



Colegio Mexicano  
de Especialistas  
en Ginecología  
y Obstetricia

## 5. Disfunciones sexuales femeninas. Guía de práctica clínica

**Última búsqueda de la información:** diciembre 2014

**Elaboración:** octubre 2014

**Próxima actualización:** 2018

**Institución responsable:** Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia

### COORDINADOR DEL GRUPO

**Silverio Rodolfo Islas Cortés**

Ginecoobstetra certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, profesor adjunto al Departamento de Enseñanza de Posgrado en la especialidad de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Ángeles México.

### AUTORES

**Angélica Mancilla Amador**

Médica cirujana, Educador Sexual, Sexóloga Clínica, Terapeuta Psicoanalítica.

**Paloma de la Torre y Fernández**

Ginecoobstetra certificada por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, especialista en Laparoscopia y Colposcopia, adscrita al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ángeles del Pedregal, adjunta de Enseñanza de la residencia de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Ángeles del Pedregal, miembro activo de la ISSM (Internacional Society for Sexual Medicine).

### REVISORES INTERNOS

**Miriam Negrín Pérez**

Ginecoobstetra certificada por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, adscrita al servicio de Ginecología y Obstetricia y adjunta de Enseñanza de la residencia de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Ángeles del Pedregal, miembro activo de la ISSM (Internacional Society for Sexual Medicine).

**Silverio Rodolfo Islas Cortés**

### REVISORES EXTERNOS

**Sylvia Amelia Covián Villar**

Licenciada en Psicología clínica egresada de la Universidad de las Américas, educadora sexual por la Asociación Mexicana de Educación Sexual, terapeuta sexual adiestrada en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, educadora sexual, certificada por el Consejo de Calificación Profesional en Educación Sexual y Sexología y por The World Association for Sexology.

**Marina García Bravo**

Médica cirujana egresada de la UNAM, educadora sexual por la Asociación Mexicana de Educación Sexual con Certificación del Consejo de Calificación Profesional en Educación Sexual y Sexología (CAPSEX), especialización en Pediatría en el Hospital General de México, SS, psicoterapeuta de pareja en el Instituto Mexicano de la Pareja (AMETEP), especialista en terapia sexual por la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC), miembro de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología (FEMESS) y de la Organización Mundial para la Salud Sexual (WAS), presidenta de las comisiones de Ética e Investigación en AMSSAC.

**Antonieta Dorina Celis Trejo**

Médica cirujana egresada de la UNAM, especialista en sexología clínica y psicoterapia sexual por PSIAC, directora general de MédiSex, directora académica del Instituto para el Crecimiento y Desarrollo Profesional y consultora de Change Management, Profesora de postgrado en Sexualidad humana en la UNAM, ICDP, e INEMEC.

**Rosa Luz Acuña Rendón**

Médica cirujana egresada de la UNAM, educadora con estudios en sexualidad humana en el Consejo Nacional de Población (CONAPO), certificada por el Consejo de Calificación Profesional en Educación Sexual y Sexología (CAPSEX), conferencista, facili-

tadora y tallerista en diversos congresos nacionales e internacionales, miembro del Consejo Directivo de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología (FEMESS) y vicepresidenta de la Región II, miembro de la World Association of Sexual Health (WAS), representante regional y facilitadora de WAS en el Día Mundial de la Salud iniciado en 2010, catedrática en la maestría en Sexualidad Humana, Cises Xalapa.

#### ASESOR METODOLÓGICO

#### Héctor A Baptista González

Hematólogo certificado por el Consejo Mexicano de Hematología, maestría en Investigación Clínica, doctorado en Ciencias Químico Biológicas, Director de Investigación en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Fundación Clínica Médica Sur.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado. El financiamiento de esta *Guía de práctica clínica* fue totalmente cubierto por el COMOGO y los autores participantes.

### CONTENIDO

Resumen.....	83
Resumen de las recomendaciones.....	84
Introducción.....	84
Objetivos de la guía.....	88
Alcance de la guía.....	89
Material y métodos.....	89
Resultados.....	90
Recomendaciones.....	92
Referencias.....	98

#### RESUMEN

#### Disfunciones sexuales femeninas. Guía de práctica clínica

**Introducción:** las disfunciones sexuales femeninas llegan a afectar a 30% de las mujeres con vida sexual activa, situación que las convierte en un problema que debiera conside-

rarse de salud pública por sus efectos nocivos en la mujer, la pareja y la familia.

**Objetivo:** uniformar los criterios para el diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales.

**Material y métodos:** se conformó un grupo de expertos interesados en las disfunciones sexuales femeninas, con reconocimiento entre sus pares y líderes de opinión. Todos los participantes se capacitaron para uniformar la metodología de búsqueda de la información, estratificación, evaluación, estrategia de búsqueda electrónica en bases de datos, jerarquías en la evaluación de la evidencia científica, principios de elaboración de las guías de práctica clínica para, de esta forma, unificar criterios y disminuir la variabilidad en la búsqueda de información y su interpretación en la calidad de la evidencia científica con la estrategia GRADE y la adaptación al contexto local. Se seleccionaron las palabras clave o MeSH (Medical Subject Headings) en *PubMed* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>). Se establecieron las estrategias de búsqueda para las fuentes de información secundaria (guías de práctica clínica, metanálisis, revisiones sistemáticas) y de información primaria en bases electrónicas de datos y bibliografía gris accesible. Se obtuvo información en metabuscadores y se continuó la búsqueda en bases de datos electrónicas especializadas.

**Resultados:** se elaboraron tres preguntas clínicas estructuradas que permitieron emitir siete recomendaciones. El diseño metodológico de los estudios es de bajo a muy bajo nivel de calidad, lo que afecta la fuerza de las recomendaciones. Los estudios clínicos se orientan a evaluar el papel de las intervenciones farmacológicas en grupos selectos de mujeres.

**Conclusiones:** el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas no cumple con los estándares de confiabilidad. En el caso del diagnóstico la mayor parte de los reportes supone que las disfunciones sexuales femeninas son consecuencia de algún otro padecimiento, pero no existen estudios estadísticos que lo avalen de forma primaria.

**Palabras clave:** disfunción sexual, psicología, orgasmo, dispareunia y vaginismo.

**ABSTRACT**

**Female sexual dysfunctions. Clinical practice guideline**

**Introduction:** Female Sexual Dysfunctions (FSD) affects up to 30% of the sexually active women suffer them. This makes them into a problem that should be considered of public health, since they have a harmful effect on women, on couples, and could also affect the family.

**Objective:** To uniform the criteria for the diagnostic and treatment of female sexual dysfunctions.

**Material and methods:** An expert group joined by consensus established the relevant issues related to sexual dysfunctions, formulating relevant questions to integrate this guide. Search strategies for primary and secondary sources of information were established. Evidence and recommendations according to the GRADE scale was evaluated

**Results:** Three structured clinical questions were prepared that allowed issuing five recommendations. The methodology design in general goes from low to very low in its quality level which affects the strength of the recommendations. The clinical studies are oriented to assessing the role of pharmacologic interventions in selected groups of women.

**Conclusions:** The treatment of female alterations does not comply with the reliability standards; the vast majority of the revisions are theoretical analyses around the concept of female sexuality that are not supported by statistical data; even as they include bibliography, when the proper revision is made it becomes evident that again, they are conceptual analyses.

**Key words:** Sexual Dysfunction, Physiological, Sexual Dysfunction, Psychological, sexual desire, orgasm, dyspareunia, vaginismus. Dysfunction, Psychological, sexual desire, orgasm, dyspareunia, vaginismus.

**RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES**

1. Ante la falta de estudios clínicos con diseño adecuado para la comparación directa de la sexualidad femenina y la probable exclusión del diagnóstico y tratamiento de mujeres con

una queja sexual y que no se apeguen a los criterios del DSM V, es apropiado seguir usando la clasificación del DSM IV R. **Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil**

2. Realizar una historia clínica completa con antecedentes de la sexualidad y ginecológicos y cronología de la disfunción sexual. **Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil**

3. En la actualidad, a las mujeres perimenopáusicas no puede recomendárseles algún tratamiento que alivie las disfunciones sexuales. **Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil**

4. Hoy día, ningún medicamento ha reportado eficacia satisfactoria para tratar las disfunciones sexuales femeninas; por esto se requiere más investigación. **Nivel de evidencia baja. Recomendación débil**

5. En pacientes perimenopáusicas el reemplazo hormonal favorece la disminución de los síntomas del hipoestrogenismo, pero no de las disfunciones sexuales. La mejor recomendación dependerá de los valores y preferencias aplicables a cada paciente. **Nivel de evidencia moderada. Recomendación débil**

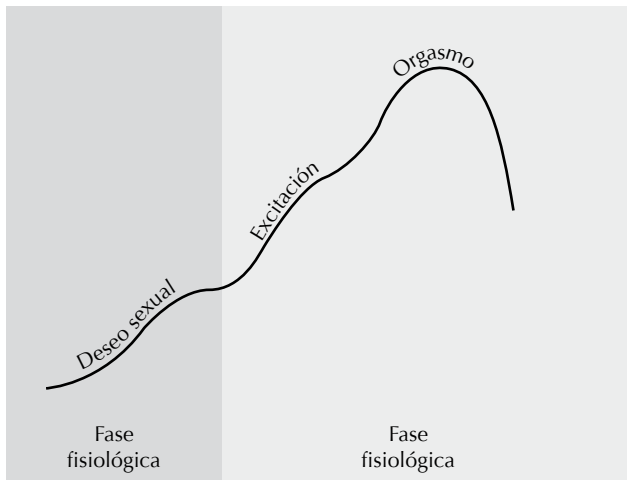
6. Para la clasificación de las disfunciones sexuales femeninas se sugiere utilizar el diagrama de Delgado, por su practicidad y claridad. La nueva clasificación aún requiere mayor evidencia. **Nivel de evidencia baja. Recomendación débil**

