10	13.16
Artritis reumatoide	2	2.63
Cáncer	2	2.63
Enfermedad arterial periférica	1	1.32
Esclerosis facetaria	1	1.32
Hepatitis autoinmune	1	1.32
Hipertiroidismo	1	1.32
Lupus	1	1.32

Fuente: Elaboración propia.

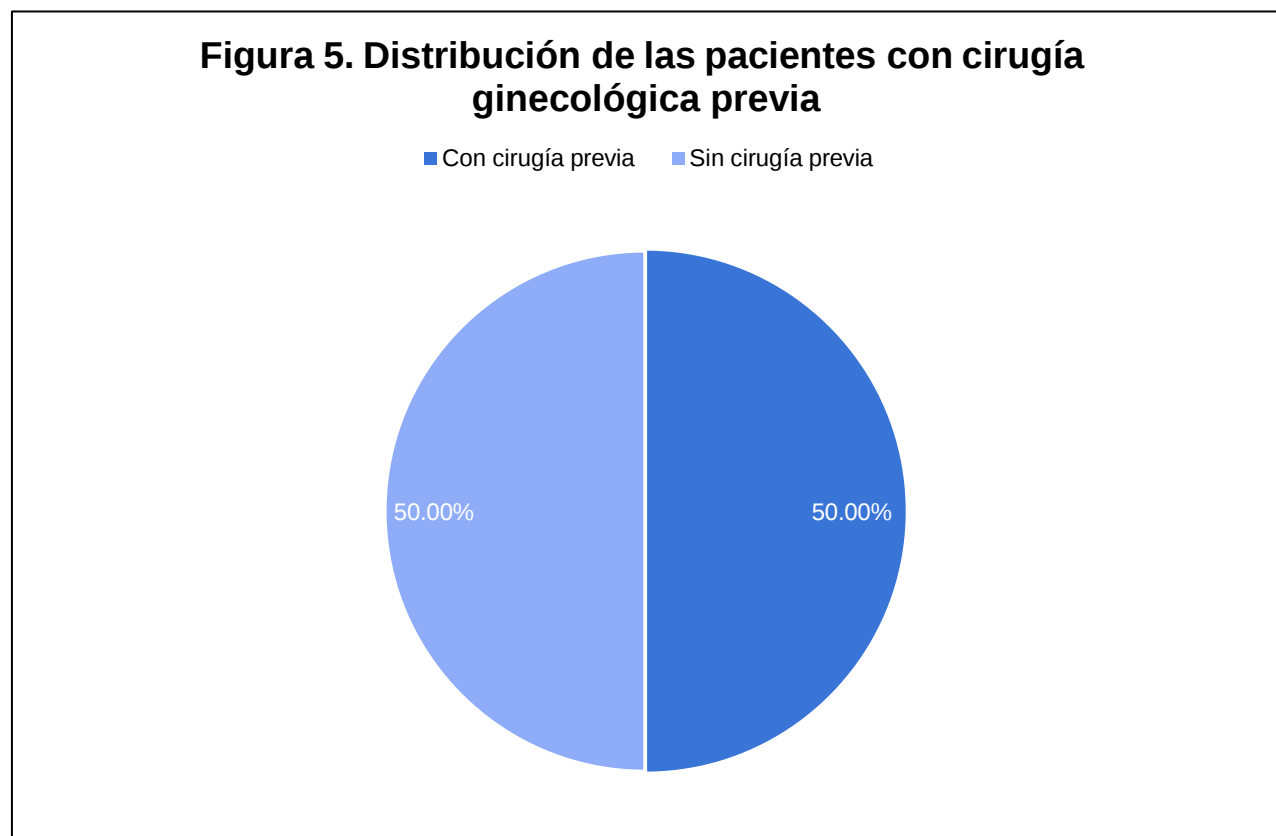
Figura 4. Distribución de las comorbilidades de las pacientes

Fuente: Elaboración propia.

En antecedente quirúrgico, 50% (n=38) tuvo cirugía ginecológica previa y 50% (n=38) no la reportó. (Cuadro 5, Figura 5).

Cuadro 5. Distribución de las pacientes con cirugía ginecológica previa		
Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Con cirugía previa	38	50
Sin cirugía previa	38	50
Total	76	100

Fuente: Elaboración propia.

