AEEM

Menoguía

ASESA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ANDROLOGÍA, MEDICINA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Federación Española de Sociedades de Sexología

SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
AP
Sexología

Vida y sexo más allá de los 50

Este documento debe ser citado como: Molero F, Castaño R, Castelo-Branco C, Honrado M, Jurado AR, Laforet E, Prieto R, Cabello F, Larrazábal M, Sánchez F, Sánchez Borrego R. *Vida y Sexo más allá de los 50.* MenoGuía AEEM. Primera edición: Abril 2014. Aureagràfic, s.l. Barcelona 2014. ISBN: 978-84-940319-6-0.

Las recomendaciones han sido publicadas en: Sánchez-Borrego R, Molero F, Castaño R, Castelo-Branco C, Honrado M, Jurado AR, Laforet E, Prieto R, Cabello F, Larrazabal M, Sánchez F, Florido J, Mendoza N. Spanish Consensus on Sexual Health in Men and Women over 50. Maturitas. 2014 June; 78(2): 146-150

Primera edición: Mayo 2014

ISBN: 978-84-940319-6-0

Edición, realización y producción:
aureagràfic, s.l. (Tel.: 93 330 49 00)

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de ningún modo ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o xerocopia, sin permiso previo.

Menoguía

Vida y sexo más allá de los 50

Editor invitado

Francisca Molero Rodríguez. *Barcelona*

Autores

Rosario Castaño Catalá. *Madrid*
Camil Castelo-Branco Flores. *Barcelona*
Manel Honrado Eguren. *Barcelona*
Ana Rosa Jurado López. *Málaga*
Encarna Laforet Martínez. *Barcelona*
Francisca Molero Rodríguez. *Barcelona*
Rafael Prieto Castro. *Córdoba*

Revisores

Francisco Cabello Santamaría. *Málaga*
Jesús Florido Navío. *Granada*
Miren Larrazábal Murillo. *Madrid*
Rafael Sánchez Borrego. *Barcelona*
Froilán Sánchez Sánchez. *Madrid*

AEEM

Última versión de revisión de la literatura: Mayo 2014

Alcance de las Guías

La población objetivo de estas recomendaciones son las mujeres y hombres en la edad madura.

Para los hombres y mujeres con condiciones médicas que puedan tener consecuencias adversas de cualquier aparato o sistema, la evaluación de riesgos y consideraciones del tratamiento son complejas y a menudo se benefician de la consulta con un especialista.

Los umbrales terapéuticos propuestos en estos algoritmos son de orientación clínica y no son reglas. Todas las decisiones de tratamiento requieren juicio clínico y la valoración de cada uno de los factores de la paciente, incluyendo sus preferencias, las enfermedades concomitantes, y otras fuentes de posible sub- o sobre-estimación del riesgo. La decisión de tratar aún debe hacerse sobre una base individual, caso por caso.

La *Asociación Española para el Estudio de la Menopausia* (AEEM) considera apropiado elaborar sus propias recomendaciones basado en el sistema GRADE *(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)* http://cebgrade.mcmaster.ca/ para elaborar guías de práctica clínica (GPC) y clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones.

Criterios GRADE para valorar la calidad de la evidencia.

CALIDAD DE LA EVIDENCIA	DISEÑO DE ESTUDIO	DISMINUIR GRADO SI*	AUMENTAR GRADO SI*
Alta	Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA)	Importante (–1) o muy importante (–2) limitación de la calidad del estudio. Inconsistencia importante (–1). Alguna (–1) o gran (–2) incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa. Datos escasos o imprecisos (–1). Alta probabilidad de sesgo de notificación (–1).	Evidencia de una fuerte asociación: RR > 2 o < 0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1). Evidencia de una muy fuerte asociación: RR > 5 o < 0,2 basada en evidencia sin posibilidad de sesgos (+2). Evidencia de un gradiente dosis respuesta (+1). Los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1).
Moderada			
Baja	Estudio observacional		
Muy baja	Cualquier otra evidencia		

Criterios GRADE. Estimación del grado de la recomendación.

GRADO DE RECOMENDACIÓN		
1A	Fuerte recomendación	Evidencia de alta calidad
1B	Fuerte recomendación	Evidencia de moderada calidad
1C	Fuerte recomendación	Evidencia de baja calidad
2A	Débil recomendación	Evidencia de alta calidad
2B	Débil recomendación	Evidencia de moderada calidad
2C	Débil recomendación	Evidencia de baja calidad

La información sobre GRADE y sus publicaciones están disponibles en http://www.gradeworkinggroup.org/

Tomado de: The GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: Critical appraisal of existing approaches. BMC Health Serv Res 2004; 4:38.

Índice

Salud Sexual 5

Introducción 5

Epidemiología. Factores relevantes en la sexualidad de las personas mayores de 50 años. 6

- Factores Personales 7
- Factores Interpersonales 12

Problemas y disfunciones sexuales más frecuentes en los hombres y mujeres mayores de 50 años 14

Disfunciones sexuales: Diagnóstico 17

Abordaje de las disfunciones sexuales: Intervención terapéutica 20

- Preparados de próxima aparición 26
- Tratamientos farmacológicos para la disfunción eréctil 26

Sumario y recomendaciones 28

Anexos 31

Bibliografía 37

Información para hombres y mujeres 41

Salud Sexual

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad". Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.

Introducción

La sexualidad es una parte integral de la vida humana. Tiene que ver con la reproducción, pero también con el placer y la intimidad.

La sexualidad se relaciona con la salud a través del concepto de Salud Sexual y Reproductiva.

El aumento de esperanza de vida, la liberación de las costumbres sexuales, la mayor aceptación social respecto al placer sexual, y la incorporación de los derechos sexuales a los derechos humanos han cambiado el panorama sexual de las personas maduras, permitiendo disfrutar más tiempo y con mayor calidad de las relaciones sexuales.

A partir de los 50 años, la sexualidad se encuentra influida por cambios biofisiológicos, aspectos socioculturales y psicoemocionales diferentes, que pueden contribuir a reactivar, frenar o interrumpir las relaciones sexuales. Además, se trata de personas donde es más frecuente la existencia de otros problemas de salud, la iatrogenia médica o quirúrgica, sin olvidar que la vida sexual en la edad madura está muy condicionada por la vida sexual antes de esa edad.

No podemos obviar que la satisfacción emocional con la pareja está fuertemente asociada con la satisfacción sexual y que en las personas las relaciones sexuales satisfactorias y periódicas son un indicador de vinculación e intimidad y un factor necesario para el bienestar emocional.

Ni el interés ni la actividad sexual desaparecen con la edad, pero la sexualidad en la edad avanzada es muy diferente de unas personas a otras. Lo importante es disfrutar de la sexualidad y en caso de patología, adaptar el tratamiento a las expectativas y necesidades de cada paciente.

Epidemiología. Factores relevantes en la sexualidad de las personas mayores de 50 años

La vida sexual después de los 50 años está en gran parte condicionada por la vida sexual antes de esa edad. Es cierto que la sexualidad, y en mayor medida la respuesta sexual fisiológica, dependen del estado de salud, la edad y la evolución física y psicológica de las personas, pero lo que es aún más cierto, y más difícil de valorar, es que existen gran cantidad de factores psicosociales, relacionales y vivenciales que la determinan y la modifican, favoreciendo o reduciendo la capacidad de adaptación de las personas.

La aproximación a la sexología debe aceptar estas peculiaridades e integrar de forma holística a la persona, sin separar lo físico de lo psicológico, lo social y relacional de lo vivencial, y por supuesto tener en cuenta el medio en el que viven y sus circunstancias interpersonales.

