

## **DESEO SEXUAL HIPOACTIVO**

Susana Mesa Mesa, Hernando Restrepo Payán.

Filiaciones: Susana Mesa Mesa: Médica general, Universidad CES. Residente de segundo año de psiquiatría, Universidad Pontificia Bolivariana.

Hernando Restrepo: Médico, Universidad Pontificia Bolivariana. Magister en Sexología clínica, Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela -CIPSSV-. Diplomado en asesoramiento clínico de pareja -CIPPSV-. Diplomado en terapia cognitivo conductual para ansiedad y depresión -Universidad EAFIT-.

### **Resumen**

Las disfunciones sexuales femeninas alcanzan prevalencias alrededor del 41%, convirtiéndolas prácticamente en un problema de salud pública; de ellas, el deseo sexual hipoactivo es la disfunción más frecuente, identificándose éste en aquellas mujeres que no muestran interés de manera recurrente y persistente en la actividad sexual, que reportan ausencia de fantasías sexuales y que están preocupadas por su falta de interés.

En los últimos 50 años ha evolucionado el aprendizaje de la respuesta sexual femenina desde un modelo lineal a diversos modelos que incorporan el deseo y muestran la interacción de varios factores fisiológicos, psicológicos, interpersonales y socioculturales, sugiriendo que la respuesta sexual femenina es heterogénea.

Las comorbilidades incluyen depresión, ansiedad, cualquier condición crónica que genere fatiga, entre muchas otras, lo que hace relevante que los especialistas y en especial los Psiquiatras, tengan en cuenta la exploración de esta dimensión, su diagnóstico, tratamiento y enfoque, ya que a pesar de ser una condición altamente prevalente, es usualmente subdiagnosticada, con lo que se pierden oportunidades de mejorar la calidad de vida de estas mujeres.

Palabras clave: Trastorno del deseo sexual hipoactivo, Deseo sexual bajo, Interés sexual bajo, Disfunciones sexuales psicológicas; Salud Sexual y Reproductiva, Testosterona, Disfunción sexual femenina.

## Introducción

El deseo sexual puede definirse como un estado interno que mediatiza la existencia humana y nos impulsa a la búsqueda de contacto y la interacción sexual. Este sentimiento tiene una fuerte raíz biológica, pero el cómo se vive (se puede controlar, orientar, dar significados) y de qué manera se satisface (llevarnos a buscar satisfacción sexual o no, a desear abrazar y ser abrazado y acariciado, a tener fantasías, deseo de realizar determinadas conductas sexuales), depende de muchos factores de tipo biológico (neuronas, neurotransmisores, receptores, hormonas, medicamentos, enfermedades concomitantes), psicológicos (emociones, sentimientos, relación de pareja, comunicación), socio-culturales (creencias sobre la sexualidad, sobre las conductas normales o no, educación sexual recibida, significado de tener relaciones sexuales, tiempo de la relación de pareja, convivencia bajo el mismo techo) y espirituales (significado de la sexualidad y su relación con la divinidad, su desarrollo interior, creencias religiosas).

Los aspectos emocionales y mentales del bienestar sexual son marcadores importantes de la salud sexual y un componente importante de esta es el autoconcepto sexual, éste es un predictor del comportamiento sexual de las personas y se origina a partir de experiencias pasadas y presentes. Es así como el autoconcepto sexual puede explicar el deseo e interés en este ámbito (1). Además, la sexualidad humana es un componente importante de la funcionalidad, siendo considerado como un determinante de la calidad de vida de las personas (2).

El deseo sexual hipoactivo pertenece a la categoría de disfunción sexual femenina según la última edición del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) junto con otras entidades como el trastorno de la excitación femenina, (que ahora con el deseo sexual hipoactivo, forman los trastornos del interés sexual y la excitación

femenina), el trastorno del orgasmo femenino y el dolor genitopélvico o trastorno de la penetración (3).

Las mujeres que padecen DSH tienen alteraciones en la imagen corporal, autoestima y se sienten menos conectadas con sus parejas (4). Incluso muchos estudios han identificado que el bajo deseo afecta la calidad de vida en general, la percepción de salud y el estado emocional (5).