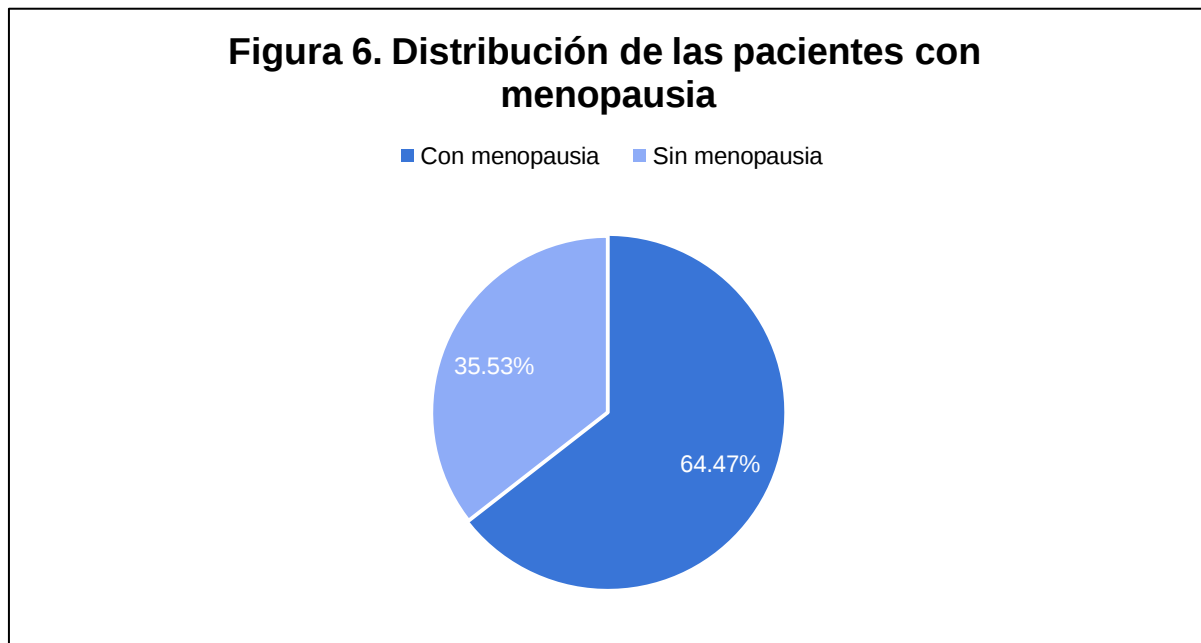


Fuente: Elaboración propia.

En la variable de etapa hormonal 64.47% (n=49) cursó con menopausia y 35.53% (n=27) sin menopausia. (Cuadro 6, Figura 6).

Cuadro 6. Distribución de las pacientes con menopausia		
Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Con menopausia	49	64.47
Sin menopausia	27	35.53
Total	76	100

Fuente: Elaboración propia.

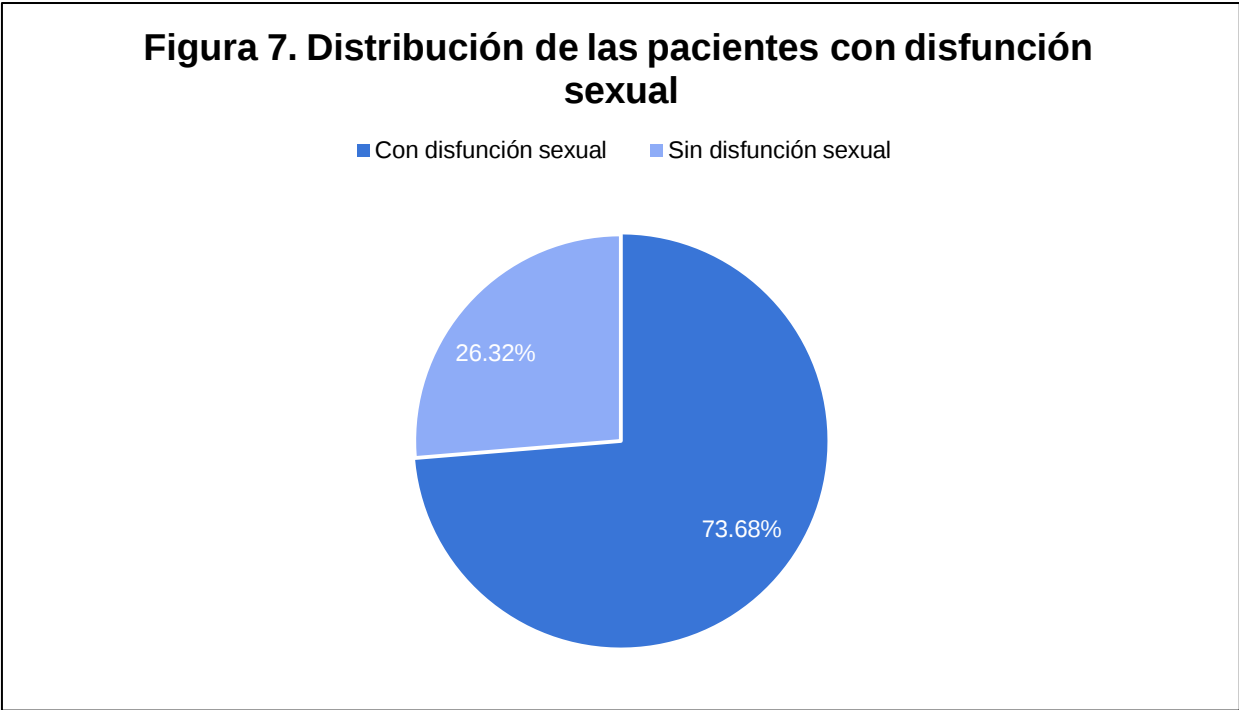


Fuente: Elaboración propia.

