

## Salud sexual en las diferentes etapas de la vida de la mujer

FRANCISCA MOLERO RODRÍGUEZ

*Directora del Instituto Iberoamericano de Sexología y del Institut de Sexologia de Barcelona*

### SALUD SEXUAL

El concepto sexualidad hace referencia a la forma de vivir de las personas como seres sexuales, aceptando y respetando el amplio abanico que tenemos en la forma de vivir, ser y sentir. Hablar de sexualidad es referirnos a identidad sexual, orientación sexual y erótica.

**Salud sexual** según la OMS se define como un “estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad. No es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. Requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”.

La sexualidad, como se ha comentado con anterioridad, es una parte fundamental del ser humano que tiene que ver con la activación de los circuitos de recompensa y placer, con la reproducción y por supuesto, con la comunicación erótica.

La sexualidad nos acompaña toda la vida, avanza y se desarrolla con la persona, con el conocimiento del cuerpo y su aceptación. Es el resultado de su naturaleza biológica, de su entorno cultural, de su estatus socioeconómico y de la propia historia del individuo que se forja con el modelaje que dichos factores producen en la integración y valoración de las propias experiencias. Es por ello que para entenderla y abordarla, cuando es disfuncional, el enfoque debe ser biopsicosocial.

La sexualidad nos acompaña a lo largo de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, está en constante transformación, por ello se manifiesta de manera diferente según las etapas vitales.

Actualmente, siguen vigentes algunas ideas erróneas respecto a la sexualidad y las etapas vitales, se sigue considerando que la sexualidad infantil no existe, la adolescente es peligrosa e incontrolable, la edad adulta coincidiendo con la fertilidad es la más plena y empieza a deteriorarse a partir de la menopausia, siendo prácticamente inexistente en la vejez. Sin embargo, las cosas no son así.

La **sexualidad en la infancia** tiene una gran importancia en el crecimiento como persona. Tiene que ver con el propio desarrollo de los aspectos afectivos y emocionales, también del conocimiento y de la socialización.

Los juegos sexuales en esta etapa se basan en la curiosidad, el conocimiento y las sensaciones corporales, el descubrimiento de la identidad, los roles de género y sexuales. Es saludable que los niños conozcan su propio cuerpo y tengan curiosidad por conocer el de las otras personas. Este tema preocupa a los progenitores, que muchas veces no saben cómo actuar. La comunicación, el respeto y sobretodo el desarrollo de vínculos saludables son claves para la adquisición de una educación sexual integral, que promueva el respeto y las relaciones justas y equitativas entre las personas

La **sexualidad en la adolescencia** se caracteriza por ser un periodo de cambios físicos, psíquicos y sociales rápidos. Los más significativos tienen que ver con: el cambio de referentes (los padres pasan a un segundo término a favor de

los amigos); la consolidación de las habilidades sociales necesarias para relacionarse con el entorno; el fomento de las capacidades intelectuales; la incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad; la adquisición de responsabilidad social e individual y, también, aprender a resolver su sexualidad desde el autoconocimiento a la sexualidad compartida (sentimientos amorosos, orientación sexual, etc.). Todo ello acompañado de cambios en su imagen corporal (son conscientes de que existe una relación muy fuerte entre el atractivo físico y la aceptación social) y cambios fisiológicos (por ejemplo, la aparición de flujo vaginal, las menstruaciones dolorosas o abundantes, la masturbación, las poluciones nocturnas o las erecciones espontáneas).

El comportamiento sexual de la primera adolescencia es más social que de verdadero deseo sexual.

En una sociedad como la nuestra tan hipersexualizada, cada vez empiezan a tener relaciones sexuales compartidas a edades más jóvenes.

La gran discrepancia entre la maduración biológica y el desarrollo cognitivo es clave para entender el desfase entre la motivación sexual y la toma de consciencia del riesgo.

## SEXUALIDAD DE LOS 30 A LOS 40

Se relaciona con la mejor edad vital, con la sexualidad más plena (experiencias, aprendizajes, elecciones, salud, vitalidad, etc.), y, sin embargo, son las personas que con más frecuencia acuden a las consultas de sexología.

Se ha escrito mucho sobre ellos, se dice que tienen menos relaciones sexuales que generaciones anteriores, que no consideran el sexo tan importante, que prefieren no tener relaciones sexuales compartidas a tenerlas y que no cumplan sus expectativas. Su fácil acceso al mundo tecnológico han cambiado sus aprendizajes sexuales y su maneras de interactuar.

Los proyectos individuales y personales son muy importantes, pero a veces difícilmente com-

paginables con la de una vida en común. Conviven con la competitividad, el control y la autoexigencia. La pareja se suele elegir desde la individualidad y, puesto que el sexo es fácilmente accesible, el romanticismo o el deseo no son siempre los pilares en torno a los que se busca al compañero, sino que, más bien, prima la compatibilidad de objetivos comunes.