### **Definición**

El deseo sexual hipoactivo (DSH) es el trastorno sexual más común en las mujeres; puede ser primario o secundario (según la causa), generalizado o situacional (de acuerdo a las situaciones en que se presente) (4). Incluye cualquiera de las siguientes situaciones por al menos 6 meses (4), (6):

1. Falta de motivación para actividades sexuales, manifestado por la disminución o ausencia de deseo espontáneo (pensamientos o fantasías sexuales), en respuesta a señales eróticas y estimulación o incapacidad de mantener el deseo o interés a través de la actividad sexual.
2. Pérdida del deseo de iniciar o participar en actividades sexuales, incluyendo respuestas conductuales como la evitación de situaciones que podrían llevar a actividad sexual.
3. Participación en actividades sexuales por temor a perder la pareja (se sienten obligados a hacerlo).
4. No es secundario a dolor sexual.
5. Causa malestar clínicamente significativo (frustración, sensación de incompetencia, pérdida, tristeza, angustia).

## **Epidemiología**

Las disfunciones sexuales femeninas son un problema de salud pública que afecta aproximadamente 41% de las mujeres premenopáusicas alrededor del mundo. En Colombia el Gineco Obstetra Franklin Espitia, ha concluido en sus investigaciones que *“en las mujeres colombianas existe una prevalencia de disfunciones sexuales cercana a la tercera parte de ellas, caracterizada principalmente por trastornos del deseo y del orgasmo”* (7), (8).

El DSH es entonces una patología frecuente, pero usualmente subdiagnosticada. La prevalencia oscila entre 8-12% (9). Las mujeres premenopáusicas y las que tienen esposo o pareja usualmente reportan mayor angustia con el bajo deseo sexual (4), (10).

El DSH está asociado con estados emocionales y psicológicos negativos, así como con condiciones médicas tales como: depresión (6), menor satisfacción emocional y física con su pareja y menos felicidad en general. Hay evidencia que la prevalencia de la falta de interés sexual es inversamente proporcional a los logros académicos; es más común en las mujeres negras, que tienen historia de enfermedad de transmisión sexual, pobre salud, problemas emocionales, estrés y/o menos ingresos económicos (10).

## **Deseo sexual y sus componentes**

El deseo sexual es complejo y desde un enfoque biopsicosocial, puede ser conceptualizado como un compuesto de (5):

- a. Impulso sexual (componente biológico).
- b. Creencias sexuales (componente cognitivo).
- c. Motivación sexual (componente emocional o interpersonal).

El impulso sexual es modulado principalmente por mecanismos neuroquímicos, mientras que las creencias sexuales son influenciadas por las expectativas socioculturales y personales. La motivación sexual o la voluntad de participar en actividad sexual es afectada por factores psicológicos y relacionales y es diferente al deseo sexual (5).

### **Mecanismos fisiológicos que modulan el deseo sexual**

En estudios animales, el deseo sexual puede ser inferido por medio de conductas que anticipan o buscan la interacción social y muestran interés sexual. Estos comportamientos y su base cognitiva, emocional y procesos reguladores están controlados por sistemas cerebrales involucrados en la excitación y la inhibición sexual (4). Por otro lado, la excitación e inhibición sexual tienen una interacción dinámica que es sensible a factores sociales y psicológicos al igual que a la fisiología y bioquímica cerebral (5).

#### *Regulación neuronal*

Las regiones cerebrales que son fundamentales en la regulación del deseo sexual incluyen la corteza prefrontal, el locus ceruleus, el área preóptica medial, el núcleo paraventricular y los centros de recompensa y procesamiento de la atención en el área tegmental ventral y el núcleo accumbens (11), (12).

La excitación sexual involucra acciones de la dopamina, melanocortina, oxitocina, vasopresina y norepinefrina. Estos neurotransmisores coordinan las vías del hipotálamo, el sistema límbico y la corteza que procesan y responden a los estímulos sexuales (4), (12). La inhibición sexual incluye los sistemas opioide, serotoninérgico y

endocannabinoide que son activados normalmente durante el orgasmo y la refractariedad sexual. Estos sistemas evitan la activación de los excitatorios (12).

El deseo sexual puede ser inhibido por medicamentos o condiciones que (4):

1. Disminuyan los niveles de dopamina.
2. Potencien la acción de la serotonina cerebral específicamente a través de los receptores de serotonina 2A (5HT2A).
3. Aumenten los opioides en los receptores mu.