La prevalencia puntual de disfunción sexual fue 73.68% (n=56), mientras que 26.32% (n=20) no presentó disfunción sexual. (Cuadro 7, Figura 7).

Cuadro 7. Distribución de las pacientes con disfunción sexual		
Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Con disfunción sexual	56	73.68
Sin disfunción sexual	20	26.32
Total	76	100

Fuente: Elaboración propia.

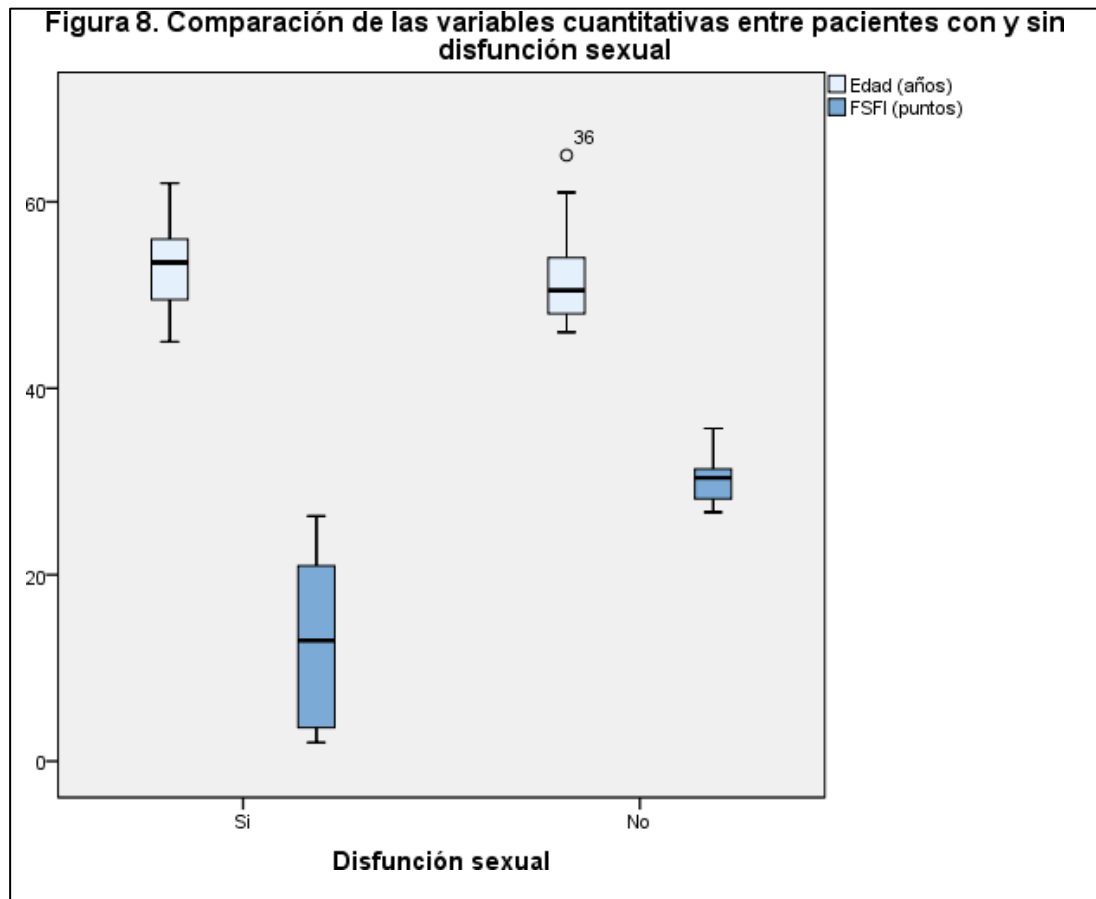


Fuente: Elaboración propia.

En el análisis bivariado de variables cuantitativas, la edad fue mayor en el grupo con disfunción sexual (mediana 53.5 [RIC 49.5–56]) frente al grupo sin disfunción (mediana 50.5 [RIC 48–54]), sin diferencia estadísticamente significativa ($p=0.141$). En contraste, el FSFI fue menor en el grupo con disfunción (mediana 12.95 [RIC 3.6–20.95]) contra sin disfunción (mediana 30.4 [RIC 28.15–31.35]), con diferencia estadísticamente significativa ($p<0.001$). (Cuadro 8, Figura 8).

Cuadro 8. Comparación de las variables cuantitativas entre pacientes con y sin disfunción sexual							
Variable	Grupo	N	25	Mediana	75	U de Mann Whitney	p
Edad (años)	Con disfunción	56	49.5	53.5	56	_435.500	0.141
	Sin disfunción	20	48	50.5	54		
FSFI (puntos)	Con disfunción	56	3.6	12.95	20.95	_<0.001	<0.001
	Sin disfunción	20	28.15	30.4	31.35		

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

En las comparaciones bivariadas de variables cualitativas, el estado civil no mostró diferencias significativas ($p=0.138$): las pacientes con disfunción sexual fueron predominantemente casadas (44.6%) y divorciadas/separadas (16.1%), mientras que las pacientes sin disfunción sexual fueron principalmente casadas (70%) y en unión libre (20%). No se observó asociación estadísticamente significativa con comorbilidades (71.4% [$n=40$] contra 60% [$n=12$], $p=0.345$; RMP 1.667, IC95% 0.574–4.840) ni con cirugía ginecológica previa (51.8% [$n=29$] contra 45% [$n=9$], $p=0.602$; RMP 1.313, IC95% 0.471–3.659). En cambio, menopausia se asoció con disfunción sexual (71.4% [$n=40$] contra 45% [$n=9$], $p=0.034$; RMP 3.056, IC95% 1.064–8.772). (Cuadro 9).

