



¿Qué pasa con el deseo sexual femenino?

Parte II

Sexólogo Clínico
Dra. Magdalena Joubanoba

En el número anterior, vimos la complejidad del deseo sexual femenino y la multifactorialidad de las causas que podían afectarlo para contribuir a su disminución. A partir de diferentes testimonios de distintos pacientes, abordamos la falta de interés y la ausencia de deseo sexual en mujeres. Y ahora nos preguntamos: ¿Qué podemos hacer? ¿Existe una solución? A continuación, presentamos un conjunto de herramientas eficaces para el tratamiento de esta problemática en medicina sexual.

El trastorno de la excitación sexual femenina es, probablemente, más común de lo creemos. Son varias las uruguayas que tienen ausencia o disminución de las fantasías sexuales, falta de iniciativa o escasa estimulación sexual, lo que desencadena una serie de conductas evitativas que traen como resultado

una muy baja frecuencia de la actividad sexual. Sin embargo, existen diferentes terapias para abordar esta problemática, desde educación psico sexual, corrección de patologías y fármacos, farmacoterapia y técnicas sexuales, hasta tecnología médica (aparatosología), cirugía y psicoterapia. Por supuesto, esto no

significa que para abordar el trastorno sexual sea necesario aplicar todas estas alternativas, sino que dependerá de cada paciente el tipo de tratamiento a seguir. Este tipo de terapia farmacológica puede complementarse con otros aspectos que favorecen el deseo sexual, como una actividad física regular

de tipo cardiovascular que actúa con un doble mecanismo: incrementa los niveles de dopamina, otros neurotransmisores y hormonas, y mejora la autopercepción de la imagen corporal.

La educación psico sexual consiste en varios puntos: desmitificar creencias erróneas, tanto en la mujer como en la pareja; elevar la autoestima, erotizarse, y a veces, modificar los estereotipos de la edad; tener autoconocimiento de su cuerpo, enseñar a las mujeres a quererlo, así como a sus genitales, a mirárselos y a cuidarlos; incentivar las fantasías sexuales dependiendo de lo que la mujer desee (desde lecturas eróticas hasta películas); implementar técnicas para aumentar la autoestima y la imagen corporal; y reestructurar las actitudes sexuales, creando un contexto apropiado de intimidad emocional.

Por otro lado, la terapia médica puede ayudar a corregir todos aquellos factores que estén contribuyendo a las disfunciones sexuales, a partir de la interconsulta con profesionales especialistas y el suministro de fármacos como antidepresivos, antihipertensivos y tratamientos hormonales, entre otros. A su vez, también implica el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades crónicas en curso, y los factores de riesgo como el tabaco, el alcohol y las drogas. En algunos casos, se administrarán fármacos que podrán variar de acuerdo al paciente, su edad, los antecedentes patológicos, y fundamentalmente, la etiología del deseo sexual hipoactivo. Pero vale la pena hacer un repaso del arsenal terapéutico que tenemos a nuestra disposición. En aquellos casos en que la etiología es por hipoestrogenismo postmenopáusico y no esté contraindicada la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), y en coordinación con un ginecólogo para



valorar el riesgo-beneficio, contamos con *Tibolona* por sus efectos estrogénicos, progestagénicos y androgénicos que aumenta el deseo sexual. Se utiliza en dosis única de 2,5 mg/día. Además, debemos utilizar en algunos casos estrógenos locales como el *Estradiol*, *Estriol* y/o *Promiostreno* (en forma de comprimidos vaginales, óvulos o cremas), que si bien no actúan directamente sobre el deseo sexual, la falta de los mismos se acompaña generalmente de dispareunia por falta de lubricación. Así es que la mujer en lugar de recordar una experiencia agradable, sólo registra el recuerdo de una vivencia dolorosa. Otro producto que actualmente tiene para nosotros una gran importancia por las respuestas en pacientes y los escasos efectos secundarios, es la *Testosterona*, una hormona sexual masculina que posee efectos anabólicos que estimulan el deseo sexual. En el caso de mujeres, lo utilizamos en menores dosis que en varones, aplicada en horas matinales sobre piel seca. El *Tadalafilo* en dosis de 5 mg/día debe ser indicado siempre en mujeres con deseo sexual hipoactivo menopáusicas o postmenopáusicas. Si bien no actúa directamente en la etapa del deseo, por su mecanismo de acción

farmacológico actuaría a nivel genital, aumentando la vasocongestión e indirectamente contribuyendo a una mejora en la respuesta sexual. Teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente y la etiología de la disfunción sexual (por ejemplo, si tiene síntomas compatibles con una depresión), estaría indicado el *Bupropion*, que es un antidepresivo inhibidor de la recaptación de Noradrenalina y Dopamina, carente de acción serotoninérgica. Se utiliza en la depresión y en la terapia antitabáquica y crea un “terreno favorable” a la búsqueda del placer y de las emociones, así como al estado de alerta que potencia también el deseo sexual. Hay que tener en cuenta las reacciones adversas: desciende el umbral convulsivo, produce insomnio (por lo cual hay que administrarlo en la mañana), ansiedad y/o taquicardia. Otro producto que nos brinda la posibilidad de mejorar la función sexual, es la *Sulbutiamina*, derivado sintético de la tiamina (vitamina B1). Este antiasténico se utiliza para el tratamiento de la inhibición física o psicológica funcional, y por este mecanismo se sugiere un aumento indirecto en el deseo sexual. Con respecto a la *Dehidroepiandrosterona* (DHEA) debemos destacar que es señalada



como la “hormona de la juventud”, ya que se relaciona con la mejoría de las funciones cognitivas, sexuales (fantasías, satisfacción y deseo) y bienestar, en general. Su mecanismo de acción es mediante la conversión de DHEA a esteroides sexuales, y varios estudios epidemiológicos avalan el uso en población añosa.

Existen otras opciones farmacológicas que no están disponibles en Uruguay, tales como la *Flibanserina* agonista 5-HT_{1A}, antagonista 5-HT_{2A}, con alguna acción sobre receptores DA₄. Esta actuaría sobre el área del deseo sexual por acción sobre sistema estimulador (Noradrenalina, Dopamina) y del inhibitorio (Hidroxitriptamina), y

modularía el tono serotoninérgico-dopaminérgico favoreciendo una respuesta sexual positiva. Además, mejoraría deseo sexual y disminuiría el distress. Pero, la polémica surge porque ya existe el *Bupropion* con similar mecanismo de acción, y al parecer, tendría mayores efectos secundarios. El marketing se ha prestado a confusión en la población general: le llaman “viagra femenino” y píldora rosada cuando se trata de un psicofármaco que actúa sobre neurotransmisores, y no un vasodilatador. Finalmente, otro producto bajo desarrollo es la *Bremelanotida* PT-141, derivado de la hormona estimulante del Melanocito, que a su vez es derivada de la hormona peptídica como agente

bronceante. En las pruebas iniciales, indujo el bronceado y provocó aumento del deseo sexual y mejora de la excitación sexual en varones y mujeres

Estas son algunas alternativas para enfrentar la disfunción del deseo sexual en el público femenino, siempre bajo la consulta de un profesional médico que evalúe el caso particular de cada paciente. Pero a pesar de este arsenal terapéutico no podemos perder de vista otros aspectos que despiertan el deseo, y para ello resulta pertinente recordar las palabras de Helen Singer Kaplan: “los tres mejores afrodisíacos son: el tiempo, las fantasías y el amor”.