Mientras que puede ser estimulado por medicamentos o condiciones que (4):

1. Aumenten la dopamina del hipotálamo o la vía mesolímbica.
2. Disminuyan la liberación de serotonina o inhiban su acción en la corteza prefrontal.
3. Activen el receptor 5HT1A (lo que hace que predomine la acción de la dopamina).

### Regulación hormonal

La motivación y el deseo sexual tiene un pico en las mujeres durante el periodo periovulatorio gracias a las acciones de las hormonas ováricas sobre los sistemas excitatorios sexuales (cerebrales y periféricos) (4). El estradiol y la testosterona aumentan el deseo sexual, mientras que la progesterona se asocia con una disminución de éste (4).

### **Fisiopatología del DSH**

La etiología del DSH es multifactorial, abarcando un amplio rango de causas biomédicas como la salud física, la función endocrina, los medicamentos, la dispareunia por condiciones vaginales (vestibulitis, vulvodinia o endometriosis) o del piso pélvico, las

psicológicas (ansiedad de desempeño, depresión, traumas como abuso sexual) y las sociales (calidad de la relación con la pareja, normas culturales, creencias religiosas estrictas) (5), (11), (13).

El bajo deseo sexual puede ser el resultado de un desequilibrio de los procesos excitatorios e inhibitorios debido a una excitación hipofuncional, una inhibición hiperfuncional o la combinación de ambas (12); por lo tanto, puede ser producto de agentes que aumenten la serotonina, por ejemplo los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), o que inhiban la liberación de dopamina, como los antipsicóticos (14). Puede ser explicado también por un aumento en la regulación de la corteza prefrontal sobre el sistema límbico o una disminución en la activación de éste (5). También puede haber causas hormonales de bajo deseo sexual:

- Bajos niveles de testosterona. Esta hormona contribuye a la iniciación de la actividad sexual y el “permiso” para las conductas sexuales; también modula la fisiología vaginal y clitoriana para facilitar la congestión genital, la sensación y lubricación. La disminución de testosterona no sólo causa disminución de la libido, sino también en la receptividad y el placer sexual, fatiga, falta de motivación y una disminución general en la sensación de bienestar (13).

No es raro que las mujeres premenopausicas con ciclos ovulatorios normales tengan síntomas de DSH. Esto puede ser por el hecho de que las concentraciones de testosterona comienzan a declinar al final de la tercera década de la vida, y continúan descendiendo a un ritmo constante de aproximadamente 50% de su nivel máximo de la menopausia (13).

- Bajos niveles de Estrógenos: la menopausia ocurre cuando los niveles de estrógeno disminuyen, lo que puede causar sequedad vaginal, incapacidad de lubricar o

penetración dolorosa (dispareunia). A pesar de que el reemplazo de estrógenos pudiera mejorar estos síntomas, podría a su vez tener un efecto negativo en los niveles de testosterona, lo que contribuiría a empeorar el DSH; ésto es porque los estrógenos aumentan los niveles de la Globulina Fijadora de Hormonas Sexuales (SHBG, por su sigla en Inglés), disminuyendo así los niveles de Testosterona libre. Cuando ocurre DSH por administración de estrógenos o de anticonceptivos, la cantidad de globulina fijadora de hormonas sexuales puede ser disminuida con reemplazo de testosterona (13).

- Desequilibrios hormonales por el embarazo, el postparto y lactancia (13).

## **Diagnóstico**

Debe comenzar con una historia clínica exhaustiva para identificar si la causa es neurobiológica, interpersonal, psicosocial o una combinación de éstas. Se deben obtener datos acerca del inicio, la duración y la severidad de la disminución del deseo (4). La historia incluye características pasadas y presentes del interés o el deseo sexual del paciente con otros aspectos sexuales como la excitación, la función orgásmica y/o si tiene algún dolor o incomodidad durante las relaciones. Se debe indagar igualmente por la pareja y su relación (6), ya que problemas en esta área pueden llevar a disminución del deseo sexual y deberían ser excluidos como la primera causa; si éste fuera el caso, se deberá remitir a psicología o terapia de familia (4). La evaluación debería incluir también una valoración psicosocial ya que la disfunción sexual puede afectar el autoestima y la habilidad de afrontamiento de los problemas, así como el desempeño laboral y social (6).



El diagnóstico no requiere una pérdida completa del deseo sexual sino más bien un cambio con respecto al previo por al menos 6 meses. Se requiere igualmente que cause malestar que puede ser manifestado como frustración, incompetencia, pérdida, tristeza, baja autoestima, confusión o preocupación, pero éste no debe ser la razón de la pérdida del deseo (4).

