



¿Qué pasa con el deseo sexual femenino?

Parte I

Sexólogo Clínico Dra. Magdalena Joubanoba

“No tengo ganas”, “él quiere tener más sexo que yo”, “cuando se me acerca es para ir a la cama”, “me visto para acostarme”, “a veces tengo sexo para complacerlo a él”, “cuando lo hacemos, no siento nada”, “suelo hacerme la dormida”, “cuanto antes él termine mejor...”. Estos son algunos testimonios de pacientes mujeres escuchados a diario en la clínica de la Dra. Magdalena Joubanoba, que dan cuenta de las conductas evitativas en relación al sexo indicando un factor clave: la falta de interés y la ausencia de deseo sexual en algunas mujeres. ¿Se puede hacer algo como profesionales de la salud por estas pacientes? Intentaremos responder esta interrogante.

El trastorno del interés y/o excitación sexual femenina es la disminución de la atracción y motivación por cualquier actividad sexual en forma persistente y recurrente. Hay ausencia o disminución de las fantasías sexuales o motivación por cosas que involucren un carácter sexual, así como falta de iniciativa:

nunca comienzan las actividades sexuales o lo hacen por compromiso, gratitud o amor a su pareja. Asimismo, generalmente la estimulación genital es poca o totalmente ineficaz. Suelen existir conductas evitativas ante gestos de aproximación amorosos o sexuales del compañero y hasta fastidio, enojo, ira

o irritabilidad. A veces se constata frecuencia muy baja de actividades sexuales, una vez cada dos o tres meses.

El **deseo sexual femenino inhibido** es el trastorno sexual de mayor prevalencia en mujeres de todas las edades, que varía según los di-

ferentes trabajos, y por supuesto, la población estudiada.

La prevalencia oscila entre 5.4% y 13.6% en Estados Unidos, mientras que en Colombia reportan 20% para el deseo sexual hipoactivo (*Revista Sexología y Sociedad. 2016; 22(2) 166 -187 ISSN 1682-0045*). En forma similar, Flores Colombino (2000), en su revisión de dos décadas de estadísticas de disfunciones sexuales en Uruguay, reportó como promedio un 38% de disminución del deseo sexual. Las diferencias en las cifras reflejan dos aspectos del problema: por un lado, las mujeres con bajo deseo sexual no desean cambiar como parte de la sintomatología, no sienten que tengan un problema que deban modificar, menos aún si no tienen pareja; y por el otro, es que el tema en general produce vergüenza y pudor sobre todo en mujeres postmenopáusicas.

La manifestación de este trastorno comienza con una disminución del deseo sexual en forma recurrente y persistente, durante un período mayor a seis meses y presenta al menos tres de los siguientes síntomas:

- Ausencia o disminución del interés sexual
- Ausencia o disminución de fantasías sexuales
- Ausencia o disminución de receptividad por la pareja
- Ausencia o disminución de excitación o placer durante la actividad sexual (75 a 100%)
- Ausencia o disminución de excitación o placer en respuesta al estímulo sexual interno o externo (escrito, verbal, visual)
- Ausencia o disminución de sensaciones genitales o no genitales durante la actividad sexual en pareja (75 a 100%)



Estos síntomas provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo, y además, debe especificarse si el trastorno es de por vida o adquirido, generalizado o situacional, y si es leve, moderado o severo, según el grado de malestar que genera.

Entre las distintas causas del deseo sexual hipoactivo o trastornos del interés y/o excitación sexual están las biológicas, orgánicas y psicológicas, siendo las primeras las más importantes por su frecuencia.

Causas biológicas: la menopausia triplica el riesgo de disfunciones sexuales femeninas en general y es sin duda la causa más importante (*el 66% de mujeres postmenopáusicas padecen el trastorno, según el estudio Wishes Women's International Sexuality and Health Survey*).

Causas psiquiátricas: las más comunes en la clínica son la depresión, el estrés y la ansiedad.