El principio de la reciprocidad, a veces muy exagerado, de esperar que el otro corresponda en la misma medida que uno lo ha hecho, es prácticamente imposible.

Han dejado atrás complejos de orientación sexual y han abierto el abanico a otras prácticas y a otros colectivos.

Las parejas abiertas son un fenómeno que ha dejado de ser anecdótico y empieza a ser bastante frecuente. Existe un acceso gratuito e instantáneo a todo tipo de información e imaginación sexual. Se suele analizar el sexo en exceso y posiblemente teoricen demasiado sobre él. La ansiedad anticipatoria y la ansiedad en el momento de la actividad sexual para convertirla en algo "perfecto" posiblemente sea uno de los factores a tener en cuenta en la disminución de la frecuencia de relaciones sexuales detectadas.

## SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO

El embarazo puede ser una de las etapas más importantes en la vida de la mujer y su pareja, y aquí, como en otros momentos, la sexualidad tiene una expresión propia. Se producen profundos cambios que pueden provocar una vivencia de la sexualidad fortalecida y renovada o problemática, dependiendo en gran medida de la satisfacción sexual que haya tenido la mujer antes.

Los cambios hormonales durante el embarazo producen efectos dispares en la sexualidad de las gestantes; mientras algunas mujeres aumentan su libido, otras sufren el efecto contrario. Los cambios psicológicos también son muy importantes y pueden afectar a la imagen erótica de la mujer. Son frecuentes los cambios en la esfera sexual y se ini-

cian precozmente. Dichos cambios, a pesar de ser muy variables, presentan un cierto patrón: el primer trimestre de embarazo se suele acompañar de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual por parte de la gestante, mientras que el orgasmo mantiene su frecuencia e intensidad. Durante el segundo trimestre, la disminución de las molestias físicas y la adaptación al embarazo genera un mayor bienestar y una mejora en la vida sexual, y durante el tercer trimestre, la mayoría de las mujeres experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual y una marcada disminución en la actividad coital, muchas veces por miedo a desencadenar el parto.

**Durante el puerperio.** El estado hormonal asemejado al hipogonadismo influye de manera negativa en el deseo sexual y en el estado emocional de la mujer (la depresión post-parto). La respuesta sexual se va recuperando progresivamente, a los tres meses del parto la capacidad orgásmica es igual o ligeramente superior a la que existía y la mayoría de mujeres ya han reanudado las relaciones coitales.

El varón también puede sufrir alteraciones de su propia sexualidad y de la conducta sexual durante el proceso del embarazo y el post-parto, pudiendo aparecer: deseo sexual inhibido, dificultad en la erección o eyaculación precoz, siendo la conducta más afectada la frecuencia coital.

Un elemento clave en la sexualidad durante el puerperio es la contracepción. La mujer y su pareja necesitan un método anticonceptivo que sea seguro y eficaz, un método que les permita disfrutar del sexo sin el miedo de un nuevo embarazo.

## SEXUALIDAD EN LA EDAD MADURA

El climaterio es un largo periodo que suele presentarse cuando la función ovárica empieza a declinar. Coincide con una inestabilidad endocrina que se manifiesta con algunos signos visibles como las alteraciones menstruales, sofocos, dolores musculares, trastornos del sueño, síndrome depresivo, etc.

Es una etapa de cambios, que se relaciona con una crisis evolutiva donde, además de todos los cambios hormonales conocidos, los cambios psicológicos y relacionales ocupan un lugar muy destacado.

Entre los síntomas psicológicos más frecuentes encontramos tristeza, cambios de humor, irritabilidad, nerviosismo, síndrome depresivo, soledad, disminución de la libido, etc.

Síntomas muy variables que no se pueden explicar solamente desde el punto de vista de los cambios neuroendocrinos, hay otros factores etiológicos intrapersonales y relacionales (percepción de la salud, comorbilidades, calidad de la pareja, las experiencias sexuales previas, etc.) que van a ser decisivos en los síntomas psicológicos del climaterio.

Las mujeres consideran importante el sexo en sus vidas y también su funcionamiento sexual; sin embargo, la frecuencia de actividad sexual disminuye con la edad, dando lugar al debate sobre la contribución de la menopausia en el funcionamiento sexual de la mujer.

La mayoría de los estudios en esta área son transversales, y no son lo suficientemente grandes como para separar los efectos de la menopausia de la edad cronológica, y de otras variables de las que sí hay evidencia de que influyen en el funcionamiento sexual femenino.

En mujeres más mayores se observa, además de una disminución en la actividad sexual, un menor interés por el sexo. Esto puede estar asociado con la pérdida de las relaciones íntimas, como parte de la separación, el divorcio o el duelo, y como un fenómeno biológico (parte del proceso de envejecimiento) asociado a la historia biográfica de la persona.

