

**.UBA** psicología  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



# Sexualidad Humana y Trastornos Específicos de la Esfera Sexual

Maite Aramburu

Dana Benisch

Delfina Lahitou Herlyn

# **Sexualidad Humana y Trastornos Específicos de la Esfera Sexual**

Autoras: Maite Aramburu, Dana Benisch y Delfina Lahitou Herlyn  
Noviembre 2023

La respuesta sexual humana en sentido estricto se refiere al conjunto de transformaciones físicas y fluctuaciones hormonales que un individuo experimenta en reacción a estímulos de naturaleza sexual. Estos cambios abarcan desde la excitación inicial hasta la culminación en el orgasmo, y varían en su manifestación entre los sexos y las personas. Este proceso involucra la interacción compleja entre el sistema nervioso, las hormonas y la psicología, convergiendo en una serie de respuestas fisiológicas que caracterizan la experiencia íntima y personal de cada individuo.

Por otra parte, la sexualidad humana incluye la conducta reproductiva y la actividad sexual pero ciertamente no se reduce a ella. En su sentido amplio, se refiere a una amplia diversidad de formas para experimentar y expresar la intimidad sexual, el deseo, la atracción y el placer. Esta perspectiva abarca una variedad de aspectos, incluyendo el comportamiento sexual, la reproducción, la salud sexual, la orientación sexual y la identidad de género. Reconoce la riqueza de las experiencias individuales y la complejidad de las interacciones entre factores biológicos, psicológicos y socioculturales en la forma en que las personas entienden y viven su sexualidad.

Es menester considerar que la sexualidad humana evoluciona y se manifiesta de manera diversa y fluida a lo largo de la vida de cada individuo, siendo moldeada por una amalgama de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. En este capítulo, centraremos nuestra atención principalmente en el componente biológico del acto sexual reproductivo.

## **Breve introducción a la exploración de la sexualidad humana en la entrevista psicológica**

Antes de explorar las dimensiones emocionales y psicológicas de la sexualidad, es esencial comprender las bases biológicas que la sustentan. Cuando hablamos de 'sexo', nos referimos al de características y atributos biológicos que definen los términos 'hembra' y 'macho'. Estas definiciones, aunque fundamentales, sólo son el punto de partida.

Dentro del espectro que constituye la sexualidad humana, ingresamos en una dimensión notablemente más amplia que abarca no solo el sexo, sino también el género, la identidad de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor, la reproducción y el deseo. Cada una de estas facetas de la sexualidad humana se experimenta a través de pensamientos, fantasías, creencias, prácticas, relaciones y otros elementos. Ahora bien, ¿qué entendemos por identidad de género y orientación sexual? La identidad de género se refiere a

cómo una persona se identifica con las actitudes, prácticas o características culturales asociadas a su sexo. En contraste, la orientación sexual se relaciona con la forma en que una persona establece vínculos en función del género de su pareja sexual. A medida que exploramos estas dimensiones de la sexualidad humana, se torna esencial comprender la evaluación en salud sexual.

### **Evaluación sexológica**

Las intervenciones en el campo de la sexología desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud sexual. La sexología clínica se dedica a la evaluación de las problemáticas sexuales que los pacientes presentan en consulta, lo que constituye un punto esencial en la búsqueda de tratamientos destinados a fomentar la salud sexual de un individuo. En este contexto, es crucial:

1. Verificar el diagnóstico o la problemática que el paciente trae a consulta.
2. Realizar un diagnóstico diferencial para discernir si se trata de una problemática de origen físico o psicológico.
3. Identificar factores predisponentes, precipitantes y mantenedores relacionados con la problemática.
4. Evaluar cuál es la intervención más adecuada en función de la situación particular del paciente.
5. Indagar sobre el nivel de motivación que impulsa al paciente a buscar ayuda en este ámbito.

Esta evaluación exhaustiva sienta las bases para un abordaje efectivo en la promoción de la salud sexual y el bienestar del individuo. La evaluación en sexología se lleva a cabo de manera integral, considerando diversos aspectos. Para evaluar de manera efectiva, se pueden seguir los siguientes pasos:

1. Historia sexual: Comenzar recopilando una historia sexual detallada, que incluya experiencias pasadas, relaciones sexuales previas y cualquier otra información relevante.
2. Problemática actual: Indagar sobre la problemática actual de manera minuciosa. Describir el problema en detalle, determinar si es un trastorno sexual primario o secundario, si surgió gradualmente o de manera abrupta, si es generalizado o situacional, etc.
3. Conductas sexuales: Investigar las conductas sexuales, incluyendo la frecuencia, la duración, las preferencias sexuales y los factores que pueden influir positiva o negativamente en la experiencia sexual.
4. Antecedentes médicos: Determinar si existen antecedentes médicos que puedan tener un impacto en la función sexual, como condiciones médicas, medicamentos o enfermedades crónicas.
5. Aspectos cognitivos: Evaluar los aspectos cognitivos relacionados con la sexualidad, como los pensamientos antes, durante y después de la actividad sexual, las expectativas, las creencias sobre la sexualidad y la motivación.

6. Historia psicosexual: Caracterizar la historia psicosexual del individuo, incluyendo las primeras experiencias sexuales, el descubrimiento de la sexualidad y las relaciones sexuales previas.
7. Relación de pareja: Investigar la dinámica de la relación de pareja, la comunicación existente y cualquier problema de relación que pueda estar afectando la vida sexual.
8. Educación y conocimiento sexual: Indagar sobre la educación sexual recibida y el nivel de conocimiento sobre la sexualidad.
9. Historia familiar: Explorar la historia familiar en busca de posibles influencias o patrones relacionados con la sexualidad.
10. Acontecimientos vitales: Investigar acontecimientos vitales que hayan podido tener un impacto en la sexualidad, como estrés, trauma o cambios importantes en la vida.
11. Estilo de vida: Analizar el estilo de vida del individuo, incluyendo hábitos como el consumo de alcohol, el tabaquismo, la actividad física y la alimentación.
12. Antecedentes psiquiátricos: Evaluar cualquier antecedente de trastornos psiquiátricos, como ansiedad, depresión u otros trastornos emocionales que puedan influir en la salud sexual.