Cuadro 9. Comparación de las variables cualitativas entre pacientes con y sin disfunción sexual

Variable	Valor	Disfunción sexual				X ²	p	RMP	IC95%	
		Si		No					Inferior	Superior
Estado Civil	Casada	25	44.6%	14	70.0%	6.961	0.138	-	-	-
	Divorciada/Separada	9	16.1%	0	0.0%					
	Soltera	8	14.3%	1	5.0%					
	Unión libre	8	14.3%	4	20.0%					
	Viuda	6	10.7%	1	5.0%					
Comorbilidades	Sí	40	71.4%	12	60.0%	0.891	0.345	1.667	0.574	4.840
	No	16	28.6%	8	40.0%					
Cirugía ginecológica previa	Sí	29	51.8%	9	45.0%	0.271	0.602	1.313	0.471	3.659
	No	27	48.2%	11	55.0%					
Menopausia	Sí	40	71.4%	9	45.0%	4.494	0.034	3.056	1.064	8.772
	No	16	28.6%	11	55.0%					

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El presente estudio, alineado con el objetivo general de conocer la prevalencia de disfunción sexual en mujeres en perimenopausia y menopausia atendidas en consulta externa de Ginecología del Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí (junio–octubre 2025), identificó una prevalencia puntual de disfunción sexual femenina de 73.68% (56/76) con base en FSFI <26.55 ; adicionalmente, la población tuvo una mediana de edad de 52 años (RIC 48.5–56) y un puntaje FSFI mediano de 20.05 (RIC 6.6–26.75), lo que perfila una carga clínica relevante de alteración en la función sexual en este grupo etario.

Desde el marco teórico, se estableció que la DSF en el climaterio es un fenómeno frecuente, multifactorial y subestimado, con estimaciones amplias de prevalencia (40–85%) en mujeres peri/posmenopáusicas. [6] Asimismo, se puntualizó que la transición menopáusica se acompaña de disminución de estrógenos y progesterona, con efectos directos sobre lubricación, elasticidad de tejidos genitales, excitación y deseo, además de coexistir con factores psicológicos como ansiedad y depresión [1,2]. En ese sentido, la magnitud observada (67.61%) es compatible con el rango reportado para estas etapas y es biológicamente plausible en un contexto donde el hipoestrogenismo y los cambios urogenitales contribuyen a dolor coital, menor lubricación y evitación de la actividad sexual, componentes centrales de la medición por FSFI [5].

De manera complementaria, el marco teórico enfatizó que el componente biopsicosocial modula de forma importante la experiencia sexual femenina, incluyendo elementos culturales, de pareja y del entorno [4]. También se señaló que, pese a la alta prevalencia, menos del 25% de mujeres con síntomas busca atención médica por desinformación, estigma o la creencia de “normalidad” del envejecimiento [5]. Bajo esta premisa, la prevalencia encontrada en una muestra captada en consulta externa puede atribuirse, en parte, a la convergencia de vulnerabilidad fisiológica del climaterio con barreras socioculturales descritas para México (tabú, subregistro y escasa discusión del tema en consulta), lo que favorece que la disfunción se mantenga no tratada y, por ende,

detectable con instrumentos estructurados cuando se explora de forma intencionada [3, 13, 17]. Metodológicamente, al tratarse de un diseño transversal, los hallazgos son consistentes con una asociación dado que no permiten establecer temporalidad causal, aunque sí aportan coherencia y plausibilidad con el marco conceptual planteado (criterios de plausibilidad y coherencia) [1,2].

La prevalencia estimada en el grupo sin menopausia (operacionalmente compatible con perimenopausia) fue 59.25% (16/27). Este hallazgo es concordante con lo descrito en el marco teórico sobre la etapa perimenopáusica como un periodo de transición con fluctuación hormonal e inicio progresivo de síntomas climatéricos, que puede facilitar la aparición de DSF cuando se combina con factores emocionales o de relación [1, 12]. Además, se alinea con lo reportado en población mexicana perimenopáusica del INPer, donde se documentó que 58% presentaba algún grado de insatisfacción sexual, con dispareunia y pérdida del deseo como síntomas frecuentes [16].

