

Deseo sexual hipoactivo femenino: una propuesta de intervención médica

Froilán Sánchez Sánchez

Centro de Salud de Xàtiva. Xàtiva. Valencia. España.

RESUMEN

El deseo sexual hipoactivo es un trastorno sexual frecuente, sobre todo en las mujeres, que presenta dificultades diagnósticas y terapéuticas. En general, los médicos no saben cómo intervenir ante una paciente que presenta este problema. En el presente artículo se revisan aspectos esenciales del deseo sexual y los factores relacionados con su pérdida, y se propone un método de intervención clínica que permita al médico intervenir sensatamente ante un caso de deseo sexual hipoactivo. Finalmente, se revisan algunos de los fármacos empleados hasta el momento para su tratamiento.

Palabras clave: Deseo sexual femenino hipoactivo. Terapia sexual. Calidad de vida.

ABSTRACT

Female hypoactive sexual desire. An offer of medical intervention

The hypoactive sexual desire is a frequent sexual disorder, especially in women, and presents diagnostic and therapeutic difficulties. In general, doctors do not know how to manage a patient who suffers this problem. In the present article there is a revision of essential aspects of the sexual desire and the factors related to its loss proposing a method of clinical intervention that allows to the doctor to act in a sensible way in a case of hypoactive sexual desire. Finally, there is a revision of some of the drug therapies used up to this moment to treat the disorder.

Key words: Female hypoactive sexual desire. Sexual therapy. Quality of life.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La vida sexual repercute en la calidad de vida¹. Cuestiones como el desempeño y la idoneidad sexual^{2,3}, u otras como el miedo al abandono o al rechazo por motivos sexuales⁴ son, con frecuencia, generadores de ansiedad y conflictos neuróticos⁵ que menoscaban tanto la autoestima como, caso de haberlas, las relaciones de pareja al propiciar conductas de evitación, disputas, conflictos y separaciones. En un estudio longitudinal, ya clásico⁶, se observó que para los varones la frecuencia en las relaciones sexuales y para las mujeres el disfrute de éstas eran factores predictivos significativos de longevidad.

El deseo sexual hipoactivo (DSH) es la más común de las disfunciones sexuales (DS) femeninas⁷. Pese a ello, los médicos no suelen abordarlo, se suelen limi-

tar a escuchar la queja y, desde la distancia, transmitir a la mujer con su silencio sus más sinceras condolencias. Se han aducido diversas razones⁸ para explicar esta actitud distante frente a un problema que tanto les afecta: falta de tiempo, considerarlo un asunto trivial y otras por el estilo; sin embargo, creemos que la principal es el desconocimiento, tanto de la patología como del procedimiento para intervenir de manera eficaz. En el presente artículo, se revisan aspectos esenciales del deseo sexual y los factores relacionados con su pérdida, y su principal objetivo es proponer un método que permita al médico intervenir sensatamente ante un caso de DSH, sea cuál sea su especialidad.

CONCEPTO Y DEFINICIÓN

Es esencial reconocer que pese a las propuestas igualitarias de Master y Johnson⁹, en su teoría lineal sobre la respuesta sexual (fig. 1), publicadas en 1966 y completadas por la Dra. Kaplan, que añadió la fase de de-

Correspondencia: Dr. F. Sánchez Sánchez.
Maulets, 3, 8.º. 46800 Xàtiva. Valencia. España.
Correo electrónico: fsanchezs@semergen.es

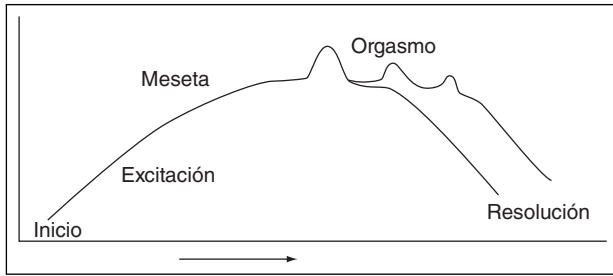


Figura 1. Esquema del modelo lineal de respuesta sexual de Masters y Jonson.