Respecto a los hombres, los mecanismos vasculares y neurológicos implicados en la respuesta sexual devienen más visibles con el envejecimiento, pudiendo afectar a la respuesta de erección.

Los problemas de disfunción eréctil son más prevalentes en los hombres a partir de los 50 años, asociándose a una disfunción endotelial

generalizada que se manifiesta inicialmente con la afectación de las arterias peneanas. Con la edad también puede aparecer un déficit de testosterona (déficit de testosterona del varón maduro), que interfiera también en la producción de óxido nítrico necesaria para la vasodilatación de los cuerpos cavernosos.

La disfunción eréctil siempre es patológica independientemente de la edad del hombre y, por tanto, no podemos considerarla normal por la edad.

La vida sexual previa a la edad madura, así como la capacidad de adaptación a la edad condicionarán la sexualidad en esta etapa más que la edad.

El deseo y el desempeño sexual se pueden mantener hasta el final de la vida.

Ni en hombres ni en mujeres los cambios fisiológicos relacionados con la edad implican necesariamente disminución de la satisfacción sexual ni alteraciones patológicas en la respuesta sexual.

En esta etapa, más que en otras, es más frecuente la existencia de problemas de salud, de iatrogenia médica o quirúrgica que puedan afectar la sexualidad.

Las personas maduras pueden disfrutar plenamente de su vida sexual si saben gestionar bien su adaptación a la etapa vital que están viviendo.

## IDEAS CLAVE

- Es necesario iniciar intervenciones preventivas precoces dirigidas a fomentar un disfrute responsable de la sexualidad. Estas intervenciones no se deben centrar exclusivamente en la prevención de riesgos, se han de realizar dentro de una visión positiva de la sexualidad.
- Es muy importante ofrecer a la embarazada información sobre la sexualidad en esta etapa. Los cambios hormonales durante el embarazo producen efectos dispares en la sexualidad de las gestantes, mientras algunas mujeres aumentan su libido otras sufren el efecto contrario.

- Las características de la etapa entre los 30 y los 40, proyecto profesional, hijos, relaciones sociales, etc. pueden ser elementos que dificulten la vivencia satisfactoria de la sexualidad.
- En personas de edad madura, la sexualidad se encuentra influida por cambios biofisiológicos, aspectos socioculturales y psicoemocionales diferentes, que pueden contribuir a reactivar, frenar o interrumpir las relaciones sexuales. Los cambios hormonales por si solos no pueden explicar directamente los cambios en el comportamiento sexual.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Blackburn S, Loper Donna. Maternal, fetal & neonatal physiology. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1992.
2. Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. *J Endocrinol.* 2005;186:411-427.
3. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Fergusson D, Fourcroy J et als. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000; 163:888-93.
4. Carrascón. A, Molero.F. Abordatge de la diversitat de la conducta sexual desde l'Atenció Primària de Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Infosida núm.37. Barcelona. Novembre 2008.
5. Castelo-Branco C, La sexualidad humana. Una aproximación integral .ED Medica Panamericana; 2005; 231:245.
6. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of western European women. *J Sex Med.* 2006;3(2):212-222.
7. Deqaquier C, Absil AS, Psalti I, Meuris S, Jurysta F. Impact of aging on sexuality. *Rev Med Brux.* 2012 May-Jun; 33(3):153-63.
8. Falicov CJ. Sexual adjustment during first pregnancy and post partum. *AmJ Obstet Gynecol.* 1973;117:991.
9. Foroutan SK, Rajabi M. Erectile dysfunction in men with angiographically documented coronary artery disease. *Urol J.* 2007;4:28-32.
10. Gelfand MM. Sexuality mong older women. *J Womens Health Gen Based Med.* 2009;9(Suppl 1):S15-20.
11. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Sandra B, Cohen T, Fisher W, Holzapfel S, Senikas V. Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *JOGC* 2102 Aug;34(8)(Suppl 2):S1-54.
12. Leiblum S, Koochaki P, Rodenberg C, Barton I, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International

- Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*. 2006;13(1):46-56.
13. Malatesta VJ. Sexual problems, women and aging: an overview. *J Women Aging*. 2007;19(1-2):139-54.
  14. Martín-Morales A, Sánchez JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez L, Jiménez JF, Burgos R. prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de La Disfunción Eréctil Masculina Study (EDEM). *J Urol*. 2001;166(2):569-74.
  15. Masters WH, Johnson VE. *Respuesta sexual humana*. 1ª ED. Buenos Aires. Intermédica; 1972.
  16. Megías Quirós I. *Estudios de Juventud* nº 63/03.
  17. Molero F y cols. *Sexo joven*. Editorial Marge books. 2007.
  18. Organización Mundial de la Salud (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*, 28 - 31 January 2002, Geneva.
  19. Perkins RP Sexual behaviors and response in relation to complications of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 179; 134:498.
  20. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self.
  21. Salvatierra Mateu, Vicente. *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Editorial Martínez Roca; Barcelona 1989.
  22. Solberg DA, Butler J, Wagner NN. Sexual behavior in pregnancy. *N Engl J Med*. 1973;288:1098.
  23. Solomon H, Man JW, Wierzbicki AS, et al. Relation of erectile dysfunction to angiographic coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 2003;91:230-231.
  24. Declaración de los derechos sexuales de la IPPF Plataforma para la Acción, IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing (China), septiembre 1995, Gabinete de Relaciones Internacionales del Instituto de la Mujer, *Revista Diálogos*, nº 76-(56). Monográfico, 1996.
  25. [www.fess.com](http://www.fess.com). Derechos sexuales
  26. [www.mujeresenred.net](http://www.mujeresenred.net) Derechos sexuales y reproductivos

# Disfunciones sexuales femeninas: qué son y cómo se diagnostican

FRANCISCA MOLERO RODRÍGUEZ

*Directora del Instituto Iberoamericano de Sexología y del Institut de Sexologia de Barcelona*

## INTRODUCCIÓN

En la bibliografía encontramos el concepto de **disfunción sexual femenina**, concepto que engloba las alteraciones en el deseo sexual así como cambios en la psicofisiología que caracterizan el ciclo de la respuesta sexual, que ocurren de una manera persistente y recurrente, y que causan malestar y dificultades interpersonales.

Para mayor clarificación del tema, preferimos hablar de disfunciones sexuales femeninas e identificarlas claramente según la fase de la respuesta sexual afectada y que lleven añadida la condición de malestar o angustia personal para la mujer.

Aproximadamente el 40% de las mujeres tienen problemas sexuales a lo largo de su vida; sin embargo, es importante matizar que muchos de los problemas sexuales de las mujeres no se pueden considerar disfunciones sexuales debido a que no cumplen todos los criterios diagnósticos. Puede existir una función sexual anormal sin la presencia de trastorno si no se acompaña de angustia personal, por ello solo una parte de las mujeres con dificultad sexual presentan disfunción sexual, entre un 21 y un 67%.

Un problema importante a la hora de establecer prevalencias de las disfunciones sexuales radica en la disparidad de criterios a la hora de clasificarlas. Existen diversas clasificaciones diagnósticas, la más aceptada es la clasificación de *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, aunque actualmente existe una controversia importante al unir en la nueva clasificación el trastorno del deseo sexual hipoactivo (HSDD) y el trastorno de la excitación sexual en un único trastorno llamado trastorno del interés y de la excitación sexual femenino (FSIAD) (Tabla I).

Para poder evaluarlos y tratarlos adecuadamente es importante conocer el ciclo de la respuesta sexual normal. No todas las mujeres inician la respuesta sexual con deseo, para muchas mujeres esta secuencia puede variar y superponerse e incluso alguna fase puede estar ausente en algunos encuentros sin que ello signifique insatisfacción sexual. La proximidad emocional o la satisfacción con la experiencia son potentes motivadores sexuales (Fig. 1).

**La etiología de las disfunciones sexuales femeninas es multifactorial.** Destacan la mala percepción de la salud, algunos problemas hormonales sobre todo cuando producen malestar y dispareunia, y la calidad de la relación de pareja (Tabla II).

**Diagnóstico.** La evaluación comienza con una cuidadosa historia clínica que permita identificar posibles factores etiológicos y permita evaluar problemas psicosexuales.

Puede ayudar la utilización de cuestionarios, el más utilizado es el índice de función sexual femenina (FSFI).

El **examen físico** es fundamental, se requiere una exploración ginecológica para evaluar no solamente problemas relacionados con el dolor sino posibles prolapsos, hipertonías musculares, alteraciones del flujo genital o cualquier otra patología asociada.

Otras pruebas como análisis de sangre (hemograma, TSH, prolactina, etc.), cultivos o ecografías se deben realizar solamente cuando hay una sospecha fundamentada.

El **tratamiento** es complejo, el foco debe centrarse en las intervenciones que optimicen la salud, el bienestar y la relación con la pareja, ya que

TABLA I. Diagnóstico DSM-5. Disfunciones sexuales femeninas

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

- A. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los síntomas siguientes, en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente en el 75-100%) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

- De por vida: el trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
- Adquirido: el trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.
- Generalizado: no se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- Situacional: ocurre solamente con determinados tipos de estimulación,

Especificar la gravedad actual:

- Leve: evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.
- Moderado: evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.
- Grave: evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

**TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN/INTERÉS SEXUAL EN LA MUJER 302.72 (F52.22)****Criterio A**

1. Interés ausente o reducido en la actividad sexual.
2. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos.
3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla.
4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones.
5. Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual).
6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).