Se observó una prevalencia mayor en pacientes del grupo de menopausia: 81.63% (40/49), lo cual se ubica dentro del rango alto señalado para mujeres posmenopáusicas (40–85%) [19]. Aunque supera la prevalencia global de disfunción sexual en posmenopáusicas reportada como 63% en el marco teórico, la diferencia es clínicamente interpretable en una muestra de consulta externa y resulta coherente con la fisiopatología descrita: el cese ovárico y la caída estrogénica deterioran vascularización genital, lubricación y elasticidad vaginal, incrementando dispareunia y afectando dominios del FSFI [5, 12]. En conjunto, la gradiente observada (menopausia > perimenopausia) refuerza la plausibilidad biológica propuesta en la literatura y sustenta la relevancia de incorporar la evaluación sistemática de la función sexual en el control del climaterio en instituciones públicas [2].

En relación con el estado civil, si bien se observó una alta prevalencia de disfunción sexual femenina en todos los subgrupos (destacando que el 100% de las pacientes divorciadas, el 88.9% de las solteras, el 85.7% de las viudas, el 66.6% de las que vivían en unión libre y el 64.1% de las casadas presentaron disfunción sexual), estas diferencias

no alcanzaron significancia estadística en el análisis bivariado ($p=0.138$). Este hallazgo sugiere que, en la población estudiada, el estado civil por sí solo no se comporta como un factor asociado independiente a la disfunción sexual femenina, lo cual es congruente con el marco teórico que concibe la sexualidad femenina como un fenómeno biopsicosocial complejo, donde la calidad de la relación, la comunicación sexual, el apoyo emocional y el contexto cultural pueden tener mayor peso que la categoría civil formal [1, 4]. Desde esta perspectiva, la elevada frecuencia de disfunción observada incluso en mujeres con pareja estable refuerza la noción de que la presencia de una relación conyugal no garantiza una vivencia sexual satisfactoria durante el climaterio, especialmente en escenarios de hipoestrogenismo, síntomas urogenitales y comorbilidades emocionales. Asimismo, el comportamiento no significativo del estado civil puede atribuirse a la heterogeneidad intragrupo y al tamaño muestral por categoría, lo que limita la potencia estadística para detectar diferencias, sin invalidar la coherencia clínica de los porcentajes observados. En conjunto, estos resultados respaldan el planteamiento del modelo teórico y de estudios previos que señalan que la disfunción sexual femenina en perimenopausia y menopausia no depende exclusivamente del estado civil, sino de la interacción dinámica entre factores hormonales, psicológicos y relacionales [3, 17].

Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación

El estudio aporta evidencia local y clínicamente pertinente sobre una condición subdiagnosticada en la práctica ginecológica, al emplear un instrumento estandarizado y validado (FSFI) con punto de corte reconocido, estimar una prevalencia puntual en un escenario real de consulta externa y explorar asociaciones con variables clínicas y sociodemográficas relevantes; además, al observar mayor disfunción sexual en menopausia, sustenta la necesidad de incorporar la evaluación de sexualidad como componente rutinario del abordaje del climaterio.

Durante la realización del estudio se encontró limitación en la participación de la población a estudiar influenciada por la falta de tiempo del personal medico a realizar la recopilación de datos, es por esto que el tamaño muestral se ve disminuido a comparación del propuesto inicialmente.

Como recomendaciones para futuras investigaciones, sin desestimar estos hallazgos, se sugiere:

- I. Incrementar el tamaño muestral y ampliar el periodo o incluir sedes adicionales para mejorar la precisión y representatividad poblacional.
- II. Asegurar los criterios explícitos sobre actividad sexual en las últimas 4 semanas y el manejo analítico de la opción “sin actividad sexual” del FSFI para mejorar la clasificación.
- III. Incorporar modelos multivariados (regresión para razones de prevalencia) para ajustar confusión por edad, comorbilidades y salud mental.
- IV. Profundizar las variables ginecológicas / urogenitales (atrofia vulvovaginal, síntomas genitourinarios, terapia hormonal, lubricantes, dispareunia y calidad de relación) para fortalecer plausibilidad clínica y orientar intervenciones integrales en el primer y segundo nivel de atención.
- V. Se propone buscar datos específicos de síndrome urogenital en la consulta en las pacientes postmenopáusicas para evitar complicaciones como DSF.

Conclusiones

En relación con el objetivo general y la pregunta de investigación, se estimó que la prevalencia puntual de disfunción sexual femenina (FSFI <26.55) en mujeres atendidas en la consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí, durante junio – octubre de 2025, fue de 73.68% (56/76), por lo que el objetivo general y la pregunta quedaron respondidos.

Respecto a los objetivos específicos:

- ✓ En mujeres en la perimenopausia y como tal en la etapa no menopáusica, la disfunción sexual fue menos frecuente que en menopausia, observándose una diferencia estadísticamente significativa a favor de mayor DSF en menopausia (59.25% contra 81.63%, $p=0.034$).
- ✓ En mujeres en menopausia, la disfunción sexual fue más frecuente, con una razón de momios de prevalencia de 3.056 (IC_{95%} 1.064–8.772) respecto a mujeres sin menopausia, consistente con un mayor impacto del hipoestrogenismo y cambios urogenitales en la función sexual.