7. Los estudios revisados sugieren que la ansiedad en las relaciones sexuales es frecuente. **Nivel de evidencia baja. Recomendación débil**

**INTRODUCCIÓN**

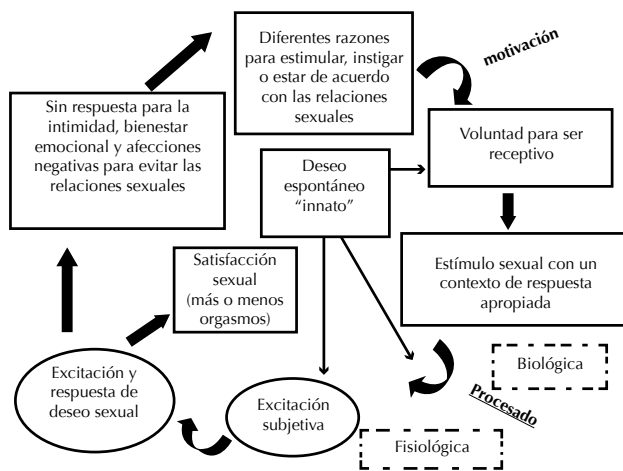
La conceptualización trifásica de la respuesta sexual humana se basa en tres conceptos básicos: deseo, excitación y orgasmo, y esto la hace lineal. (Figura 1) Se requiere la integridad de los órganos, aparatos y sistemas, por lo que una respuesta adecuada es multifactorial y multisistémica y la suma de factores biológicos, psicosexuales, educativos, del desarrollo personal, familiares, de pareja, etc.

En la actualidad, Basson (Figura 2) propone un modelo circular donde se considera al deseo y la excitación como una sola fase (DSM V).<sup>1,2</sup> Los estudios para esta modificación se basan en consensos de reunión de expertos. En un estudio con 500 mujeres de Estados Unidos y Europa<sup>3</sup> se



Kaplan H. La nueva terapia sexual: Tratamiento activo de las disfunciones sexuales, 2002

**Figura 1.** Conceptualización trifásica de la respuesta sexual humana de Kaplan<sup>4</sup>



**Figura 2.** Modelo circular de la respuesta sexual humana de Basson<sup>5</sup>

considera que la nueva clasificación del DSM V requiere mayor evidencia médica.

En los estudios de Basson que plantean la respuesta sexual femenina como circular se sugiere que las mujeres fusionan el deseo con la excitación y que la congestión genital poco influye en la posibilidad de tener una experiencia sexual. Sin embargo, al analizar sus artículos<sup>1,2,6,7,8</sup> se encuentra que estos se basan en la revisión de otros ensayos sin señalar

cuántos, ni alguna estadística que pueda utilizarse como evidencia; también se basa en la convención de expertos, pero cuando se investigan los artículos en los que se basan para cambiar el modelo de respuesta sexual femenina se tiene que, en primer lugar, las muestras son pequeñas, como se señala en el artículo<sup>5</sup> que consta de 47 mujeres con límites de edad de 26 y 63 años para mostrar la circularidad de la respuesta sexual femenina. Otro artículo que estudia a 31 mujeres con problemas de excitación, con 30 pacientes control, encontró que no existe diferencia significativa en fotopletismografía en ambos grupos.<sup>9</sup> Un artículo teórico concluye que la excitación sexual es algo más grande y más complejo que lo que anteriormente se centraban los médicos, que era el aumento del líquido de los capilares vaginales y de la lubricación.<sup>10</sup> En otro artículo se concluye que es necesario entender la sexualidad femenina no como una respuesta discreta, cuando existen problemas de deseo o excitación, o ambos, sino como una inhibición global de la respuesta sexual. En dos estudios con muestras de 50 pacientes que se compararon con una muestra control de 100 pacientes con disminución del deseo se valoraron las sensaciones y sentimientos subjetivos como: angustia, estado de ánimo y baja autoestima.<sup>11</sup> Existe un estudio efectuado con 987 pacientes en el que se encontró<sup>12</sup> la participación de mujeres estadounidenses de 20 a 65 años, que vivieron, al menos, seis meses en una relación heterosexual. La participación de la muestra fue de 53.1%, de estas 24.4% de las mujeres reportó marcada angustia en la relación sexual o de su propia sexualidad, o ambos; con esto concluyen que los criterios del DSMIV-R no encajan con los resultados, por lo que se hace necesario modificar los criterios y la propia clasificación. Los cambios en la clasificación se dieron en forma cualitativa. En otro rubro que podría mostrar una conceptualización contradictoria están los estudios revisados que siguen considerándose con la clasificación trifásica. La mayor parte de los tratamientos sugeridos investiga la posibilidad de incrementar el deseo; es decir, que aumente el número de veces que se anhela una actividad sexual.

En la tercera búsqueda de artículos que sirven de referencia para validar el cambio de concepto de las disfunciones sexuales femeninas se encontró que se dio una convención de 19 expertos del Consejo de la Función Sexual de la Salud de la Fundación Americana para Enfermedades Urológicas<sup>11</sup> del año 2000 que considera que los cambios para la conceptualización y clasificación de la disfuncio-

nes sexuales femeninas debe considerar dos elementos fundamentales para su diagnóstico y tratamiento, como: “la angustia personal” y que las mujeres no asocian la excitación congestiva con la excitación subjetiva y que el deseo sólo se experimenta después de experimentar estímulos sexuales. Recomiendan que todos los diagnósticos se acompañen de descripciones relacionadas con factores contextuales asociados como: angustia, problemas de pareja, depresión, etc.<sup>8</sup>

Entre los artículos en los que se basaron para los cambios al DSM IV-R está un estudio multicéntrico con 3,262 mujeres afroamericanas, caucásicas, chinas, hispanas y japonesas; con procesos menopáusicos, entre 42 y 52 años.<sup>13</sup> El 79% había tenido relaciones sexuales con una misma pareja en los últimos seis meses. Las razones más comunes para no tener relaciones sexuales fueron: falta de pareja (67%), falta de interés (33%) y fatiga (16%). Se observó una diferencia entre las mujeres caucásicas, japonesas y chinas quienes le dieron menos importancia a las actividades sexuales que las afroamericanas que consideraron al sexo como muy importante ( $p < 0.005$ ). Para la frecuencia de todas las prácticas se encontraron diferencias étnicas significativas. La perimenopausia sólo se asoció con mayor frecuencia de masturbación y dolor durante las relaciones sexuales.

Las disfunciones sexuales femeninas se consideran síndromes porque responden a múltiples manifestaciones como consecuencia de diferentes causas, por lo que ameritan que el diagnóstico y tratamiento sean multidisciplinarios. El ginecólogo está obligado a conocer esa nosología porque la frecuencia de estos padecimientos es muy alta, incluso en 30% en las mujeres con vida sexual activa. Esto lo convierte en un problema que debiera considerarse de salud pública al tener un efecto nocivo en la mujer, la pareja y la familia. La construcción de la sexualidad femenina está determinada por la identidad sexual y genérica, el erotismo y el ámbito reproductivo, así como la relación con el medio ambiente que incluye la relación con las demás personas.

Así, la alteración en cualquiera de estas áreas puede desencadenar disfunciones sexuales femeninas y si se altera algún sistema biológico se desencadena una problemática sexual. Es frecuente que cuando aparece alguna alteración en la respuesta sexual femenina, el desarrollo de la afección

se transforme en mixta (disfunciones sexuales femeninas: orgánica y no orgánica).

En lo que respecta a la prevalencia se encontró que en 46% de la población general<sup>14</sup> la disfunción sexual se asocia con la satisfacción sexual y marital deteriorada, deseo sexual hipoactivo (16%), trastornos orgásmicos (4%) y dispareunia (3%).

En un estudio efectuado en el 2005 en la Ciudad de México se encontró que el problema más frecuente en 23% eran las disrritmias, 22.6% deseo sexual hipoactivo, 21% inhibición del orgasmo, 18.4% dispareunia, 14.8% inhibición de la excitación y 9.1% vaginismo.<sup>15</sup>

### **Etiología y diagnóstico**

Para establecer el diagnóstico es necesario determinar las causas. Existen múltiples artículos que mencionan las causas, pero no puede determinarse la frecuencia con la que se establecen; los artículos revisados las mencionan, pero no se encontraron estudios que muestren una estadística confiable de si se trata de etiología orgánica, psicógena o mixta. Por esto se recomienda seguir un protocolo que como mínimo involucre el estudio orgánico, psicógeno, de pareja y sociocultural.

La única herramienta disponible para diagnosticar disfunciones sexuales femeninas es la evaluación clínica; porque no se cuenta con pruebas diagnósticas. El primer paso consiste en descartar una enfermedad orgánica asociada, como las metabólicas que alteran la respuesta sexual, los padecimientos hormonales, depresión, menopausia, embarazo y lactancia, padecimientos neuronales, trastornos psiquiátricos, abuso de alcohol, tabaquismo, otras sustancias psicoactivas, enfermedades autoinmunitarias, etc.<sup>16,17</sup>

Para establecer un diagnóstico y tener claridad de la etiología es necesario tomar en cuenta la aparición de disfunciones sexuales, como lo establece el DSM V. Para esto se contempla la dinámica de aparición y su comportamiento; de tal manera que hay que tomar en cuenta las siguientes tipificaciones:

### **Temporalidad**

- Primaria, cuando la disfunción ha coexistido durante toda la vida del individuo.