**TRASTORNO ORGÁSMICO FEMENINO 302.73 (F52.31)****Criterio A**

1. Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo.
2. Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.

**TRASTORNO DE DOLOR GENITOPÉLVICO/PENETRACIÓN 302.76 (F52.6)****Criterio A. Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:**

1. Penetración vaginal durante las relaciones.
2. Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
3. Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

**DISFUNCIÓN SEXUAL INDUCIDA POR SUSTANCIAS/MEDICAMENTO****Criterio A. Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:**

- A. En el cuadro clínico predomina un trastorno clínicamente significativo de la función sexual.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio (1) (2):
1. Los síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia, o después de la exposición a un medicamento.
  2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

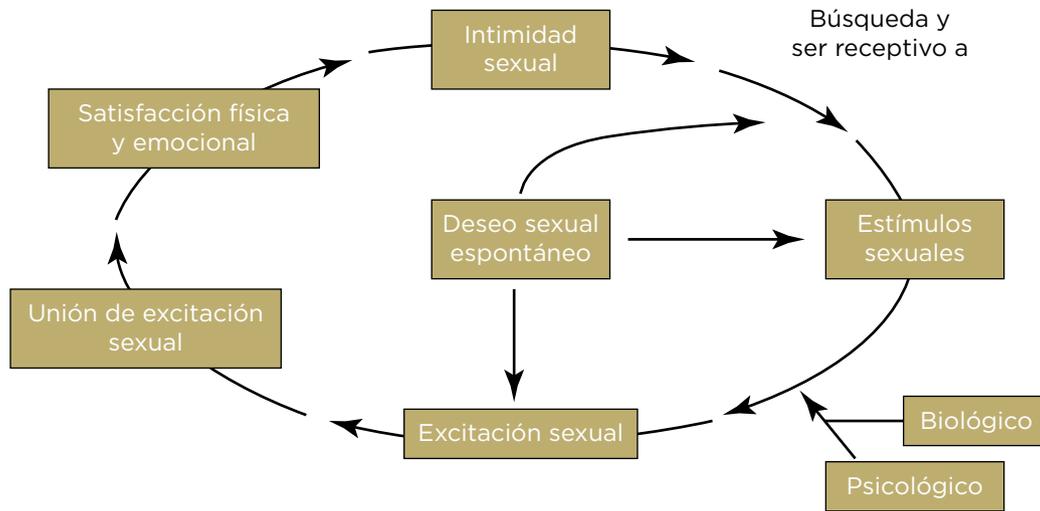


GRÁFICO 1. Respuesta sexual femenina (Basson).

los predictores de la satisfacción sexual son la salud física y mental, y la calidad de la relación con la pareja.

Las posibles patologías y fármacos que puedan alterar la función sexual deben ser evaluados y tratados.

Debido a que la etiología de las disfunciones sexuales abarca factores orgánicos, psicológicos, sociales y contextuales, se recomienda un abordaje biopsicosocial.

Se considera que la terapia psicosexual es el tratamiento más eficaz para las disfunciones sexuales femeninas.

## DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

### Trastorno del interés y de la excitación sexual (FSIAD)

Como se ha comentado anteriormente, la clasificación del FSIAD es muy reciente y controvertida, algunos autores la critican debido básicamente a la falta de información y validación sobre su validez y utilidad clínica, mientras que otros consideran que el FSIAD recoge mejor los

diferentes perfiles de síntomas en las mujeres así como la variabilidad en la forma de expresarlos.

### Criterios diagnósticos del FSIAD en el DSM-5

- Por lo menos se tiene que experimentar tres de los síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente en el 75-100%) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).
- Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

### Criterio A

- Interés ausente o reducido en la actividad sexual.

**TABLA II.** Factores de riesgo más frecuentes en las disfunciones sexuales femeninas. Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines (August JOGC 2012)

FACTORES BIOLÓGICOS	
Psiquiátricos y neurológicos	Depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, parkinson, psicosis, etc. Esclerosis múltiples, ictus, demencias, etc. Fibromialgias, lupus, etc.
Endocrinos	Diabetes, hiperprolactinemias, patología adrenal Hiper e hipotiroidismo. Hipogonadismo
Cardiovasculares	Hipertensión, cardiopatías, infartos
Cáncer	Sobre todo los que afectan la imagen corporal y el eje hipotálamo-hipofisario-ovárico Cáncer de mama, colon, ovario
Gastrointestinales	Cirrosis, colon irritable, enfermedad de Chron, úlcera gástrica
Infecciones	Sistémicas e infecciones de transmisión sexual
Problemas uroginecológicos	Que afecten a los tejidos dérmicos y mucosas: dermatitis, vulvitis Musculoesqueléticos de la pelvis y columna Asociados al dolor: endometriosis, vulvodinias, cistitis intersticiales, etc. Prolapsos Partos y puerperio
FÁRMACOS Y DROGAS	
	Antidepresivos: ISRS, tricíclicos, IMAO, trazodona, litio, etc.* Antipsicóticos Antiepilépticos Antihipertensivos** AH (antiandrogénicos) Tabaco Alcohol Opiáceos, anfetaminas, alucinógenos, etc.
FACTORES PSICOLÓGICOS	
	Problemas de relación Problemas intrapersonales
FACTORES SOCIOCULTURALES	
	Entorno Normas y aprendizaje sexual
<p>*Antidepresivos que menos afectan a la función sexual: venlafaxina, duloxetine, reboxetina, mirtazapina, agomelatina. **Antihipertensivos que menos afectan a la función sexual: nifedipino, verapamilo, anlodipino, captoprilo, losartán, aliskireno.</p>	

2. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos.
3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla.
4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones
5. Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o

erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual).

6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).

La **Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10 y su actualización anticipada, ICD-11)** incluyen un código de diagnóstico para el HSDD (F52.0 en ICD-10) que define HSDD como una ausencia o reducción marcada en el deseo o la motivación para participar en actividad sexual como se manifiesta por cualquiera de los siguientes:

1. Deseo espontáneo reducido o ausente (pensamientos o fantasías sexuales).
2. Deseo de respuesta reducido o ausente a estímulos y señales eróticas.
3. Incapacidad para mantener el deseo o interés durante la actividad sexual. El patrón es persistente o recurrente durante un período de al menos varios meses y no es secundario a un trastorno de dolor sexual. Los síntomas están asociados con angustia clínicamente significativa.

Las prevalencias sobre este trastorno en la bibliografía se orientan todavía al HSDD. El HSDD es común en las mujeres, entre el 36% y el 39% de las mujeres afirman tener un deseo sexual bajo, y entre el 8% y el 10% cumplen los criterios diagnósticos primarios para HSDD (bajo deseo y angustia asociada). En las mujeres, el deseo sexual bajo generalmente aumenta con la edad, mientras que la angustia relacionada disminuye, lo que resulta en una prevalencia bastante constante de HSDD a lo largo de la vida adulta.

El bajo deseo sexual puede tener un impacto negativo sustancial en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Sin embargo, no siempre consultan.

#### *Factores etiológicos*

El FSIAD se considera multifactorial, pudiendo atribuirsele una serie de componentes biológicos, psicológicos, sociales y contextuales.

Entre los factores biomédicos, se han de tener en cuenta aquellos que están más relacionados con el deseo sexual y con la excitación sexual: las alteraciones hormonales, alteraciones de los neurotransmisores, así condiciones médicas que puedan alterar el sistema vascular y neuronal (fundamentales en la fase de excitación), otras patologías médicas (sobretudo enfermedades crónicas y cáncer) y psiquiátricas (la depresión y los antidepresivos) así como determinados tratamientos, entre ellos los inhibidores de la recaptación de serotonina o los antihipertensivos sobretudo betabloqueantes (estos últimos estudiados ampliamente en la disfunción eréctil del varón). Entre los factores psicológicos, podemos encontrar el aburrimiento, el estrés situacional, problemas con la imagen corporal o la distracción, pocas habilidades eróticas y sexuales, educación restrictiva, etc. Respecto a los sociales y contextuales los más importantes tienen que ver con la calidad emocional y erótica de la relación de pareja, así como el estado de salud general y sexual de la pareja, si la hay.

Actualmente se considera que el deseo sexual podría estar regulado por neuromoduladores de las vías excitatorias (p. ej., dopamina, norepinefrina, melanocortina, oxitocina) y de las vías inhibitorias (p. ej., serotonina, opioides, endocannabinoides). La disminución de la activación neural de las regiones cerebrales asociadas con la excitación sexual (p. ej., región medial orbitofrontal y materia gris periacueductal) y la falta de desinhibición de las regiones cerebrales involucradas en el procesamiento cognitivo (p. ej., cerebro izquierdo) podrían ocasionar bajo deseo pero también disminuir la vasocongestión y lubricación vaginal, afectando también al orgasmo.

#### *Diagnóstico*

La anamnesis es fundamental. Se ha de realizar una exploración detallada de la historia psicossexual del paciente, así como la descripción detallada de la historia actual del trastorno, duración, impacto, nivel de ansiedad que le produce, etc.

Se han de evaluar posibles factores desencadenantes y mantenedores de la disfunción. Se ha de realizar también una evaluación detallada del historial médico de la paciente (incluyendo historial reproductivo y métodos anticonceptivos), condiciones comórbidas que puedan estar relacionadas con el trastorno (endocrinas, cardiovasculares, neurológicas y psiquiátricas), así como el uso de fármacos u otro tipo de drogas.

Las pruebas de laboratorio suelen ser de utilidad limitada, aunque siempre se pueden justificar en función de la historia de la paciente (pruebas de tiroides y prolactinemia pueden ser interesantes).