En consecuencia, dado que la prevalencia estimada fue >50%, la hipótesis de trabajo no se rechazó (se apoyó con los datos observados), interpretándose dentro del marco de un estudio transversal con muestreo por conveniencia.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
2. Cagnacci A, Venier M, Xholli A, Pagliette C, Caruso S. Female sexuality and vaginal health across the menopausal age. *Menopause*. 2020;27(1):14–9.
3. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*. 2005;12(3):213–24.
4. Kingsberg SA, Wysocki S, Magnus L, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: Findings from the REVIVE survey. *J Sex Med*. 2013;10(7):1790–9.
5. Kingsberg SA, Clayton AH, Pfaus JG. The female sexual response: physiology, pathophysiology, and treatment. *J Sex Med*. 2015;12(6):1359-1370. doi:10.1111/jsm.12888
6. Portman DJ, Gass ML. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*. 2014;21(10):1063-8.
7. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health. *Climacteric*. 2020;23(1):3–9.
8. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):108.
9. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female sexual dysfunction. *Med Clin North Am*. 2019;103(4):681-98.
10. Graziottin A, Leiblum SR. Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *J Sex Med*. 2005;2(Suppl 3):133-45.
11. Palacios S, Nappi RE, Bruyniks N, Particco M, Panay N. The European Vulvovaginal Epidemiological Survey: prevalence, symptoms and impact of vulvovaginal atrophy of menopause. *Climacteric*. 2018;21(3):286-91.

12. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*. 2005;17(1):39-57.
13. Santoro N, Braunstein GD, Butts CL. Treating sexual dysfunction in postmenopausal women: The potential role of androgens. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(4):1474–81.
14. González-Santos M, Flores-Hernández S, Vázquez-González R. Disfunción sexual en mujeres posmenopáusicas atendidas en una unidad de primer nivel. *Rev Mex Ginecol Obstet*. 2017;85(1):32
15. De Lorenzi DRS, Saciloto B, Yela DA. Sexualidade na menopausa: fatores culturais e comportamentais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(4):188–94.
16. Ramírez-Barrón Y, Torres-González F, Medina-Hernández R. Asociación entre síntomas depresivos y disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Arch Ginecol Obstet Mex*. 2021;29(2):101–8.
17. Juárez-López ML, Ramírez-Pérez MT, Zamudio-Gómez L. Satisfacción sexual en mujeres perimenopáusicas: una revisión clínica en el INPer. *Ginecol Obstet Mex*. 2019;87(6):373–9.
18. Tena-Suck ML, Chávez-Corral DV, Martínez-Castro A. Percepciones culturales sobre la sexualidad en mujeres menopáusicas. *Psicol Salud*. 2015;25(1):97–104.
19. López-Rendón C, Martínez-Medina C, Vargas-Acosta A. Factores asociados a la disfunción sexual en mujeres en edad climática: estudio multicéntrico en hospitales del IMSS. *Salud Publica Mex*. 2020;62(4):412–8.
20. Nappi RE, Cucinella L. Menopause and sexual health: Hormones, aging or both? *Clin Obstet Gynecol*. 2025;68(1):44–50.
21. Cucinella L, Tiranini L, Nappi RE. Sexual health and contraception in the menopause journey. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2023;38(1):101822.
22. Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual function in elderly women: a review of current literature. *Rev Obstet Gynecol*. 2012;5(1):16-27.
23. The North American Menopause Society (NAMS). The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767-794. doi:10.1097/GME.0000000000002028

24. Rahmani A, Afsharnia E, Fedotova J, Shahbazi S, Fallahi A, Allahqoli L, et al. Sexual function and mood disorders among menopausal women: A systematic scoping review. *J Sex Med.* 2022;19(7):1098–115.
25. Parish SJ, Rubio-Aurioles E, Clayton AH, et al. Management of hypoactive sexual desire disorder in women. *J Sex Med.* 2016;13(5):725–49.
26. Faubion SS, Rullo JE, North A. Sexual health in perimenopause and menopause. *Mayo Clin Proc.* 2015;90(4):469–80.
27. Çankaya S, Uzun DN. The relationship between pelvic floor distress and sexual function in women with urinary incontinence. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2025;71(4):e20241846. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20241846>.
28. Faubion SS, Rullo JE. Sexual dysfunction in women: a practical approach. *Am Fam Physician.* 2015;92(4):281–288.
29. Parish SJ, Goldstein AT, Goldstein SW, et al. Toward a more evidence-based nosology and nomenclature for female sexual dysfunctions. *J Sex Med.* 2016;13(12):1888-1906. doi:10.1016/j.jsxm.2016.09.020
30. Davis SR, Baber R, Panay N, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019;104(10):4660–4666. doi:10.1210/jc.2019-01603
31. Avis NE, Colvin A, Karlamangla AS, et al. Change in sexual functioning over the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause.* 2017;24(4):379–390. doi:10.1097/GME.0000000000000770
32. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191–208. doi:10.1080/009262300278597

Anexos

Anexo 1. Carta de no inconveniente.