seo a las suyas de excitación, meseta y resolución, la respuesta de mujeres y varones es distinta y, si bien la vivencia del orgasmo puede ser similar, sin duda la excitabilidad y, especialmente, el deseo difieren claramente entre unas y otros. La experiencia clínica demuestra que el deseo del varón es claramente “finalista” y se dirige, la mayor parte de las veces, al logro de la penetración; sin embargo, la mujer presenta un abanico de posibilidades más amplio. Para entender las diferencias en la respuesta sexual entre ambos sexos es necesario conocer las teorías de Rosemary Basson¹⁰ (fig. 2) quien, apoyándose en estudios que indican que más de la mitad de las mujeres con una sexualidad satisfactoria raramente piensan en el sexo¹¹, propone que muchas mujeres, sobre todo si llevan bastante tiempo emparejadas, inician las relaciones sexuales con una motivación sexual neutra, sin deseo sexual, y se van activando y excitando progresivamente en el transcurso de la experiencia íntima que viven con su pareja.

Aunque teóricamente distinguibles, a nivel práctico resulta difícil dissociar deseo de excitación sexual, referida ésta a los cambios físicos que se experimentan

cuando hay estímulo sexual, ya sea inducido externa o internamente (fantasías). Ambas fases, deseo y excitación, constituyen un continuum de difícil separación, pues el deseo se va a mantener si se tiene una percepción clara de la excitación y, a su vez, la excitación acontece de manera más fácil cuando hay un alto grado de deseo sexual.

Según el DSM-IV-TR, la característica esencial del DSH es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual que provoca malestar acusado o dificultades interpersonales. Esta definición, recientemente revisada^{12,13}, parece insuficiente al no tener en cuenta los inductores externos del deseo ni un aspecto tan importante como el momento del ciclo vital de cada mujer. Este aspecto y la duración de la pareja, fueron propuestos por Basson et al¹⁴ en 2003, como inherentes al deseo sexual femenino. Para Fuertes¹⁵, el DSH aparece cuando la interacción entre el grado de excitabilidad neurofisiológica, la disposición cognitiva y los inductores de sentimientos y sensaciones sexuales no conduce a ningún tipo de impulso sexual. Cabello¹⁶, aunando las propuestas de Basson y de Fuertes, define el DSH como la ausencia o disminución de pensamientos o fantasías sexuales y de interés en iniciar un encuentro sexual en presencia de adecuados inductores externos del deseo, teniendo presente el momento del ciclo vital de la mujer. Respecto a la propuesta de Basson, señala que resultaría más coherente hacer referencia a la calidad de la pareja en lugar de su duración, argumento con el que coincidimos.

PREVALENCIA

Aunque las cifras discrepan sobremanera, se considera que el porcentaje de mujeres afectadas, en mayor o

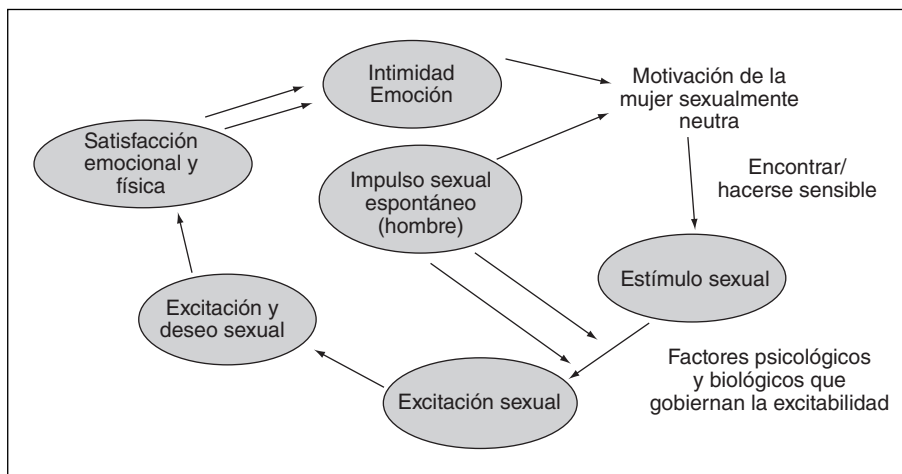


Figura 2. Modelo circular de respuesta sexual femenina de Basson.

menor gravedad, por un cuadro de DSH oscila entre el 20 y el 40%^{17,18}.