Al abordar todos estos aspectos de manera comprensiva, los profesionales de la salud mental y sexología pueden obtener una imagen completa de la situación del paciente y diseñar un plan de tratamiento adecuado para abordar sus necesidades específicas en relación con la salud sexual.

Para concluir, es fundamental destacar la importancia de llevar registros precisos en el proceso de evaluación y tratamiento en sexología. Estos autorregistros, que incluyen información detallada sobre la fecha, hora, situación, duración, acciones, pensamientos y sentimientos previos y durante la experiencia, así como el grado de satisfacción y los pensamientos y sentimientos posteriores, son herramientas valiosas. Ayudan a los profesionales a comprender mejor la dinámica sexual de un individuo, identificar patrones, evaluar el progreso y personalizar las intervenciones. En última instancia, estos autorregistros son una parte esencial para lograr una evaluación completa y proporcionar un tratamiento efectivo en el campo de la sexología.

### **Respuesta sexual humana**

La respuesta sexual humana se divide clásicamente en tres fases consecutivas y ordenadas:

- **Primera fase o “deseo” sexual:** es la fase en la que se experimenta un deseo o interés sexual. Puede ser desencadenada por estímulos visuales, auditivos, olfativos o imaginativos.
- **Segunda fase “neurovascular”:** es la fase en la que el cuerpo comienza a responder físicamente al deseo sexual. En las personas con pene, esto

puede incluir una erección peneana, mientras que en las personas con vulva, puede haber una lubricación vaginal y una dilatación del clítoris.

- **Tercera fase “neuromuscular”**: es la fase en la que se alcanza un clímax sexual, y se liberan endorfinas y otros neurotransmisores (en particular dopamina y oxitocina) que producen sensaciones placenteras y de satisfacción. Durante esta fase, los músculos del cuerpo pueden contraerse rítmicamente, lo que contribuye a la intensidad del orgasmo. Aunque hoy sabemos que para que exista una excitación genital posible debe existir un deseo previo, durante décadas se describió la respuesta sexual humana como comenzando con la excitación genital. No fue hasta la década del 60 en la que Helen Kaplan, terapeuta sexual, describió a la respuesta como “trifásica” y expuso que esta primera fase es tan elemental como las subsiguientes.

### **Primera fase: Deseo**

El deseo sexual es un impulso o una motivación que puede variar en intensidad y frecuencia de persona a persona, así como en diferentes momentos de la vida.

Algunas personas pueden experimentar un deseo sexual constante y fuerte, mientras que otras pueden tener poco o ningún deseo sexual.

Otro nombre con el que se conoce a esta fase es “neurohumoral”. Esto hace referencia al importante rol que cumple el sistema endócrino en el desarrollo de una respuesta sexual humana.

Se cree que la hormona que se relaciona más con el deseo sexual es la **testosterona**. La testosterona es una hormona producida normalmente por el testículo en el humano, aunque existen hormonas androgénicas que se producen en todas las personas y está involucrada en la regulación del deseo sexual para todos ellos. No es extraño que entonces, cualquier fármaco que se utilice para reducir los efectos de la testosterona pueda generar como evento adverso una disminución del deseo sexual. Esto se observa por ejemplo con fármacos utilizados para la hiperplasia de próstata o para el tratamiento de la pérdida de cabello androgenética. El **estrógeno** es una hormona sexual que se produce en mayores cantidades en las personas con ovarios, pero también se produce en menor cantidad en todas las personas. El estrógeno ayuda a regular la ovulación y también puede afectar el deseo sexual.

La relación entre los niveles de estrógeno y el deseo sexual es compleja y no es completamente comprendida. En general, los niveles bajos de estrógeno pueden estar relacionados con una disminución del deseo sexual, especialmente durante la menopausia y otros momentos de la vida en los que los niveles de estrógeno disminuyen naturalmente.

Sin embargo, los niveles altos de estrógeno también pueden disminuir el deseo sexual, especialmente cuando se asocian con otros factores como el estrés, la ansiedad, la depresión y los problemas vinculares. Además, los niveles de

estrógeno en el cuerpo también pueden afectar la sensibilidad sexual, la lubricación vaginal y la capacidad de tener orgasmos.

La **prolactina** es una hormona producida por la glándula pituitaria que está involucrada en la producción de leche materna en las mujeres después del parto. La prolactina también puede inhibir la producción de hormonas sexuales, lo que puede disminuir el deseo sexual en personas de cualquier género.

La **oxitocina** es una hormona producida en el cerebro y está involucrada en la regulación de los vínculos sociales y el apego emocional. La oxitocina también puede estar involucrada en el aumento del deseo sexual y la intimidad emocional.

Si bien la **dopamina** no es una hormona, sino que es un neurotransmisor producido en el cerebro que está involucrado en la motivación y la recompensa, su mención es digna de destacar. La dopamina puede aumentar la excitación y el deseo sexual en cualquier sexo biológico.