Factores Personales

Factores físicos

Edad y ciclo vital

El principal determinante de la evolución física de las personas es el paso del tiempo. La sexualidad, sobre todo en términos de la respuesta sexual fisiológica, se modifica al igual que todas las capacidades físicas de nuestro organismo con la edad. Además se pueden producir cambios biológicos puntuales relacionados con momentos específicos del ciclo vital, como por ejemplo en la mujer, el puerperio, la lactancia, la menarquia o la menopausia.

Por encima de los 50 años, los aspectos físicos están fisiológicamente condicionados por la edad y la menopausia en la mujer, y por la edad y posiblemente por el déficit de testosterona en el hombre en el hombre.

Los mecanismos vasculares y neurológicos implicados en la respuesta sexual pueden verse alterados por el envejecimiento, de ahí que existan disfunciones sexuales que aumentan su prevalencia con la edad. Esto afectaría sobre todo al sistema de relajación del músculo liso vascular que se produce durante la **excitación sexual** y que daría lugar a la erección en el hombre y a la ingurgitación genital en la mujer.

La **eyaculación** en varones y el **orgasmo**, tanto en mujeres como en hombres, se afectan con la edad. El volumen y la viscosidad del semen disminuyen y se produce un retardo relativo en la eyaculación, probablemente debido al déficit de testosterona. La edad es uno de los factores predisponentes más importantes para el desarrollo disfunciones eyaculatorias, si bien, la más frecuente de ellas, la eyaculación precoz, no tiene mayor prevalencia en mayores de 50 años que en el resto de los grupos etarios.

Aunque hay una disminución del interés sexual a lo largo de la vida, la edad por sí sola no tiene un efecto deletéreo sobre el **deseo sexual**. La persistencia de deseo depende de factores relacionales o de la existencia de mecanismos autorreguladores y de personalidad.

Los cambios físicos relativos a la edad no necesariamente implican una disminución en la función sexual. Son el resto de factores (psíquicos, relacionales, sociales y culturales) los que influyen en el bienestar sexual a lo largo de la vida. La menopausia por sí sola no altera el potencial de la mujer para desear, excitarse, sentir orgasmos, placer y satisfacción sexual.

Enfermedades

Los problemas médicos y psicológicos pueden afectar a la sexualidad de las personas mediante varias vías:

- Afectación directa de los mecanismos biológicos o de los órganos implicados en la respuesta sexual.
- Deterioro físico que conlleva la patología (astenia, cansancio, incapacidad para moverse o realizar algunas posturas, etc.).
- Efectos producidos por los medicamentos y tratamientos utilizados.
- Afectación psicológica, como disminución de la autoestima, alteración de la imagen corporal, cambios en el guión de vida o en el rol relacional, depresión, etc.

No hay muchos estudios sobre cómo las enfermedades afectan a la sexualidad de las personas (Tabla 1). Parece como si ante una enfermedad que no sea directamente de la esfera sexual, no fuera oportuno hablar de la sexualidad. De hecho, la mayoría de los protocolos de actuación en las diversas intervenciones terapéuticas no incluyen cuidados ni consejos en relación a la sexualidad.

Tabla 1. Enfermedades no sexológicas que más frecuentemente afectan la sexualidad de las personas mayores de 50 años.

SISTEMAS Y APARATOS	ENFERMEDADES
Cardiovascular	Hipertensión arterial, Infarto agudo de miocardio, Angina, Arterioesclesosis
Gastrointestinal	Cirrosis, Colon irritable, Enfermedad de Chron, Úlcera gástrica
Autoinmune	Fibromialgia, Artritis, Lupus
Infecciones	Infecciones de transmisión sexual, Infecciones sistémicas
Psiquiátricas	Depresión, Trastornos de ansiedad
Locomotor	Fracturas y deformaciones traumáticas, Osteoporosis
Endocrinológico	Diabetes tipo II, Hiper e hipotiroidismo, Hipogonadismo de origen tardío, hiperprolactinemia
Oncológico	Colon, Pulmón, Mama, etc
Neurológico	Parkinson, Demencia, Ictus, Enfermedades degenerativas, Esclerosis Múltiple, Dolor crónico

La **patología médico quirúrgica del sistema genitourinario** afecta directamente a los órganos implicados en la respuesta sexual. No todas las circunstancias están estudiadas por igual, y existe poca evidencia de alto nivel para sacar conclusiones y para determinar el motivo exacto por el cual se afecta la sexualidad, debido a la heterogeneidad de los estudios y de los cuestionarios utilizados.

Los procesos inflamatorios agudos (cistitis, prostatitis, orquitis, uretritis, vaginitis, etc.) pueden provocar dispareunia, disfunción eréctil, trastornos eyaculatorios y anorgasmia.

Los procesos crónicos pueden afectar la sexualidad no sólo por la alteración en la respuesta sexual. Uno de los más interesantes es la presencia de sintomatología del tracto urinario inferior. Tanto en hombres como en mujeres la prevalencia aumenta con la edad y cursa con disminución en el funcionamiento y la actividad sexual, asociados a factores físicos como la nicturia y la prostatitis en hombres, pero también a factores psicológicos como la depresión, los trastornos de ansiedad y trastornos de alimentación. En mujeres se afecta más el deseo y en hombres se producen sobre todo problemas de erección. Es bien conocida la relación entre sintomatología urinaria y disfunción eréctil en varones de edad media por encima de los 50 años.

Los miomas uterinos no suelen producir problemas sexuales (ni dispareunia, ni alteraciones de la excitación o del orgasmo), aunque algunos autores han señalado que los del fondo posterior podrían provocar dolor en el coito y que un volumen uterino por encima de doscientos centímetros cúbicos se asocia a peores resultados en el FSFI. Después de la menopausia no suelen ser motivo de consulta ni de sintomatología de ningún tipo.

Algunas de las patologías ginecológicas más relacionadas con dispareunia profunda son la endometriosis (no relevante tras la menopausia), el síndrome de congestión pelviana y la cistitis intersticial, cuyos tratamientos se correlacionan con una mejoría de la calidad de vida sexual.

La incontinencia urinaria y/o fecal, tanto en hombres como en mujeres, así como el prolapso y la vejiga hiperactiva alteran el funcionamiento sexual. El efecto negativo que el prolapso tiene sobre la sexualidad de las mujeres, así como el beneficio que se obtiene de su reparación quirúrgica, parece depender del deterioro de la imagen corporal que tengan, más que del grado de prolapso.

De igual modo, la percepción de severidad que tengan sobre su incontinencia urinaria puede afectar a la excitación-lubricación, al orgasmo e incluso aumentar el dolor en el coito más que los parámetros físicos que la cuantifican. Tanto en hombres como en mujeres puede producir afectación a niveles más profundos, como el relacional, pudiendo provocar separaciones, incapacidad para buscar pareja y pérdida de parte de su rol sexual.

Las intervenciones quirúrgicas de reparación del prolapso o de la incontinencia pueden no mejorar la sexualidad, incluso podrían empeorarla.

Los cánceres del sistema genitourinario pueden alterar el funcionamiento sexual al producir cambios anatómicos, funcionales y psicológicos en los pacientes. Incluso en pacientes con buena adaptación psicológica, tras cirugía pelviana por cáncer ginecológico es más frecuente encontrar problemas sexuales, como disminución del deseo, de la lubricación, de la sensibilidad vaginal o de la intensidad del orgasmo. Cuando la cirugía es más radical (nefrostomía, colostomía…) existen más posibilidades de alterar el funcionamiento sexual por afectación de la imagen corporal.

Tras radioterapia pelviana (cáncer prostático, cervical, vesical, rectal, anal) un gran porcentaje de pacientes sufren incontinencia y/o urgencia fecal y/o urinaria, así como sequedad vaginal (vaginitis post-radioterapia) o disfunción eréctil. Tanto en hombres como en mujeres, la radioterapia pelviana tiene efecto negativo en el funcionamiento sexual.