Por nuestra parte, con motivo de la validación del cuestionario de función sexual de la mujer (FSM)¹⁹, registramos una prevalencia de deseo hipoactivo²⁰ del 16,5% entre mujeres valencianas sanas (212 mujeres de 18 a 65 años, con una media de edad de 40 años), que resulta inferior a la encontrada en la mayoría de estudios; sin embargo, fue superior a la que obtuvimos con relación a la dificultad para alcanzar una excitación suficiente durante el encuentro sexual, que afectaba al 13,2%.

ETIOLOGÍA

Si bien el DSH suele tener un origen multicausal, referiremos sus causas más habituales.

CAUSAS MÉDICAS

- Enfermedades crónicas: anemia, cardiopatías, neoplasias, etc.
- Alteraciones hormonales: déficit androgénico, hiperprolactinemias, hipotiroidismo.
- Entidades que generen trastorno de la excitación sexual: déficit estrogénico (climaterio), enfermedades cardiovasculares y neuroendocrinas (diabetes).
- Cirugía de mama, útero, ovarios o próstata, que además de los problemas hormonales que conllevan generan sentimientos de castración y desvalorización que abocan a un trastorno del estado de ánimo y del deseo erótico.
- Fármacos: fibratos, bloqueadores beta y diuréticos, sulpirida y cimetidina, antidepresivos ISRS, antiandrogénicos (patología prostática, tratamientos de calvicie), anticonceptivos con efecto antiandrogénico.
- Consumo de sustancias de abuso: alcohol, tabaco, marihuana o cannabis, heroína y opiáceos, cocaína y drogas de diseño (METH o *speed*, MDMA o éxtasis).

Causas psicológicas

- Individuales: educación sexual restrictiva, falta de interés sexual por experiencias negativas, orientación sexual no definida o no autoaceptada, alteraciones psicológicas, anhedonia sexual.
- Secundarias a la relación de pareja: falta de comunicación, discrepancias en la forma de entender la sexualidad, cambios físicos, psicológicos o estéticos en uno de los miembros que inhiban el deseo del otro, patrones de comportamiento sexual rígidos y/o monótonos, utilización de la conducta sexual como ele-

mento de poder y control en la relación, disputas continuas, etc.

El alcoholismo o el consumo de otras sustancias de abuso por parte de la pareja puede provocar episodios de celos, disfunción eréctil y agresiones, con repercusión sobre el deseo.

- DS de la pareja, esencialmente disfunción eréctil, eyaculatoria o de deseo.
- Tránsito por períodos de pérdidas: duelos, dificultades económicas y laborales o frustraciones amorosas.
- Tránsito por períodos de crisis vital: emancipación de los padres, jubilación, cumpleaños críticos (los 40, los 50), casamiento, embarazo, posparto, nacimiento de hijos, síndrome del nido vacío, etc.

FORMAS CLÍNICAS DEL DÉFICIT DE DESEO

Además del DSH, el trastorno de excitación sexual en la mujer y la aversión sexual también se suelen manifestar a través de una falta de deseo. Las 3, aunque distintas y con entidad propia, están muy relacionadas entre sí y algunos autores las confunden, tanto en clínica como en investigación. Lo habitual es que un trastorno de excitación conduzca a corto plazo a una falta de deseo, que suele abocar a un trastorno orgásmico y, en ocasiones, a un cuadro de aversión sexual. De manera recíproca, el DSH conlleva una menor concentración de la mujer durante el encuentro sexual, lo que provoca una merma en la excitación y en su capacidad de lubricar.

El trastorno de excitabilidad es frecuente entre las mujeres menopáusicas y diabéticas. En las primeras, como consecuencia del déficit estrogénico, se produce una disminución de la lubricación, y entre las segundas, al igual que sucede entre los varones diabéticos, se afecta la segunda fase de la respuesta sexual y, del mismo modo, su capacidad para lubricar adecuadamente. Unas y otras pueden interpretar tal circunstancia como el fin de su sexualidad (corroborada además en las climáticas por el hecho de que la menstruación haya desaparecido) y las repercusiones cognitivas propias y la influencia de múltiples mitos socioculturales de su entorno les pueden conducir al desinterés sexual, y a la apatía durante el encuentro, sin menospreciar la asociación de rutinas de autoobservación durante éste que le impedirá abandonarse en la experiencia. Todo ello aboca a una insatisfacción que pone en marcha toda una estrategia de evitación sexual, tal vez solucionable con un simple lubricante, que acaba convirtiéndose en una DS con graves repercusiones en la vida de pareja.