- Secundaria, cuando el problema aparece después de un periodo de funcionamiento normal.

**Situación**

- Global si la disfunción permanece en todas la circunstancias de vida del individuo.
- Parcial si se refiere al tipo de afectación de la funcionalidad (autoerotismo, coito).
- Selectiva si la disfunción aparece en determinadas circunstancias o parejas.<sup>18</sup>

Establecer estos parámetros ayuda a establecer el diagnóstico preciso porque una disfunción sexual en una circunstancia específica y en otras no será predominantemente psicogénica. Si es global obliga a pensar en un trastorno orgánico (Cuadro 2) como causa de la disfunción. Hay que tomar en cuenta que si para la paciente resulta no deseable, debe diagnosticarse como disfunción, aunque en nuestro esquema mental como individuos y como médicos no se trate de tal. Por ejemplo, si de manera cotidiana la paciente tenía deseos tres veces a la semana y en la actualidad le preocupa sentir deseo solo una vez a la semana, resulta indeseable para la paciente. Como médicos podemos considerar que está dentro del rango esperado.

En casos de disminución en la frecuencia de experimentar una actividad erótica no solo debe interrogarse la frecuencia de actividad sexual en pareja y cómo ha disminuido y desde cuándo, sino preguntar acerca de fantasías, autoerotismo (masturbación) y las variaciones que se han tenido, desde que la paciente identificó un cambio en el deseo. Incluso, es necesario preguntar si las relaciones sexuales se dan con la frecuencia de siempre, si son propiciadas por deseo sexual o por otras razones; por ejemplo, miedo a peleas de pareja, incapacidad para negarse, pensamientos y sentimientos de que es su obligación, etc.

Por lo que hace a la etiología, las causas pueden ser psicogénicas (Cuadro 1),<sup>19</sup> orgánicas (Cuadro 2) y mixtas. Después de un tiempo de coexistir suelen transformarse en disfunciones de origen orgánico en mixtas, porque la calidad de vida se afecta y da lugar a una problemática psicológica. Algunos padecimientos orgánicos que producen disfunciones sexuales femeninas se describen en el Cuadro 2.

**Cuadro 1.** Problemas que pueden contribuir a la etiología o el mantenimiento de la disfunción sexual femenina<sup>20,21</sup>

Características	Condiciones
Socioculturales	Desconocimiento de la propia anatomía y fisiología sexual, prejuicios, expectativas irreales, dificultad económica en la familia, nivel educativo bajo, etc.
De la relación con la pareja	Distanciamiento afectivo, resentimiento, aburrimiento, decepción, mala comunicación, terceras partes, etc.
Experiencias negativas	Abusos sexuales, relaciones insatisfactorias, etc.
Dificultades sexuales de la pareja	Incompetencia técnica, eyaculación rápida, disfunción eréctil, etc.
Intrapsíquicos	Depresión, ansiedad, estrés, fatiga, etc.; inadecuado desarrollo psicosexual; inadecuada educación sexual; desórdenes en la imagen corporal; estrategias sexuales inadecuadas.

**Cuadro 2.** Problemas médicos que pueden producir o agravar las disfunciones sexuales femeninas<sup>19,21-26</sup>

Trastornos médicos
<b>Trastornos físicos:</b> hormonales, metabólicos, neurológicos, cardiovasculares, menopausia, etc.
<b>Psiquiátricos:</b> depresión y antidepresivos, esquizofrenia, depresión posparto, abuso de sustancias (alcohol y opiáceos), ansiedad y tranquilizantes, antipsicóticos, trastornos alimentarios (anorexia, bulimia), alcoholismo, sustancias de abuso.
<b>Neurológicos:</b> accidentes cerebrovasculares, medicación anticonvulsiva, esclerosis múltiple, cefalea (migraña).
<b>Cardiovasculares:</b> cardiopatías, vasculopatía periférica.
<b>Reumatológicos:</b> artritis, fibromialgia, psoriasis.
<b>Nefrológicos:</b> insuficiencia renal terminal (diálisis).
<b>Urológicos:</b> uretritis, cistitis, incontinencia urinaria.
<b>Ginecológicos:</b> menopausia, anticonceptivos orales (±), insuficiencia androgénica, hiperandrogenismo (síndrome de ovario poliquístico), hiperprolactinemia, vestibulitis vulvar, vaginitis, patología uterina (miomas, endometriosis, prolapsos).
<b>Otros trastornos endocrinos:</b> diabetes, síndrome metabólico, trastornos tiroideos.
Secuelas traumáticas y quirúrgicas
<b>Ginecológicos</b> (ovariectomía, histerectomía (±), vulvectomía, episiotomía).
<b>Cirugía desfigurante:</b> mastectomía, ostomías.
<b>Traumatismos neurales:</b> lesiones meduloespinales, traumatismos pélvicos.

El Cuadro 1 muestra las diferentes patologías que pueden desencadenar una disfunción sexual femenina; la mayor parte de los artículos considera que, básicamente, alteran el deseo y la excitación. Sin embargo, los estudios existentes tienen inconsistencias que dificultan la comparación directa;<sup>19</sup> en algunos los resultados no concluyen que hay asociación entre las disfunciones sexuales femeninas y la enfermedad de base, como sucede en la psoriasis, esquizofrenia, migraña, trasplante cardiaco y las cirugías vaginales.<sup>22-26</sup>

### Algoritmo de diagnóstico para las disfunciones sexuales femeninas

Se encontró uno realizado en 2006 por Delgado que describe, paso a paso, lo que debe hacerse ante una disfunción sexual en varones o mujeres; es claro, sencillo y permite a la mujer y al médico saber cuáles son los pasos a seguir.

En el modelo de Basson, un círculo alrededor de la respuesta sexual femenina (Figura 2), en su diagrama<sup>7</sup> se muestra que la disfunción puede deberse a una causa médica o psicogénica. Deja claro que para que exista una respuesta adecuada, la mujer debe ser receptiva a los estímulos sexuales y estos pueden no darse si el ambiente no es el apropiado. En este modelo puede inferirse que desechan la parte orgánica debido a que se especifica que si existe patología asociada, no hay disfunción sexual; por lo tanto, sólo están contemplando que las disfunciones sexuales femeninas son psicogénicas. Significa que al manifestarse y descartar la parte orgánica, la etiología es psicogénica y, por tanto, todas ellas tendrán un tratamiento psicoterapéutico.

En el diagrama de Delgado (Figura 3), que utiliza la clasificación anterior, se contempla la respuesta trifásica de la respuesta sexual humana; por esto se asocian la parte orgánica y psicogénica y deja claro que cuando existe una causa orgánica la paciente debe enviarse a la atención de un especialista.

El diagrama de Delgado<sup>20</sup> se sugiere utilizarlo por su practicidad y claridad y porque utiliza la clasificación de disfunciones sexuales femeninas anterior, que recurre a la respuesta trifásica de la respuesta sexual humana. La nueva clasificación aún requiere mayor evidencia.

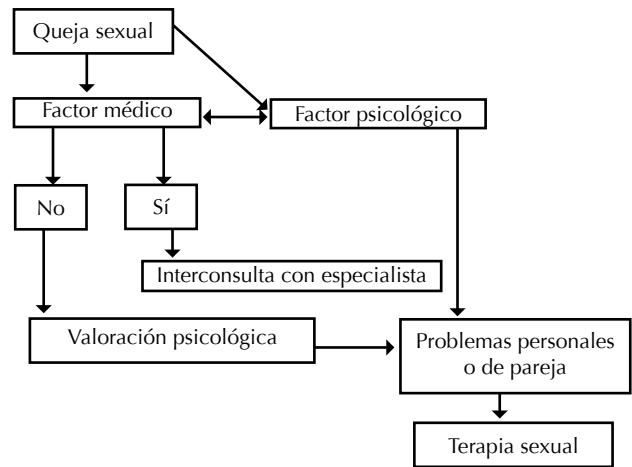


Figura 3. Protocolo de investigación de las disfunciones sexuales. Delgado V (2006)<sup>20</sup>

### Razones para que una mujer mantenga su disfunción sexual

Tomando en cuenta que para la población femenina con alguna disfunción sexual solo de 12 a 25% de los casos se asocian con malestar personal<sup>27</sup> es difícil saber porqué después de algún tratamiento médico o psicoterapéutico aún permanece alguna disfunción.

En un estudio con 4,415 mujeres efectuado en Dinamarca<sup>28</sup> se llegó a la conclusión que si bien la mayoría de los adultos daneses alguna vez ha experimentado dificultades sexuales con su pareja en 1 de cada 9 son frecuentes y afectan su bienestar. Las disfunciones sexuales son más comunes entre quienes sufren dificultades económicas. Con base en esta aseveración puede deducirse que las mujeres con alguna disfunción sexual, aunque se trate exitosamente, pueden volver a padecerla por problemas de pareja, económicos, de familia, etc.

En la búsqueda bibliográfica no se encontraron estudios que solo hubieran investigado este rubro; esto es solo una deducción de los datos recogidos, lo que significa que hacen falta más estudios que demuestren la reincidencia de las disfunciones sexuales femeninas.

### OBJETIVOS DE LA GUÍA

General: uniformar criterios para el diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales.