El cáncer de mama puede afectar a la sexualidad, por el proceso oncológico en sí y por los tratamientos utilizados. La radioterapia y la cirugía pueden afectar a la imagen corporal y producir diversos tipos de incomodidades físicas. La quimioterapia afecta a todos los dominios de la función sexual. Aunque los efectos de la supresión estrogénica son mayores en premenopáusicas, los valores del FSFI disminuyen al diagnóstico y vuelven a caer tras el primer ciclo de quimioterapia.

Los factores predictivos más importantes de afectación de la sexualidad post-tratamiento del cáncer de mama son la quimioterapia y el funcionamiento de la relación de pareja. Una buena relación donde en la que la pareja participe en las decisiones y reaccione de forma adecuada a los posibles síntomas depresivos de la paciente disminuye las posibilidades de alteración de la sexualidad.

Tratamientos farmacológicos y tóxicos

Gran cantidad de fármacos afectan de forma yatrogénica la respuesta sexual. En mayores de 50 años es frecuente el uso de algún medicamento de forma crónica, así como la polimedicación. Los más utilizados en la clínica diaria son los antihipertensivos y los antidepresivos. Esta circunstancia ha de ser tenida en cuenta tanto en el abordaje diagnóstico como en el terapéutico (Tabla 2).

Las drogas de uso no terapéutico también afectan a la respuesta sexual. El efecto sobre el sistema nervioso central, aunque sea diferente en cada una de ellas, conlleva alteraciones en la vivencia de la sexualidad y la posibilidad de incurrir en conductas sexuales de riesgo, así como el aumento de conflictos sociales y de pareja en su uso crónico (Tabla 3).

Tabla 2. Fármacos más utilizados en mayores de 50 años, con los subgrupos que más afectan a la sexualidad y los que menos.

GRUPO FARMACOLÓGICO	SUBGRUPOS QUE MÁS AFECTAN LA FUNCIÓN SEXUAL	SUBGRUPOS QUE MENOS AFECTAN LA FUNCIÓN SEXUAL
Antidepresivos	Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS): *paroxetina, fluoxetina, escitalopram, citalopram* Tricíclicos: *imipramina, desipramina* Tetracíclicos: *mianserina, maprotilina* IMAO y Trazodona Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: *Venlafaxina, Duloxetina*	Inhibidores de la recaptación de la noradrenalina: *Reboxetina* Noradrenérgicos con actividad serotoninérgica: *Mirtazapina* Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina: *bupropion* Melatoninérgicos: *Agomelatina*
Otros Psicotropos	Litio Benzodiazepinas: *Diazepan, Triazolam, Alprazolam* Antipsicóticos: *haloperidol, quetiapina, risperidona, olanzapina*	
Antihipertensivos	Diuréticos: • Tiazídicos: *hidroclorotiazida* • Análogos no tiazídicos: *clortalidona, indapamina* • Diuréticos de Asa: *furosemida, bumetamida* • Ahorradores de potasio: *amilorida, espironolactona* • Inhibidores anhidrasa Bloqueantes adrenérgicos: • β-bloqueantes: *propanolol* • Bloqueantes α1: *prazosina, doxazosina* • Bloqueantes α y β: *labetalol, carvediol* Otros: • Vasodilatadores directos: *hidralazina* • Agonistas α2 de acción central: *clonidina, metildopa, monoxidina*	Antagonistas del Calcio: *Nifedipino, Verapamilo, Anlodipino* Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina: • IECA*: *Captoprilo* • ARA II**: *Losartán* • Inhibidores de la Renina: *Aliskireno*
Otros fármacos	Bloqueantes alfa adrenérgicos: *Tamsulozina, doxazosina, terazosina* Inhibidores de 5-alfa-reductasa: *finasterida, durasterida*	Corticoides y AINES Tiroxina Omeprazol

* IECA: Inhibidores del Enzima Convertidor de Angiotensina

** ARA II: Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II

Tabla 3. Principales drogas de uso no terapéutico y sus efectos sobre la sexualidad.

EFECTOS SOBRE EL SNC	DROGAS	EFECTOS SOBRE LA RESPUESTA SEXUAL
Depresores	Alcohol	A bajas dosis: desinhibición En intoxicación aguda: dificultades en la excitación y en el orgasmo (retraso) En abuso crónico: disfunción eréctil, disminución del deseo, sequedad vaginal, eyaculación retardada, conflictos de pareja, disminución del funcionamiento sexual
	Opiáceos (heroína, morfina)	Disminución del deseo y del interés sexual. Disminución de la excitación y anorgasmia
Estimulantes	Anfetaminas y Cocaína Nicotina Cafeína	Dificultades en la excitación, eyaculación precoz, actividad de riesgo. Sequedad vaginal, disfunción eréctil, disminución del funcionamiento sexual.
Antihipertensivos	Éxtasis	Aumento del deseo, excitación e intensidad del orgasmo, y también de insatisfacción.
Mixtos (efectos alucinógenos y depresores)	Derivados del Cannabis (marihuana y hashish)	Desinhibición, anorgasmia en mujeres.

Salud Psicosexual

Historia psicosexual

La capacidad de las personas para adecuar su sexualidad a los cambios físicos que pueda experimentar con la edad o con otras circunstancias vitales está condicionada por su salud psicosexual.

Una buena salud psicosexual se aleja de falsas expectativas en relación a la respuesta sexual y de mitos que dificulten el desarrollo pleno de la sexualidad en las personas mayores.

Durante siglos, la expresión de la sexualidad ha sido reprimida fuera de los límites de la reproducción. Este sentido de la sexualidad está tan interiorizado que supone el principal motivo por el cual no parece oportuno hablar de ella en personas enfermas o en personas mayores, que no tienen capacidad reproductiva.

Educaciones restrictivas pueden hacer que la sexualidad no sea considerada como un elemento fundamental de la salud, sino más bien como algo oscuro o como motivo de vergüenza, pues no se reconoce abiertamente su dimensión positiva como fuente de placer y de reafirmación personal.

Las experiencias previas también pueden influir en que las personas tengan mayor o menor interés en conservar la actividad sexual al avanzar la edad. Si la actividad sexual ha sido motivo de satisfacción difícilmente se querrá prescindir de ella.

La principal diferencia de género en la vivencia de la sexualidad se aprecia en que los hom-

bres focalizan su atención más en el funcionamiento genital y menos en la relación de pareja y en la intimidad. Esto también condiciona la capacidad de adaptación y el que se conserven parámetros como el deseo y la frecuencia sexual.

Tipos de personalidad

No existe evidencia de que determinados tipos de personalidad sean más propensos a conservar la actividad sexual por encima de los 50 años. Se ha relacionado al trastorno límite de la personalidad con disfunciones en las relaciones románticas o de pareja, lo cual si podría influir de forma decisiva, sobre todo desde el punto de vista femenino.

Algunos tipos de personalidad con rasgos ansiógenos podrían estar más relacionados con el origen psicógeno, o como factor de mantenimiento, de algunas disfunciones sexuales, como es el caso de la eyaculación precoz que se asocia a la disfunción eréctil en pacientes añosos. La existencia de disfunciones sexuales previas o sobrevenidas con la edad dificulta el funcionamiento sexual.

Cuando no hay disfunciones sexuales y/o existen recursos adaptativos, es más fácil conservar una buena autoestima sexual, que es uno de los factores más relacionados con la persistencia de actividad e interés sexual después de los 50 años.

Factores Interpersonales

La forma en que se acepta el paso de los años, así como aquellos cambios físicos, hormonales, deterioro cognitivo o enfermedades que se producen son de gran importancia en el funcionamiento sexual.

Independientemente de la duración o naturaleza de la relación, ésta se ve reforzada por la autonomía, la intimidad emocional, la capacidad para manejar el estrés y lograr un equilibrio sexual satisfactorio.