Es recomendable, así mismo, realizar una exploración ginecológica para descartar posibles patologías que puedan derivar en un FSAID secundario.

Los cuestionarios pueden ser de utilidad; como se ha comentado anteriormente, el FSFI es el más utilizado.

### **Trastorno del dolor genital-pélvico/ Trastorno de penetración**

Incluye a las antiguas categorías de vaginismo y dispareunia.

El dolor durante el coito puede ser vulvovaginal o pélvico, como es el caso de miomas, algunos miomas de gran tamaño, antecedentes de cirugías endometriosis, prolapsos uterinos, vesicales o rectales asociados o no a incontinencias, etc.

La dispareunia es una de las causas más importantes de evitación de las relaciones sexuales y aparición de otras disfunciones sexuales secundarias.

El vaginismo es un trastorno fóbico, que impide el coito al producirse la contracción involuntaria de la musculatura del tercio externo e la vagina. Requiere siempre tratamiento psicosexual.

El **tratamiento inicial** y muchas veces concluyente consiste en mantener la vulva y vagina en las mejores condiciones posibles, para ello se aconseja un tratamiento de base que sería un

estrógeno vaginal, en forma de óvulos o crema, que se pondría dos veces a la semana, preferiblemente por la noche, y como mantenimiento un hidratante diario y un lubricante cuando realice actividad sexual. Si después de realizar los tratamientos necesarios para eliminar o disminuir las causas orgánicas que producen el dolor este continúa, se ha de comenzar con terapia psicosexual.

### **Trastorno del orgasmo**

Lo define cuando la mujer no consigue un orgasmo o presenta una marcada reducción de la intensidad de las sensaciones orgásmicas después de una fase de una excitación sexual normal, con cualquier tipo de estimulación. La prevalencia es muy variable, del 18 al 40%.

Entre las **causas más frecuentes**, encontramos las malas relaciones de pareja, el estrés, acontecimientos traumáticos, enfermedades (lesiones medulares, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, diabetes e hipertensión, hipotiroidismo, enfermedades psiquiátricas, etc.), tratamientos farmacológicos (antidepresivos, ansiolíticos, etc.), alcohol y otras sustancias tóxicas.

En la anorgasmia primaria las causas más frecuentes tienen que ver con la educación sexual inadecuada, la falta de aprendizaje, escaso o nulo interés por conocerse sexualmente o ideas negativas respecto al sexo.

La anorgasmia coital suele ser motivo habitual de consulta, son aquellas mujeres que no consiguen el orgasmo con el coito, pero sí con otros tipos de estimulación. No llegar al orgasmo durante el coito no es ninguna patología y no debería ser motivo de preocupación.

La terapia psicosexual es el tratamiento más eficaz. Es fundamental que la mujer conozca sus genitales y el funcionamiento de su respuesta sexual.

El problema principal de las mujeres con la fase orgásmica suele ser la dificultad para alcanzar el orgasmo. De hecho, las estimaciones de respuesta orgásmica inhibida o ausente (anor-

gasmia) en mujeres varían en aproximadamente del 10% al 40%, dependiendo de diferentes consideraciones, incluido el problema específico (dificultad frente a incapacidad), edad y estado hormonal, salud, experiencia sexual, adecuada estimulación, actividad específica (asociada o no) y naturaleza de la relación diádica (p. ej., conexión vs relación continua). Sin embargo, solo la mitad de estas mujeres suelen indicar angustia acerca de la condición.

La respuesta orgásmica en las mujeres es particularmente difícil de estudiar. Las mujeres que tienen dificultades para alcanzar el orgasmo a veces muestran un deseo sexual disminuido y/o una excitación inadecuada, lo que sugiere un problema con las fases de deseo y excitación más que con la fase de orgasmo. De hecho, los últimos modelos de la respuesta sexual en las mujeres no solo han delineado los fuertes y recíprocos vínculos entre el deseo sexual, la excitación y el orgasmo, sino que también han hecho hincapié en que, para muchas mujeres, la intimidad más que el orgasmo representa un resultado importante para el compromiso sexual. Por esta razón, podría no ser sorprendente que una parte de las mujeres que experimentan dificultades para alcanzar el orgasmo no parezca angustiada por su condición.

### ¿Qué debe saber el médico para abordar las disfunciones sexuales?

Los profesionales necesitan estar motivados e interiorizar a la sexualidad como una dimensión positiva y fundamental del ser humano, y a la educación sexual como el recurso necesario para los pacientes.

Para abordar las disfunciones sexuales, el *counselling* es una herramienta útil.

El *counselling* o consejo individualizado en sexualidad, consiste en ofrecer al paciente información y recomendaciones sobre la patología del paciente, que se adapten a sus características y necesidades, tomando en consideración los aspectos psicosexuales y las relaciones interpersonales del paciente.