Con relación a la aversión sexual, se puede sospechar que alguien la presenta cuando rechaza o evita cualquier contacto erótico porque le genera una intensa angustia. Si la persona afectada vive en pareja, el trastorno alcanza proporciones mayores y en muchos casos cuestiona la continuidad de la relación. El más mínimo atisbo de encuentro sexual, o sólo imaginarlo, desencadena el pánico e incapacita al afectado para llevarlo a cabo. La aversión sexual es una fobia grave, un miedo irracional y, por tanto, cuando se piensa o se afronta el estímulo fóbico se experimenta sudoración, palpitaciones, mareos, náuseas, vómitos, e incluso pérdida de conciencia. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en la mayoría de las fobias, en la sexual, imaginar la situación temida suele generar mayor ansiedad que vivirla.

Es necesario saber que la pareja de quien presenta un trastorno de deseo se siente despreciada, no querida e infravalorada. Su autoestima suele estar muy baja y tiende a considerarse poco atractiva. Aunque la respuesta a la aversión de la compañera es diversa, casi siempre se repite el mismo modelo: al inicio, vierten moderadas y puntuales quejas, progresivamente incrementan la presión e intentan acercarse a ella a fin de excitarla, posteriormente tratan de enfriar la relación con la intención de que la otra reaccione y, finalmente, adoptando una actitud de presión activa, lanzan sobre ella todo tipo de quejas, e incluso acusaciones de supuestas infidelidades, con amenazas directas sobre el futuro del compromiso.

PAPEL DEL MÉDICO ANTE UN CASO DE DESEO HIPOACTIVO

Actitud receptiva o de búsqueda activa

Sobre todo en población de riesgo. Algunas preguntas, realizadas en el momento apropiado, nos permitirán detectar la presencia de ésta o cualquier otra DS, como pueden ser²¹: “¿en cuanto a su vida sexual, está Ud. satisfecho/a?”, “¿con relación a su actividad sexual, tiene Ud. alguna dificultad?”.

Realizar un correcto diagnóstico diferencial

Para realizar un correcto diagnóstico diferencial (DD), antes que nada hemos de asegurarnos de estar ante un caso de DSH.

Diagnóstico diferencial con falsos cuadros de deseo sexual hipoactivo

– Pérdida temporal del deseo de mantener relaciones sexuales o de masturbarse achacable a diversas causas: excesiva actividad, convalecencias, disputas con la pa-

reja o períodos transitorios de menor apetencia. Se considerará como trastorno si la falta de deseo es persistente y recurrente durante un tiempo razonable (al menos 3 meses).

– Negativa a determinadas prácticas sexuales, por desagrado estético o por principios morales. Si no implican dificultad para otras formas de contacto sexual, no pueden ser considerados como tales. Sirvan como ejemplo, la repulsa de un varón a practicar el cunnilingus a su pareja por encontrar el olor o el sabor del flujo vaginal repelente, o la de una mujer a aceptar la penetración anal.

– Discordancia entre ambos respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales, que suele ser motivo habitual de consulta en sexología. Por ejemplo, una mujer a la que le resulta suficiente mantener 1 o 2 encuentros sexuales semanales, con los que disfruta y se siente satisfecha, convive con una pareja demandadora que requiere relaciones diarias. En tal situación, tal vez ambos necesiten realizar terapia de pareja, pero en modo alguno se puede considerar a ella afectada de un trastorno de deseo.

Diagnóstico diferencial con otras formas clínicas de presentación de la falta de deseo (trastorno de excitabilidad y aversión sexual) y con disfunciones sexuales que cursan con dificultad para la penetración vaginal: dispareunia y vaginismo

Una vez comprobado que se está frente a un cuadro clínico de falta de deseo, será la historia sexual el principal instrumento diagnóstico. Tanto en la dispareunia como en el vaginismo, el dolor y la ansiedad que conlleva cualquier intento de penetración o de tocamiento de vulva o vagina puede inducir a medio plazo un trastorno de deseo; pero habrá que distinguirlos del DSH, ya que el abordaje terapéutico va a ser bien distinto. Durante la anamnesis se ha de incidir en los siguientes puntos:

– La queja sexual, que se tratará de pormenorizar preguntando cuándo y cómo transcurrió el último encuentro, si lo hubo.