## Objetivos específicos

- Mejorar la asertividad en el diagnóstico de las disfunciones sexuales femeninas.
- Sistematizar el abordaje diagnóstico y terapéutico.
- Actualizar los criterios clínicos.
- Promover el tratamiento integral de la paciente con disfunciones sexuales.

## Alcance de la guía

Esta guía podrá ser consultada por médicos generales y especialistas que requieran información general acerca de las disfunciones sexuales femeninas.

## Limitación de la guía

Esta guía no incluyó la búsqueda ni la evaluación de la información de las disfunciones sexuales masculinas, ni de mujeres con trastornos sexuales dolorosos, problemas sexuales de la infancia o los relacionados con orientaciones sexuales y disforia de género.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se conformó un grupo de expertos interesados en el tema de disfunciones sexuales femeninas, miembros del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, que cuentan con reconocimiento entre sus pares y son líderes de opinión. El grupo se capacitó para uniformar la metodología de búsqueda de la información, estratificación y evaluación.

Por consenso de los expertos participantes se establecieron los temas de interés relacionados con las disfunciones sexuales femeninas y se formularon las preguntas relevantes para integrar esta guía. Para precisar el contexto clínico aplicable a la práctica cotidiana se seleccionó la modalidad de pregunta clínica. Se presenta en el orden de pregunta clínica, síntesis de la evidencia y el texto de la recomendación, acotando el nivel de evidencia, grado de recomendación y cita bibliográfica que lo soporta.

Todos los participantes se capacitaron en la estrategia de búsqueda electrónica en bases de datos, jerarquías en la

evaluación de la evidencia científica y principios de elaboración de guías de práctica clínica, para unificar criterios y disminuir la variabilidad en la búsqueda de la información y su interpretación en la calidad de la evidencia científica con la estrategia GRADE y la adaptación al contexto local.

Las palabras clave o MeSH de PubMed identificadas fueron: *sexual dysfunction, physiological, sexual dysfunction, psychological, sexual desire, orgasm, dyspareunia, vaginismus*. Se establecieron las estrategias de búsqueda para las fuentes de información secundaria (guías de práctica clínica metanálisis, revisiones sistemáticas), así como las fuentes de información primaria en las bases electrónicas de datos y bibliografía gratuita accesible. La información se obtuvo en un meta buscador público y se continuó la búsqueda en bases de datos electrónicas. Se excluyeron los documentos que trataron los temas de parafilia o disfunción eréctil.

## Criterios de inclusión

Se incluyeron artículos relacionados con mujeres con vida sexual activa, en los periodos de la adolescencia, juventud, adultez y vejez que contenían información o evaluación de intervenciones diagnósticas o terapéuticas de alguna disfunción sexual.

## Criterios de exclusión

Se excluyeron los artículos que se referían a disfunciones sexuales masculinas, trastornos de identidad, problemática de orientación sexual y trastornos femeninos dolorosos.

## Criterios de eliminación

Se eliminaron los artículos de tratamientos alternativos, que evaluaban resultados psicoterapéuticos con una población pequeña de menos de 25 pacientes, que se referían a trastornos dolorosos y vaginismo, disfunciones sexuales masculinas, parafilias, fobias y disforias de género.

## Modalidad de interpretación y síntesis de datos

Para esta edición de las guías de práctica clínica se empleó la metodología GRADE, propuesta por el grupo internacional de trabajo colaborativo GRADE (<http://www.gradeworkinggroup.org/>), una colaboración informal entre personas



interesadas en abordar las deficiencias de los actuales sistemas de clasificación en la atención de salud. Su objetivo es desarrollar un método común y razonable para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones. La calidad de la evidencia para cada resultado importante se determina con base en la consideración de sus componentes básicos (diseño del estudio, calidad, consistencia y la valoración de si la evidencia es directa o indirecta).

Las etapas para la elaboración de las recomendaciones GRADE se establecieron de la siguiente manera:

- a Evaluación de la pertinencia de actualización de la guía.
- b Identificación de los documentos de información secundaria (revisiones sistemáticas, metanálisis) o, en su caso, documentos primarios (estudios clínicos).
- c Revisión, modificación o elaboración de las preguntas clínicas estructuradas.
- d Formulación de la síntesis de la evidencia.
- e Clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones.

Para la clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones, derivada de la búsqueda de fuentes de información secundaria, se identificaron, evaluaron y seleccionaron los documentos que contuvieran la aplicación del criterio GRADE. Si el documento no contenía tal información se procedió al desarrollo de la metodología GRADE de la siguiente manera:

- Elaboración del cuadro con el resumen de los resultados clínicos importantes para la paciente, de acuerdo con la comparación de cada intervención.
- Establecimiento de la importancia relativa contenida en el cuadro de síntesis de la evidencia con los resultados importantes.
- Evaluación de la calidad global de la evidencia a partir de los resultados, con base en los de calidad más baja para los resultados clase. Estos datos provienen de la evaluación individual de cada estudio incluido en el análisis, que pueden ser muy alta, alta, moderada, baja o muy baja.
- Balance de riesgos y beneficios clasificados como: beneficios netos, beneficios con aceptación de riesgos, beneficios inciertos con aceptación de los riesgos y ausencia de beneficios netos.

- Fuerza de la recomendación. En este punto se consideró como fuertemente recomendable o débilmente recomendable cada intervención analizada, señalando la dirección de la recomendación en contra o a favor de la intervención. De esta manera se identificaron siete recomendaciones en este criterio, según el sentido de la pregunta clínica estructurada: fuertemente recomendable a favor de la intervención, fuertemente recomendable en contra de la intervención, débilmente recomendable a favor de la intervención y débilmente recomendable en contra de la intervención.

La calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación se inscriben al final de cada recomendación emitida. Las referencias bibliográficas que le dan sustento a la recomendación se incluyeron en la síntesis de la evidencia. Para fines de lectura y presentación, los autores seleccionaron las intervenciones que debieran aparecer en cuadros de síntesis de evidencia de los resultados importantes de las intervenciones evaluadas.

La metodología en extenso del protocolo de actualización de las guías de práctica clínica se describe en detalle en el primer capítulo de este libro.

## RESULTADOS

### *I. ¿La clasificación DSM V, comparada con la DSM IV-R, tiene una repercusión clínica significativa en la clasificación de las disfunciones sexuales?*

#### **Síntesis de la evidencia**

La clasificación más utilizada es la del DSM IV<sup>7</sup> que se basa en las fases de la respuesta sexual, del modelo trifásico establecido por Masters y Johnson y redondeado por Kaplan<sup>4</sup> de la respuesta sexual humana que consiste en: deseo, excitación y orgasmo, también denominada lineal<sup>23</sup> porque entiende la respuesta sexual humana como una secuencia de procesos.

Es frecuente la controversia alrededor de la clasificación trifásica porque se basa en un modelo falocéntrico y lineal de

la respuesta sexual y no contempla las sensaciones subjetivas de la mujer, la repercusión cultural y el nivel sociocultural.<sup>17</sup>

Las modificaciones que actualmente se vierten en el DSM V son resultado de alrededor de 15 años de investigación basada en la evidencia médica. La mayor parte de los estudios se realizó en pacientes perimenopáusicas con parejas estables. En una muestra de 52 mujeres de entre 17 y 64 años de edad, 79% tenía deseo hipoactivo, y de un grupo de 275, 62% experimentó cambios de humor, sobre todo las mujeres de mayor edad. No se encontró una evidencia clara que las pacientes confundieran el deseo con la excitación subjetiva.<sup>29</sup> Un punto importante es que estos estudios muestran que la sexualidad femenina es compleja, que los problemas de deseo son un desafío; y que la respuesta sexual femenina involucra la autoestima y la angustia personal. En la bibliografía encontrada la investigación se inicia más para valorar el deseo femenino y mostrar su frecuencia, o ausencia. Se considera un argumento de peso que los conceptos de Master y Johnson y Kaplan<sup>5</sup> explican el deseo como una fuerza espontánea que, en sí, desencadena la excitación. Esta conceptualización, efectivamente, mostraría una simplicidad para la existencia de deseo; sin embargo, el hecho que las mujeres estudiadas, cuando se sometían a una estimulación sexual suficiente aumentaba su deseo tampoco es suficiente para descartar la fase de deseo. Lo establecido en el DSM IV R, por el momento es la mejor herramienta disponible para la clasificación y diagnóstico de las disfunciones sexuales femeninas.

La clasificación de las disfunciones sexuales se localiza en el DSM-IV R en el capítulo de trastornos sexuales y de identidad sexual. Esta clasificación incluye, principalmente, el concepto de inhibición o ausencia, pero olvida los trastornos por aumento, como el deseo excesivo, que la OMS sí toma en cuenta, y en el que podrán inscribirse patrones como la adicción; pero no son propiamente disfunciones sexuales porque éstas están dadas desde la respuesta sexual humana, que consta de tres fases: deseo, excitación y orgasmo. Debido a la especificidad del artículo se hará referencia de forma exclusiva a padecimientos femeninos.