Es un proceso dinámico que se adapta y se reevalúa según se vaya desarrollando la visita.

### ¿Qué se necesita saber y hacer para realizar *counselling* en sexualidad?

1. Saber preguntar y favorecer que se pregunte. Ser proactivo: preguntar y saber escuchar. Se puede empezar con preguntas abiertas que generalicen situaciones, utilicen estadísticas o expliquen rutinas habituales del terapeuta a la hora de realizar su labor asistencial.
2. Disponer de información objetiva y científica sobre sexualidad ¿Qué información ofrecer?:
  - Información objetiva y adecuada al lenguaje de la paciente.
  - Explicación del problema.
  - Anatomía y fisiología de la respuesta sexual.
  - Mensajes positivos y de bienestar, de reconocimiento del derecho al placer y activación de circuitos de recompensa.
3. Poseer habilidades terapéuticas sencillas para poder orientar, y en algunos casos resolver, problemas sexuales y de relaciones de pareja. Realizar asesoramiento. Ofrecer orientaciones prácticas adaptadas a cada caso en particular. Son útiles las orientaciones siguientes:
  - Técnicas para incrementar la consciencia corporal (ejercicios de Kegel, pensar en sexo de manera positiva, fantasías sexuales, etc.).
  - Potenciación sensorial en pareja. Habilidades eróticas (masajes sensoriales y eróticos, sexualidad lúdica).
  - Aumentar el tiempo de interacción de ocio: caminar juntos, cenar un día al mes fuera de casa, etc.
4. Prescripción de un tratamiento farmacológico si se considera necesario.
5. Visita de seguimiento: a los 2 o 3 meses, recomendar visita con la pareja.
6. Disponer de una red de profesionales para realizar la derivación en caso necesario. ¿Cuándo derivar? En el caso de que no hubiera resultados porque se evidenciaran problemas

de pareja o trastornos psicológicos se ha de derivar a especialistas en terapia sexual y de pareja.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. <http://www.aem.es/documentos/menoguias/MENOGUIAVIDAYSEXO.pdf>
3. Armstrong JE, England P, Fogarty A. Accounting for women's orgasm and sexual enjoyment in college hookups and relationships. *Am Sociol Rev.* 2012;77:435-462.
4. Balon R, Clayton AH. Female sexual interest/arousal disorder: a diagnosis out of thin air *Arch Sex Behav.* 2014 Oct;43(7):1227-9.
5. Brotto, Lori A. et al. Women's Endorsement of Different Models of Sexual Functioning Supports Polythetic Criteria of Female Sexual Interest/Arousal Disorder in DSM-5. *The Journal of Sexual Medicine;* 12(9):1978-1980.
6. Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34(8):S1-S56.
7. <http://www.fsfi-questionnaire.com/FSFI%20questionnaire2000.pdf>
8. Graham CA. The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. *Arch Sex Behav* 2010;39:256-270.
9. Glenn R Cunningham, Raymond C Rosen, Overview of male sexual dysfunction UpToDate 2015, Peter J Snyder, MD, Michael P O'Leary, MD, MPH ,Kathryn A Martin, MD
10. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction?. *J Sex Med.* Jul; 3(4):589-95.
11. Holstege, G. How the emotional motor system controls the pelvic organs. *Sex Med Rev.* 2016; 4: 303-328.
12. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ. An update on sexual function and dysfunction in women. *Arch Womens Mental Health* 2015;18:423-433.
13. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med* 2010;7:1598-1607.
14. Meana M. *Sexual Dysfunction in Women.* Cambridge MA, USA: Hogrefe Publishing, 2012.
15. Molero F, La Calle P, Fernández I. Guía clínica de sexualidad femenina y salud vaginal. Avanzando en el conocimiento. 2014. ISBN:978-84-15950-34-9.
16. Molero F. *Counselling en sexualidad femenina y masculina.* Ediciones mayo.2014
17. Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva: OMS; 2006.
18. Park K, Kang HK, Seo JJ, et al. Blood-oxygenation-level-dependent functional magnetic resonance imaging for evaluating cerebral regions of female sexual arousal response. *Urology* 2001; 57:1189.
19. Parish, Sharon J. et al Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews;* 4(2):103-120.
20. Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med* 2009; 6:1506.
21. Rowland, D, and Tiffany N. Kolba, *ORGASM Understanding Orgasmic Difficulty in Women.* *J Sex Med* 2016;13:1246e1254.
22. Sh Jan L Shifren, *Sexual dysfunction in women: Epidemiology UpToDate 2015,* Robert L Barbieri, MD, Sandy J Falk, MD.
23. Sh Jan L Shifren, *Sexual dysfunction in women: Management UpToDate 2015,* Robert L Barbieri, MD, Sandy J Falk, MD.
24. Smith NK, Jozkowski KN, Sanders SA. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med* 2014;11:462-470.