A pesar que no es necesario un examen físico para el diagnóstico, se recomienda hacerlo para descartar otras causas que pueden contribuir a disminuir el interés sexual, enfocándolo en el examen ginecológico (tejido vulvar y vaginal) (6).

Por otra parte, los paraclínicos e imágenes diagnósticas se deben enfocar de acuerdo con la historia y el examen físico ya que no existen biomarcadores que confirmen o excluyan el DSH, los paraclínicos (especialmente la testosterona), no se requieren para hacer el diagnóstico (6). Se pueden considerar otras ayudas diagnósticas si existe alguna preocupación acerca de una condición comórbida que pueda contribuir a bajo deseo, a pesar de que los laboratorios no estén indicados de manera rutinaria (6), ver Tabla 1.

Cuando una mujer se presenta con deseo sexual hipoactivo sin otra causa potencial como comorbilidad o conflicto en su relación de pareja, se debe hacer el diagnóstico de DSH sin una causa modificable (6).

#### Factores modificables

La evaluación del DSH debe incluir la detección de otros problemas sexuales relacionados a la excitación, el orgasmo y el dolor para determinar los problemas primarios vs secundarios evaluando la relación temporal del inicio de estas quejas relativas al inicio del bajo deseo sexual. También es necesario aclarar si el DSH es

crónico o adquirido, generalizado (ocurre en todos los contextos y con todas las parejas) o situacional (6).

Al menos el 50.2% de las mujeres con DSH adquirido generalizado reportan problemas de excitación, 42.5% de lubricación y 39% ambos. Por eso en estas pacientes es necesario que en la historia clínica se incluyan preguntas acerca de condiciones psiquiátricas, medicas, menopausia, medicamentos o abuso de sustancias (15); ver Tabla 2 y 3 (6).

Se debe indagar sobre cirugías pélvicas, trauma, radioterapia, ya que estos factores están asociados con dolor pélvico y alteración en la función ovárica. La salpingoforectomía bilateral antes de la menopausia natural, está asociada con una mayor probabilidad de padecer DSH (6). Otras condiciones asociadas con bajos niveles de andrógenos y potencialmente disminución del deseo incluyen la hiperprolactinemia, el hipopituitarismo, la amenorrea hipotalámica, la insuficiencia adrenal, la insuficiencia ovárica primaria y la supresión química ovárica (6).

Las condiciones que aumenten la SHBG y que por ende disminuyan la cantidad de testosterona libre incluyen el hipertiroidismo y el virus de la inmunodeficiencia humana (6). El hipotiroidismo clínico o subclínico y el hipertiroidismo han sido asociados con disminución del deseo sexual (6).

En relación con el aspecto mental, los síntomas depresivos son asociados de manera independiente y bidireccional con el DSH, con la presencia de depresión confiriendo un 50 a 70% de más riesgo de disfunción sexual y la ocurrencia de disfunción sexual está asociada con un 130 a 210% más riesgo de depresión. Para empeorar este panorama, la mayoría de los antidepresivos causan disminución del deseo sexual, por lo tanto, el

uso de estos medicamentos puede en realidad sustituir un factor causal de DSH (2), (6), (14). Por otro lado, algunos trastornos como la ansiedad social condicionan la función sexual tanto en hombres como en mujeres. Los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo frecuentemente reportan disfunción sexual, por condiciones como la necesidad excesiva de controlar los pensamientos o miedo de contaminarse durante la actividad sexual (2).

La exposición al trauma puede impactar de manera importante la sensación de seguridad, autoeficacia y la habilidad de conectarse con los otros, características fundamentales para el funcionamiento sexual saludable; es así como pacientes con trastorno de estrés postraumático usualmente presentan disfunción sexual (2), (16).

Otras enfermedades como la diabetes tipo I como la tipo II duplican el riesgo de disfunción sexual (17). Curiosamente la prediabetes también ha sido asociada con alteraciones en el deseo y la satisfacción sexual, ambas alteraciones se correlacionan con la resistencia a la insulina (6). De igual manera, varias enfermedades neurológicas han sido relacionadas con disminución en el deseo sexual, sobre todo la esclerosis múltiple y la lesión de la médula espinal (6).