En la clasificación de las disfunciones sexuales femeninas, los cambios del DSM V tienen como principal promotor a Bosson. Los argumentos para modificar la clasificación de las disfunciones sexuales femeninas fueron el deseo y la

excitación que se experimentan conjuntamente; la queja de las mujeres no es precisamente el deseo o que éste sea poco frecuente sino que en el momento de alguna experiencia erótica la excitación no se manifiesta.<sup>1,8</sup> Toma en cuenta las sensaciones subjetivas de la mujer y observa que, en ocasiones, los cambios fisiológicos de excitación pueden no estar acompañados de excitación subjetiva,<sup>30</sup> de tal manera que el modelo actual no es el lineal o el de respuesta trifásica de Kaplan, sino un modelo circular que, además, cambia radicalmente la clasificación. En los artículos revisados existe debate para validar o no la nueva clasificación y su nuevo modelo de disfunciones sexuales femeninas le da un gran peso a los aspectos psicológicos.<sup>28,31-34</sup>

Por lo tanto, consideramos que será mostrada porque el DSM V es, hoy por hoy, la primera consulta que se hace, pero continuaremos trabajando con la clasificación anterior porque la mayor parte de la bibliografía se basa en el modelo trifásico de la respuesta sexual.

Además, se encontró un gran vacío al tratar de definir la población porque la mayor parte de los artículos se limita a mujeres con alguna disfunción sexual. En los artículos revisados, las poblaciones estudiadas son de límites de edad muy amplios: 15 a 90 años y no dejan en claro si necesariamente una disfunción se considera sólo con vida sexual activa o si se considera el autoerotismo. En referencia al DSM V pareciera que las disfunciones sexuales femeninas se asocian con relaciones en pareja.<sup>19,28</sup> Lo que se observó en la revisión es que prácticamente todos los artículos coinciden en que la respuesta sexual femenina es complicada y se requieren más estudios para poder entender su dinámica psicológica y fisiológica.<sup>19,31,35</sup>

Para mantener lo más actualizada posible la guía de disfunciones sexuales femeninas las definiciones más actuales son:

1. Las disfunciones sexuales son un grupo heterogéneo de trastornos que por lo general se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la capacidad de una persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual. Una persona puede tener varias disfunciones sexuales concomitantes (DSM V).
2. La disfunción sexual se refiere a un problema que se produce durante el ciclo de respuesta sexual que impide que la persona experimente la satisfacción de la ac-

tividad sexual. En las mujeres es relativamente difícil estimar la prevalencia de disfunción sexual porque sus parámetros no son tan claros como los de la disfunción sexual masculina.<sup>31</sup>

3. Las disfunciones sexuales femeninas tienen diferencias significativas con la respuesta sexual masculina; se han definido desde una respuesta sexual masculina, que es lineal y en el caso de la respuesta sexual femenina es circular, porque existe una superposición de las fases.<sup>2,19</sup>
4. Las disfunciones sexuales femeninas son síndromes causados por múltiples factores que alteran la respuesta sexual, de naturaleza erótica, donde se alteran alguna(s) fases de la respuesta sexual humana y son recurrentes y persistentes. Son alteraciones no deseables para el individuo, la pareja o el grupo social.<sup>36</sup>

## RECOMENDACIÓN

1. Ante la falta de estudios clínicos con diseño adecuado para la comparación directa de la sexualidad femenina y la probable exclusión del diagnóstico y tratamiento de mujeres con una queja sexual y que no se apeguen a los criterios del DSM V, es apropiado continuar usando la clasificación del DSM IV R.

**Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil**

## II. ¿Cuál es la repercusión de las pruebas diagnósticas disponibles en la mujer con vida sexual activa?

### Síntesis de la evidencia

Si tomamos en cuenta la definición de Rubio<sup>36</sup> que considera que las disfunciones sexuales son síndromes que deben tener las características de: recurrente y persistente y que para el individuo, la pareja o el ambiente social, se consideren incómodos, discutimos que el DSM V se apega más a esta definición y da criterios más claros que el DSM IVR; si bien en este último es más detallada su clasificación es menos precisa en poner sus criterios. Acordamos que es adecuado tomar los criterios del DSM V y como anteriormente anotamos la clasificación del DSM IV.

Cuando se requiere establecer un diagnóstico de disfunción sexual femenina deben tomarse en cuenta los siguientes criterios del DSM V:

*Criterio A:* disminución o ausencia completa del interés sexual-excitación, manifestada por al menos tres de los siguientes apartados:

1. Ausencia-disminución del interés en la actividad sexual
2. Ausencia-disminución de pensamientos eróticos o fantasías sexuales
3. Ausencia-disminución de iniciativa para la actividad sexual
4. Ausencia-disminución de excitación sexual-capacidad de disfrutar durante el acto sexual en todas o casi todas las ocasiones (75-100% de los encuentros sexuales)
5. Ausencia-disminución de interés-excitación en la respuesta a algunos estímulos sexuales internos o externos (escrito, verbal o visual)
6. Ausencia-disminución de sensaciones placenteras genitales o no genitales durante la actividad sexual en todas o casi todas las ocasiones (75-100% de los encuentros sexuales).

*Criterio B.* Los síntomas dentro de los criterios A coexisten durante al menos seis meses.

*Criterio C.* Los síntomas del criterio A causan malestar significativo en el individuo.

*Criterio D.* La disfunción sexual no es considerada si es causada por una alteración mental no sexual, dificultades de pareja, estresores externos, fármacos o cualquier otra enfermedad no sexual.

Los criterios para el diagnóstico se tomaron del DSM V considerando que si bien los criterios D señalan que para establecer el diagnóstico debe tomarse en cuenta que éste no puede establecerse si los síntomas sexuales son causados por alguna enfermedad no sexual. Justo por esta razón deben llamarse síndromes, porque el origen del conjunto de síntomas en las disfunciones consta de un abanico de posibilidades y que gran número de padecimientos no sexuales, como anota el DSM V, pueden originar alguna disfunción sexual. El médico debe tener la destreza de encontrar la causa que genera el síndrome de disfunción sexual.

Entre esas destrezas está saber que para llegar a la etiología y diagnóstico de las disfunciones sexuales femeninas también se toma en cuenta que siempre que haya una queja de disfunción sexual femenina se requiere una historia clínica detallada que contenga un apartado de historia sexual, tomando en cuenta los siguientes puntos:

- a Autoerotismo: con qué frecuencia, a qué edad inició con la masturbación, cuáles son las fantasías que la acompañan, sentimientos de culpa.
  - b Inicio de vida sexual en pareja, cada cuándo tiene deseo, a la semana, al mes. Describir los cambios en el cuerpo cuando se encuentra excitada, las sensaciones subjetivas de excitación (aumento de frecuencia cardíaca y respiratoria, vasocongestión mamaria y genital; sensaciones subjetivas de excitación), orgasmos, frecuencia en todas las relaciones o cada cuándo se tienen.
  - c Ciclicidad de las menstruaciones, interrupciones, periodos dolorosos; si se tomaron anticonceptivos, por cuánto tiempo y el motivo de la suspensión si ya no se toman.
  - d Evolución de la disfunción: primaria, secundaria, global, parcial o selectiva; si recuerda el factor desencadenante, tiempo, elementos relacionados con la aparición. Si existe problemática de pareja, algún factor estresor, algún síntoma asociado con la disfunción que haga pensar en una afección orgánica.
2. La historia clínica tiene que mostrar cuál o cuáles son las causas de la disfunción sexual. Debe quedar claro si hay o no alguna enfermedad crónica degenerativa o endocrina porque alteran la respuesta sexual femenina.
  3. Estudios de laboratorio y gabinete. Se solicitan cuando hay síntomas asociados con las disfunciones sexuales femeninas porque existen muchas nosologías que pueden desencadenar en una disfunción. Para tal efecto la historia clínica es la herramienta más aconsejable porque primeramente deben identificarse las causas orgánicas.
  4. Consideraciones de cada disfunción: como estrategia diagnóstica deben diferenciarse los siguientes síntomas para las diferentes fases y llegar al diagnóstico:
    - a *Deseo sexual hipoactivo*. Síndrome persistente y recurrente por más de seis meses con falta de fantasías

sexuales, disminución o ausencia de pensamientos relacionados con algún encuentro o actividad sexual.

- b *Trastorno de hipersexualidad*. Anteriormente conocido como deseo sexual hiperactivo. Era contemplado en las disfunciones sexuales; el DSM V cambia el término y lo agrega al apartado de adicciones. Para este trastorno tienen que tomarse los siguientes criterios diagnósticos (DSM V):

### ***Criterios diagnósticos para la hipersexualidad***

**A.** Durante al menos seis meses: fantasías sexuales recurrentes e intensas, deseo sexual apremiante, y conductas sexuales asociadas con cuatro o más de los siguientes cinco criterios:

1. Cantidad excesiva de tiempo invertido en fantasías y deseos sexuales, en la planificación y realización de conductas sexuales.
2. Fantasías, deseos y conductas sexuales repetidas en respuesta a estados de ánimo disfóricos (por ejemplo, ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad).
3. Fantasías, deseos y conductas sexuales repetidas en respuesta a situaciones vitales estresantes.
4. Intentos persistentes, pero infructuosos, por controlar o reducir significativamente las fantasías, deseos y conductas sexuales.
5. Implicación repetida en conductas sexuales sin considerar el riesgo físico, psíquico o emocional que pueda suponer para sí mismo o para otras personas.

**B.** La frecuencia o intensidad de las fantasías, deseos y conductas sexuales provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

**C.** Las fantasías, deseos y conductas sexuales no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni a episodios maníacos.