Los adultos mayores de 50 años que mantienen una relación marital o de otro tipo, consideran la sexualidad como una parte importante de la vida. Además, se afirma que la actividad sexual disminuye con la edad aun habiendo un número importante de hombres y mujeres que se relacionan sexualmente con penetración, sexo oral y masturbación incluso en la octava o novena década de su vida.

Existen diferencias entre la sexualidad de los hombres y mujeres de edad avanzada. La importancia de la edad si la persona tiene cónyuge o pareja íntima es particularmente más marcada entre las mujeres. El 78% de los hombres encuestados con edades comprendidas entre 75 y 85 años informó tener pareja u otra

relación íntima frente al 40 % de las mujeres. Esta diferencia se explica teniendo en cuenta factores como las características del matrimonio (generalmente hombres casados con mujeres más jóvenes), los diferentes patrones de las segundas nupcias y el hecho de que los hombres mueran antes que las mujeres.

La dependencia de los padres mayores puede afectar la relación de pareja, haciendo que tengan que adoptar el papel de cuidadores, generalmente ejercido por las mujeres. Esta responsabilidad requiere que la persona encargada del cuidado dedique tiempo y esfuerzo en desempeñar esta tarea. Esto pronto puede afectar su salud, su situación financiera, su rutina diaria, las relaciones sociales y familiares y, por supuesto, sus relaciones sexuales.

Por otro lado las parejas con hijos también tienen que cuidar de ellos lo que suele ser otro motivo para no encontrar la suficiente intimidad.

Algunos autores consideran que estos factores sociales/familiares tienen una mayor influencia en la experiencia sexual que los cambios hormonales durante menopausia.

Factores como la comunicación en la pareja, su vivencia de la intimidad o la importancia que le dan a las relaciones sexuales, son importantes a la hora de vivir la sexualidad de forma sana, pero no existen evidencias acerca de ello.

Otros factores a tener en cuenta son:

La salud general de la pareja también es determinante en el mantenimiento de la actividad sexual y de la satisfacción sexual. Los problemas sexuales pueden ser consecuencia de una enfermedad importante. Hay ocasiones que el abandono de tratamientos farmacológicos crónicos se produce por los efectos secundarios sobre la esfera sexual, con las repercusiones que de ello deriva.

En el caso de las mujeres adquiere especial relevancia el insomnio, sobretodo en el periodo de climaterio interfiriendo de manera muy negativa en su calidad de vida y por tanto en su vida sexual.

La salud sexual de la pareja. Los trastornos sexuales de uno de los miembros de la pareja determina el deterioro de la vida sexual en común aunque existan tratamientos efectivos. Los motivos de no buscar tratamiento los podemos encontrar en la esfera de las creencias erróneas, pensar que ya se ha llegado al final de la vida sexual.

Las evidencias sobre el hecho que llegados a la madurez aparecen deterioros en la respuesta sexual pero que ello no significa necesariamente insatisfacción sexual, es una idea que hemos de transmitir a nuestros pacientes.

Problemas y disfunciones sexuales más frecuentes en los hombres y mujeres mayores de 50 años

Disfunciones sexuales

Alteraciones en el deseo sexual así como cambios en la psicofisiología que caracterizan el ciclo de la respuesta sexual, y que causan disturbios y dificultades interpersonales (Tabla 4).

Tabla 4. Clasificación de las disfunciones sexuales.

DSM- IV-TR	BASSON Y COLABORADORES
Primario o adquirido. Generalizado o situacional. Total o parcial (refiriéndose al grado de severidad de la disfunción).	Primario o secundario. Generalizado o situacional. Etiología mayoritariamente psicógena, orgánica, mixta o de origen desconocido.
F52.0 Trastornos del deseo sexual: Trastornos del deseo sexual hipoactivo (302.71)	**Trastornos del deseo/interés sexual:** Sentimiento de ausencia o disminución del interés o deseo sexual. La motivación por querer tener deseo está muy disminuida o ausente. La caída del interés se considera más importante que los cambios existentes por los ciclos vitales o la duración de la relación de pareja.
F52.10 Trastornos por aversión al sexo (302.79)	**Trastorno por aversión sexual:** Extrema ansiedad o disgusto ante la idea o el intento de practicar cualquier actividad sexual.
F52.2 Trastornos de la excitación sexual: Trastornos de la excitación sexual en la mujer (302.72) Trastorno de erección en el varón (302.72)	**Trastorno subjetivo de la excitación:** Ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y placer con cualquier tipo de estimulación sexual a pesar de existir lubricación vaginal y otros signos propios del proceso de excitación. **Trastorno de la excitación sexual genital:** Ausencia o deterioro de la excitabilidad genital que se manifiesta como una mínima o ausente lubricación vaginal, con sensaciones sexuales genitales mínimas o inexistentes. Sí existen sensaciones sexuales no genitales. **Trastorno combinado de la excitación subjetiva y genital:** Marcada disminución o ausencia de la excitación sexual y del placer con ausencia de ingurgitación y lubricación genital ante cualquier tipo de estímulo sexual. **Trastorno de la excitación sexual persistente:** Excitación sexual en ausencia de estímulo sexual. Espontánea, molesta y no deseada. No se alivia con los orgasmos y puede durar días.

Sigue en la página siguiente →

Viene de la página anterior

DSM- IV-TR	BASSON Y COLABORADORES
F52.3 Trastornos orgásmicos: Trastorno orgásmico femenino (302.73) y masculino (302,74). F52.4 Eyaculación precoz (302,75).	**Trastorno del orgasmo:** Ausencia o disminución de la intensidad del orgasmo con una adecuada estimulación y sintiendo excitación sexual.
Trastornos sexuales por dolor: F52.6 Dispareunia (302.76); F 52.5 Vaginismo (306.51).	**Dispareunia:** Dolor persistente o recurrente al intentar la penetración. **Vaginismo:** Es la existencia de una persistente o recurrente dificultad en conseguir la entrada de un pene en la vagina, un dedo o cualquier objeto que se desee. Existen a menudo fobias, miedo anticipado y dolor con involuntarias y variables contracciones de la musculatura pélvica. Deben descartarse anomalías físicas o estructurales.
Trastorno sexual debido a una enfermedad médica.	
Trastorno sexual inducido por sustancias.	
F52.9 Trastorno sexual no especificado (302.70)	

APARICIÓN DEL DSM-5

En desarrollo desde hace más de una década, la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (DSM-5) es ya una realidad. El lanzamiento oficial del manual fue anunciado en una conferencia de prensa el 18 de mayo de 2013, en el American Psychiatric Association's Annual Meeting en San Francisco, California.
La nueva Guía agrega nuevos diagnósticos, otros se han modificado o combinado. Algunos criterios propuestos inicialmente atrajeron tanta controversia pública y profesional que se han retirado en última instancia de la versión final. Pero quizás los cambios más significativos en el manual son conceptuales: la eliminación del sistema multiaxial, añadiendo un enfoque diagnóstico dimensional y reorganizando el orden de los capítulos y agrupando los trastornos.
En cuanto a las diferencias en la nueva edición del DSM-5.

Sexualidad

El Cambio

El DSM-5 describe disfunciones sexuales específicas para cada género. En Mujeres: los trastornos del deseo sexual y de la excitación, están combinados en "trastorno del interés/excitación sexual femenino" (female sexual interest/arousal disorder). Aparece el trastorno de dolor genito-pelvico en penetración, que combina el vaginismo y la dispareunia; mientras que se ha suprimido el trastorno de aversión sexual.

- Los subtipos para todos los trastornos sólo incluyen los "de toda la vida v. adquiridos" y los "generalizado v. situacional".
- Se han suprimido dos subtipos: "disfunción sexual por enfermedad médica" y "debido a factores psicológicos v. combinados".