San Luis Potosí. S.L.P. 11 de agosto del 2025
OFICIO 0942/2025 DIRECCIÓN

MARTHA STEPHANIA BERUMEN SALINAS
Investigador Principal

En respuesta al oficio emitido por el Comité de Investigación, Comité de ética e Investigación y Comité de Bioseguridad de fechas 10 junio. 11y 10 de julio 2025 y número de registro 009-2025. 010-2025 y 009-2025 respectivamente. Después de revisar su proyecto que lleva como nombre:

-DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES EN LA PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE SAN LUIS POTOSÍ EN EL PERÍODO DE JUNIO - OCTUBRE DE 2025^o

Para el que, se le autoriza la aplicación del cuestionario incluido en el protocolo en el Hospital General del ISSSTE en San Luis Potosí. S.L.P. en los sujetos referidos en los criterios de inclusión. Para lo que, se le solicita apegarse en todo momento al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, a los principios éticos y a la normatividad vigente:

Dado que se trata de una investigación sin riesgos, con fundamento en la Ley General de Salud, Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 96, 100 (fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII), artículo 102 (fracciones I, II, III, IV, V). Y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y considerando el Título Primero, Capítulo único, Artículos 3º y 5º. Título Segundo Capítulo Primero, Artículos 13, 14, (fracciones V, VI, VII), Artículo T7, fracción I: que al pie dice: - Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Artículos 20, 21, 22 y 25. Capítulo Tercero, Artículo 7L Título Sexto, Capítulo Único, Artículos 113, 114, 115, 116 y 119. El consentimiento informado no necesario en base al Artículo 23, Capítulo Primero, Título Segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, que al pie dice: En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Solicito se comprometan a restringir el acceso a la Información confidencial sólo a aquellas personas vinculadas al proyecto en calidad de Investigadores o auxiliares de investigación y que tengan necesidad de conocerla para el desarrollo del proyecto: y por lo tanto a mantener en absoluta estricta confidencialidad y no revelar a otras personas físicas o jurídicas cualquier información confidencial, en cualquier formato ni con otros fines distintos al proyecto.

Solicito a usted que en todo el proceso se apegue de manera estricta a lo establecido en el proyecto de investigación y a la normatividad vigente.

Dra. Dra Elizabeth Medi a ibarri
Directora del Hospital General

Ccp: Dr. Carlos Adrián Chávez Herrera, Subdirector del Hospital General
Ccp: Dr. Rosendo Silva Ruiz, Coordinador de enseñanza e investigación.
Ccp: Comité de investigación del Hospital General. archivo.



Carlos Díez Gutiérrez 915, Col. Julián Carrillo, C.P. 78340, San Luis Potosí, San Luis Potosí Tel. 448 154023 www.gob.mx/issste

Anexo 2. Carta de aprobación del comité de Ética en Investigación.



Gobierno de
México



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



San Luis Potosí, S.L.P. 10 de julio del 2025

ASUNTO: DICTAMEN ACEPTADO
REGISTRO INTERNO: 010/2025

PRESIDENTE HONORARIO

- DRA. SANDRA ELIZABETH MEDINA ULIBARRI

PRESIDENTE EN FUNCIÓN

- MAAE. BERTHA LUCIA GAMBOA ESQUIVEL

SECRETARIO TÉCNICO

- DR. ROSENDO SILVA RUIZ

VOCALES

- DRA. YADIRA ANGÉLICA CHÁVEZ GONZÁLEZ
- MAAE. JOSÉ LUIS GARCÍA MENDOZA
- L.E. ELISA ISABEL TOVAR ORTIZ
- EEC.P. DIANA DEL CARMEN MUÑIZ MARTINEZ
- MA. DEL ROSARIO MARTINEZ TOBIAS

MARTHA STEPHANIA BERUMEN SALINAS
PRESENTE:

Posterior a la revisión del Proyecto de Investigación presentado al comité de Ética en Investigación del Hospital General en San Luis Potosí, el cual lleva como título:

“Disfunción sexual en pacientes en la perimenopausia y menopausia atendidas en la consulta externa de Ginecología en el Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí en el periodo de Junio – Octubre de 2025”

El comité determino que, fue **ACEPTADO**, por lo que puede proceder con la aplicación del mismo de acuerdo con la descripción de cronograma de actividades presentado.

ATENTAMENTE

MAAE. BERTHA LUCIA GAMBOA ESQUIVEL
PRESIDENTE EN FUNCIÓN

Ccp. Archivo



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Carlos Diez Gutiérrez 915, Col. Julián Carrillo, C.P. 78340, San Luis Potosí, San Luis Potosí Tel. 448 154023 www.gob.mx/issste

Anexo 3. Carta de aprobación del comité de Investigación.