**D.** El sujeto es mayor de 18 años.

La etiología de este trastorno no se encuentra adecuadamente identificada. Vital, en su estudio, sugiere una disfunción de los lóbulos frontales y temporales relacionada con deterioro cognitivo.<sup>37</sup>

### ***Excitación sexual femenina inhibida***

De la misma manera que para los problemas del deseo, el diagnóstico se establece desde el interrogatorio, que debe dar claridad si la afección es primaria o secundaria, su globalidad o situacionalidad. Es de suma importancia diagnosticar si se trata de un problema de excitación subjetiva; esto significa que la paciente no puede experimentar las sensaciones subjetivas de excitación, aunque coexistan las respuestas orgánicas de excitación; o bien que estén presentes las sensaciones subjetivas de excitación, pero que se encuentre ausente la lubricación vaginal; o que coexistan ambas, es decir que existe un síndrome de excitación sexual femenina mixta. Con base en lo siguiente los problemas de excitación son:

1. Falta de excitación subjetiva
2. Excitación subjetiva sin lubricación
3. Mixta: trastorno recurrente o persistente por falta de lubricación vaginal. Disminución o ausencia para percibir las sensaciones subjetivas de excitación. Contemplar que pueden encontrarse en una misma paciente falta de lubricación y disminución de la percepción de sensaciones subjetivas de excitación. Tomar cuenta la historia sexual de la paciente porque aún no existe una normatividad para la frecuencia.

### ***Síndrome de anorgasmia femenina***

Los desórdenes orgásmicos incluyen la ausencia completa o parcial, o recurrente, para lograr un orgasmo durante la estimulación sexual.

La anorgasmia femenina puede ser primaria, cuando nunca se ha logrado y frecuentemente se relaciona con un trauma emocional o abuso infantil; secundaria, cuando sí se han tenido orgasmos pero su ausencia es el problema actual, con frecuencia es secundaria a deficiencia hormonal, traumatismo quirúrgico o medicamentos.

La anorgasmia se reporta en 24 a 37% de las pacientes que acuden a clínicas de atención especializada.<sup>38</sup>

El diagnóstico se establece desde el interrogatorio y no existe otra manera de lograrlo más que viendo a la pacien-

te desde un terreno integral. Aunque no sea la demanda primaria es frecuente que el médico primero escuche a la paciente, atienda su queja y deje para segundo tiempo la realización de la historia clínica porque considera poco importante el área erótica de las pacientes. Invariablemente, desde el interrogatorio tiene que quedar claro si hay anorgasmia o dificultad para alcanzar el orgasmo. Es de gran importancia reconocer que si bien puede alcanzarse el orgasmo, el gasto energético orgánico y psíquico puede encontrarse altamente demandado y es preferible evitarlo. Alcanzar un orgasmo, sobre todo en pareja, requiere concentración absoluta del evento erótico, no necesariamente como conceptualiza el modelo de la sexualidad masculina, “pérdida de control”, “miedo a la intimidad”, “pérdida de poder”. La mujer se fatiga al intentar alcanzar el orgasmo o debido a la disritmia de pareja. El modelo de la sexualidad humana se establece desde la genitalidad y la demanda masculina, difícilmente se entiende desde la respuesta subjetiva de la respuesta sexual femenina.<sup>17</sup> Si nos concretamos en la respuesta orgásmica debemos contemplar que a la mujer, en ocasiones, no le resulta de gran importancia el orgasmo y si tomamos el patrón de referencia del DSM-IV estaríamos en un error. La ausencia de orgasmo lleva a pensar en disfunción sexual solamente. Esas hipótesis no se encuentran suficientemente registradas y requieren de manera urgente ser objeto de investigación.

- Dificultad para alcanzar el orgasmo o ausencia de éste
- Que el trastorno sea indeseable para la mujer o la pareja
- Aclarar la temporalidad y la situacionalidad<sup>4</sup>

Los pasos a seguir para encontrar la etiología de la(s) disfunción(es) sexual(es) femenina(s) deben ajustarse a un protocolo específico de diagnóstico y tratamiento, entender que existen múltiples padecimientos que generan alteraciones en la respuesta sexual, descartar de primera intención problemas orgánicos y estudiar a la paciente de manera integral.

### **RECOMENDACIÓN**

2. Realizar una historia clínica completa con antecedentes de la sexualidad y ginecológicos, y cronología de la disfunción sexual.

**Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil**

### III. ¿Cuáles son las intervenciones terapéuticas de mayor impacto en seguridad y eficacia en mujeres con disfunción sexual?

#### Síntesis de la evidencia

En la medida que se diagnostica el motivo de las disfunciones sexuales femeninas se da tratamiento específico para la enfermedad responsable de éstas. Para la disminución del deseo sexual es necesario contemplar a la paciente, su historia clínica y sexual. Si se trata de una mujer joven y se ha descartado cualquier problema orgánico o psiquiátrico, como un trastorno de la personalidad, el tratamiento de elección será la psicoterapia sexual o cognitivo conductual. En un metanálisis de 34 ensayos que cumplieron los criterios de inclusión, los estudios tenían límites de participantes de 16 a 99 pacientes, de entre 19 y 67 años; 1041 participantes con las características que las intervenciones e intervenidos psicológicamente fuese mayor a la lista de espera y que mostraran una mejora con las intervenciones, en comparación con la lista de espera. En ese metanálisis se encontró disminución de la gravedad con resultados significativos. Las intervenciones psicológicas fueron superiores a la lista de espera en la disminución de la gravedad de los síntomas con un tamaño del efecto significativo de 0.58 (IC 95%: 0.40 a 0.77; n=33). La heterogeneidad entre estudios fue baja.<sup>9</sup>

Las intervenciones psicológicas tienen efectos benéficos en la gravedad de los síntomas de mujeres con trastorno del deseo sexual hipoactivo (d=0.91; IC 95%: 0.38 a 1.45; p 0.012; n=4; I<sup>2</sup>=0.0%) y en el caso de trastorno del orgasmo se encontraron cambios favorables significativos (d=0.46, IC 95%: 0.07-0.86, p 0.024; n=15; I<sup>2</sup>=0.0%). Posteriormente se demostró que existen muy pocos estudios para asegurar la eficacia de alguna psicoterapia y de los que existen muy pocos cumplen con los estándares. De los estudios seleccionados se encontró que la psicoterapia sexual y cognitivo conductual dan resultados significativos en las siguientes disfunciones: trastorno del deseo sexual (d=0.91; IC 95%: 0.38 a 1.45; p 0.012; n=4; I<sup>2</sup>=0.0%) y efectos en las mujeres con el trastorno del orgasmo (d=0.46; IC 95%: 0.07 a 0.86, p .024; n=15; I<sup>2</sup>=0.0%).<sup>14</sup>

Por lo que se refiere a los tratamientos médicos se encontró que los farmacológicos están más orientados a contrarres-

tar la disminución del deseo sexual y generalmente se recomiendan para las etapas de premenopausia, menopausia y postmenopausia. De la bibliografía revisada se encontraron solo dos revisiones sistemáticas exhaustivas de los artículos que reportan los resultados con tibolona a la dosis de 2.5 mg al día. En el análisis de esta revisión no mencionan algún estudio que buscara el aumento del deseo sexual o mejora de la excitación femenina u orgasmo en mujeres peri y posmenopáusicas. Este estudio analiza ensayos controlados aleatorios con participantes menopáusicas con o sin síntomas vasomotores o alteraciones genitales por falta de estrógenos. Los tipos de intervención encontrada fueron: a) tibolona comparada con no medicamento, b) tibolona comparada con terapia hormonal combinada.

La búsqueda produjo 540 registros, 57 artículos de interés potencial pero solo se incluyeron 33; mujeres posmenopáusicas de entre 52 a 55 años. Cuando se compararon mujeres tratadas con tibolona *versus* ningún fármaco sólo tres estudios verificaron los síntomas vasomotores, en particular los bochornos y se demostró la eficacia de la tibolona en la disminución de este síntoma (n=847; RM 0.42; IC 95% 0.25 a 0.69), aunque sólo la dosis de 2.5 mg por día de tibolona fue significativamente mejor que no dar medicamento. En otros estudios se analizó el insomnio y se encontraron diferencias estadísticamente significativas (n=81; diferencia de medias -8.00; IC 95%: -17.37 a 1.37). Por lo que se refiere al cáncer de endometrio, se encontró un efecto nocivo de la tibolona (RM 1.98, IC 95%: 0.73 a 5.32) en 15 casos en grupos que recibieron tibolona *versus* 5 casos que no recibieron el fármaco. Para problemas tromboembólicos y cardíacos los resultados no fueron concluyentes y los estudios se detuvieron por el riesgo que pudieran implicar. Los resultados fueron concluyentes para las mujeres menores de 60 años edad, con 5 casos en el grupo de tibolona en comparación con 5 casos en el grupo placebo (n=3,133; RM 0.99; IC 95% 0.29-3.42).

En el caso de la tibolona y la terapia estrogénica combinada<sup>39</sup> en tres estudios relacionados con los síntomas de la menopausia y la terapia combinada, los artículos son poco concluyentes. Los síntomas registrados son: vasomotores, insomnio, sequedad vaginal y disminución del sangrado vaginal. Los resultados se consideraron poco concluyentes, aunque si bien los síntomas disminuyeron, no fueron estadísticamente significativos. Para el caso de la disminución

de los sangrados vaginales los resultados fueron estadísticamente significativos, pero no lo suficiente como para proporcionar datos útiles para el metanálisis.

Como resultado de una revisión sistemática<sup>39</sup> se concluye que la tibolona y la terapia hormonal combinada no se recomiendan en pacientes con cáncer de mama previo, porque aumentan el riesgo de recurrencias; además, se advierte que tanto la tibolona como la terapia hormonal incrementan los riesgos a largo plazo con tratamientos largos.