Las Implicaciones

Las disfunciones sexuales (excepto la disfunción sexual inducida por substancias o medicación) requieren ahora una duración de aproximadamente 6 meses y criterios de severidad más precisos.

Parafilias y Trastornos Parafílicos

El Cambio

Otro de los cambios en el DSM-5 incluye un replanteamiento de los trastornos parafílicos. Mientras que sus criterios de diagnóstico se mantienen sin cambios desde el DSM-IV, la nueva Guía distingue entre los comportamientos parafílicos, o parafilias, y los trastornos parafílicos. Un trastorno parafílico es una "parafilia que actualmente está causando malestar (distrés) o deterioro para el individuo o una parafilia cuya satisfacción ha supuesto daño personal, o riesgo de daño a los demás".

Las Implicaciones

El nuevo enfoque de parafilias desmedicaliza y destigmatiza las preferencias sexuales y comportamientos inusuales, siempre que no sean angustiantes (distresantes) o perjudicial para uno mismo o para otros. Los médicos tienen la tarea de determinar si un comportamiento es calificado como un trastorno, basado en una historia completa proporcionada por el paciente y por informantes cualificados.

* American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

En el hombre, la disfunción sexual más frecuente es la Disfunción Eréctil (DE)

La DE se ha definido como la incapacidad persistente de conseguir y mantener una erección suficiente para permitir un rendimiento sexual satisfactorio. La DE afecta a la salud física y psicosocial y tiene una repercusión importante en la calidad de vida (CdV) de quienes la sufren, así como de sus parejas y familias.

Es un proceso multifactorial, de creciente interés entre los pacientes y sus parejas sexuales. La aparición de los *inhibidores de la fosfodiesterasa tipo* 5 (IPD5), en la década de los 90, primer tratamiento oral eficaz, cómodo de utilizar y exento de riesgos, aumentó el número de pacientes que vencieron el miedo y la vergüenza a hacer públicos sus problemas de erección y las necesidades de formación de los profesionales sanitarios para poder tratar de forma eficiente a estos varones.

Probablemente pocos procesos patológicos han sufrido tanta transformación, tan rápida y con tanta repercusión social como la DE, ello ha obligado a aumentar el número de recursos sanitarios y por tanto el gasto derivado de la mayor afluencia de pacientes a la sanidad pública.

La DE es una enfermedad dependiente de la edad, con cifras que varían en España desde el 8,6% en varones entre 25 a 39 años, hasta casi la mitad de los varones comprendidos entre 60 y 70 años, con un aumento progresivo del porcentaje de disfunción para cada decil.

La DE siempre es patológica, independientemente de la edad del paciente y siempre requiere un diagnóstico correcto que permita un tratamiento idóneo de este varón.

El hombre mayor presenta frecuentemente, una respuesta eréctil y eyaculatoria anómala comportando un efecto negativo notable en la calidad de vida, con niveles crecientes de ansiedad y depresión. También es más frecuente la existencia de otras enfermedades y tratamientos que deberán ser tenidos en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico inicial y establecer el plan terapéutico, no solo de la DE sino de otras comorbilidades, cuyo tratamiento pueden tener efectos negativos sobre la función sexual.

Existe una disminución de los niveles de testosterona, que ejerce un papel fundamental en la erección y regula el desarrollo y funcionalismo del tejido cavernoso.

Se produce un cierto grado de atrofia testicular y escrotal, disminución del vello púbico y alteraciones en el tejido cavernoso.

En la mujer, la disfunción sexual más frecuente es la disminución del deseo sexual o deseo sexual hipoactivo (TDSH).

La definición del trastorno de deseo sexual hipoactivo debe incluir no sólo la falta o ausencia de fantasías sexuales o deseo por cualquier forma de actividad sexual, sino también la presencia de angustia personal, de dificultades interpersonales (o de ambas).

El trastorno de deseo sexual hipoactivo generalizado adquirido es el diagnóstico más común. Cuando la afección no depende de una situación o relación específica y aparece después de un periodo en el cual el deseo y la función sexual se consideraban normales.

La prevalencia es variable según los diferentes estudios consultados y en ocasiones contradictorios.

- El estudio PRESIDE se realizó con más de 31.000 mujeres mayores de 18 años en Estados Unidos y documentó que el TDSH, fue el trastorno de mayor frecuencia, alcanzando su pico en las mujeres de mediana edad. En el grupo de edad de 18 a 44 años, la prevalencia del TDSH fue de 8,9%, mientras que fue de 12,3% en el grupo de 45 a 64 años y de 7,4% en mujeres de 65 años o más. Además, el riesgo aumentó al empeorar la salud autoevaluada y fue aproximadamente 20% más alto en mujeres posmenopáusicas que en mujeres premenopáusicas.
- El estudio WISHeS incluyó más de 3.500 mujeres entre 20 y 70 años de edad, residentes de Estados Unidos y cuatro países

de Europa occidental. La prevalencia de TDSH fue de 6 a 13% en Europa y de 12 a 19% en Estados Unidos y la proporción fue significativamente más alta en mujeres más jóvenes, que en mujeres mayores.

El TDSH puede ser la disfunción más importante o la consecuencia del malestar emocional producido por alteraciones de otras fases de la respuesta sexual. La mayoría de las veces se encuentra asociado a problemas de excitación o dificultades para llegar al orgasmo.

Los trastornos de dolor asociado a la actividad sexual, son otras de las demandas más frecuentes de nuestras pacientes.

Se habla de Dispareunia según los diagnósticos DSM IV-TR cuando el dolor es continuo o recurrente durante las relaciones sexuales y de Vaginismo cuando existe una contracción involuntaria de grupos musculares perineales que impiden cualquier introducción vaginal.

En el caso de la mujer madura la causa más frecuente de dispareunia es la producida por la atrofia urogenital secundaria a deficiencia estrogénica. Síntomas de todos conocidos como sequedad, ardor, en ocasiones frecuencia miccional y disuria dificultan las relaciones sexuales de las mujeres maduras, convirtiéndose en un elemento importante de la evitación de las relaciones sexuales.

La característica esencial del **trastorno orgásmico femenino** es una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo y la intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo.

El trastorno orgásmico en la mujer madura suele ser secundario y/o situacional. El primario es más frecuente en la mujer joven, ya que la capacidad orgásmica aumenta con la experiencia sexual. Las malas relaciones de pareja, enfermedades, fármacos, o acontecimientos traumáticos estarían involucradas en su etiología

Disfunciones sexuales: Diagnóstico

Para poder realizar un diagnóstico correcto de las disfunciones sexuales es muy importante realizar una anamnesis y una evaluación muy cuidadosa.

La anamnesis sexual tiene sus dificultades debido a que al profesional sanitario le resulta difícil abordar el tema, aunque sepa que es importante hacerlo, y los pacientes suelen sentirse incómodos y con vergüenza al plantear sus demandas.

Disponer de una historia sexual dentro de la historia clínica no solamente legitima el plantear el tema, también aumenta la libertad y comodidad en exponer los problemas por parte del paciente. Esta comunicación fortalece la relación médico-paciente, y minimiza en ocasiones la falta de privacidad o el poco tiempo disponible.

- Debe obtenerse una historia sexual explícita, dónde se incluyan las enfermedades y fármacos que puedan afectar a la salud sexual.

  La terminología utilizada debe ser entendida y aceptada por el paciente y la información suministrada debe ser específica.

- La Historia clínica y la exploración física detallada se consideran el primer escalón diagnóstico.

- Debe realizarse también un examen físico cuidadoso, dirigido a la sospecha clínica y una evaluación psicológica para descartar un posible trastorno de depresión o ansiedad.
- Indagar sobre las preocupaciones y creencias acerca de la función y respuesta sexual del paciente puede detectar ideas erróneas que estén contribuyendo al problema sexual.
- Una herramienta de utilidad clínica pueden ser los cuestionarios y autoinformes psicosexuales.

Otras pruebas diagnósticas complementarias como los análisis clínicos, de funcionalidad o de imagen dependerán de la orientación diagnóstica de la disfunción.

Es importante diferenciar a aquellos pacientes en los que la disfunción sexual es un síntoma más de otra patología subyacente y por tanto ofertar un tratamiento no solo para mejorar la función sexual sino también poder solucionar la etiología que la está produciendo.

El diagnóstico de las disfunciones sexuales se basa en los criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association (APA) (DSM-5). Pero existe, un consenso internacional (International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions: Definitions and Classifications) que desarrolló una nueva clasificación, más acorde con la práctica clínica, manteniendo las cuatro áreas básicas y agregando dos más: lubricación y satisfacción.

Para realizar el diagnóstico se requiere que el problema sexual sea persistente o recurrente y causa de angustia personal o dificultades interpersonales.

Las disfunciones sexuales se definen en relación a una fase concreta del ciclo de la respuesta sexual, aunque lo más frecuente es que se encuentren varias fases afectadas.

La evaluación ha de contemplar las metas que pretende lograr la paciente.

Es relevante tener en cuenta que:

- Las disfunciones sexuales son multifactoriales, a menudo son diversas etiologías que contribuyen al problema.
- La conducta sexual es biópsico-social y cultural, por tanto los problemas sexuales pueden ser causados por una combinación de factores médicos, psicológicos y sociales.
- Los problemas de pareja influyen en la sexualidad, de igual modo que los problemas sexuales influyen en las relaciones de pareja.
- Evaluar y tratar las condiciones asociadas que puedan favorecer o mantener el trastorno.
- A veces, tratando un problema subyacente mejoramos mucho la disfunción.
- En ocasiones, el problema por el que consulta no es el problema primario, sino una consecuencia de él.

Cuestionarios

El uso de cuestionarios validados ayuda a evaluar la severidad y el impacto de las disfunciones sexuales.

Nunca deben sustituir a la historia clínica detallada. Se deben utilizar "además de" pero no "en lugar de".

En el caso del varón tenemos **Cuestionarios de evaluación de Función Eréctil.** Ayuda a evaluar el impacto de la en la calidad de vida del paciente.

Índice internacional de función eréctil (IIEF-5/SHIM)

Las puntuaciones totales oscilan en un rango de 1 a 15. Una puntuación ≥ 20 indica un grado normal de función eréctil y ≤ 10 moderada-severa (Anexo 1).

En el caso de la mujer contamos con:

Índice de función sexual femenina (FSFI)

Instrumento auto-administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. El "Indice de Función Sexual Femenina" demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina.

El FSFI (por sus siglas en inglés) ha sido validado en diferentes idiomas, entre ellos el castellano. Este cuestionario consta de 19 pre-

guntas (Anexo 2) y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5; el puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad (Anexo 3).

Perfil breve de la función sexual femenina. [*Brief Profile of Female Sexual Function*© (B-PFSF©)]

Es un cuestionario de autoevaluación de siete ítems para la detección de las mujeres con riesgo de TDSH, que utiliza respuestas de elección múltiple (que van de 0 = peor estado sexual a 5 = mejor sexualidad), con una puntuación total máxima de 35 puntos. Las puntuaciones inferiores a 20 sugieren la posible presencia de un TDSH. (Anexo 4) Este cuestionario ha sido diseñado para mujeres que experimentan poco deseo sexual y les preocupa. Su objetivo es ayudarles a decidir si deben o no consultarlo con un médico. En este cuestionario se pregunta sobre los sentimientos entorno a la sexualidad, la actividad sexual y sobre algunas preocupaciones que pueden afectar el grado de interés en el sexo durante los últimos 2 - 3 meses.

Cuestionario de Insatisfacción Sexual Femenina (Versión Española del FSDS)

El cuestionario de insatisfacción sexual femenina evalúa en 12 preguntas sentimientos y problemas que a veces tienen las mujeres en relación con su vida sexual. Para ello considera un período temporal de los últimos 30 días y las respuestas siguen una gradación de 0 a 4 donde 0 es nunca, 1 pocas veces, 2 algunas veces, 3 con frecuencia y 4 siempre (Anexo 5).

Cuestionario de Satisfaccion Sexual

El cuestionario de satisfacción sexual GRISS (*Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction*) consta de 28 ítems y se contesta mediante una escala de tipo Likert con cinco posibles respuestas: nunca, casi nunca, ocasionalmente, habitualmente, siempre. sentimientos y problemas en relación con la vida sexual. Los ítems referidos a mujeres se agrupan en 7 dominios diferentes (no comunicación, infrecuencia, insatisfacción, evitación, no sensualidad, vaginismo y anorgasmia) y la puntuación obtenida en cada uno va de 1 a 9. Los valores superiores a 5 indican un problema en dicho dominio (Anexo 6).

Otros Cuestionarios

Existen muchos más cuestionarios que evalúan la función sexual, no todos ellos validados al español o en España. Los ítems que recogen son muy similares a los que se pueden ver en los anexos incluidos en este apartado. Un ejemplo es el cuestionario evaluador de la función sexual en la mujer (FSM) que consta de 14 ítems antecedidos por la pregunta ¿Ha tenido relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas? Si la respuesta es No, no se continua con el cuestionario. Junto a la pregunta hay una nota aclaratoria donde se informa que la actividad sexual puede ser en pareja o propia. El sistema de puntuación es semejante al FSFI (de 1 a 5) e igualmente se pueden dar resultados globales o por dominios.

Entre otros cuestionarios también utilizados son el *Sexual Life Quality Questionnaire* (SLQQ), que evalúa la calidad de vida sexual en la disfunción eréctil y también en su pareja y el cuestionario de *Salud Sexual y disfunciones Sexuales Femeninas en Atención Primaria* diseñado y validado en España.

También existen escalas generales que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud como el SF-36 o en la *escala Cervantes* que incluyen ítems relacionados con la sexualidad que en algunos casos, como en la Cervantes, pueden agruparse en dominios dando una información clara sobre la sexualidad de las mujeres. Finalmente comentar también la existencia de escalas sobre sexualidad en algunas patologías como la incontinencia de orina o disfunciones del suelo pélvico, esclerosis múltiple, fibromialgia y otros. La mayoría de ellas no están validadas al castellano y su uso se restringe a poblaciones muy determinadas fuera del alcance de esta guía.

Abordaje de las disfunciones sexuales: Intervención terapéutica

A pesar de la multifactorialidad de las disfunciones sexuales, se dispone en la actualidad de intervenciones eficaces que pueden mejorar mucho la satisfacción sexual de nuestros pacientes.

Los principales predictores de la satisfacción sexual son la percepción de la salud física y mental, y la calidad de la relación de pareja. Por lo que el enfoque del tratamiento debe ser el de optimizar la salud, el bienestar y la relación de pareja.

Counseling (Asesoramiento)

El counseling es un método de visión multidisciplinar que conlleva una actividad médica y/o psicológica. que ofrece empatía, calidez y consideración para poder ofrecer información a los pacientes y facilitar que hablen sobre sus problemas sexuales, al mismo tiempo que se recoge información para el diagnóstico y tratamiento

El modelo de intervención PLISSIT es reconocido como un modelo que permite la evaluación y la intervención en los problemas sexuales desde la atención sanitaria de salud.

Modelo de Intervención PLISSIT

PLISSIT es un acrónimo de cuatro niveles de intervención: permiso, información limitada, sugerencias específicas y terapia intensiva.