### **Segunda fase: Neurovascular**

En la fase neurovascular, la estimulación sexual continúa activando el sistema nervioso central y periférico, lo que produce un aumento en el flujo sanguíneo hacia los genitales. Esta fase se compone de dos componentes: **la excitación y la meseta**. En las personas con pene, esto se traduce en una erección penéana, mientras que en las personas con vulva/vagina, la estimulación puede provocar la lubricación vaginal y la expansión de los tejidos del clítoris y los labios mayores y menores.

Esta fase se produce como consecuencia de la relajación de los músculos lisos en los **vasos sanguíneos** del pene y la vagina (de allí el nombre de “neurovascular”). Esto permite el paso de una mayor cantidad de sangre en estas áreas. La respuesta neurovascular es mediada por la liberación de **óxido nítrico** en los vasos sanguíneos, que relaja los músculos lisos y aumenta el flujo sanguíneo.

### **Tercera fase: Neuromuscular**

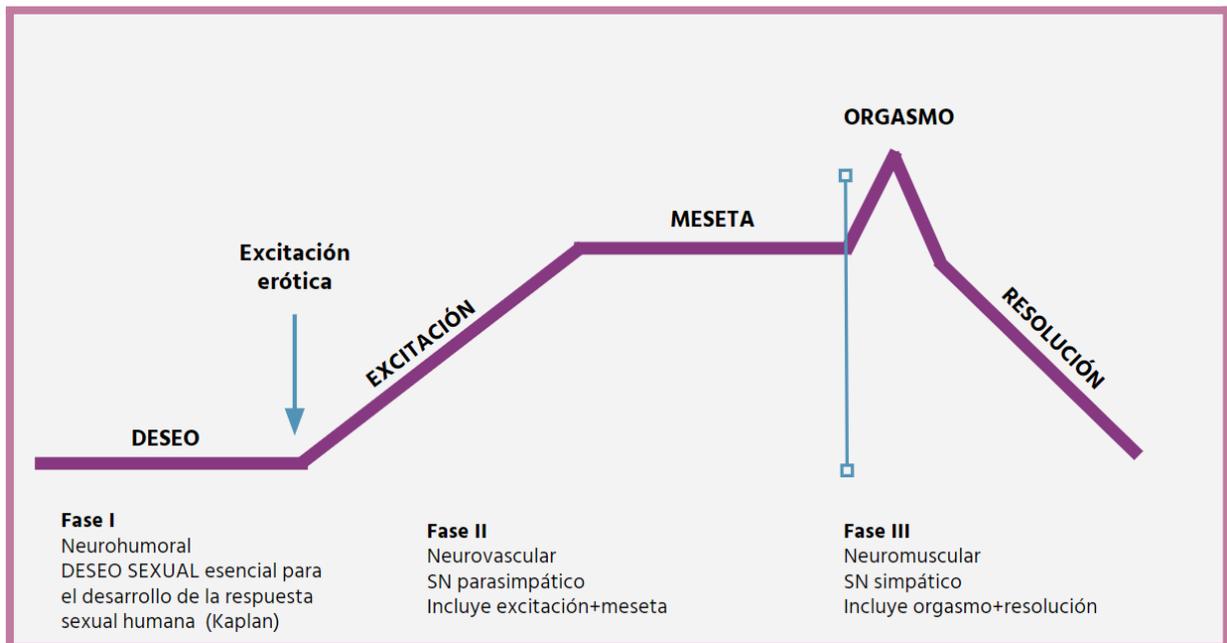
La fase neuromuscular de la respuesta sexual humana se refiere a la fase de la actividad sexual durante la cual se produce la liberación de la tensión sexual acumulada en el cuerpo. Esta fase se compone de dos partes: **la fase de orgasmo y la fase de resolución**.

Durante la fase de orgasmo, las personas experimentan contracciones musculares rítmicas y placenteras en los genitales, el ano y el útero o la próstata. De estas contracciones es que esta fase adquiere su nombre de “neuromuscular” Además, en esta fase se experimentan sensaciones de placer intenso y un aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la respiración.

Una vez concluida la fase de orgasmo, se produce la fase de resolución, en la que el cuerpo vuelve a su estado de reposo y se disipa la excitación sexual. En las personas con pene, esta fase se caracteriza por una fase refractaria en la que no es

posible lograr una nueva erección o tener otro orgasmo durante un período de tiempo variable. En las personas con vulva/vagina, esta fase no está tan bien definida, pero generalmente se caracteriza por una sensación de relajación, satisfacción y la posibilidad de llegar a un nuevo orgasmo sin pasar por la refractariedad previamente mencionada.

**Figura I: Fases de la respuesta sexual humana (RSH)**



### Trastornos de la sexualidad humana

Los trastornos que involucran la sexualidad humana en el DSM-5, la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, son variados. Cabe destacar que los trastornos parafílicos y los trastornos de la respuesta sexual humana son dos categorías diferentes de trastornos sexuales que se describen en el DSM-5

Los trastornos parafílicos son un conjunto de trastornos sexuales en los que la excitación sexual se deriva de estímulos inusuales o socialmente inaceptables. Estos trastornos pueden incluir la atracción sexual hacia objetos no humanos, actividades que implican sufrimiento o humillación, exhibicionismo, voyeurismo, frotismo, pedofilia y otros. Si bien estos trastornos pueden ser interesantes y fuentes de controversia, no son los que nos convocan en este texto en esta oportunidad, sino que por el contrario nos encargaremos de describir los trastornos de la sexualidad humana desde el punto de vista del coito (asociado a la reproducción sexual).

Los trastornos de la respuesta sexual humana son aquellos en los que hay dificultades para alcanzar o mantener la respuesta sexual como fue descrita previamente. Estos trastornos pueden incluir la disfunción eréctil, el trastorno del orgasmo (para cualquier sexo biológico), el trastorno del dolor genital y el trastorno del interés/arousal sexual.

El DSM-5 describe las siguientes disfunciones sexuales:

- Trastorno del deseo sexual hipoactivo: falta persistente o recurrente de interés o deseo sexual.
- Trastorno de excitación sexual femenino: dificultad persistente o recurrente para obtener o mantener la lubricación o la tumescencia del clítoris y de los labios menores, en respuesta a la estimulación sexual.
- Trastorno de excitación sexual masculino: dificultad persistente o recurrente para obtener o mantener una erección, en respuesta a la estimulación sexual.
- Trastorno del orgasmo femenino: dificultad persistente o recurrente para alcanzar un orgasmo después de que estos trastornos son descritos en el DSM-5, no todas las personas que experimentan dificultades sexuales cumplen con los criterios para un trastorno. Las dificultades sexuales son comunes y pueden ser causadas por una variedad de factores, como problemas de salud, factores psicológicos, estrés, problemas de relación, entre otros.

Es esencial señalar que, aunque el DSM-5 enuncie esta clasificación diagnóstica, no todas las personas que manifiestan características que podrían ser compatibles con algunos de los anteriormente descritos poseen necesariamente un trastorno o disfunción. Los trastornos según este manual son, por definición, aquellos cuadros en los que las **características delimitadas generan un malestar clínicamente significativo para la persona y alteración en áreas importantes de su vida**. Por ende, es enteramente posible que una persona presente características de los criterios enunciados pero que ellas no generen malestar ni constituyan un trastorno. Tal es el caso de las personas que se reconocen como asexuales o dentro del espectro asexual (demisexuales, grisexuales, entre otras variantes). El término se refiere aquellas personas que sienten atracción sexual en menor frecuencia o intensidad (incluyendo la ausencia de atracción sexual) que la norma, y para quienes no conforma una alteración ni un problema, es decir, no resulta egodistónico. Distintos autores más recientes postulan, desde una perspectiva de géneros y diversidades, a la asexualidad como una orientación sexual en sí misma, parte natural de la diversidad humana.

En este sentido, es importante recordar que el DSM 5 en tanto manual diagnóstico, posee la característica de ser nomotético. De este modo, se define un criterio estándar o norma que supone término medio en la población. La misma es inevitablemente definida en función de criterios culturales y expectativas sociales de

lo que se considera normal, aceptable o incluso deseable, motivo por el cual es particularmente difícil clasificar algo tan fluido, personal y subjetivo como la sexualidad en estos términos. Más aún, resulta especialmente desafiante trazar una línea divisoria en la sexualidad considerando que por un lado depende de un componente anatómico y fisiológico, pero que a su vez funciona como base sobre la cual se edifican constructos indivisibles de la sexualidad en sentido amplio como la identidad de la persona, su orientación sexual, su identidad de género y su expresión de género. Es debido a esta característica de ser nomotético y al pretender establecer un término medio poblacional, que formas diversas de experimentar la sexualidad que puedan constituir una minoría (como puede ser el caso de grupos demográficos como las disidencias sexuales y de género) puedan en ocasiones compartir características con los criterios diagnósticos, sin padecer trastorno alguno.

Habiendo hecho esta aclaración, describiremos los correlatos anatómicos y fisiológicos y sus posibles tratamientos, para aquellos casos en que constituyan efectivamente un trastorno para la persona que consulta.

### **Trastorno del deseo sexual hipoactivo:**

Se produce por dificultades en la primera fase de la RSH. El tratamiento para el trastorno del deseo sexual hipoactivo depende de la causa subyacente. Si se debe a una afección médica, se puede tratar la afección médica o si por ejemplo se debe a medicamentos (psicofármacos o de otro tipo), se puede cambiar a una alternativa si es posible. Si se debe a factores psicológicos, se puede considerar la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la terapia sexual.

La terapia cognitivo-conductual es un enfoque de tratamiento común utilizado para tratar los trastornos sexuales. En la TCC, se trabajará con un terapeuta para identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que puedan estar contribuyendo al trastorno del deseo sexual hipoactivo.

La terapia sexual también puede ser útil en el tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo. En la terapia sexual, se trabajará con un terapeuta para identificar los factores que afectan el deseo sexual, como la comunicación y las habilidades de relación sexual, y se pueden aprender técnicas específicas para mejorar la excitación y el deseo sexual.

En algunos casos, los médicos pueden prescribir terapia hormonal, como testosterona, en casos de niveles bajos de testosterona en personas de todos los géneros. Sin embargo, la terapia hormonal no es recomendable para todos los casos y puede tener efectos secundarios importantes.

### **Trastornos de la excitación sexual:**

En todas las personas se caracterizan por dificultades persistentes o recurrentes para obtener o mantener la lubricación o la tumescencia del clítoris y de los labios

menores, o una erección peneana en respuesta a la estimulación sexual deseada. Como recordaremos, en la fase “neurovascular” es que se produce la excitación sexual y la meseta y que para ello los eventos más importantes son la llegada de mayor cantidad de sangre que se distribuye hacia los genitales y la entrada de sangre en los cuerpos cavernosos (peneanos o clitoridianos) que se produce secundario al óxido nítrico (ON) producido a nivel de la vasculatura genital.

El ON es una molécula gaseosa que se produce en el cuerpo humano a partir del aminoácido L-arginina, que es convertido en ON por una enzima llamada óxido nítrico sintasa (NOS). Existen tres tipos de NOS: la nNOS (sintasa de óxido nítrico neuronal), la iNOS (sintasa de óxido nítrico inducible) y la eNOS (sintasa de óxido nítrico endotelial).

**La eNOS se encuentra en las células del endotelio vascular** que recubren los vasos sanguíneos y se activa en respuesta a diversos estímulos, como el flujo de sangre y la estimulación por hormonas y neurotransmisores. Cuando la eNOS se activa, produce óxido nítrico, que se libera en el espacio extracelular y actúa como un mensajero químico para relajar el músculo liso que recubre los vasos sanguíneos y permitir que estos se dilaten. Esto aumenta el flujo de sangre hacia los órganos y tejidos del cuerpo, incluyendo los genitales. En muchos casos la producción de ON puede verse afectada por diversos factores, como la edad, la salud cardiovascular, la dieta y el estilo de vida. Por otro lado, la fosfodiesterasa de tipo 5 (PDE5) es una enzima que degrada el monofosfato de guanosina cíclico (cGMP), una molécula que es producida a partir del NO y que es responsable de la relajación del músculo liso en los genitales y la erección.

El tratamiento farmacológico del trastorno de excitación sexual en las personas con pene ha sido el más ampliamente estudiado en la bibliografía. Puede incluir el uso de **inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5**, como **sildenafil, tadalafil y vardenafil**, que se utilizan comúnmente para tratar la disfunción eréctil y también pueden mejorar la respuesta de excitación sexual. Algunos medicamentos se han utilizado en el pasado para su tratamiento incluyen la testosterona, otros andrógenos, otros andrógenos, los estrógenos y los ya mencionados inhibidores PDE5.

Los efectos adversos más temidos de los inhibidores de la PDE-5 son los cardiovasculares, como disminución de la presión arterial, interacciones peligrosas con nitratos, bradicardia y riesgos para personas con enfermedades cardíacas preexistentes o factores de riesgo cardiovascular. Se requiere una evaluación médica exhaustiva para determinar la seguridad y adecuación de estos medicamentos en individuos con antecedentes cardiovasculares. Otros efectos comunes frecuentes incluyen: dolores de cabeza, enrojecimiento facial, congestión nasal, malestar estomacal y visión alterada, entre otros.

Tabla I: Diferencias y similitudes entre los inhibidores PDE-5.

	<b>Sildenafil</b> (Viagra ®)	<b>Tadalafil</b> (Cialis ®)	<b>Vardenafil</b> (Levitra ®)
<b>Inicio de acción</b>	30-60 minutos	30 minutos	20-60 minutos
<b>Duración de acción</b>	4-5 horas	24-36 horas	25-60 minutos
<b>Dosis común</b>	50 mg	10 mg o 20 mg	10 mg o 20 mg
<b>Efectos adversos</b>	<b>Comunes:</b> dolores de cabeza, enrojecimiento facial, congestión nasal, malestar estomacal  <b>Raros:</b> cardiovasculares, problemas de visión	Ídem sildenafil	Menos EA visuales
<b>Interacción con la comida</b>	Retrasa efecto	No altera el efecto	Retrasa efecto
<b>Interacción con otros fármacos</b>	Nitratos, alfabloqueantes, inhibidores de la proteasa de VIH	Nitratos, alfabloqueantes, inhibidores de la proteasa de VIH	Nitratos, alfabloqueantes, inhibidores de la proteasa de VIH

En el tratamiento de la disfunción eréctil, cuando no se encuentran mejoras significativas con los inhibidores PDE-5 o los mismos no pueden ser administrados por su riesgo de efectos adversos graves, existen diversas opciones que buscan restaurar la función eréctil y mejorar la calidad de vida sexual de los individuos afectados.

Uno de los enfoques terapéuticos involucra la auto inyección de alprostadil, una sustancia que se inyecta con una aguja fina en la base o costado del pene. En algunos casos, esta inyección puede combinarse con otros medicamentos como papaverina y fentolamina, formando así los conocidos "bimix" (dos drogas) o "trimix" (tres drogas), que buscan potenciar los efectos.

Otra alternativa es el uso de supositorios uretrales de alprostadil, donde se inserta un pequeño supositorio en la uretra peniana. Este método promueve la erección al permitir que la sustancia actúe localmente en los tejidos.

Cuando la disfunción eréctil se vincula a niveles bajos de testosterona, se contempla la opción del reemplazo de esta hormona. Este enfoque busca equilibrar los niveles hormonales y, potencialmente, mejorar la función eréctil.

Una alternativa no invasiva es el uso de una bomba peniana, un dispositivo de erección por vacío. Este tubo hueco, que cuenta con una bomba manual o a pilas, crea un vacío alrededor del pene, estimulando el flujo sanguíneo hacia esta área y facilitando la erección.

En casos más avanzados, se considera la opción de implantes penianos. Estos dispositivos se insertan quirúrgicamente a ambos lados del pene, permitiendo que el paciente active manualmente la erección al comprimir el implante. Esta alternativa ofrece una solución más permanente para quienes buscan mejorar su función eréctil.

Cada opción de tratamiento tiene sus ventajas y consideraciones individuales. La elección adecuada depende de diversos factores, por lo que es fundamental consultar con un profesional de la salud para determinar la opción más idónea en cada situación.

Tabla II: Otros enfoques terapéuticos para la disfunción eréctil

<b>Enfoque Terapéutico</b>	<b>Farmacológico</b>	<b>Vía de Administración</b>	<b>Efectividad</b>	<b>Invasividad</b>
<b>Auto inyección de alprostadil</b>	Sí	Inyección en el pene	Alta	Moderada
<b>Supositorios uretrales de alprostadil</b>	Sí	Uretra peniana	Moderada a alta	Baja
<b>Reemplazo de testosterona</b>	Sí	Diversas	Variable	Baja
<b>Bomba peniana</b>	No	Vacío manual o a pilas	Variable	Baja
<b>Implantes penianos</b>	No	Quirúrgico	Alta	Alta

En el caso de las personas con vulva/vagina la historia es completamente distinta. Si bien se pueden utilizar los inhibidores de la PDE-5 en estos casos, la evidencia de la eficacia de estos fármacos para estos casos es limitada y no están aprobados para su uso en en personas con vulva/vagina con ese propósito. También se puede

utilizar la testosterona, pero muchas veces esta opción no es bien tolerada por los efectos virilizantes de la misma.

Actualmente, el tratamiento farmacológico del se enfoca en el uso de la **bremelanotida**, un agonista de los receptores de melanocortina que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) en 2019 para el tratamiento de la disfunción sexual pre-menopáusica. La bremelanotida se administra por vía subcutánea y, en particular, actúa sobre los **receptores MC4R** (melanocortina 4 receptor) ubicados en el hipotálamo y otras áreas cerebrales, lo que aumenta la liberación de dopamina, un neurotransmisor asociado con el placer y la recompensa. Esto puede aumentar el deseo sexual y la excitación en personas con trastornos del deseo sexual hipoactivo. Los efectos secundarios de la bremelanotida pueden incluir náuseas, dolor de cabeza y enrojecimiento cutáneo.

## Trastornos del orgasmo

El trastorno del orgasmo se refiere a la dificultad o imposibilidad de alcanzar el orgasmo durante la actividad sexual, ya sea a través de la masturbación o las relaciones sexuales. Existen varias formas de trastornos del orgasmo en personas con pene, incluyendo la aneyaculación (incapacidad para eyacular), la eyaculación retardada (retraso en la eyaculación), la eyaculación precoz (llegada al orgasmo previa al tiempo deseado) y la eyaculación retrógrada (eyaculación hacia la vejiga en lugar de hacia el exterior del cuerpo).

En personas con vulva/vagina principalmente cursa con anorgasmia. La misma puede ser primaria (nunca haber experimentado un orgasmo), secundaria (haber experimentado orgasmos en el pasado, pero no actualmente) o situacional (ser capaz de experimentar orgasmos solo en ciertas situaciones). Las causas pueden ser variadas.

El tratamiento farmacológico de los trastornos del orgasmo dependerá de la causa subyacente. A menudo, se deben descartar causas médicas, como enfermedades neurológicas o endocrinas, antes de considerar un tratamiento farmacológico.

En el caso de la eyaculación precoz, se pueden usar medicamentos como **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**, como la fluoxetina, paroxetina, sertralina y citalopram, para **retrasar la eyaculación y prolongar el tiempo hasta el orgasmo**. Los anestésicos tópicos también se pueden aplicar en el glande para reducir la sensibilidad y retrasar la eyaculación. Como resulta lógico, estos fármacos no son útiles o pueden empeorar la sintomatología de la eyaculación retardada o anorgásmica, por lo que otras opciones incluyen la terapia con ondas de choque, que utiliza ondas acústicas para estimular la circulación sanguínea en el pene y mejorar la función sexual, o la terapia de inyección intracavernosa, que implica la inyección de un medicamento directamente en el pene para mejorar la función eréctil y la respuesta sexual. El tratamiento en personas con vulva/vagina está menos definido pero se han probado:

inhibidores de la PDE5, testosterona y bremelanotida para el tratamiento de la anorgasmia.

### **Trastorno de dolor genital**

El trastorno de dolor genital se refiere a un dolor persistente o recurrente en el área genital que causa malestar y/o dificulta el funcionamiento sexual y/o provoca una respuesta de evitación sexual. Este trastorno también se conoce como dispareunia y puede afectar a personas de cualquier género. En el caso de las personas con vulva/vagina, el dolor puede ocurrir durante o después de la penetración vaginal, o durante la estimulación del clítoris o de la vulva. En el caso de las personas con pene, el dolor puede ocurrir durante o después de la eyaculación o la penetración. El trastorno de dolor genital puede tener múltiples causas, incluyendo problemas físicos, psicológicos o una combinación de ambos. El tratamiento dependerá de la causa subyacente del dolor.

El tratamiento farmacológico del trastorno de dolor genital depende de la causa subyacente del dolor. Si se trata de una infección, se pueden prescribir antibióticos, antivirales y/o antifúngicos. Si se debe a una disfunción hormonal, pueden utilizarse terapias hormonales. Si el dolor se debe a una neuropatía, se pueden prescribir medicamentos para aliviar el dolor neuropático, como antidepresivos tricíclicos o anticonvulsivos. También se pueden utilizar fármacos antiinflamatorios no esteroideos clásicos.

En este momento, recomendamos dirigir la atención hacia la "Tabla III" que se encuentra en el anexo, la cual resume de manera concisa las distintas fases de la sexualidad coital humana junto con ejemplos de posibles trastornos asociados a cada una de ellas.

### **Interacción entre la farmacología y las disfunciones sexuales**

Las disfunciones sexuales son un efecto secundario conocido de muchos medicamentos, incluyendo algunos antidepresivos, antipsicóticos, antihipertensivos y medicamentos para tratar el cáncer de próstata. Estas disfunciones pueden incluir disminución del deseo sexual, dificultad para lograr o mantener la erección o la lubricación vaginal, y disminución de la intensidad del orgasmo.

Dentro del campo que nos compete, haremos hincapié en dos eventos adversos que pueden sucederse tras la administración de psicofármacos.

#### **Inhibidores de la recaptación de serotonina**

La disfunción sexual inducida por inhibidores de la recaptación de serotonina (incluyendo ISRS, IRSN entre otros) puede incluir disminución de la libido sexual (fase de deseo), dificultad para lograr o mantener una erección en personas con pene (fase neurovascular), dificultad para alcanzar el orgasmo y anorgasmia (fase

neuromuscular). La serotonina también se encuentra en muchos lugares en el organismo, incluyendo el sistema nervioso periférico y los órganos sexuales. Al aumentar la serotonina en estas áreas, los ISRS pueden interferir con la capacidad de una persona para experimentar la excitación sexual y alcanzar el orgasmo. Cabe aclarar, que para la mayoría de los casos de las personas que son tratadas por depresión, la disfunción sexual resulta un efecto adverso menor, ya que en personas que se encuentran severamente deprimidas el deseo sexual se encuentra notablemente disminuído. Los efectos adversos sexuales causados por los inhibidores de recaptación de serotonina son completamente reversibles una vez que se suspende el uso de estos medicamentos.

Además es un efecto adverso reversible de la utilización de estos fármacos, y como hemos mencionado previamente, son el tratamiento de primera línea para la eyaculación precoz.

### **Fármacos antagonistas de receptores alfa-1 adrenérgicos**

El uso de los fármacos antagonistas de los receptores alfa-1 adrenérgicos puede estar asociado con la disfunción sexual, incluyendo la disminución de la eyaculación, que puede manifestarse como "orgasmo seco". Los antipsicóticos típicos (Ej: clorpromazina y tioridazina) y los antidepresivos tricíclicos (Ej: imipramina) son fármacos que actúan en diferentes sistemas de neurotransmisión y son antagonistas de los receptores alfa-1 adrenérgicos. En el contexto psiquiátrico, los antagonistas específicos, como la prazosina y la doxazosina, no son comunes, aunque pueden ser utilizados para algunos trastornos como el Trastorno de Estrés Post Traumático.

Estos fármacos bloqueando a estos receptores en el músculo liso de la próstata y la vejiga, lo que provoca su relajación la reducción de la fuerza de la contracción de los músculos que expulsan el semen durante la eyaculación hacia la uretra y en última instancia hacia el exterior. El semen puede entonces regresar a través del esfínter hacia la vejiga ocasionando que no sea expulsado durante el acto sexual.

Es importante destacar que estos "orgamos secos" no generan ningún tipo de disconfort sexual, la llegada y la sensación de orgasmo es la misma y la eyaculación de semen hacia el exterior no se relaciona con el placer sexual. Además la conexión entre compartimentos estériles (aparato reproductor y aparato urinario) no genera problemáticas asociadas a infecciones de ningún tipo. Este efecto adverso reversible sí puede representar un problema cuando el objetivo del coito es la reproducción. En tales casos se evaluarán las distintas alternativas para poder llegar a la concepción de acuerdo a cada caso particular.

## **Tratamiento de disfunciones sexuales inducidas por medicamentos**

### **Bupropión**

El bupropión es un antidepresivo que se ha estudiado ampliamente para el tratamiento de las disfunciones sexuales asociadas con los ISRS. Se ha demostrado que el bupropión mejora la función sexual en algunos pacientes con depresión y disfunción sexual asociada. También se ha utilizado para tratar la anorgasmia y la disminución del deseo sexual. El mecanismo exacto por el cual el bupropión mejora la función sexual no está claro, pero se cree que puede estar relacionado con su capacidad para aumentar la dopamina y la noradrenalina en el cerebro.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que el bupropión no es efectivo en todos los casos de disfunción sexual, y que puede tener efectos secundarios y contraindicaciones que deben ser considerados antes de su uso.

**Tabla III: Fases de la RSH y Posibles Trastornos Asociados**

Fase	Fase I	Fase II	Fase III
<b>Nombre</b>	<b>Deseo sexual/ Neurohumoral</b>	<b>Neurovascular</b>	<b>Neuromuscular</b>
<b>Subfases</b>	No tiene	<b>Excitación</b>	<b>Orgasmo</b>
		<b>Meseta</b>	<b>Resolución</b>
<b>Descripción</b>	Experimentar <b>deseo</b> o interés sexual.	<b>Respuesta física</b> al deseo sexual. Aumento del flujo sanguíneo a los genitales.	Liberación de <b>tensión sexual</b> acumulada.
<b>Desencadenantes</b>	Estímulos visuales, auditivos, olfativos o imaginativos.	Deseo sexual y estímulos físicos genitales	Tensión sexual acumulada
<b>Observaciones</b>	Impulso o motivación variable de persona a persona y en diferentes momentos de la vida.	Personas con pene: erección peneana Personas con vulva/vagina: lubricación vaginal, expansión del clítoris y los labios.	Personas con pene: emisión y eyaculación. Período refractario Personas con vagina: contracciones musculares uterinas
<b>Factores hormonales/ biológicos</b>	<b>Testosterona</b> <b>Estrógenos</b> PRL OT	Liberación de <b>Óxido Nítrico</b> Relajación de músculos lisos	<b>Oxitocina</b> <b>Dopamina</b>
<b>Trastornos posibles de la fase</b>	<b>Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo</b>  <b>Trastorno del Deseo Sexual Hiperactivo</b> (satiriasis/ ninfomanía)	<b>Disfunción Eréctil:</b> Dificultad para lograr o mantener una erección. <b>Disfunción de la Excitación:</b> Problemas con la lubricación y expansión de los genitales en las personas con vulva.	<b>Trastorno del Orgasmo:</b> Dificultad para alcanzar el orgasmo. <b>Eyaculación Precoz:</b> Eyaculación antes de lo deseado. <b>Anorgasmia:</b> Incapacidad recurrente de experimentar orgasmos.