Gobierno de
México



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



San Luis Potosí, S.L.P. 10 de junio de 2025

ASUNTO: REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
REGISTRO INTERNO: 009/2025

PRESIDENTE HONORARIO

- DRA. SANDRA ELIZABETH MEDINA ULIBARRI

DRA. MARTHA STEPHANIA BERUMEN SALINAS
PRESENTE:

PRESIDENTE EN FUNCIÓN

- MAAE. JOSÉ LUIS GARCÍA MENDOZA

Posterior a la revisión del **PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**, presentado al comité de Investigación del Hospital General en San Luis Potosí, el cual lleva como título:

SECRETARIO TÉCNICO

- DR. ROSENDO SILVA RUIZ

“Disfunción sexual en pacientes en la perimenopausia y menopausia atendidas en la consulta externa de Ginecología en el Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí en el periodo de Junio – Octubre de 2025”

VOCALES

- DRA. YADIRA CHÁVEZ GONZÁLEZ ANGÉLICA
- DRA. MACRINA ZAMORA TORRES
- MAAE. CLAUDIA PÉREZ HERNÁNDEZ PATRICIA
- EEC.P. DIANA ITZEL RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
- ME. RAÚL EDUARDO RAMOS ACUILAR
- MAAE. MELISSA NALLELY INFANTE MÁRQUEZ
- DRA. ROSA ELIZABETH LÓPEZ SILVA
- DRA. CLAUDIA ALEJANDRA ÁLVAREZ BAZALDUA

El comité determino que, fue **ACEPTADO**, por lo que puede proceder con la aplicación de este de acuerdo con la descripción de cronograma de actividades presentado.

ATENTAMENTE

L.E. José Luis García Mendoza

F 8973182

2699756

MAAE. JOSÉ LUIS GARCÍA MENDOZA
PRESIDENTE EN FUNCIÓN

Ccp. archivo



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Carlos Díez Gutiérrez 915, Col. Julián Carrillo, C.P. 78340, San Luis Potosí. San Luis Potosí Tel. 448 154023 www.gob.mx/issste

Anexo 4. Carta de aprobación del comité de Bioseguridad.



Gobierno de
México



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



San Luis Potosí, S.L.P. 11 de julio del 2025

ASUNTO: DICTAMEN ACEPTADO
REGISTRO INTERNO: 009/2025

PRESIDENTE HONORARIO

DRA. SANDRA ELIZABETH MEDINA
ULIBARRI

PRESIDENTE EN FUNCIÓN

DRA. YADIRA ANGÉLICA CHÁVEZ
GONZÁLEZ

SECRETARIO TÉCNICO

MAAE. JOSÉ LUIS GARCÍA MENDOZA

VOCALES

DR. ROSENDO SILVA RUIZ

L.E. ELISA ISABEL TOVAR ORTIZ

QFB. JULIO CESAR MEDINA TELLO

DR. CARIM ROMERO ZARUR

MARTHA STEPHANIA BERUMEN SALINAS
PRESENTE:

Posterior a la revisión del Proyecto de Investigación
presentado al comité de Bioseguridad del Hospital
General en San Luis Potosí, el cual lleva como título:

**“Disfunción sexual en pacientes en la
perimenopausia y menopausia atendidas en
la consulta externa de Ginecología en el
Hospital General del ISSSTE de San Luis
Potosí en el periodo de Junio – Octubre de
2025”**

El comité determino que, el protocolo no requiere
dictamen del Comité de Bioseguridad por tratarse
de una Investigación sin riesgo, de acuerdo con lo
dispuesto en el artículo 17 del Reglamento de la Ley
General de Salud en materia de investigación para
la salud.

ATENTAMENTE

DRA. YADIRA ANGÉLICA CHÁVEZ GONZÁLEZ
PRESIDENTA EN FUNCIÓN

Ccp. Archivo



2025
Año de
**La Mujer
Indígena**

Carlos Díez Gutiérrez 915, Col. Julián Carrillo, C.P. 78340, San Luis Potosí. San Luis Potosí Tel. 448 154023 www.gob.mx/issste

Anexo 5. Consentimiento informado

INDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

La siguiente encuesta se ha realizado con la finalidad de determinar la prevalencia de Disfunción sexual en la población de la consulta de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí

fanysbs0505@gmail.com [Cambiar de cuenta](#)

No compartido

Consentimiento Informado

Estimado(a) participante:

Se le invita cordialmente a participar, de manera voluntaria, en un estudio de investigación cuyo propósito es conocer la prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres que se encuentran en las etapas de perimenopausia y menopausia, atendidas en la consulta externa de Ginecología del Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí, durante el periodo de junio a octubre de 2025.

Su participación consistirá en responder un cuestionario confidencial que explora su experiencia sexual en los últimos cuatro semanas. Este instrumento no implica riesgos físicos, no emite juicios de valor y no afectará en ningún sentido la calidad de la atención médica que usted recibe.

La información obtenida será utilizada únicamente con fines académicos y de investigación, y sus datos personales serán tratados con estricta confidencialidad, de acuerdo con la normativa vigente.

Su participación es completamente voluntaria y usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello tenga consecuencia alguna para su atención médica o sus derechos como paciente.

Si no desea participar por favor seleccione la opción de no autorización y de inmediato finalizara su participación, de lo contrario al autorizar procedera a realizar el cuestionario, recuerde que este mismo es completamente anonimo y confidencial. Gracias.

☐ Si, autorizo.

☐ No autorizo.

[Siguiente](#)

[Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - [Contactar con el propietario del formulario](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios