

Artículo Algoritmos de atención

Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino y masculino

Female and male hypoactive sexual desire disorder

Dra. Elvia de Dios Blanco,* Dra. Annia Duany Navarro,** Dra. Liliam Rojas Zuasnábar***

* Especialista en Fisiología, Máster en Sexualidad y en Salud mental, profesora auxiliar, miembro del equipo de salud mental para la atención a personas transexuales y del equipo de atención a los malestares sexuales del Centro Nacional de Educación Sexual.

** Especialista 1er grado en MGI y 1er y 2do grado en Psiquiatría, profesora auxiliar, investigadora agregada. Jefa del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. Salvador Allende. Jefa del Grupo Nacional de Psiquiatría. Presidenta del capítulo La Habana de la Sociedad Cubana de Psiquiatría.

*** Especialista de Primer grado en Fisiología Normal y Patológica, Especialista de Segundo grado en Neurofisiología Clínica, Máster en Neurociencias clínicas, Máster en Medicina y Fisiología del sueño, Jefa de Servicio de Neurofisiología en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

ddios@infomed.sld.cu; anniaduan@infomed.sld.cu; lilirozu@infomed.sld.cu

RESUMEN

El trastorno de deseo sexual hipoactivo (TDSH) es una disfunción sexual compleja con tendencia a ubicarse en la etiología biogénica, por lo cual se decide diseñar su protocolo de atención para homogeneizar su abordaje multidisciplinario, a través de una investigación descriptiva aplicada, con el propósito de aportar el método científico cubano de atención clínica al TDSH en los tres niveles de atención de salud: primario, secundario y terciario. Se revisó la literatura de los últimos cinco años en las bases de datos Scielo, Clinical Key y Pubmed; se obtuvieron los Manuales de Buenas Prácticas de España y Europa; y se incorporó la experiencia clínica de las autoras. El grupo de trabajo acordó que los exámenes complementarios son de indicación obligatoria para todos los casos que demanden atención. Las recomendaciones terapéuticas fueron: los especialistas de Medicina General Integral no deben tratarlo; al identificarlo, remitir a la persona al grupo municipal de atención a la salud sexual, el cual reindaga sobre enfermedades médicas y consumo de fármacos que afectan el deseo, para valorar su sustitución. Los grupos municipal, provincial y nacional están en competencia de implementar el tratamiento sexológico, con dos variantes: una para el TDSH de corta duración sin componentes aversivos, con su eje central de fortalecimiento de las fantasías sexuales; otra para el TDSH de larga evolución con la desensibilización sistemática

a través del entrenamiento en acercamiento progresivo y/o desensibilización sistemática en la imaginación.

Palabras claves: trastorno de deseo sexual hipoactivo, etiología, evaluación, terapéutica.

ABSTRACT

Hypoactive sexual desire disorder is a complex sexual dysfunction with a tendency to be located in the biogenic etiology. Therefore, the design of its care protocol is decided, through an applied descriptive research, in order to homogenize its multidisciplinary approach. The Cuban scientific method of clinical care to this disorder is so provided in the three levels of health care—primary, secondary and tertiary. The literature of the last five years in the Scielo, Clinical Key and Pubmed databases was reviewed, the Manuals of Good Practices in Spain and Europe were obtained, and the clinical experience of the authors was incorporated. The working group agreed that supplementary examinations are mandatory for all cases requiring attention. The therapeutic recommendations were as follows. The specialists of Integral General Medicine should not treat this disorder. When identified, they should refer the person to the municipal group of attention to sexual health. It is responsible to review medical diseases and consumption of drugs affecting the desire in order to ponder its substitution. The municipal, provincial and national groups are in charge of implementing the sexological treatment, with two variants—one for the short-term disorder, without averting components, with the strengthening of sexual fantasies as central axis; the other for long-term disorder, with systematic desensitization through training in progressive approach and/or systematic desensitization in the imagination.

Key words: hypoactive sexual desire disorder, etiology, evaluation, therapeutics.

Conceptualización

Según el Consenso de la Cuarta Consultoría Internacional de Medicina Sexual (2015), el concepto del trastorno de deseo sexual hipoactivo (TDSH) para hombres y mujeres es: la deficiencia o ausencia, persistente o recurrente, de pensamientos o fantasías eróticas y de deseo para la actividad sexual (1). Para alcanzar la categoría de trastorno, la falta de deseo sexual tiene que acompañarse de distress personal (2). En este documento no trazan una norma de temporalidad, por lo cual nos unimos al *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación de Psiquiatría Americana, que en su quinta edición (DSM-5) establece como criterio de duración la persistencia de los síntomas por al menos seis meses como mínimo (3).

Según otros autores, al conceptualizarlo deben tenerse en cuenta los cambios fisiológicos a lo largo del ciclo vital: para las mujeres, los sentimientos por su pareja, la duración de la relación (4) y la presencia de adecuados inductores externos del deseo (estímulos relacionados con los órganos de los sentidos) (5).

La duración de la relación de pareja, como factor modificador del deseo sexual, parte de la propuesta de Rosemary Basson de un modelo circular de la respuesta sexual, a partir del reporte de parejas de larga duración, especialmente para las mujeres, en las que no se inicia necesariamente por el deseo sexual. Según su teoría, las mujeres pueden comenzar la actividad sexual sin deseo desde la motivación inicial, la cual puede ser variada e incluye incremento del acercamiento emocional con su pareja (intimidad emocional); deseo de sentirse atractiva, femenina, apreciada, amada y deseada; o reducir los sentimientos de culpabilidad o

ansiedad por una baja frecuencia sexual. Al alcanzar la excitación sexual subjetiva y la lubricación, solo entonces aparece el deseo y se mantiene durante el resto de la respuesta sexual (6).

En el DSM-5 el TDSH y el trastorno de la excitación femenina se han incluido dentro de la categoría *trastorno del interés-excitación sexual femenina*, y aparece en categoría independiente el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón (3). Para las autoras, en las mujeres no siempre la falta de deseo se acompaña de un fallo en la excitación, por lo cual se describe en categorías independientes.

Los TDSH se clasifican de acuerdo con el momento y las circunstancias de su aparición en:

- primario: aparece desde el inicio de la actividad sexual, pues durante toda su vida la persona ha mantenido un deseo sexual bajo;
- secundario: se inicia después de un período de deseo sexual satisfactorio;
- generalizado: existe bajo deseo para cualquier tipo de actividad sexual o de pareja;
- situacional: existe bajo deseo para un tipo específico de actividad sexual o de pareja (por ejemplo, no se tiene deseo sexual con la/el esposa/o, pero sí con parejas ocasionales).

Los trastornos del deseo sexual se encuentran entre las disfunciones sexuales más complicadas y difíciles de tratar, por lo cual al detectarlos los médicos generales integrales deben remitir a la persona a la consulta especializada del nivel municipal de atención.

Epidemiología

Se trata del trastorno sexual de mayor prevalencia en mujeres de todas las edades. La prevalencia varía entre 5.4 % a 13.6 % (7). En los Estados Unidos, el estudio sobre prevalencia de los problemas sexuales femeninos relacionados con ansiedad y los determinantes para la búsqueda de tratamiento (PRESIDE) reporta 8.9 % para las mujeres entre 18 y 44 años de edad; 12.3 % para las mujeres entre 45 y 63 años; y 7.4 % para las mujeres mayores de 65 años (8).

En Colombia reportan 20 % de prevalencia para el deseo sexual hipoactivo, investigación efectuada con 497 mujeres, 94 % de las cuales tenían una edad comprendida entre 20 y 49 años (9).

En un estudio cubano con una muestra de 845 mujeres de un área de salud de La Habana Vieja, predominó el TDSH entre las disfunciones sexuales constatadas; se reportó una disminución de este en 27.9 % y ausencia en 4.38 % (10).

Con relación al TDSH masculino, según la Federación Europea de Sexología, pocos estudios han investigado su prevalencia; señalan el reporte del DSM-5 de 6 % aproximadamente en hombres jóvenes (18-24 años) y 41 % en hombres entre 66 y 74 años. Sin embargo, una persistente carencia de interés en el sexo, de seis meses o más de duración, solo afecta a una pequeña proporción de hombres entre los 16 y 44 años (1.6 %) (11).

Son escasos los estudios que recogen la prevalencia de disfunciones sexuales en la población de gays y lesbianas. La mayor parte de los mismos se focalizan en las disfunciones sexuales en el contexto del VIH en población masculina. En una investigación efectuada en Australia por Mao y colaboradores, citada por Rosi y Dean, con una muestra de 542 hombres gays, 40 % de los cuales era VIH positivo, las disfunciones más comúnmente reportadas son disfunción eréctil y falta de deseo

sexual (12). Sin embargo, en un estudio de 427 hombres que tienen sexo con otros hombres en China, reportan solo 8.3 % con deseo sexual hipoactivo (13).

Existe una carencia de datos sobre disfunciones sexuales entre mujeres lesbianas.

Etiología

Causas fisiológicas

Climaterio femenino. La prevalencia de problemas sexuales, particularmente los relacionados con el deseo, es alto en mujeres con edad de 44-65 años, en muchos casos secundario a problemas de lubricación por la caída de los estrógenos. Solo un pequeño porcentaje de mujeres en estudios longitudinales (5 %-15 %) reporta una mejoría de la actividad sexual en función de la edad (14). Investigaciones efectuadas en Cuba corroboran la disminución del deseo sexual (15-17), y los resultados de un grupo de trabajo publica 13,6 % de mujeres en climaterio que referencian aumento de la fase de deseo (18).

Climaterio masculino. Denominado síndrome de declinación parcial androgénica en el envejecimiento masculino, se acompaña de disminución del deseo sexual (19); se produce por la disminución de la testosterona total y libre. También existe disfunción eréctil, que es el síntoma comúnmente reportado (20).

Embarazo. Etapa de la vida en que puede disminuir el deseo sexual (7). Un estudio brasileño, con 778 primigestas, informa que antes de la gestación la falta de deseo sexual fue de 20.2 % y durante el embarazo ascendió a 51 % (21). En una investigación cubana (Pinar del Río) que incluye a 147 embarazadas, en el primero y el tercer trimestres predominan las gestantes que perciben una disminución de su deseo sexual (22).

Lactancia materna. Otro período recogido de bajo deseo sexual, por los cambios hormonales que lo acompañan, también se atribuye a la fatiga por el cuidado del bebé (23). En un estudio de 117 mujeres chilenas entre el tercero y el cuarto mes posparto, 66 % tenían amenorrea por lactancia; al aplicarle el Índice de Función Sexual Femenina, el orgasmo fue el dominio con mayor porcentaje para disfunción sexual (83 %), seguido del deseo sexual (81.1 %) (24).

Fatiga. Es otra de las causas fisiológicas recogida fundamentalmente en las mujeres y que responde al género como determinante social de la salud, por la multiplicidad de tareas establecidas, dados los mandatos sociales de la feminidad (14,23).

Causas médicas

La menopausia inducida quirúrgicamente se considera una de las causas de deseo sexual hipoactivo (7). Sin embargo, en un estudio cubano que incluye 84 mujeres, solo 27.38 % reporta pérdida del deseo sexual tras la castración quirúrgica; los propios autores consideran su resultado inferior a los obtenidos en otras investigaciones (25).

Se referencian diversos factores etiológicos: hipogonadismo, hipotiroidismo, hiperprolactinemia tumoral y funcional, tumores hipofisarios, trastornos autoinmunitarios, esclerosis múltiple (7,26), disfunciones del suelo pélvico y el síndrome de Klinefelter.

La diabetes mellitus se ha asociado con el TDSH, aunque se piensa que está más relacionada con la depresión secundaria al diagnóstico y problemas en la relación de pareja (11). En un estudio cubano que incluye una muestra de 180 mujeres de edad entre 40 y 59 años (90 con diabetes mellitus y 90 sin ella), no hubo

diferencias significativas respecto a niveles de deseo sexual «altos-medios», referidas por 77.8 % de las diabéticas *versus* 73.3 % del grupo control (27).

En una investigación presentada en el Consenso Cubano de Diabetes Mellitus y Sexualidad, a 20 % de mujeres con diabetes se les diagnosticó una disminución del deseo sexual, igual porcentaje se encontró para la hiperprolactinemia; reportan un predominio de TDSH asociado al hipotiroidismo y a la obesidad (39 %) (28).

El TDSH puede estar presente en muchas enfermedades sistémicas crónicas, como insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas y trastornos hematológicos. En estos casos la etiología es multifactorial, debido a la presencia de factores hormonales y la depresión reactiva, relacionados con el deterioro de la calidad de vida (11).

Entre los trastornos psiquiátricos, se citan la depresión, los trastornos de ansiedad (incluidas las crisis de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo) (5), el síndrome de estrés postraumático y los trastornos de la conducta alimentaria (29). El consumo de drogas, específicamente el alcohol, puede disminuir o bloquear la actividad sexual en caso de intoxicación aguda y, con su consumo prolongado, producir un TDSH. En una investigación efectuada en el Hospital Psiquiátrico de La Habana con 27 hombres alcohólicos en tratamiento de deshabitación, compartieron el primer lugar de las disfunciones sexuales el deseo sexual hipoactivo y la disfunción eréctil (66.7 %) (30).

La depresión es una de las alteraciones psicopatológicas más citadas. El doctor Eusebio Rubio plantea que todos los pacientes con deseo sexual hipoactivo deben ser evaluados por depresión, ya que es un importante factor de riesgo para el bajo deseo en hombres (29). La asociación en mujeres también es frecuente. En la investigación colombiana de prevalencia de TDSH, dentro de los factores asociados resultó estadísticamente significativo el antecedente de depresión (9).

Causas farmacológicas

Los principales fármacos relacionados con TDSH existentes en el mercado cubano aparecen en el anexo 1.

Merece señalarse la alta incidencia de disfunciones sexuales secundarias a uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (30%-50 %); usualmente se manifiesta como un retardo o ausencia de orgasmo o una disminución de la libido (11). En Cuba se comercializa la Sertralina.

Los antipsicóticos afectan el funcionamiento sexual por el bloqueo de los receptores D2 y por el aumento de la prolactina; la risperidona produce el grado más alto de elevación de la prolactina; los tradicionales, un incremento consistentemente elevado; y la ziprasidona, de leve a moderado (31).

Causas psicógenas

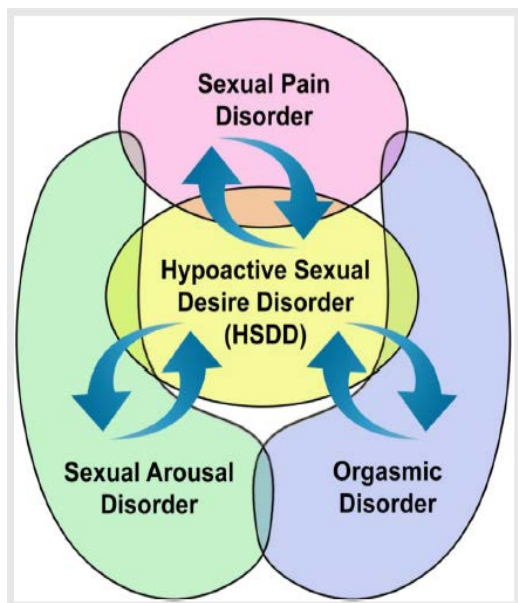
Individuales. Educación sexual restrictiva, orientación sexual no aceptada (32), la cólera, la baja autoestima, inconformidad con la imagen corporal, creencias culturales (14), y las experiencias traumáticas como el abuso sexual, la violación y el incesto (11,26).

El estrés es otra causa de deseo sexual bajo; está casi incorporado al estilo de la vida moderna: estrés laboral, económico, familiar u otros. El estrés continuado facilita la producción de prolactina y así favorece la disminución del deseo sexual (33).

El impacto negativo de los factores culturales sobre el deseo se ha estudiado mayormente en las mujeres. En una investigación para los hombres, desarrollada por Joana Carbalho y Nobre, se aplicó un modelo integrativo de deseo sexual entre 237 hombres de la población general. Los resultados muestran que los factores cognitivos, como las creencias sexuales y los pensamientos automáticos durante la actividad sexual (por ejemplo, «No es apropiado tener fantasías sexuales durante el coito»), fueron los mejores predictores de deseo en los hombres, específicamente creencias relacionadas con actitudes restrictivas hacia a la erección («Necesariamente tengo que lograr una erección»). La carencia de pensamientos eróticos durante la actividad sexual, la tristeza y la vergüenza tienen un efecto directo sobre la reducción del deseo (34).

Entre las causas individuales debe destacarse la disminución del deseo secundaria a otra disfunción sexual. La figura 1 muestra la interacción entre las principales disfunciones sexuales femeninas.

FIGURA 1. INTERACCIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS.



Las disfunciones sexuales femeninas (trastorno de la excitación sexual, trastorno del orgasmo y trastorno por dolor) fluyen una dentro de las otras, y se desplazan como un continuo hacia el deseo sexual hipoactivo. La resolución exitosa del TDSH resuelve o mejora significativamente las otras. La solución de cualquiera de las otras cuando estas son la queja inicial, también ayuda a resolver el TDSH (35).

Para los hombres, la disminución del deseo puede ser secundaria a la disfunción eréctil o los trastornos eyaculatorios (5). En un estudio efectuado en Italia con 3 714 hombres que solicitan atención médica por disfunciones sexuales, el bajo deseo estuvo presente en 1 351 (36.4 %); se constata comorbilidad con disfunción eréctil, eyaculación demorada y eyaculación prematura en 50 %, 38 %, 28.2 % respectivamente, y 188 hombres (5.1 %) se quejaron solo de deseo sexual bajo (36).

Secundarias a la relación de pareja. Conflictos de pareja; disputas continuas (violencia psicológica); una disfunción sexual de la pareja; cambios físicos, psicológicos o estéticos en uno de los miembros que inhiben el deseo del otro; y el alcoholismo o el consumo de otras sustancias de abuso por parte de la pareja, pueden provocar episodios de celos y agresiones (violencia psicológica y física), con repercusión sobre el deseo (32). Para los hombres, se recoge la infidelidad de la pareja (11).

Rubén Hernández describe la monotonía en parejas de larga duración que están satisfechas con su vida matrimonial, pero se quejan de que no desean ejercer la función sexual («Siempre es lo mismo») (37).

Para los problemas diádicos, toma supremacía la intimidad. El doctor Cabello considera el déficit de comunicación como uno de los conflictos más frecuentes (5). La experiencia de las autoras ubica, como causa de inapetencia sexual, el silencio en la comunicación erótica. Muchas parejas sostienen que su comunicación es satisfactoria, porque comparten los problemas relacionados con la familia y diseñan juntos sus proyectos de vida. Sin embargo, no se comunican las preferencias sexuales, las zonas de mayor erotismo, sus fantasías o, contrariamente, lo que no prefieren; asumen la falsa creencia de «la adivinación» («Si me ama, mi pareja tiene que adivinar lo que me gusta»).

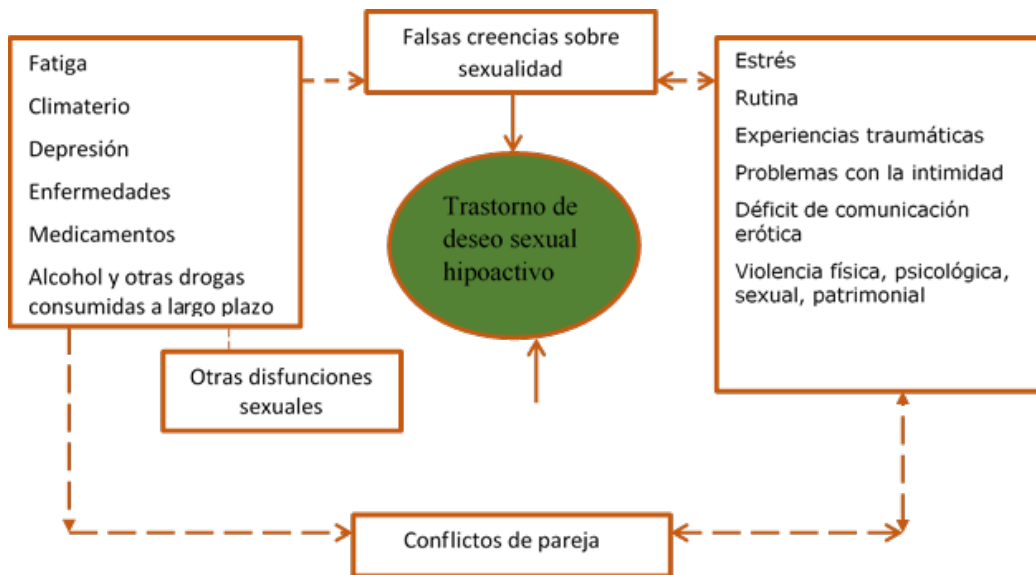
Entre las investigaciones que confirman el déficit de intimidad como causa de deseo sexual bajo, está la de prevalencia de deseo sexual hipoactivo femenino en Colombia: la insatisfacción con la cercanía emocional de la pareja arroja una relación estadísticamente significativa dentro de los factores asociados (9).

Un estudio estadounidense incluye 33 parejas heterosexuales que informan, como factores reductores del deseo, el conflicto de pareja y la focalización de la atención en los niños (38).

Lachar considera que el deseo sexual masculino parece independiente de los conflictos diádicos (39). En contraposición, Carvalho y Nobre efectúan una investigación con 205 hombres y 237 mujeres de la población portuguesa, y los dividen en dos grupos: uno con deseo sexual débil y otro con deseo elevado. En la exploración del ajuste diádico, el resultado indica que los participantes con deseo elevado, para ambos géneros, logran significativamente un mayor consenso diádico de cohesión, satisfacción y afecto, lo cual sugiere que hombres y mujeres evalúan de manera similar su dinámica relacional (40).

La figura 2 muestra una integración de los factores etiológicos para el TDSH.

FIGURA 2. RESUMEN DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS
PARA EL TDSH FEMENINO Y MASCULINO.



Existe gran número de casos en los que no se encuentra una hipótesis explicativa y casi siempre se presentan como deseos hipoactivos primarios, lo cual induce a pensar en la existencia de individuos que constitucionalmente tienen un deseo sexual más bajo que el correspondiente a la mayoría de las personas de su género y edad para su formación sociocultural. Ese sería para ellas/os su deseo sexual normal; además, ese supuesto «bajo deseo» no les genera angustia.

Una posible explicación para algunos TDSH primarios es la existencia de sucesos traumáticos anteriores a su capacidad de recordar y/o tan intensos que, como mecanismo de defensa, son depositados en el olvido (disociación); estas ideas no tienen soporte en la evidencia (5).

Caracterización clínica

Se manifiesta tanto para hombres como mujeres por ausencia de fantasías sexuales, falta de interés por iniciar la actividad sexual en pareja o de forma individual, y poca receptividad a las insinuaciones de la pareja al encuentro erótico, aunque a veces termine por ceder para no dificultar en exceso la convivencia (41).

Las mujeres generalmente acuden presionadas por la pareja, por temor a perderla o porque ella «es diferente» a la normativa social (42). En los hombres puede descubrirse en la entrevista al evaluar otra disfunción sexual. En ellos la presencia simultánea de tres síntomas (deseo sexual bajo, decremento en las erecciones matinales y disfunción eréctil) es predictor potente de disminución de la testosterona (43).

Es habitual que la falta de deseo afecte la lubricación en la mujer y viceversa; la sequedad vaginal afecta el deseo, aunque algunas personas con TDSH conservan relativamente intacta su capacidad de respuesta sexual (26).

Desde el punto de vista clínico, los problemas acusados son por trastornos de la receptividad. La repetición de la no aceptación de la actividad sexual suele ser tomada por el cónyuge como rechazo, y al mismo tiempo la persona no receptiva se abruma por sentimientos de culpabilidad (26). Cuando el varón no parece interesarse en la actividad sexual, resulta más grave por la construcción social de la masculinidad.

La falta de receptividad determina en el miembro de la pareja con deseo adecuado la sobredimensión de su deseo y llega a preocuparse por sus pensamientos o

fantasías sexuales; el miembro con bajo deseo se siente abrumado/a por la alta demanda, y el deseo sexual le desciende aún más, llegando a la evasión (26).

El signo cardinal del deseo sexual inhibido es la baja frecuencia de la actividad sexual (44); dicho síntoma puede también ser expresión de aversión sexual. El bajo deseo sexual puede acompañarse de evitación de la actividad sexual y alcanzar la categoría de aversión, pero la aversión sexual puede existir *per se*. Resulta necesaria la diferenciación entre ambos trastornos. La aversión sexual es una fobia: existe una evitación activa del contacto sexual con la pareja y se acompaña de ansiedad extrema; puede existir deseo, pero el rechazo hacia la conducta sexual conduce a la evitación y la angustia, rehuendo cualquier contacto erótico.

Existen pacientes que tienen deseo, pero rechazan la actividad sexual por fobias sexuales concretas, como asco al semen, al olor de los genitales, al desnudo u otras. La presión de la pareja facilita la evitación sexual y que el sujeto pierda el deseo (45).

Otro trastorno a diferenciar del deseo sexual hipoactivo es la incompatibilidad de la frecuencia sexual (discronaxia): uno de los miembros de la pareja tiene una frecuencia sexual alta y el otro una frecuencia baja (37); la baja frecuencia no es expresión de un deseo sexual bajo, sino su deseo sexual constitucional.

Por último, ha de tenerse presente que el deseo sexual bajo, generalmente primario, en un hombre puede presentarse como motivo de consulta en los trastornos parafilicos.

Evaluación

I. Confección de la historia clínica, en la que no deben faltar los aspectos siguientes:

1. Indagar cómo identifica que tiene deseo sexual.
 2. Sobre la frecuencia sexual en pareja o por autoerotismo, indagar:
 - la actual,
 - la real con que siente el deseo de tener actividad sexual,
 - la ideal que desearía alcanzar.
 3. Investigar los pensamientos antes, durante, terminada la actividad sexual y después que pasa un tiempo sin tenerla.
 4. Preguntar si, cuando se percata de la proximidad de la actividad sexual, tiene sensación de miedo o la evade.
 5. Precisar la existencia de lubricación/erección, orgasmo/eyaculación y dolor durante la actividad sexual.
 6. Investigar la posible causa atribuible por la persona para su déficit de deseo sexual.
 7. Identificar algún tipo de actividad o fantasía sexual que, en su opinión, le inhibe el deseo sexual o se lo incrementa.
 8. Indagar con cautela la atracción erótica hacia la pareja.
 9. Analizar la reacción de su pareja ante la falta de receptividad para la actividad sexual.
-

II. Exámenes complementarios

Exámenes indispensables: hemograma completo, glicemia, colesterol, triglicéridos, urea, creatinina y electrocardiograma.

Testosterona total, rango normal en las mujeres 0.9-4.5 nmol/l; para los hombres, 9-38 nmol/l. La ideal a indicar para evaluar el TDSH, es la testosterona libre; en Cuba se llega a esta a partir de un cálculo de conversión de la testosterona total.

Prolactina, rango normal para las mujeres 105-700 MUI/l; en los hombres, 70-490 MUI/l. Los valores ofrecidos son los del laboratorio del Instituto Nacional de Endocrinología. Se recuerda que cada laboratorio tiene sus propios valores de referencia.

III. Cuestionarios

En Cuba se aplica, sin validación, el Índice de Función Sexual Femenina, que dispone de dos dominios para evaluar el deseo sexual.

El recomendado a nivel internacional es Women's Sexual Interest Diagnostic Interview-Short Form (WSID-SF) y el registro diario de actividades sexuales para mujeres posmenopáusicas con TDSH, ambos desarrollados por Derogatis y colaboradores (46).

Para los hombres, el Índice Internacional de Función Eréctil tiene dos dominios para evaluar el deseo sexual.

IV. Autorregistros

Son útiles para el proceso terapéutico. Deben registrar la frecuencia de las fantasías eróticas a través de una lista de los estímulos que favorecen la puesta en marcha de la motivación para el inicio de un encuentro erótico y de las situaciones que provocan rechazo. También deben registrar los pensamientos previos, durante y después de un contacto erótico (5).

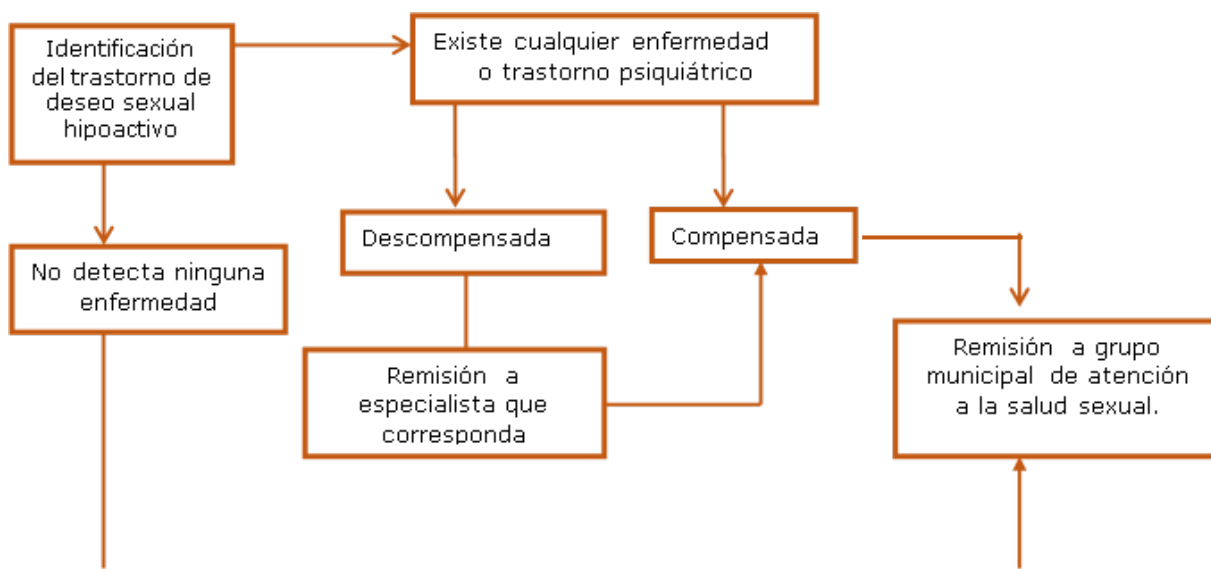
Tratamiento

A nivel comunitario, en el consultorio de medicina general integral

Educación integral de la sexualidad. Instruir en cuanto a la respuesta sexual y sus modificaciones en las diferentes etapas de la vida y la variabilidad del deseo sexual de persona a persona y en una misma persona en diferentes momentos. Según el caso, explicar los cambios de la respuesta sexual debido a enfermedades, fármacos y drogas.

Identificar el trastorno y, si existe una enfermedad descompensada, debe compensarla y remitir a la persona al grupo municipal de atención a la salud sexual.

FIGURA 3. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A NIVEL DEL MÉDICO DE LA FAMILIA.



Recomendaciones terapéuticas para los grupos municipales, provinciales y nacional de atención a la salud sexual

Orientaciones generales

- Reindagar sobre enfermedades médicas y consumo de alguno de los fármacos que afectan el deseo sexual; si se consumen, valorar su sustitución previa y evaluar riesgo/beneficio.
- Retomar la educación integral de la sexualidad; búsqueda y eliminación de creencias erróneas.
- Determinar la motivación existente antes de dar inicio a cualquier terapéutica. La persona debe mostrarse interesada en lograr un cambio de actitud hacia la sexualidad (11), pues en muchos casos acude por presión de la pareja.

Tratamiento sexológico

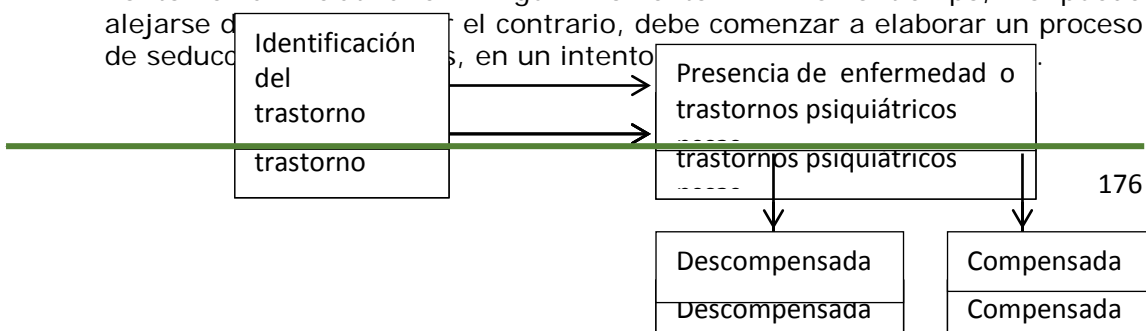
Centrar la terapéutica en la relación, en lugar de señalar a uno de los miembros como el «enfermo» y al otro como el sano (26).

Si existe un gran deterioro en la relación de pareja, obviar la terapia sexual y entrar en terapia de pareja (5).

Deseo sexual hipoactivo de corta duración sin componentes aversivos

El modelo que se expone a continuación, es el del Instituto Andaluz de Sexología (5,47), con ajustes efectuados por las autoras. Está descrito para mujeres por ser el grupo poblacional en que predomina el trastorno, pero en términos generales puede aplicarse a los hombres.

- Conseguir que el miembro de la pareja con más deseo deje de presionar y no tome la iniciativa en ningún momento. Al mismo tiempo, no puede alejarse de la relación, sino que, por el contrario, debe comenzar a elaborar un proceso de seducción, en un intento de...



- Favorecer los inductores del deseo: utilización de lecturas, películas o cualquier otro tipo de material erótico, con el fin de fortificar las fantasías sexuales, tareas indicadas con una frecuencia diaria. La pornografía es mejor acogida por los hombres que por las mujeres; su observación puede ser por un tiempo de solo cinco minutos. Su indicación necesita de una anamnesis cuidadosa, en búsqueda de vulnerabilidad a los trastornos parafilicos; en estos casos no debe indicarse.

La potencialización de las fantasías sexuales es el aspecto central de la terapéutica. Para favorecer su establecimiento, se recomienda la técnica de la fantasía sexual seriada de Bianco (48) (ver anexo 2), que puede adaptarse según las características particulares de cada caso.

- Indicar maniobras de autoestimulación diarias o en días alternos según el caso, con la utilización de fantasías, para coger un ritmo sexual adecuado y periódico.
- Una vez que la persona se masturba con regularidad y de forma placentera, se puede indicar el recondicionamiento orgásmico: autoestimulación con una fantasía erótica cualquiera, que justo antes de llegar al orgasmo se traslada a una fantasía con la propia pareja (47).
- En pareja se introduce la focalización sensorial I. Consiste en acariciar todo el cuerpo sin tocar los genitales. La iniciativa será de la persona con menor grado de deseo (salvo que entre los dos miembros de la pareja pacten otra cosa), con una frecuencia mínima de tres veces en la semana.
- El paso siguiente, si no ha surgido ningún problema, será la instauración de la focalización sensorial II (caricias a todo el cuerpo con la inclusión de los genitales), mientras se sigue la práctica individual del recondicionamiento orgásmico (47).
- Si durante todo este tiempo la comunicación ha mejorado y la persona con más deseo ya no presiona a la pareja, pasar a las relaciones sexuales libres. Puede mantenerse el recondicionamiento orgásmico, con una menor frecuencia que la inicial. Se recomienda desarrollar la actividad sexual en diferentes escenarios.
- Aconsejar que se establezca un ritmo más o menos estable de relaciones sexuales para crear un hábito. Además, programar distintas actividades eróticas que no terminen con el coito; así se acostumbra y entrena a la pareja con más deseo, en el sentido de que no siempre los estímulos eróticos tienen que finalizar en penetración.

Trastorno de deseo sexual hipoactivo de larga evolución

En el TDSH de larga evolución o en cualquiera de las distintas formas de presentación en que exista un fuerte componente de evitación, el tratamiento seguirá los pasos siguientes (5):

- Información sobre sexualidad en general, para eliminar creencias erróneas. Es fundamental el trabajo con los pensamientos negativos acerca de la sexualidad.
 - Terapia de pareja centrada en el intercambio de conductas agradables y generación de un adecuado nivel de intimidad.
-

- Desensibilización sistemática en vivo, a través del entrenamiento en acercamiento progresivo y/o desensibilización sistemática en la imaginación.

Al mismo tiempo, según los casos, se puede administrar alprazolam. Una vez que ceda la ansiedad a las situaciones eróticas, se procederá a estimular los inductores externos del deseo (material erótico para desarrollar fantasías sexuales) y se continuará con similar terapéutica a la empleada para el TDSH de corta duración.

Para mejorar la comunicación de pareja, lo cual a veces es la base del problema, se ha empleado la terapia cognitivo-conductual (TCC) con alta efectividad. La TCC se basa en identificar aquellas conductas que tienen un efecto negativo en los pensamientos y las emociones, los cuales son monitoreados, cambiados y reemplazados a través de ejercicios cognitivos y tareas para la casa (23).

Para mejorar la comunicación diádica, se recomienda la técnica de la copa sexual (ver anexo 3) (48), con la no utilización de papeles de color rosado para la mujer y azul para el hombre, porque acentúa el binarismo de género.

En ocasiones existen conflictos inconscientes o no resueltos; para estos casos es necesario emplear técnicas de corte psicoanalítico.

En la atención a parejas del mismo sexo, el terapeuta está obligado a practicar sin discriminación. A continuación se ofrecen características relacionales de estas parejas a tener en cuenta para su abordaje terapéutico (12):

- las parejas del mismo sexo pueden no negociar desde expectativas de roles antagónicos;
- tienden a tener una variedad de repertorio sexual más amplio que las heterosexuales;
- el terapeuta sexual tiene que negociar con una sexualidad no centrada en la penetración.

Tratamiento farmacológico

Compuestos hormonales

Solo deben indicarse por los/las especialistas de Endocrinología. Lo normado en la literatura sexológica es lo siguiente:

- La terapia de sustitución con andrógenos se puede realizar a través de distintas vías. En Cuba a los hombres con hipogonadismo de inicio tardío se les indica enantato de testosterona (100 mg), un ampulla cada 21 días.
- Para las mujeres, la vía recomendada es la transdérmica, porque ofrece mayor seguridad en cuanto al perfil lipídico y a los posibles efectos a nivel hepático. Existe un parche denominado Intrinsa (Procter and Gamble), que libera 300 microgramos de testosterona (5), pero no se comercializa en nuestro país.
- En mujeres posmenopáusicas con falta de deseo sexual, fatiga crónica y malestar general es conveniente evaluar la concentración de estrógenos; si es excesivamente baja, se han de considerar los beneficios y riesgos de la terapia hormonal sustitutiva (THS). En ciertos casos, se asocian los andrógenos a la THS, previa comprobación de su déficit (32).

Criterios para indicar terapia sustitutiva con andrógenos en mujeres (5):

- Sexualidad adecuada previa a la disminución de andrógenos. En caso de menopausia, se debe evaluar cómo fue la sexualidad anterior, porque, si la respuesta no era buena, es impensable que vaya a mejorar.
-

- Parejas de corta relación.
- Parejas con buena relación.
- Cuando en la historia psicosexual se pone de manifiesto que la mujer le tiene asco al sexo, no ansiedad anticipatoria.

Psicofármaco recomendado no existente en el mercado cubano

La flibanserina es el único fármaco aprobado para el TDSH por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos en diciembre de 2015 para mujeres premenopáusicas, de 18 años o más y con ciclos menstruales regulares. Es agonista de los receptores serotoninérgicos posinápticos 5HT_{1A} y antagonista de los 5HT_{2A} (49). Se ha obtenido resultado aceptable en los ensayos clínicos, con una mejoría en 50 % de las mujeres con 100 mg diarios una vez al día al acostarse, frente a placebo (30.3 %), de una muestra de 290 mujeres norteamericanas (50). La dosis óptima de 100 mg/día ha sido corroborada recientemente por los ensayos de DAISY (51) y BEGONIA (52).

Los efectos adversos reportados son: vértigo, fatiga, insomnio, vómitos y sequedad de la boca. Debe evitarse su uso en personas que consuman ketoconazol, contraceptivos orales, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y adrenalina. Está contraindicado bajo el consumo de alcohol, en la insuficiencia hepática y durante la lactancia materna (49).

Psicofármaco utilizado de manera inespecífica

El bupropión, antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina y noradrenalina, ha resultado eficaz en el tratamiento del deseo inhibido secundario al uso de ISRS. En una investigación se estudia con resonancia magnética la respuesta cerebral de 18 hombres sanos heterosexuales bajo el efecto de la paroxetina (20 mg) y el bupropión (150 mg). Concluyen que la mayor parte de la activación evocada por películas eróticas se redujo bajo el efecto de la paroxetina, pero no bajo el bupropión (53).

Otros fármacos

Entre los fármacos que potencian la fase de excitación, bajo el supuesto de una activación secundaria del deseo, sin el resultado esperado, pueden citarse el sildenafil y la fentolamina.

El bremelanotide (PT-141) (un péptido sintético, análogo de la hormona alfa estimulante de los melanocitos, agonista de los receptores MC_{3R} and MC_{4R}), se ha utilizado para la disfunción eréctil en los hombres y el trastorno de excitación de las mujeres, en dosis de 20 mg por vía intranasal. Las mujeres reportan una mayor satisfacción con sus niveles de excitación sexual, sin cambios significativos en la vasocongestión vaginal y un deseo sexual de alto a moderado en comparación con el placebo (54).

La combinación de fármacos que mejoren el deseo sexual y la excitación, y terapia sexual constituye probablemente el futuro del tratamiento para el TDSH.

Referencias bibliográficas

1. McCabe M, Sharlip D, Atalla E, Balon R, et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: A consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13:135-43.

2. De Rogatis L, Rosen RC, Goldstein I, Werneburg B, et al. Characterization of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in men. *J Sex Med* [serie en Internet]. Mar 2012 [citado 2016 Abr 22];9(3):[aprox 8 p.]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1743609515338947/1-s2.0-S1743609515338947-main.pdf?_tid=6fafd232-08dc-11e6-baa1-00000aab0f6c&acdnat=1461365534_a8d37a88539cce8b892e7c9f2bffb98b
3. American Psychiatric Association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5tm. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association; 2013.
4. Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, et al. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal. *J Sex Med* [serie en Internet]. 2005 May [citado 2016 Feb 25];2(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16422860>
5. Cabello F. Manual de sexología y terapia sexual. Madrid: Síntesis; 2010.
6. Basson R. Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *CMAJ* [serie en Internet]. 2005 May [citado 2016 feb 25];172(10):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC557105/>
7. Kingsberg S. Trastorno de deseo sexual hipoactivo: comprensión del efecto en las mujeres de mediana edad. *Revista del Climaterio* [serie en Internet]. 2011 Jul [citado 4 Feb 2016];14(83):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=66961361&lang=es&site=eds-live>
8. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, et al. Sexual problems and distress in United States women: Prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. 2008;112(5):970-73.
9. Raigosa-Londoño G, Cecilia Echeverri-Ramírez M. Prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo en mujeres colombianas y factores asociados. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [serie en Internet]. 2012 Abr [citado 4 Feb 2016];63(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=82899486&lang=es&site=eds-live>
10. Real Cansio RM. Estudio epidemiológico de la disfunción sexual femenina. Asociación con otras enfermedades y factores de riesgo [tesis doctoral]. Ciudad de La Habana: Hospital Hermanos Ameijeiras; 2010.
11. Corona G, Trípodí F, Reisman J, Maggi M. Male hypoactive sexual desire disorder. In: *The EFS and EESM Syllabus of Clinical Sexology*. Amsterdam: Medix Publishers; 2016. p. 532-55.
12. Rossi R, Dean J. Sexual orientation. In: *The EFS and EESM Syllabus of Clinical Sexology*. EESM Educational Committee. Amsterdam: Medix Publishers; 2016. p. 287-91.
13. Lau JTF, Kim JH, Tsui HY. Prevalence and sociocultural predictors of sexual dysfunction among Chinese men who have sex with men in Hong Kong. *J Sex Med* [serie en Internet]. 2008 [citado 16 Ago 2016];12(5):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2008.00892.x/pdf>
14. Latif E, Diamond M. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertil Steril*. 2013 Oct [citado 2016 Abr 22];100(4).

-
15. Valdés Vázquez MC, Hernández Esterlin Y, Galvañ Peguero MM, Rodríguez Prieto YM. Mujer posmenopáusica. ¿Fin de la vida sexual? Rev Haban Cienc Méd [serie en Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Mar 11];12(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n2/rhcm13213.pdf>
 16. Heredia HB, Lugones BM. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2007 Dic [citado 2016 Mar 26];33(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v33n3/gin09307.pdf>
 17. Jiménez CMC, Enríquez DB, Puentes RE. Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2010 Abr-Jun [citado 2016 Mar 11];16(1):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n2/gin14210.pdf>
 18. González RY, Maceo CT, Navarro DD, Domínguez AE. Respuesta sexual en mujeres de edad mediana trabajadoras de la salud. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2011 [citado 2016 Mar 11];22(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v22n2/end07211.pdf>
 19. Lejeune H, Huyghe E, Droupy S. Hypoactive sexual desire and testosterone deficiency in men. Progrès en Urologie. 2013;23:621-8.
 20. Castelo EL, Machado PMC. Algunas consideraciones sobre el síndrome de PADAM. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2006 Ago [citado 2016 Mar 14];17(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v17n2/end06206.pdf>
 21. Castro LA, Geromel DLM, Villela MM. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. Cad Saúde Pública [serie en Internet]. 2013 Aug [citado 2016 Mar 26];29(8):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a07.pdf>
 22. Balestena SJM, Fernández HB, Sanabria NG, Fernández AR. Percepción de la mujer gestante sobre su función sexual. Rev Ciencias Médicas [serie en Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Mar 26];18(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300002&lng=es
 23. Kirana PS. Hypoactive sexual desire disorder in women. In: The EFS and EESM Syllabus of Clinical Sexology. Amsterdam: Medix Publishers; 2016. p. 287-91.
 24. Morin CG, Pérez VR, Sáez CK. Función sexual femenina durante el período posparto. Rev Obstet Ginecol Venez [serie en Internet]. 2013 Sep [citado 2016 Abr 11];73(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art05.pdf>
 25. Abreu MM, Sánchez MN, Piloto MM. Climaterio posquirúrgico. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2001 Ago [citado 2016 Mar 26];27(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v27n2/gin02201.pdf>
 26. Kolodny CR, Masters HW, Johnson EV. Tratado de medicina sexual. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985.
 27. Agramonte MA, Navarro DD, Domínguez AE. Menopausia, diabetes mellitus: Efecto sobre la sexualidad de la mujer de edad mediana. Rev Col
-

-
- Menopausia [serie en Internet]. 2004 [citado 2016 Mar 12];11(1):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vm-111/meno11105-menopausia/>
28. Real CRM. Disfunción sexual en hombres y mujeres con diabetes mellitus. Consenso sobre Salud Sexual y Diabetes Mellitus. Hotel Habana Libre; 2015 Sep 11; La Habana, Cuba.
29. Rubio-Aurioles E, Trinity JB. Standard operational procedures for low sexual desire in men. *J Sex Med* [serie en Internet]. 2013 [citado 2016 Abr 22];10:[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609515301211>
30. Dios BE de, Pérez N, Batista A. Alcohol contra sexualidad. Aspectos biológicos y psicosociales en el consumo agudo, a largo plazo y prenatal. *Rev Hosp Psiquiatr Hab* [serie en Internet]. 2011;8(1):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0111/hph10111.html>
31. Díaz-Morfa J. El paciente esquizofrénico y su sexualidad: conductas y trastornos. *Psiquiatr Biol* [serie en Internet]. 2006 [citado 2016 Abr 22];3(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-el-paciente-esquizofrenico-su-sexualidad-13085382>
32. Sánchez F. Deseo sexual hipoactivo femenino: una propuesta de intervención médica. *Rev Int Androl* [serie en Internet]. 2010 Enero-Mar [citado 2016 Feb 22]; 8(1):[aprox. 4p.] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698031X10700054>
33. Cabello Santamaría F. Aspectos psicosociales del manejo de la disfunción eréctil: hábitos tóxicos y estilo de vida. La pareja en la disfunción eréctil. Psicoterapia y terapia de pareja. *Arch Esp Urol* [serie en Internet]. 2010 Oct [citado 2016 Abr 22];63(8):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n8/16.pdf>
34. Carvalho J, Nobre P. Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: Testing an integrative model. *J Sex Med* [serie en Internet]. 2011 Mar [citado 2016 Abr 22];8(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://ac.elscdn.com/S1743609515334330/1-s2.0-S1743609515334330main.pdf?_tid=6dbbfe80-08da-11e6-bc6a0000a0ab0f02&acdnat=1461364671_8e0862b7fdc8f07527ed375695e5da8d
35. Buster John E. Managing female sexual dysfunction. *Fertility and Sterility* [serie en Internet]. 2013 Oct [citado 2016 Abr 22];100(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.fertstert.org/article/S0015-0282%2813%2902988-9/pdf>
36. Corona G, Rastrelli G, Ricca V, Jannini EA, et al. Risk factors associated with primary and secondary. Reduced libido in male patients with sexual dysfunction. *J Sex Med* [serie en Internet]. 2013 [citado 2016 Abr 22];10:[aprox. 15p.]. Disponible en: http://ac.elscdn.com/S1743609515303258/1-s2.0-S1743609515303258-main.pdf?_tid=fa7a52b4-08d4-11e6-8244-00000aacb35f&acdnat=1461362331_05292b1e0348e4f8785d77b32d120a6
-