## Referencias bibliográficas:

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Arnold, L. D., Bachmann, G. A., Kelly, S., Rosen, R., & Rhoads, G. G. (2006). Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstetrics and gynecology*, 107(3), 617-624.
3. Bancroft, J. (2005). The endocrinology of sexual arousal. *Journal of Endocrinology*, 186(3), 411-427.
4. Basson, R. (2001). Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 28(1), 167-182.
5. Boulton AJ, Selam JL, Sweeney M, Ziegler D; Sildenafil Diabetes Study Group. Sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction in men with type 1 diabetes. *J Sex Med*. 2004;1(3):292-300.
6. Brock G, Carrier S, Alarie P, et al. The effect of vardenafil, a potent and highly selective phosphodiesterase-5 inhibitor for the treatment of erectile dysfunction, on the cardiovascular response to exercise in patients with coronary artery disease. *J Sex Med*. 2004;1(1):33-40.
7. Clayton, A. H., Althof, S. E., & Kingsberg, S. (2019). Female sexual dysfunction: a clinical practice guideline. *Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1685-1701.
8. Clayton, A. H., & Warnock, J. K. (2015). Sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(6), e678-e681.
9. Copulsky, D. & Hammack, P.L. (2023). Asexuality, Graysexuality and Demisexuality: Distinctions in Desire, Behavior and Identity. *The Journal of Sexual Research*, 60 (2), 221-230.
10. Dhillon, S., & Keam, S. J. (2019). Bremelanotide: first approval. *Drugs*, 79(14), 1599-1606.
11. Goldstein, I., Kim, N. N., Clayton, A. H., & DeRogatis, L. R. (2017). Hypoactive sexual desire disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) expert consensus panel review. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 114-128.
11. Heiman, J. R., & Rowland, D. L. (2018). Introduction to the sexual response cycle. In *Principles and practice of sex therapy* (5th ed., pp. 23-48). Guilford Publications.

12. Hille, J.J. (2023). Beyond Sex: A review of recent literature on asexuality. *Current Opinion in Psychology Journal*, 49, 101516.
13. Jannini, E. A., & Simonelli, C. (2004). Hormonal control of ejaculation. *International Journal of Andrology*, 27(5), 316-319.
14. Kadioglu, A., Grohmann, W., Depko, A., Levinson, M., Nicol, S., Wagner, G., & Vardenafil Study Group. (2005). Quality of erections in men treated with flexible-dose vardenafil for erectile dysfunction: a real-life practice study. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(4), 469-475.
15. Keltner, N. L., McAfee, K. M., Taylor, C. L., & Wingo, P. A. (2014). Adverse sexual effects of psychotropic medications. *Southern Medical Journal*, 107(11), 709-713.
16. Kingsberg, S. A. (2015). Bremelanotide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 24(9), 1247-1253.
17. Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown.
18. Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). Human sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 28(1), 167-182.
19. McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., ... & Segraves, R. T. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 144-152.
20. McMahon, C. G., & Waldinger, M. D. (2016). Premature ejaculation and erectile dysfunction. In *Encyclopedia of mental health* (pp. 50-59). Elsevier.
21. Moyal-Barracco, M., & Lynch, P. J. (2004). 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist*, 49(10), 772-777.
22. Montejo, A. L., Llorca, G., Izquierdo, J. A., Rico-Villademoros, F., & Group, S. S. (2001). Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *The Journal of clinical psychiatry*, 62 Suppl 3, 10-21.

23. Montague DK, Jarow J, Broderick GA, et al. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. *J Urol* 2004; 172:290.
24. Nappi, R. E., & Palacios, S. (2016). Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric*, 19(4), 352-358.
25. Pukall, C. F., Goldstein, A. T., Bergeron, S., Foster, D. C., Stein, A., Kellogg-Spadt, S., ... & Bachmann, G. (2016). Vulvodinia: Definition, prevalence, impact, and pathophysiological factors. *The Journal of sexual medicine*, 13(3), 291-304.
26. Safarinejad, M. R. (2008). The role of sertraline in the management of premature ejaculation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(2), 161-175.
27. Santamaría Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Editorial Síntesis.
28. Shamloul, R. (2014). Natural aphrodisiacs. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 39-49.
29. Simon, J. A., Davis, S., & Althof, S. (2019). Female sexual dysfunction: a clinical practice guideline. *Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1685-1701.
30. Simon, J. A., Kingsberg, S. A., Shumel, B., Hanes, V., Garcia, M., & Sand, M. (2020). Efficacy and safety of bremelanotide for hypoactive sexual desire disorder: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, phase 3 clinical trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(1), 144-158.
31. Simon, J. A., Kingsberg, S. A., Shumel, B., Hanes, V., & Sand, M. (2019). Bremelanotide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder: 2 randomized clinical trials. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(9), 1311-1322.
32. Stages of the Sexual Response Cycle. (2021, May 11). Planned Parenthood. <https://www.plannedparenthood.org/learn/sex-and-relationships/sexual-response-cycle/stages-sexual-response-cycle>.
33. Stahl, S. M. (2014). Mechanism of action of sildenafil as an activator of the NO/cGMP pathway. *The American Journal of Psychiatry*, 171(12), 1399-1402.
34. Stahl, S. M. (2022). *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge University Press.

35. Taylor, M. J., Rudkin, L., & Bullemor-Day, P. (2014). Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).

36. Waldinger, M. D. (2016). Recent advances in the classification, neurobiology and treatment of premature ejaculation. *Nature Reviews Urology*, 13(6), 353-365.

37. Waldinger, M. D., & Schweitzer, D. H. (2006). Premature ejaculation: definition and drug treatment. *Drugs*, 66(6), 741-756.