Permiso. Debido a que muchos problemas sexuales son causados o mantenidos por la ansiedad, los sentimientos de culpa y la inhibición, el que el profesional permita al paciente expresar sus preocupaciones, ayuda a que éstos se sientan normales y aceptados.

Se puede empezar con preguntas abiertas como: "Yo siempre pregunto si los pacientes tienen algún problema sexual, ya que la salud sexual es una parte importante de la salud" "Cuando una mujer ha padecido un cáncer de mama es normal que se preocupe si todo el proceso afectará a su vida sexual…"

Información limitada. Se ofrece información correcta sobre la anatomía y fisiología sexual que muchas veces ya sirve para disipar mitos y creencias erróneas que están influyendo o generando en la disfunción sexual del paciente. Se considera ya una intervención terapéutica.

Sugerencias específicas. Requiere de orientaciones prácticas adaptadas a cada caso en particular. Forman parte de estas orientaciones las pautas para mejorar la calidad y tiempo de interacción y repertorio de prácticas sexuales.

Muchos de los problemas sexuales que demandan nuestras pacientes se solucionan con esta secuencia, en el caso de que no hubiera resultados, se evidenciaran problemas de pareja o trastornos psicológicos se ha de derivar a especialistas en terapia sexual y de pareja.

Terapia intensiva. Requiere ya una intervención realizada por un profesional experto

Los profesionales sanitarios aunque no sean especialistas en terapia sexual y de pareja

pueden y deben abordar las disfunciones sexuales, y para ello cuentan con recursos útiles y sencillos que permiten ofrecer una intervención sexual básica a los pacientes.

Tratamientos farmacológicos Disfunciones sexuales femeninas

Los tratamientos farmacológicos deben restringirse a las mujeres que cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno sexual y para los cuales las intervenciones no farmacológicas han demostrado ser ineficaces, ya que en el caso de disfunciones sexuales femeninas las terapias farmacológicas son de escasa utilidad.

Terapia hormonal

Según una revisión Cochrane, la TH con estrógenos solos o en combinación con gestágenos se asocia con una ligera a moderada mejoría en la función sexual; particularmente en el dolor, cuando se usa en mujeres con síntomas de la menopausia o en la posmenopausia temprana (dentro de los primeros cinco años de amenorrea), pero no en las mujeres posmenopáusicas no seleccionadas.

La mayoría de mujeres posmenopaúsicas desarrollan atrofia urogenital en ausencia de terapia estrogénica. El tratamiento con terapia estrogénica mejora la dispareunia, el interés sexual y la satisfacción sexual.

Se considera que la **terapia estrogénica vaginal de baja dosis** es altamente eficaz en el tratamiento de los cambios atróficos y la dispareunia.

La tibolona, un esteroide sintético con diversidad de acciones en función del tejido sobre el cual actúa, también ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la disfunción sexual femenina con un perfil semejante a los andrógenos. Parece ser más efectiva que la terapia hormonal combinada de estrógeno y gestágeno pero los efectos beneficiosos de estos tratamientos sobre la sexualidad son modestos.

Se sabe que los andrógenos juegan un papel importante en el deseo sexual, la excitación, el orgasmo y la satisfacción a través de la interacción con receptores en el hipotálamo y de la vía dopaminérgica que modula el sistema de búsqueda-apetito-deseo. **La administración de testosterona** puede ser útil en las mujeres posmenopaúsicas con problemas de deseo sexual hipoactivo, para quien la terapia no farmacológica no ha tenido éxito.

El parche de testosterona de 300 mcg aplicado dos veces por semana tiene la indicación para el tratamiento del deseo sexual hipoactivo en mujeres con menopausia quirúrgica aunque recientemente ha sido retirado del mercado.

La combinación de andrógenos y estrógenos parece mejorar la función sexual femenina tal como se ha demostrado en diferentes estudios.

Otras terapias farmacológicas

Los inhibidores de la 5 fosfodiesterasa (PDE-5) son altamente eficaces en los problemas de disfunción eréctil, pero no han demostrado su eficacia en las mujeres.

Sin embargo, los efectos positivos del sildenafilo en la excitación sexual y en el orgasmo ha sido demostrado en mujeres premenopáusicas tratadas con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) que padecían disfunciones sexuales.

Datos de ensayos aleatorizados también sugieren que los inhibidores de la PDE-5 pueden ser útiles en las disfunciones sexuales que presentan las mujeres con diabetes, esclerosis múltiple o lesiones medulares. Se necesitan más estudios en estas poblaciones.

En algunos estudios, 10-100 mg/día de sildenafilo durante un periodo de tratamiento de 12 semanas administrados a mujeres con disfunción sexual y/o trastorno de la excitación o del deseo no han demostrado ningún efecto positivo. Sin embargo, si sólo se consideran casos con trastorno de la excitación el sildenafilo sí demostró algún efecto.

Varios fármacos vasodilatadores también están siendo considerados para el tratamiento del trastorno de la excitación sexual.

- Una formulación tópica que contiene una versión sintética de la prostaglandina E1 se encuentra bajo investigación, la fentolamina, un antagonista no selectivo del receptor alfa-adrenérgico; sin embargo, se necesitan más datos sobre la eficacia y seguridad de este fármaco.
- También se ha probado un dispositivo para estimulación del clítoris basado en la generación del vacío que ha sido aprobado por la FDA con buenos resultados en mujeres americanas, pero en muestras de mujeres españolas los resultados han sido discretos.

Bupropion

Los datos de ensayos controlados sugieren que el bupropion puede ser un tratamiento eficaz para las disfunciones sexuales en mujeres con o sin depresión asociada, con un efecto beneficioso en los problemas de deseo sexual hipoactivo y en el trastorno del orgasmo, especialmente en mujeres que padecen un déficit de atención.

Fitoterapia

No hay estudios concluyentes sobre los diferentes productos de fitoterapia en la función sexual.

- Los resultados de una revisión sistemática de la eficacia de **la maca andina** en la mejora de la función sexual proporcionan una evidencia limitada. Existen ensayos controlados con placebo en donde el tratamiento con Maca es capaz de reducir las tasas de disfunciones sexuales de forma independiente a los niveles estrogénicos o androgénicos o que es capaz de aumentar el deseo en mujeres con DSH inducido por los Inhibidores de la recaptación de la Serotonina.
- Otro de los productos utilizados es el **ginkgo biloba**. Un estudio reciente evaluó la eficacia del tratamiento en 68 mujeres con disfunción sexual que se asignaron en forma aleatoria a ocho semanas de tratamiento con *Ginkgo biloba* (300 mg/día), placebo, terapia sexual con enfoque especial en adiestrar a las mujeres para poner atención en las sensaciones genitales o terapia sexual más Ginkgo biloba. El tratamiento a largo plazo con Ginkgo biloba asociado a terapia sexual aumentó significativamente el deseo sexual y la satisfacción por encima del placebo.
- **L-arginina**: Ensayos clínicos controlados con placebo han demostrado como esta sustancia, en preparados complejos (L-arginina, Ginseng, Ginkgo, Damiana, multivitaminas y minerales), disminuye la sequedad vaginal, e incrementa las sensaciones clitorianas, la frecuencia de orgasmo, el número de encuentros sexuales y el deseo, mejorando la satisfacción con la vida sexual, en mujeres desde los 21 años y cuando se estudian en etapas pre, peri y postmenopáusicas.