En ese artículo se encontraron beneficios significativos con el tratamiento con fármacos en comparación con no prescribirlos; hubo mejor lubricación y menos relaciones sexuales dolorosas por falta de lubricación; sin embargo, la terapia de reemplazo hormonal combinada es significativamente más eficiente que la tibolona. Ésta ha demostrado menos riesgos secundarios que la terapia hormonal combinada, como:<sup>39</sup> cáncer endometrial, cáncer de mama; etc. Sin duda hacen falta más estudios para definir el perfil de seguridad de la tibolona.

Uno de los tratamientos de moda son los parches de testosterona para incrementar el deseo sexual. En la búsqueda bibliográfica se encontró un artículo de 2014<sup>40</sup> que reporta un estudio con ratas macho para observar si las conductas sexuales aumentan y no encontraron efecto de la testosterona en relación con el tiempo para completar 75 respuestas:  $38.4 \pm 7.8$  minutos para los controles del vehículo *versus*  $43.3 \pm 6.6$  minutos para las ratas tratadas con testosterona ( $p > 0.05$ ). Estos hallazgos sugieren que la testosterona de dosis alta, crónica, no mejora el deseo de acción para el comportamiento sexual.<sup>40</sup>

En un estudio doble ciego, aleatorio, comparado con placebo,<sup>41</sup> con el objetivo de evaluar el tratamiento con testosterona en hombres con diabetes mellitus tipo 2, de entre 35 y 75 años, a quienes se indicaron dosis de 12.0 nmol/L (346 ng/dL) y quienes tenían síntomas de envejecimiento masculino leve o moderado y disfunción eréctil. Se estudiaron 88 participantes asignados al azar: 45 en el grupo que recibió testosterona y 43 placebo durante 40 semanas. Los resultados fueron: Índice Internacional de Función Eréctil abreviado versión 5, -2.0 (IC 95%: -3.4, -0.6),  $p < 0.02$ , sin diferencia significativa entre la línea de base y de 40 semanas versión Índice Internacional de Función Eréctil.<sup>41</sup>

Se encontraron otros artículos de revisión en donde se sugiere que la dehidroepiandrosterona (DHEA), en parche transdérmico, que proporciona 300 mg de testosterona durante 24 h, cambiado dos veces por semana,<sup>35,42,43</sup> ocasionó efectos secundarios leves: acné e hirsutismo, pero no reportan datos estadísticos y por eso no se recomienda.

Otro fármaco aún en investigación es la flibanserina, antagonista de la 5-HT<sub>1A</sub>-HT<sub>2A</sub> que incrementa el deseo sexual en mujeres premenopáusicas, pero del que aún no hay datos concluyentes<sup>35,44-47</sup> y que se reportan efectos secundarios de: somnolencia, mareos y náuseas. Un fármaco similar a la flibanserina es el bupropión que, también, está en estudio y su indicación es para mejorar el deseo sexual; puede prescribirse a mujeres que no necesariamente están en la menopausia.

En un estudio con bupropión *vs* inhibidores de la recaptura de serotonina, efectuado para evaluar la eficacia y seguridad en el tratamiento en 245 mujeres de 25 a 45 años de edad con disfunciones sexuales, la mejora más alta se observó en el deseo sexual, seguido de lubricación. En comparación con los dominios de referencia, el deseo y la lubricación se incrementaron en 86.4% (IC 95%: 64.9 a 102.2%,  $p = 0.001$ ) y 69.2% (IC 95%: 44.7 a 82.6%,  $p = 0.001$ ) en el grupo de bupropión. El tratamiento complementario con bupropión de liberación sostenida durante 12 semanas mejoró significativamente los aspectos clave de la función sexual en mujeres con disfunción sexual inducida por los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).<sup>48</sup>

En una revisión sistemática<sup>49</sup> de ensayos controlados con asignación al azar que compararon las estrategias de gestión para la disfunción sexual inducida por los antidepresivos *versus* sin medicamento o ninguna estrategia alternativa, en los estudios con bupropión a la dosis de 150 mg una vez al día no se demostraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto (RR 0.62; IC 95%: 0.09 a 4.41); en opinión de los revisores el hecho de agregar bupropión al esquema terapéutico es el enfoque más prometedor hasta ahora estudiado.

Está demostrado que el sildenafil no produce efectos significativos en la mejora del deseo.<sup>50</sup> En un estudio con 2,239 participantes (62.4% mujeres con media de edad de 41.4

± 13.2 años) de los que después de la selección solo quedaron 102 (4.6%) a quienes se indicó el fármaco en estudio (68.6% hombres, 79.4% de raza blanca, 23.5% de 18 a 30 años; 45.1% de 31 a 50 años y 31.4% mayores de 51 años de edad) la mejoría se asoció significativamente con el tiempo ( $p = 0.0269$ ) pero no con el sildenafil ( $p = 0.4628$ ).<sup>50</sup>

La terapia de reemplazo hormonal es la más conveniente para tratar las disfunciones de la excitación en mujeres peri y postmenopáusicas con pérdida de la lubricación, pero sin repercusiones en la libido. La incidencia absoluta de riesgo de accidente cerebrovascular con terapia de reemplazo hormonal es baja en un año, no así a mayor tiempo. El equilibrio riesgo-beneficio debe individualizarse en cada mujer.<sup>51</sup>

Gran parte de los estudios encontrados en la bibliografía se centran en la mejoría del deseo y poco se investiga en relación con el aumento de la excitación o del orgasmo. Casi todos los estudios se refieren al tratamiento de mujeres perimenopáusicas.

## RECOMENDACIONES

3. En la actualidad, a las mujeres perimenopáusicas no puede recomendárseles algún tratamiento que alivie las disfunciones sexuales.

**Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil**

4. Hoy día, ningún medicamento ha reportado eficacia satisfactoria para tratar las disfunciones sexuales femeninas; por esto se requiere más investigación.

**Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil**

5. En pacientes perimenopáusicas el reemplazo hormonal favorece la disminución de los síntomas del hipostrogenismo, pero no de las disfunciones sexuales. La mejor recomendación dependerá de los valores y preferencias aplicables a cada paciente.

**Nivel de evidencia moderada. Recomendación débil**

### IV. ¿Existe algún algoritmo de diagnóstico para las disfunciones sexuales femeninas?

## Síntesis de la evidencia

El realizado por Delgado<sup>20</sup> lleva, paso a paso, a lo que debe hacerse ante una disfunción sexual en mujeres y varones. Es claro y sencillo y permite a la mujer y al médico saber cómo conducirse.

En el modelo de Basson, como una respuesta circular alrededor de la respuesta sexual femenina, si bien en su diagrama<sup>7</sup> muestra que puede ser una causa médica o psicogénica, deja claro que para que exista una respuesta adecuada, la mujer debe ser receptiva a los estímulos sexuales que pueden darse o no dependiendo de si el ambiente es propicio. En este modelo puede inferirse que desechan la parte orgánica debido a que se especifica que si existe patología asociada no hay disfunción sexual; por lo tanto, solo están contemplando que las disfunciones sexuales femeninas son psicogénicas; significa que al manifestarse y descartar la parte orgánica hay etiologías psicogénicas; por lo tanto, todas tendrán tratamiento psicoterapéutico.

En el diagrama de Delgado se utiliza la clasificación anterior que contempla la respuesta trifásica de la respuesta sexual humana y, por tal motivo, asocia la parte orgánica y psicogénica y deja claro que cuando existe una causa orgánica es necesario enviar a la paciente con un especialista.

## RECOMENDACIÓN

6. Para la clasificación de las disfunciones sexuales femeninas se sugiere utilizar el diagrama de Delgado, por su practicidad y claridad. La nueva clasificación aún requiere mayor evidencia.

**Nivel de evidencia baja. Recomendación débil**

### V. ¿Cuáles son las razones para que alguna disfunción permanezca?

## Síntesis de la evidencia

En la población femenina con alguna disfunción sexual solo 12 a 25% de los casos se asocian con malestar perso-



nal,<sup>27</sup> por ello es difícil saber porqué después de algún tratamiento médico o psicoterapéutico la disfunción permanece.

En un estudio realizado en Dinamarca con 4,415 pacientes se concluyó que, si bien la mayoría de los adultos sexualmente activos alguna vez ha tenido dificultades sexuales con su pareja, en aproximadamente 1 de cada 9 éstas son frecuentes y constituyen una amenaza para su bienestar.<sup>28</sup> Las disfunciones sexuales parecen ser más comunes entre las personas que experimentan dificultades económicas familiares. De esto se deduce que las mujeres con alguna disfunción sexual tratada exitosamente, en otro momento de su vida pueden volver a padecerla desencadenada por problemas de pareja, económicos, de familia, etc.

En la búsqueda bibliográfica no se encontraron estudios que hubieran investigado exclusivamente este rubro; esto es una deducción de los datos recogidos, lo que significa que es indispensable efectuar estudios que demuestren la reincidencia de tales disfunciones.

## RECOMENDACIÓN

- Los estudios revisados sugieren que la ansiedad en las relaciones sexuales es frecuente.

**Nivel de evidencia baja. Recomendación débil**

## CONCLUSIONES

De la bibliografía revisada se concluye que las investigaciones en torno a la funcionalidad y tratamiento de las alteraciones femeninas, además de ser escasas, la mayor parte no cumple con los estándares de confiabilidad. Casi todas las revisiones son análisis teóricos del concepto de sexualidad femenina, que carecen de datos estadísticos, aunque aportan bibliografía. En la revisión pertinente resultó que, nuevamente, se trataba de análisis conceptuales.