Cabe resaltar también el hecho que el 20-80% de las mujeres con cáncer de mama presentan disminución del deseo sexual; adicionalmente la quimioterapia aumenta la probabilidad de quejas sexuales comparado con la cirugía o radioterapia (6).

Son muchos los medicamentos que impactan negativamente la función sexual y en especial el deseo: aquellos que disminuyen la producción de testosterona, los anticonceptivos combinados, los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina y los glucocorticoides. Existen otros que tienen propiedades antiandrogénicas como la espironolactona, el acetato de ciproterona, la flutamida y el finasteride; por otro lado, los

medicamentos que aumentan la SHBG y que por ende disminuyen la testosterona, incluyen los estrógenos orales, los anticonceptivos combinados, el tamoxifeno y la tiroxina (6).

## **Tratamiento**

Incluye tanto estrategias psicosociales como biológicas (medicamentos) (4).

### **1. Educación:**

Puede ser dividida en tres partes. La primera, es proveer información acerca de la función sexual normal; esta información puede incluir una descripción del deseo sexual espontáneo, el rol de la motivación en el deseo, la importancia de adecuar la estimulación sexual, el impacto de las experiencias placenteras y la influencia de la edad y la duración de la relación de pareja (6). La segunda parte consiste en explicarle al paciente los factores que son derivados de la historia médica y sexual que pueden interferir con el deseo sexual (como trastornos del afecto, satisfacción con la relación, imagen corporal) (6) y por último, se deben discutir las alternativas de tratamiento y evaluar la motivación hacia éste. Si el paciente tiene pareja, involucrarla podría ser de ayuda para el tratamiento (6).

### **2. Modificación de los factores potencialmente contribuyentes:**

La siguiente intervención incluye modificar los factores que se crea, puedan estar jugando un papel en el DSH (6).

- El tratamiento de los síntomas genitales y el dolor con lubricantes y humectantes vaginales, bajas dosis de estrógenos vaginales o dehidroepiandrosterona intravaginal o la terapia física de los músculos pélvicos y los síntomas vasomotores de la menopausia con terapia hormonal sistémica, pueden ayudar a mejorar los síntomas y por lo tanto aumentar el deseo (6).
- Las mujeres con diabetes tipo 2 pueden beneficiarse de cambios en su estilo de vida como pérdida de peso (6).
- El tratamiento de los trastornos ginecológicos y la incontinencia urinaria o fecal puede impactar positivamente en el deseo sexual. Las malignidades pueden afectar negativamente el deseo tanto directa como indirectamente, por lo que indagar por estos síntomas en los pacientes oncológicos puede mejorar la función sexual (6).
- Se ha evidenciado que los trastornos del sueño, especialmente el insomnio pueden estar asociados con disminución en la función sexual, por lo que mejorar la duración y calidad del sueño es una intervención necesaria en estas pacientes (6).
- Como se mencionó anteriormente, la depresión tiene una relación bidireccional con la disminución del deseo sexual, por lo que es necesario el tratamiento adecuado de ésta. Adicionalmente, algunas estrategias que se pueden usar para disminuir la disfunción sexual asociada a los antidepresivos son: comportamentales (ejercicio, planificar la actividad sexual, estimulación vibratoria), complementarias (acupuntura) y farmacológicas (disminuir o suspender la dosis, cambiar por otro medicamento que no tenga tantos efectos sobre la función sexual o adicional un medicamento que pueda revertir este efecto) (6).

- Adicionalmente, es importante revisar todos los medicamentos del paciente, ya que existen otros tratamientos de uso común que pueden impactar sobre la función sexual y por lo tanto deben ser modificados (6). El consumo de alcohol, tabaco o drogas de abuso pueden también contribuir a disminuir el deseo sexual, por lo que se debe sugerir al paciente evitarlos (6).

### 3. Aspectos cognitivos y motivacionales

La psicoterapia es un pilar del tratamiento; se enfoca en modificar los pensamientos, creencias, comportamientos, emociones y la relación y comunicación que pueden interferir con el deseo sexual (4). Las terapias con mas evidencias con la terapia cognitivo conductual y el mindfulness (18).