– La presencia de ansiedad anticipatoria a cualquier atisbo de encuentro.

– Las características de la respuesta sexual de la mujer en las demás fases de la respuesta sexual (excitación y lubricación, orgasmo, satisfacción, etc.), así como si hay dolor vaginal o dificultad para realizar la penetración.

– Otros datos de interés sexológico: educación sexual recibida, interés por la sexualidad, antecedentes de maltrato o violencia sexual en la infancia o posteriormente.

– Relaciones de pareja, siendo necesario conocer cómo es su respuesta sexual, y hasta qué punto está

afectado por la falta de deseo de su compañera, así como su disposición a colaborar en el tratamiento.

Descartar causas médicas como origen del deseo sexual hipoactivo

Además de la anamnesis, casi siempre será necesario realizar una exploración física, así como las pruebas complementarias que se consideren. La determinación de hormonas tiroideas, testosterona y prolactina suele ser imprescindible. Los cuestionarios de evaluación también pueden ser útiles. Destacamos entre éstos algunos clásicos, como el SAI-E²², el GRISS²³ y el ISS²⁴, y otros más recientes como el FSFI²⁵ y el DSDS²⁶. Por nuestra parte, utilizamos el FSM¹⁹ que, entre otras, tiene la ventaja de detectar DS en la pareja.

A. Orienta a que el trastorno de deseo se deba a causa psicológica:

– La falta de deseo es primaria, de siempre. La mujer lo experimenta fuere quien fuere su pareja y en cualquier circunstancia.

– La falta de deseo es secundaria a problemas en la relación de pareja, situaciones generadoras de estrés o trastorno psicológico (especialmente cuadros de ansiedad).

B. Orienta a una causa médica:

– La aparición de la falta de deseo coincidiendo con enfermedad física, mental, o toma de sustancias, en alguien que anteriormente mostraba interés sexual, sin que medien problemas de pareja, estrés o trastorno psicológico.

Intervención terapéutica

Casos de deseo sexual hipoactivo en los que el médico puede ser competente

El DSH suele necesitar atención sexológica, ya que en el deseo influyen aspectos tan diversos como la educación sexual recibida, los vínculos con los padres, la historia erótica o el miedo al compromiso emocional, entre otros. El médico debería derivar a un terapeuta sexual, tras realizar un exhaustivo estudio, los casos de DSH de origen psicológico, primarios (de siempre) o secundarios, especialmente cuando el menoscabo del deseo es severo o la relación de pareja es mala. Igualmente, la aversión al sexo es un cuadro muy difícil de manejar en la consulta médica.

De cualquier manera, trate o no directamente el caso, seguirá su evolución y, si se requiere, dará cobertura farmacoterapéutica o cualquier otra de su competencia.

Los casos de DSH en los que el médico puede ser competente son los secundarios a causas médicas, así como los leves y moderados de origen psicológico con buena relación de pareja o con escaso conflicto entre ellos (asumible por el médico).

Premisas para la intervención médica

Estar motivado para hacerlo y asegurarse de que tanto el paciente como su pareja están de acuerdo en que sea el médico quien lo haga.

Una vez aceptado, es necesario comprobar que ambos miembros de la pareja comparten la misma o parecida idea respecto a la sexualidad como experiencia común y gratificante, tratando de identificar qué expectativas tienen acerca de la terapia que se pondrá en marcha, es decir, qué resultados esperan alcanzar al final. Si la discordancia de ideas entre ellos es excesiva o las expectativas terapéuticas desproporcionadas, será necesario confrontarlos con la realidad y replantearse la intervención.

Pasos en la intervención terapéutica médica

Corrección de los factores que propiciaron o provocaron el cuadro de DSH. Si el origen del DSH es orgánico, su corrección forma parte de sus competencias. Si es consecuencia de un problema psicológico leve o de relación de pareja asumible en consulta médica, identificarlo y desdramatizar suele ser muy eficaz.