Causas orgánicas: muchas enfermedades pueden producir disminución del deseo sexual, pero entre ellas destacamos las endócrinas y metabólicas, como hipofisarias y diabetes.

Causas farmacológicas: entre otros se destacan, antihipertensivos (*beta bloqueantes, diuréticos tiazídicos*), antipsicóticos, antidepresivos (*ISRS, por ejemplo*), endocrinológicos (*esteroides anabolizantes, antiandrógenos*).

Causas toxicológicas: consumo crónico de alcohol y drogas (*marihuana, cocaína*).

Causas psicológicas: falsas creencias en torno a la sexualidad, problemas con la intimidad, rutina sexual, recuerdos o pensamientos negativos en lo sexual, estimulación insuficiente, ignorancia sexual, temor o ansiedad al desempeño, obsesión por complacer, rol de espectadora. Diádicas: luchas por el



poder, hostilidad, falta de confianza y de comunicación erótica.

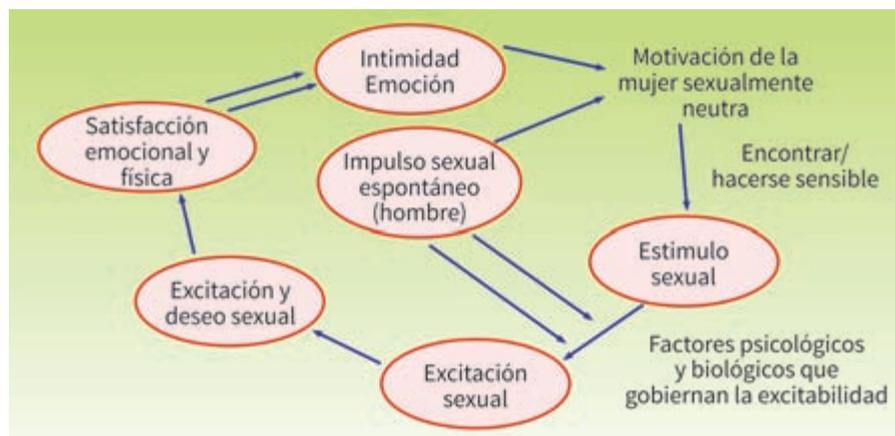
Causas culturales o ¿dimorfismo cerebral?: al considerar la etiología de la disminución del deseo sexual femenino, no podemos obviar el peso de la cultura en las diferencias entre ambos sexos. En efecto, antes que la ciencia lo corroborara recientemente, ya el saber popular lo proclamaba históricamente: “*las mujeres son más complejas que los hombres*” en lo que a sexualidad se refiere.

Anteriores versiones toman como referencia el modelo de respuesta sexual descrito por Masters y Johnson (1966), quienes distinguen entre excitación, orgasmo y resolución, y posteriormente el elaborado por Kaplan (1979) que expande el modelo al añadir la fase de deseo sexual.

Deseo → Excitación → Orgasmo

Ambos han contribuido a enfatizar que la respuesta sexual se adecua a una secuencia temporal, coordinada y lineal que sigue varias fases

Modelo Basson



incluyendo el deseo, la excitación y el orgasmo, indistintamente para ambos sexos, varón y mujer.

Modelos alternativos más recientes de respuesta sexual humana como el propuesto por Basson (2001), reconocen diferencias en diversos aspectos de la respuesta sexual entre hombres y mujeres, especialmente en lo concerniente al deseo.

Por otro lado, tanto las evidencias empíricas como la experiencia clínica sugieren la superposición de algunas etapas en la respuesta sexual

de la mujer, y además, esta requiere un contexto de intimidad emocional que no necesita el varón. Por ello, es importante recordar este factor al momento de pensar en el deseo y excitación del sexo femenino. Los motivos de una mujer para tener sexo incluyen no sólo el placer físico, sino el sentirse emocionalmente más cercana a su pareja, constituyendo todo un desafío clínico el tratamiento de esta disfunción como veremos en las próximas entregas.