### 4. Farmacológico

Todos aquellos que disminuyan la serotonina o aumenten la dopamina son los que tienen potencial terapéutico para el DSH (5):

- **Flibanserina.** Cuando se usa a una dosis de 100 mg en la noche, actúa como un agonista central postsináptico de los receptores de 5HT1A y antagonista de los 5HT2A, que resulta en una disminución de la actividad de la serotonina y un aumento en la de dopamina y norepinefrina (3), (19), (20), (21). Actualmente, es el único agente aprobado por la FDA para el tratamiento del DSH en las mujeres premenopáusicas (4), (19), (20). La eficacia no se evidencia inmediatamente, sino que tarda algunas semanas y si no se tiene respuesta después de 8 semanas, se recomienda suspenderla (3), (4), (21). Los efectos adversos más comunes incluyen: mareo, somnolencia, náuseas y fatiga; éstos suelen ser transitorios y de severidad leve o moderada y pueden mejorarse si se da en la noche. Puede existir una interacción con el alcohol, llevando a empeoramiento de la sedación,

hipotensión e incluso síncope, por lo que la coadministración está contraindicada (4), (5), (20), (21). No disponible en Colombia aún.

- **Testosterona.** 300 ug al día de testosterona transdérmica constituye un medicamento off-label para las mujeres pre y perimenopáusicas con DSH (4), (22), (23); sin embargo, sí hay evidencia del beneficio de la Testosterona en mujeres postmenopáusicas (natural o quirúrgica) (24).

Se ha usado también la presentación transdérmica al 1%, que se puede aplicar en los brazos, abdomen o las piernas (3). Los efectos adversos más comunes son alopecia, hirsutismo y acné (3). La testosterona oral también se ha asociado con alteraciones en el metabolismo lipídico y en la función hepática (3). Se debería monitorizar cuidadosamente a las mujeres en tratamiento crónico con testosterona ya que puede aumentar el riesgo de cáncer de mama y los desenlaces cardiovasculares (4), (19); incluso la Sociedad de Endocrinología recomienda su uso a corto plazo debido a la falta de datos de seguridad a largo plazo (3). Al igual que la flibanserina, tarda varias semanas en alcanzar su eficacia y se debería suspender si no se ha obtenido respuesta después de 6 meses de tratamiento (4).

- **Bupropion.** Es un antidepresivo inhibidor de la recaptación de dopamina y norepinefrina que se usa off-label para el tratamiento del DSH y son una buena alternativa para el efecto secundario sobre el deseo sexual causado por los ISRS (4), (19). Se recomienda una dosis de 150 a 400 mg al día. Los efectos adversos más comunes (evidenciados en pacientes con depresión) son temblor, agitación, boca seca, constipación, sudoración, mareo y náuseas (4).
- **Buspirona.** Es un agonista parcial de los receptores 5HT<sub>1A</sub>, usado como ansiolítico en el trastorno de ansiedad generalizada que se ha usado para el tratamiento del DSH, aunque sus resultados han sido controversiales (4), (5). Los

efectos adversos más comunes son mareo, aumento de la ansiedad, náuseas y cefalea (4). No disponible en Colombia.

- **Trazodona.** Antidepresivo antagonista de los receptores 5HT<sub>2A</sub> y 5HT<sub>2C</sub> que parece ser efectivo para la disfunción eréctil y la disfunción sexual femenina inducida por los ISRS (5).
- **Bremelanotida.** Estimula los receptores de melanocortina MCR1R y MC4R4 en el sistema nervioso central, lo que aumenta la excitación y el deseo sexual. Se usa a una dosis de 1.25 y 1.75 mg para inyección subcutánea. Los efectos adversos incluyen náuseas, cefalea y enrojecimiento (3).
- **Medicamentos naturales.** Hay evidencia que el Gingko Biloba a dosis entre 80-240mg y el Ginseng a dosis de 500-1.000mg/día, estimulan factores de relajación endotelial, prostaciclina, producen vasodilatación y tienen leves efectos estrogénicos que ayudan a mejorar el deseo sexual en algunas pacientes. Es una alternativa para pacientes polimedicadas o para aquellas que no desean tomar medicamentos químicos (25).

## **Conclusiones**

El DSH en mujeres es una afección muy prevalente pero poco diagnosticada que puede ser eficazmente manejada incluso, por el médico no especialista con una evaluación adecuada y un tratamiento individualizado. Su evaluación diagnóstica tiene una perspectiva biopsicosocial y se basa principalmente en la historia clínica. El tratamiento debe involucrar estrategias psicosociales y biológicas y centrarse en los factores que son más angustiantes. Es posible brindar inicialmente consejería breve en el consultorio o una derivación para terapia sexual. Un Psiquiatra que explore y aborde la dimensión



sexual de sus pacientes, tendrá altas probabilidades de contribuir a mejorarle su calidad de vida.