Consejo sexual desde la consulta del médico. A la pareja es necesario informarle de que la falta de deseo de la compañera no tiene nada que ver con que le encuentre menos atractivo o haya perdido interés por la relación. Con sensatez, se puede recomendar a la persona afectada que estimule sus fantasías sexuales; algunos libros, películas, o material erótico si le gusta, pueden resultar útiles. La práctica de masajes corporales y maniobras de autoestimulación que propicien la adquisición de un ritmo sexual periódico, resultan muy necesarios. En pareja, aconsejaremos potenciar la sensualidad y los juegos eróticos con regularidad, sin que obligatoriamente concluyan en el coito²⁷.

Intervención farmacológica. Hasta el momento, no hay fármacos indicados específicamente para el tratamiento del DSH en general.

Bajo el supuesto de que la disminución del deseo sexual podía estar relacionada con un descenso de la actividad central de las neuronas noradrenérgicas, se han realizado estudios para tratar el DSH con yohimbina²⁸, un antagonista de los $\alpha 2$ -adrenérgicos que estimula la liberación de noradrenalina (NA). Después del tratamiento, se detectaron incrementos de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol, el principal metabolito de

NA en el SNC, pero ello no se correlacionó con una mejora del deseo sexual en las mujeres estudiadas.

Algunos estudios apuntan a que en mujeres premenopáusicas con DSH^{29,30}, la intervención con bupropión es eficaz, pero se necesitan estudios controlados que lo demuestren. Del mismo modo, la apomorfina, un derivado no narcótico de la morfina que actúa como agonista dopaminérgico potente, a dosis de 2 y 3 mg/día, se ha probado en mujeres premenopáusicas con trastorno de excitación y deseo hipoactivo, pero el resultado ha sido incierto³¹. La apomorfina tiene el problema de su baja biodisponibilidad por vía oral, ya que se metaboliza muy rápidamente en un primer paso hepático, por lo cual su semivida plasmática de eliminación es de 2-3 h.

El sildenafil, al bloquear la fosfodiesterasa responsable de la degradación del GMPc, presente también en el clítoris durante la estimulación sexual normal, se supuso que también podía ser eficaz en el DSH; sin embargo, los resultados han sido en general desalentadores. En un estudio realizado entre mujeres posmenopáusicas³² resultó eficaz y bien tolerado para corregir el trastorno de excitación, pero ineficaz en las que de manera concomitante presentaban DSH. Un estudio anterior, con una muestra más amplia, ya había demostrado incluso su ineficacia para tratar los trastornos de excitación en mujeres con déficit estrogénico³³.

En mujeres posmenopáusicas con falta de deseo sexual, fatiga crónica y malestar general es conveniente evaluar la concentración de estrógenos; si es excesivamente baja se han de considerar los beneficios y riesgos de la terapia hormonal sustitutiva (THS). En ciertos casos, la asociación de andrógenos a la THS, previa comprobación de su déficit, mejora la calidad de vida y la sexualidad en las mujeres posmenopáusicas con DS³⁴. En la actualidad, hay un parche transdérmico que libera diariamente 300 µg de testosterona, indicado en el tratamiento del DSH en mujeres con menopausia inducida quirúrgicamente que reciben tratamiento concomitante con estrógenos³⁵, aunque también ha demostrado una modesta pero significativa mejoría en mujeres con menopausia natural y DSH³⁶, incluso en posmenopáusicas que no recibían tratamiento con estrógenos³⁷.

En un estudio piloto entre varones homosexuales con virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral y elevadas concentraciones de estrógenos, que mantenían relaciones sexuales y presentaban DSH, letrozol, un inhibidor de la aromataza que inhibe la conversión de testosterona a estradiol, mejoró significativamente su deseo³⁸.

Actualmente, se están realizando estudios acerca de la seguridad y eficacia de flibanserina, un compuesto

no hormonal que estaría indicado en el tratamiento del DSH en mujeres premenopáusicas. En 4 ensayos clínicos realizados en Estados Unidos, Canadá y Europa, en los que participaron 1.946 mujeres premenopáusicas mayores de 18 años que recibieron de forma aleatoria dicho fármaco o un placebo durante 24 semanas, el tratamiento con 100 mg diarios de flibanserina se asoció con mejoría significativa en el número de encuentros sexuales, el deseo sexual, la reducción del malestar asociado a la DS y de la función sexual global.