En el caso del diagnóstico toda la bibliografía supone que las disfunciones sexuales femeninas son consecuencia de algún otro diagnóstico, pero no existen estudios estadísticos que lo avalen de forma primaria. Existen artículos que refieren que los inhibidores de la recaptura de serotonina disminuyen el deseo, pero no se mencionan los estudios en donde se concluyó tal aseveración.

Por lo que se refiere al tratamiento, existe una incongruencia inicial porque se desea cambiar la conceptualización de las disfunciones sexuales femeninas uniendo al deseo y la excitación como una sola fase, pero todos los estudios referentes al tratamiento se relacionan con el incremento del deseo sexual femenino.

**Cuadro 3.** Comparación entre las clasificaciones de las disfunciones sexuales femeninas

Versión de la clasificación	
DMS IV	DMS V
1. Trastornos de deseo: deseo inhibido o hipoactivo.	
2. Trastornos de excitación: a) con falta de lubricación b) por problemas de excitación subjetiva	1. Alteraciones del orgasmo femenino 2. Trastorno femenino de interés sexual-excitación
3. Trastornos del orgasmo	3. Trastorno genito-pélvico penetrativo doloroso
4. Disfunción orgásmica femenina	4. Trastornos sexuales inducidos por sustancias
5. Trastornos sexuales por dolor: dispareunia y vaginismo	5. Otras disfunciones sexuales
6. Trastorno sexual no especificado	

## REFERENCIAS

- Basson R, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004;1:40-8.
- Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005;172:1327-33.
- Clayton AH, et al. Intended or unintended consequences? The likely implications of raising the bar for sexual dysfunction diagnosis in the proposed DSM-V revisions: 2. For women with loss of subjective sexual arousal. *J Sex Med* 2012;9:2040-6.
- h, K., Tratamiento Activo de las disfunciones sexuales I. 2002: Grupo Anaya Comercial.
- Basson, R., Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther*, 2001. 27(5): p. 395-403.
- Brotto, L.A., The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav*, 2010. 39(2): p. 221-39.
- Basson, R., Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *Int J Impot Res*, 2008. 20(5): p. 466-78.

8. Basson, R., et al., Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2003. 24(4): p. 221-9.
9. Brotto, L.A., R. Basson, and B.B. Gorzalka, Psychophysiological assessment in premenopausal sexual arousal disorder. *J Sex Med*, 2004. 1(3): p. 266-77.
10. Basson, R., Introduction to special issue on women's sexuality and outline of assessment of sexual problems. *Menopause*, 2004. 11(6 Pt 2): p. 709-13.
11. Basson, R., et al., Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*, 2000. 163(3): p. 888-93.
12. Bancroft, J., J. Loftus, and J.S. Long, Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav*, 2003. 32(3): p. 193-208.
13. Cain, V.S., et al., Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res*, 2003. 40(3): p. 266-76.
14. Fruhauf, S., et al., Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav*, 2013. 42(6): p. 915-33.
15. Sanchez C, e.a., Disfunciones sexuales femeninas y masculinas comparación de genero en una muestra de la ciudad de Mexico. *Salud Mental*, Agost 2005. 28(no 4): p. 74-80.
16. Kamei, L.K., J. Prevalencia de trastornos de la sexualidad en mujeres que asisten a Consultorio Externo de Gineco-obstetricia de Hospital La Serena / Prevalence study of sexual disorders in women at the gynecologic-external dispensary in La Serena Hospital. *Rev Chil Urol*, 2005. 70(4): p. 231-235.
17. C, S.B., Disfuncion sexual femenina su relacion con el rol de genero y asertividad. *Perinatol Reprod Hum*, 2005. 19(3-4): p. 152-160.
18. Porst, H., J. Buvat, and Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine., Standard practice in sexual medicine. 2006, Malden, Mass. ; Oxford: Blackwell Pub. xiii, 401 p.
19. Giraldi, A. and E. Kristensen, Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *J Sex Res*, 2010. 47(2): p. 199-211.
20. PV, D., Sexualidad en la práctica Médica y disfunciones Sexuales. *Enlace medico de la SMHAP*, 2006: p. 2-4.
21. Mas M, B.D., Abordaje Clínico de las Disfunciones Sexuales Femeninas: Perspetiva Orgánica. *Rev Int Androl.*, 2007. 5(1): p. 92-101.
22. Nappi, R.E., et al., Sexual function and distress in women treated for primary headaches in a tertiary university center. *J Sex Med*, 2012. 9(3): p. 761-9.
23. Yeh, Y.C., et al., Clinical features, imaging findings and outcomes of headache associated with sexual activity. *Cephalalgia*, 2010. 30(11): p. 1329-35.
24. Crane, A.K., et al., Evaluation of pelvic floor symptoms and sexual function in primiparous women who underwent operative vaginal delivery versus cesarean delivery for second-stage arrest. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 2013. 19(1): p. 13-6.
25. Xiang, Y.T., et al., The low frequency of reported sexual dysfunction in Asian patients with schizophrenia (2001-2009): low occurrence or ignored side effect? *Hum Psychopharmacol*, 2011. 26(4-5): p. 352-7.
26. Kurizky, P.S. and L.M. Mota, Sexual dysfunction in patients with psoriasis and psoriatic arthritis--a systematic review. *Rev Bras Reumatol*, 2012. 52(6): p. 943-8.
27. Palacios, S., R. Castano, and A. Grazziotin, Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas*, 2009. 63(2): p. 119-23.
28. Christensen, B.S., et al., Sexual dysfunctions and difficulties in denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Arch Sex Behav*, 2011. 40(1): p. 121-32.
29. Hartmann, U., et al., Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol*, 2002. 20(2): p. 79-88.
30. Basson, R., A model of women's sexual arousal. *J Sex Marital Ther*, 2002. 28(1): p. 1-10.
31. Chen, C.H., et al., Female sexual dysfunction: definition, classification, and debates. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2013. 52(1): p. 3-7.
32. Mimoun, S. and K. Wylie, Female sexual dysfunctions: definitions and classification. *Maturitas*, 2009. 63(2): p. 116-8.
33. Carvalho, J., A.L. Vieira, and P. Nobre, Latent structures of female sexual functioning. *Arch Sex Behav*, 2012. 41(4): p. 907-17.
34. Balon, R., Proposal to introduce adjustment disorder with disturbed sexual functioning into the revised classifications of DSM and ICD. *J Sex Marital Ther*, 2010. 36(1): p. 1-5.
35. Jordan, R., et al., Developing treatments for female sexual dysfunction. *Clin Pharmacol Ther*, 2011. 89(1): p. 137-41.
36. Rubio Auriolos, P.F., *Antología de la sexualidad Humana T3*. 1998 ed. Vol. III. 1998, Mexico: CONAPO.
37. Vitale, C., et al., Comparative neuropsychological profile of pathological gambling, hypersexuality, and compulsive eating in Parkinson's disease. *Mov Disord*, 2011. 26(5): p. 830-6.
38. Segraves, R., R. Balon, and A. Clayton, Proposal for changes in diagnostic criteria for sexual dysfunctions. *J Sex Med*, 2007. 4(3): p. 567-80.
39. Formoso, G., et al., Short and long term effects of tibolone in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 2: p. CD008536.
40. Kim, J.Y. and R.I. Wood, Anabolic-androgenic steroids and appetitive sexual behavior in male rats. *Horm Behav*, 2014. 66(4): p. 585-90.
41. Gianatti, E.J., et al., Effect of testosterone treatment on constitutional and sexual symptoms in men with type 2 diabetes in a randomized, placebo-controlled clinical trial. *J Clin Endocrinol Metab*, 2014. 99(10): p. 3821-8.
42. Cameron, D.R. and G.D. Braunstein, Androgen replacement therapy in women. *Fertil Steril*, 2004. 82(2): p. 273-89.
43. Shewach, D.S., et al., Metabolism and selective cytotoxicity of 9-beta-D-arabinofuranosylguanine in human lymphoblasts. *Cancer Res*, 1985. 45(3): p. 1008-14.
44. Simon, J.A., et al., Efficacy and safety of flibanserin in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: results of the SNOWDROP trial. *Menopause*, 2014. 21(6): p. 633-40.
45. Katz, M., et al., Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: results from the BEGONIA trial. *J Sex Med*, 2013. 10(7): p. 1807-15.

46. Buvat, J., [2013 annual meeting of the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), 28 February-3 March 2013, New Orleans, Louisiana, USA. State of pharmacological research in Women's Sexual Medicine: From testosterone to brexmelatoninide]. *Gynecol Obstet Fertil*, 2013. 41(5): p. 330-3.
47. Bhambhani, K. and R. Aronow, Lead poisoning and thalassemia trait or iron deficiency. The value of the red blood cell distribution width. *Am J Dis Child*, 1990. 144(11): p. 1231-3.
48. Safarinejad, M.R., Reversal of SSRI-induced female sexual dysfunction by adjunctive bupropion in menstruating women: a double-blind, placebo-controlled and randomized study. *J Psychopharmacol*, 2011. 25(3): p. 370-8.
49. Taylor, M.J., et al., Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013. 5: p. CD003382.
50. Dording, C.M., et al., The effect of sildenafil on quality of life. *Ann Clin Psychiatry*, 2013. 25(1): p. 3-10.
51. Pardini D. Hormone replacement therapy in menopause. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2014;58:172-81.