## Referencias

1. Robabeh P, Tayebe Z, Mahbobeh F, Mahmood M, Zohreh S. Bio-psycho-social factors affecting sexual self-concept: A systematic review. *Electron physician* [Internet]. 2017;9(9):5172–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5633215/>
2. Barata BC. Affective disorders and sexual function: From neuroscience to clinic. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(6):396–401.
3. Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI. Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *Semergen* [Internet]. 2016;42(5):e33–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2016.02.008>
4. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2017;92(1):114–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.09.018>
5. Croft HA. Understanding the Role of Serotonin in Female Hypoactive Sexual Desire Disorder and Treatment Options. *J Sex Med*. 2017;14(12):1575–84.
6. Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, Althof SE, Faubion SS, Fought BM, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clin Proc*. 2017;1–21.
7. Espitia De La Hoz FJ. Evaluación de la prevalencia de disfunción sexual en

mujeres médicos, del Eje Cafetero colombiano, en etapa de climaterio. Vol. 17, Archivos de Medicina (Manizales). 2017. p. 70–7.

8. Espitia De La Hoz FJ. Prevalencia y Caracterización de las Disfunciones Sexuales en Mujeres, en 12 Ciudades Colombianas, 2009-2016. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2018;69(1):9–21.
9. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Sex Med Rev. 2016;4(3):197–212.
10. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. Sex Med Rev. 2016;4(2):103–20.
11. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. Psychiatr Clin North Am. 2017;40(2):681–98.
12. Pfaus JG. Pathways of sexual desire. J Sex Med. 2009;6(6):1506–33.
13. Feldhaus-Dahir M. The causes and prevalence of hypoactive sexual desire disorder: part I. Urol Nurs Off J Am Urol Assoc Allied. 2009;29(4).
14. Montejo AL, Montejo L, Navarro-Cremades F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. Curr Opin Psychiatry. 2015;28(6):418–23.
15. Jan L Shifren. Overview of sexual dysfunction in women: Management. UpToDate [Internet]. 2018;1–30. Available from:  
[https://www.uptodate.com/contents/search?search=Overview of sexual dysfunction in women: Management&sp=0&source=USER\\_INPUT&searchOffset=1&autoComplete=false&language=en&max=10&index=&autoCompleteTerm=](https://www.uptodate.com/contents/search?search=Overview%20of%20sexual%20dysfunction%20in%20women%3A%20Management&sp=0&source=USER_INPUT&searchOffset=1&autoComplete=false&language=en&max=10&index=&autoCompleteTerm=)

16. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med.* 2016;13(4):538–71.
17. Levin RJ, Both S, Georgiadis J, Kukkonen T, Park K, Yang CC. The Physiology of Female Sexual Function and the Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction (Committee 13A). *J Sex Med.* 2016;13(5):733–59.
18. Pyke RE, Clayton AH. Psychological Treatment Trials for Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Sexual Medicine Critique and Perspective. *J Sex Med.* 2015;12(12):2451–8.
19. Reddy MS, Starlin Vijay M. Pharmacological advances in the management of sexual dysfunction. *Indian J Psychol Med.* 2017;39(3):219–22.
20. Robinson K, Cutler JBR, Carris NW. First Pharmacological Therapy for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Premenopausal Women: Flibanserin. *Ann Pharmacother.* 2016;50(2):125–32.
21. Gao Z, Yang D, Yu L, Cui Y. Efficacy and Safety of Flibanserin in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med.* 2015;12(11):2095–104.
22. Khera M. Testosterone Therapy for Female Sexual Dysfunction. *Sex Med Rev* [Internet]. 2015;3(3):137–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/smrj.53>
23. Holloway V, Wylie K. Sex drive and sexual desire. *Curr Opin Psychiatry.* 2015;28(6):424–9.
24. Kathryn Korkidakis A, Reid RL. Testosterone in Women: Measurement and Therapeutic Use. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2017;39(3):124–30.
25. West E, Krychman M. Natural Aphrodisiacs-A Review of Selected Sexual Enhancers. *Sex Med Rev.* 2015;3(4):279–88.