A menudo, es necesario recurrir a la terapia sexual que, dado el tiempo requerido para su aplicación y la necesidad de un adiestramiento adecuado, no está al alcance de la mayor parte de los médicos. Entre los numerosos modelos de intervención propuestos³⁹⁻⁴¹ destacaríamos el de Kaplan, basado en el de Master y Johnson, y el de Trudel⁴², que después de una media de 12 sesiones de 2 h por semana logra que el 76% de las mujeres con DSH superen el trastorno y que el 64% de ellas se mantenga sin él al año de seguimiento⁴³.

Desde hace algún tiempo, voces de reconocido prestigio advierten del riesgo de medicalizar en extremo la sexualidad⁴⁴, abogando por integrar el tratamiento farmacológico, o del tipo que fuere, en un proceso de intervención sexológica en el que se comprendan y aborden los diversos factores que influyen o alteran la sexualidad humana. Nosotros, en esa misma línea, propugnamos la prescripción de fármacos para el DSH dentro de un contexto terapéutico que contemple también la relación de pareja y los aspectos educacionales e intimoafectivos de las relaciones sexuales, lo cual, salvo en los cuadros severos, creemos que está al alcance de cualquier médico que tenga interés en ayudar a los pacientes que presenten un trastorno de DSH. La negativa rotunda de usar un fármaco como terapia de apoyo al tratamiento sólo se puede defender por quienes no han vivido de cerca la angustia que experimentan los varones y las mujeres que sufren en sus carnes la falta de deseo sexual. El dramatismo con el que lo padecen y su repercusión sobre la vida en pareja justifican, sin duda, la búsqueda de soluciones; en tal sentido, un fármaco seguro y eficaz, bien puede ser una de ellas y, bajo esa perspectiva, será bienvenido.

Bibliografía

1. Ventegodt S. Sex and the quality of life in Denmark. *Arch Sex Behav.* 1998;27:295-307.
2. Kaplan HS. Evaluación de los trastornos sexuales. Barcelona: Ed. Grijalbo, S.A.; 1985.
3. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Eros los mundos de la sexualidad. Barcelona: Ed. Grijalbo, S.A.; 1996.