-
37. Asociación Mundial de Sexología Médica y Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual. Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología. 2a ed. Caracas: Editorial CIPV; 2010.
 38. Cunha FL, Fraenkel P, Narciso I, Novo R. Is committed desire intentional? A qualitative exploration of sexual desire and differentiation of self in couples. *Family Process*. 2015 Jun;54(2):308-26.
 39. Lahar C, Lachar F, Jarraya A. Sexual desire in Tunisian conjugal couple: Particularities and maintenance factors. *Ann Med Psychol*. 2006;164:402-9.
 40. Carvalho J, Nobre P. Différences de genre et désir sexual. Comment les facteurs émotionnels et relationnels déterminent-ils le désir sexuel selon le genre? *Sexologies*. 2011;20:235-40.
 41. Masters HW, Johnson EV, Kolodny CR. La sexualidad humana. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1987.
 42. Cour F, Bonierbale M. Troubles du désir sexuel féminin. *Progr Urol* [serie en Internet]. 2013 [citado 2016 Abr 22];23(9):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/troubles-du-desir-sexuel-feminin.html>
 43. Corona G, Isidori A, Aversa A, Burnett A, et al. Endocrinologic control of men's sexual desires and arousal/erection. *J Sex Med*. 2016;13(3):317-37.
 44. Kaplan H. Trastornos del deseo sexual: nuevas ideas y técnicas de terapia sexual. 3a ed. Barcelona: Grijalbo; 1982.
 45. Cabello SF, Lucas MM. Manual médico de terapia sexual. Madrid: Psimática; 2002.
 46. DeRogatis LR, Allgood A, Auerbach P, Eubank D, et al. Validation of a Women's Sexual Interest Diagnostic Interview-Short Form (WSID-SF) and a Daily Log of Sexual Activities (DLSA) in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med* [serie en Internet]. 2010 Feb [citado 2016 May 9];7(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3154102>
 47. Cabello SF. Tratamiento del deseo sexual hipoactivo de la mujer. *Rev Int Androl* [serie en Internet]. 2007 Ene [citado 2016 May 9];5(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-tratamiento-del-deseo-sexual-hipoactivo-13100739>
 48. Bianco Colmenares F. Manual de técnicas sexuales. Caracas: CIPV; 2010.
 49. San JH, Kim TH, Kim SA. Flibanserin for treating hypoactive sexual desire disorder. *J Menopausal Med* [serie en Internet]. 2016 Apr [citado 2016 May 9];22(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4854663/pdf/jmm-22-9.pdf>
 50. Derogatis LR, Komer L, Katz M, Moreau M, et al. Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: Efficacy of flibanserin in the VIOLET Study. *J Sex Med* [serie en Internet]. 2012 Apr [citado 2016 May 9];9(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22248038>
 51. Thorp J, Simon J, Dattani D, Taylor L, et al. Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: Efficacy of flibanserin in the DAISY study. *J Sex Med* [serie en Internet]. 2012 Mar [citado 2016 May
-

- 9];9(3). Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22239862?dopt=Abstract>
52. Katz M, DeRogatis LR, Ackerman R, Hedges P, et al. Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: Results from the BEGONIA trial. *J Sex Med* [serie en Internet]. 2013 Jul [citado 2016 May 9];10(7):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23672269>
53. Ablner B, Seeringer A, Hartmann A, Grön G, et al. Neural correlates of antidepressant-related sexual dysfunction: A placebo-controlled fMRI study on healthy males under subchronic paroxetine and bupropion. *Neuropsychopharmacology* [serie en Internet]. 2011 Aug [citado 2016 May 12];36(9):[aprox. 11 p.]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3154102/pdf/npp201166a.pdf>
54. Diamond LE, Earle DC, Heiman JR, Rosen RC, et al. An effect on the subjective sexual response in premenopausal women with sexual arousal disorder by bremelanotide (PT-141), a melanocortin receptor agonist. *J Sex Med* [serie en Internet]. 2006 [citado 2016 May 17];3(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-16839319>

Fecha de recepción de original 18 de septiembre de 2016
Fecha de aprobación para su publicación 10 de diciembre de 2016

Anexos

Anexo 1

TABLA 1. FÁRMACOS MÁS FRECUENTES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO.

<i>Tipos</i>	<i>Fármacos</i>
psicotrópicos	benzodiacepinas
	inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
	barbitúricos
	neurolépticos
	carbonato de litio
antiulcerosos	cimetidina
diuréticos	tiazídicos, clortalidona, esprinolactona
simpaticolíticos	reserpina, guanetidina, alfametildopa
cardiotónicos	digoxina
hipolipemiantes	clofibratos
antimicóticos	ketaconazol
antirreumáticos	colchicina
ortopirinas	metoclopramida, sulpiride
antagonistas del calcio	verapamilo
antiandrógenos	acetato de ciproterona

Anexo 2. Técnica de la fantasía sexual seriada

Metodología. El terapeuta le pide a la persona que elabore minuciosa y diariamente una fantasía sexual, de alrededor de un minuto de duración cada hora, desde las ocho de la mañana hasta las seis de la tarde, y que debe describir una a su pareja cada noche. La tarea se ejecutará durante un mes, con evaluación terapéutica semanal. Luego de este lapso, se realizarán dos fantasías sexuales tres veces al día (nueve de la mañana, una de la tarde y cuatro de la tarde), compartiendo una con su pareja cada noche. En dependencia de la evaluación terapéutica, la cual debe ser al menos quincenal, dichas fantasías se mantendrán en ejecución por una cantidad de semanas o meses adicionales a criterio del terapeuta.

Antes de ejecutar esta técnica la persona debe llevar un registro, durante una semana, de las veces que durante el día siente deseos de ejercer la función sexual sola/o o acompañada/o. Durante la realización de la técnica llevará un registro de las veces que siente deseos de ejercer la función sexual y de las veces que la realizó (sola/o, acompañada/o).

Evaluación. En dependencia de la frecuencia sexual observada en el registro del paciente, se realizarán los ajustes necesarios a la técnica.

Anexo 3. Técnica de la copa sexual

Metodología. El terapeuta instruye que cada miembro de la pareja escriba treinta actividades sexuales que desee que su pareja le realice, en treinta pequeñas hojas de papel. Se le da algunos días a la pareja para cumplir la tarea. Al traerlas al consultorio se examinarán y aprobarán por el terapeuta, quien procederá a doblarlas y entregarlas a la pareja, solicitándole que, cuando lleguen a su casa, la depositen en una copa. Un miembro de la pareja utilizará papeles de color azul y el otro de color rosado, de acuerdo con la programación que realice el terapeuta. Uno de ellos tomará un papel rosado cuando le corresponda y procederá a realizar lo descrito en dicho papel. Lo mismo sucederá a quien tomara el correspondiente papel de color azul.

El terapeuta procederá a realizar la programación correspondiente a un mes, señalando qué día se tomará el papel rosado y qué día el papel azul.

Evaluación. El terapeuta recibe la información del cumplimiento del cronograma y ponderará la efectividad de la técnica. Puede hacer los ajustes necesarios.

Recomendaciones. El terapeuta debe hacer énfasis en que se deben cumplir los deseos expresados y escritos por cada miembro de la pareja.

Puede usarse cualquier color, ya que utilizar el color azul para el hombre y el rosado para la mujer refuerza el binarismo de género.

Ejemplo:

(Él)
Hoy deseo que me
bailes desnuda.

(Ella)
Hoy deseo que me
beses los pies.

Flujograma para la atención del trastorno de deseo sexual hipoactivo