4. Hyde A, Drennan J, Howlett E, Brady D. Young men's vulnerability in constituting hegemonic masculinity in sexual relations. *Am J Mens Health*. 2009;3:238-51.
5. Besser A, Priel B. Emotional responses to a romantic partner's imaginary rejection: the roles of attachment anxiety, covert narcissism, and self-evaluation. *J Pers*. 2009;77:287-325.
6. Palmore EB. Predictors of the longevity difference: a 25-year follow up. *Gerontologist*. 1982;22:513-8.
7. Feldhaus-Dahir M. The causes and prevalence of hypoactive sexual desire disorder: part I. *Urol Nurs*. 2009;29:259-60, 263.
8. Kingsberg SA. Identifying HSDD in the family medicine setting. *J Fam Pract*. 2009;58 7 Suppl Hypoactive:S22-5.
9. Masters W, Johnson V. *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermedica; 1978.
10. Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol*. 2001;98:350-3.
11. Cawood H, Bancroft J. Steroid hormones, menopause, sexuality and well-being of woman. *Physiol Physiol Med*. 1996; 26:925-36.
12. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med*. 2010;7:586-614.
13. Carvalheira AA, Brotto LA, Leal I. Women's motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual. 4th ed. Text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *J Sex Med*. 2010. Epub ahead of print.
14. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2003;24:221-9.
15. Fuertes A. La naturaleza del deseo sexual y sus problemas: implicaciones terapéuticas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*. 1995;33:28-39.
16. Cabello-Santamaría F. Estado actual del tratamiento farmacológico del deseo sexual hipoactivo de la mujer. *Sexología Integral*. 2007;4.
17. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al; GSSAB Investigators Group. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*. 2005;17:39-57.
18. Cabello F. Tratamiento del deseo sexual hipoactivo de la mujer. *Rev Int Androl*. 2007;5:29-37.
19. Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria*. 2004;34:286-92.
20. Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar V, Caballero A. Prevalence of sexual dysfunction and its characteristics, in women of the Valencian Community (Spain). Results obtained with the sexual function questionnaire for women WSF. XVII World Congress of Sexology, Montreal 2005; Book of abstracts: 413-4. Disponible en: <http://www.worldsexology.org/esp/doc/sexoabstracts.pdf>
21. Benítez JM, Brenes FJ, Casado P, González R, Sánchez F, Villalba E. *Salud sexual. Semergen Doc. Documentos Clínicos SEMERGEN*. Madrid: Edicomplet; 2006.
22. Hoon EF, Hoon PW, Wicze J. An inventory for the measurement of female sexual arousal. *Arch Sex Behav*. 1976;5:208-15.
23. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav*. 1986;2:157-65.
24. LoPiccolo J, Steger JC. The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual behavior. *Arch Sex Behav*. 1974;3:585-95.
25. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Ferguson, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI). A multi-dimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000;26:191-208.
26. Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, Derogatis L, Lewis-D'Agostino DJ, Pyke R. Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS): a brief diagnostic instrument for generalized acquired female hypoactive sexual desire disorder (HSDD). *J Sex Med*. 2009;6:730-8.
27. Pérez M, Borrás JJ, Sánchez F, Casaubón A. *Sexo y salud: guía práctica*. Elorrio, Vizcaya: Eroski Publicaciones; 2006.
28. Piletz JE, Segraves KB, Feng YZ, Maguire E, Dunger B, Halaris A. Plasma MHPG response to yohimbine treatment in women with hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther*. 1998;24:43-54.
29. Segraves RT, Clayton A, Croft H, Wolf A, Warnock J. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24:339-42.
30. Safarinejad MR, Hosseini SY, Asgari MA, Dadkhah F, Taghva AA. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of bupropion for treating hypoactive sexual desire disorder in ovulating women. *BJU Int*. 2010. Epub ahead of print.
31. Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Cianci A. Placebo-controlled study on efficacy and safety of daily apomorphine SL intake in premenopausal women affected by hypoactive sexual desire disorder and sexual arousal disorder. *Urologia*. 2004;63:955-9.
32. Berman JR, Berman LA, Toler SM, Gill J, Haughie S; Sildenafil Study Group. Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo controlled study. *J Urol*. 2003;170:2333-8.
33. Basson R, McInnes R, Smith MD, Hodgson G, Koppiker N. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Womens Health Gend Based Med*. 2002;11:367-77.
34. Blümel JE, Del Pino M, Aprikian D, Vallejo S, Sará S, Castello-Branco C. Effect of androgens combined with hormone therapy on quality of life in post-menopausal women with sexual dysfunction. *Gynecol Endocrinol*. 2008;24:691-5.
35. Davis SR, Van der Mooren EJ, Van Lunsen RH, Lopes P, Ribot C, Rees M, et al. Efficacy and safety of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Menopause*. 2006;13:387-96.
36. Shifren JL, Davis SR, Moreau M, Waldbaum A, Bouchard C, DeRogatis L, et al. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NMI Study. *Menopause*. 2006;13:770-9.
37. Davis SR, Moreau M, Kroll R, Bouchard C, Panay N, Gass M, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med*. 2008;359:2005-17.
38. Richardson D, Goldmeier D, Frize G, Lamba H, De Souza C, Kocsis A, et al. Letrozole versus testosterone. a single-center pilot study of HIV-infected men who have sex with men on highly active anti-retroviral therapy (HAART) with hypoactive sexual desire disorder and raised estradiol levels. *J Sex Med*. 2007;4:502-8.
39. Carrobbles JA, Sanz A. *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa; 1991.
40. Lucas M, Cabello F. *Introducción a la sexología clínica*. Madrid: Elsevier España, S.A.; 2007.
41. LoPiccolo J, Friedman J. Broad-spectrum treatment of low sexual desire. En: Leiblum SR, Rosen RC, editors. *Sexual desire disorders*. New York: The Guilford Press; 1998.
42. Trudel G, Ravart M, Aubin S. Hypoactive sexual desire in couples: a cognitive-behavioral perspective. En: Lonsdale J, Powell S, Solomon L, editors. *The Hatherleigh guide to marriage and family therapy*. New York: Hatherleigh Press; 1996.
43. Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Rel Ther*. 2001;16.
44. Díaz Morfá J. La sexología clínica: presente y futuro ¿De dónde venimos, dónde estamos y hacia dónde vamos? *Sexología Integral*. 2004;1:17-9.