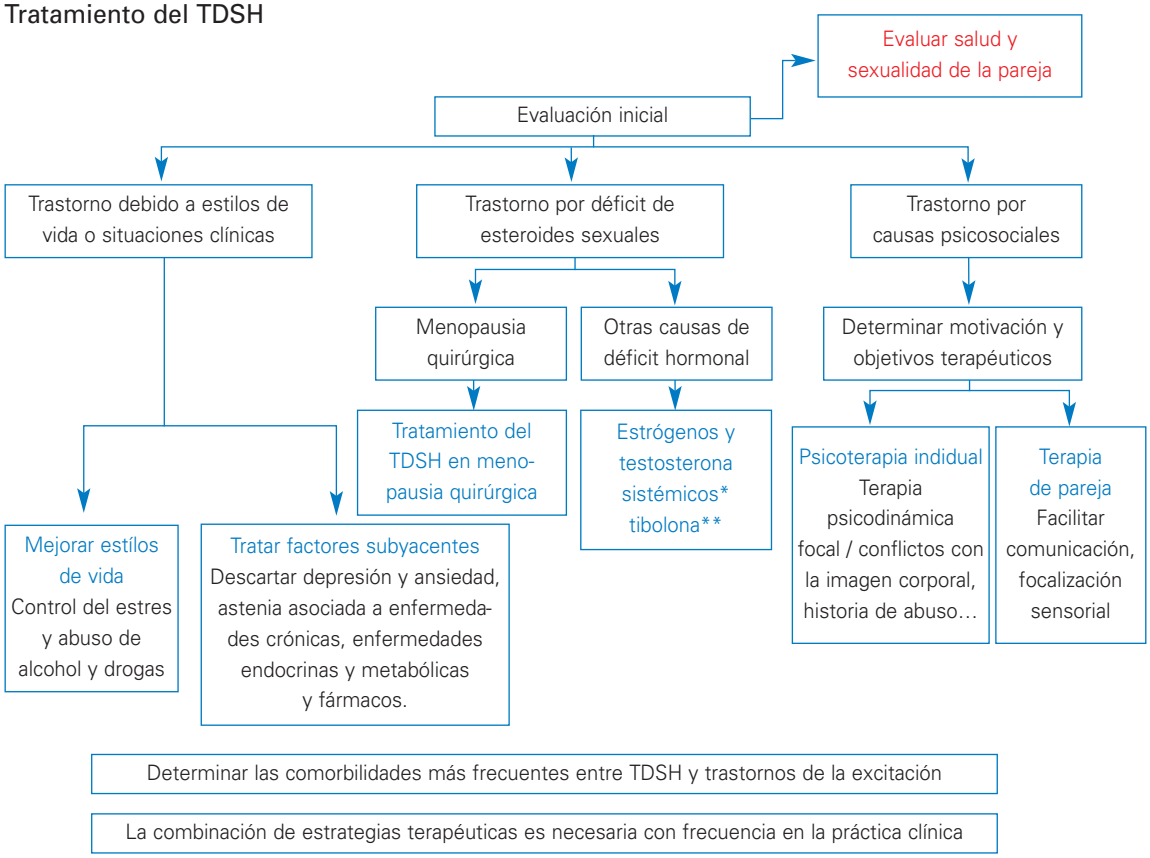
Tratamientos no farmacológicos en las disfunciones sexuales

Alimentación equilibrada
Disminución del estrés
Mejorar la imagen corporal

Hidratantes y lubricantes en casos de sequedad vaginal en mujeres pre y posmenopáusicas.

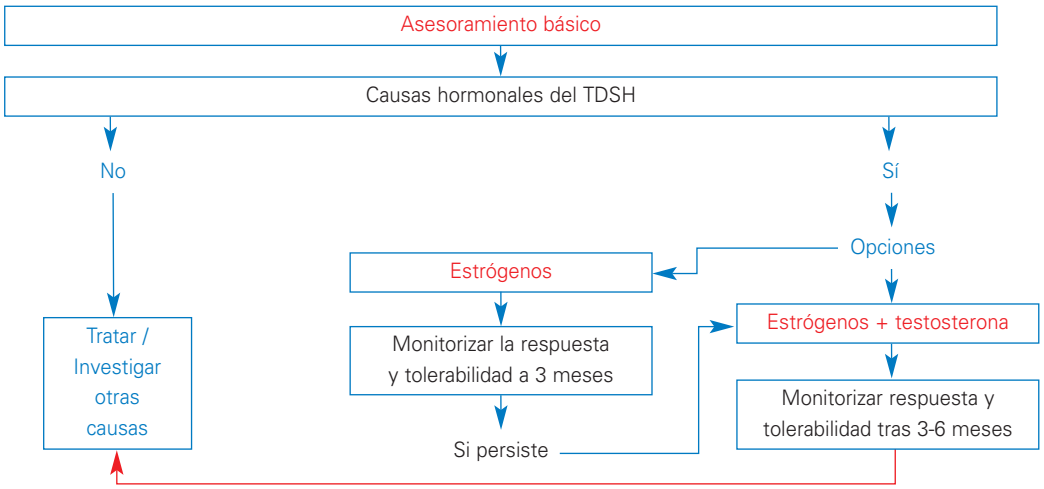
Dispositivos. El dispositivo de vacío para succión del clítoris EROS CTDT, está aprobado por la FDA para la disfunción sexual femenina. Mejora los problemas de excitación y anorgasmia. Actualmente con mejores resultados y menos coste tenemos los vibradores.

Tratamiento del TDSH

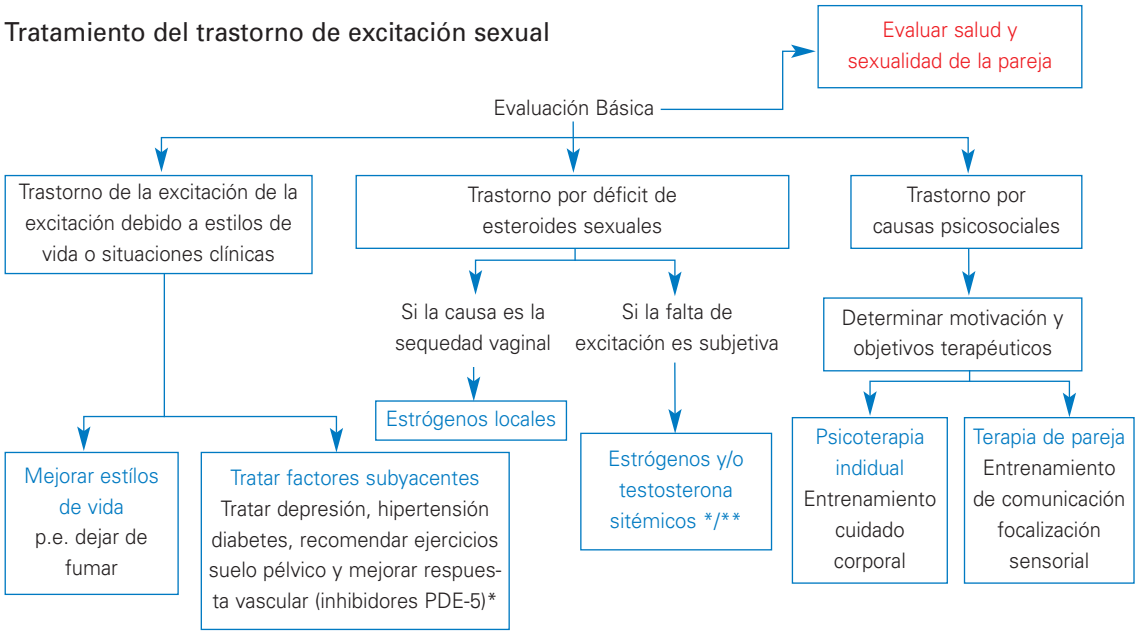


* La testosterona está aprobada para el tratamiento del TDSH en la menopausia quirúrgica (el parche de testosterona está actualmente retirado del mercado por decisión comercial).
** La tibolona está aprobada en España para el tratamiento de los síntomas climatéricos incluido el bajo deseo sexual.

Tratamiento del TDSH en menopausia quirúrgica



Tratamiento del trastorno de excitación sexual

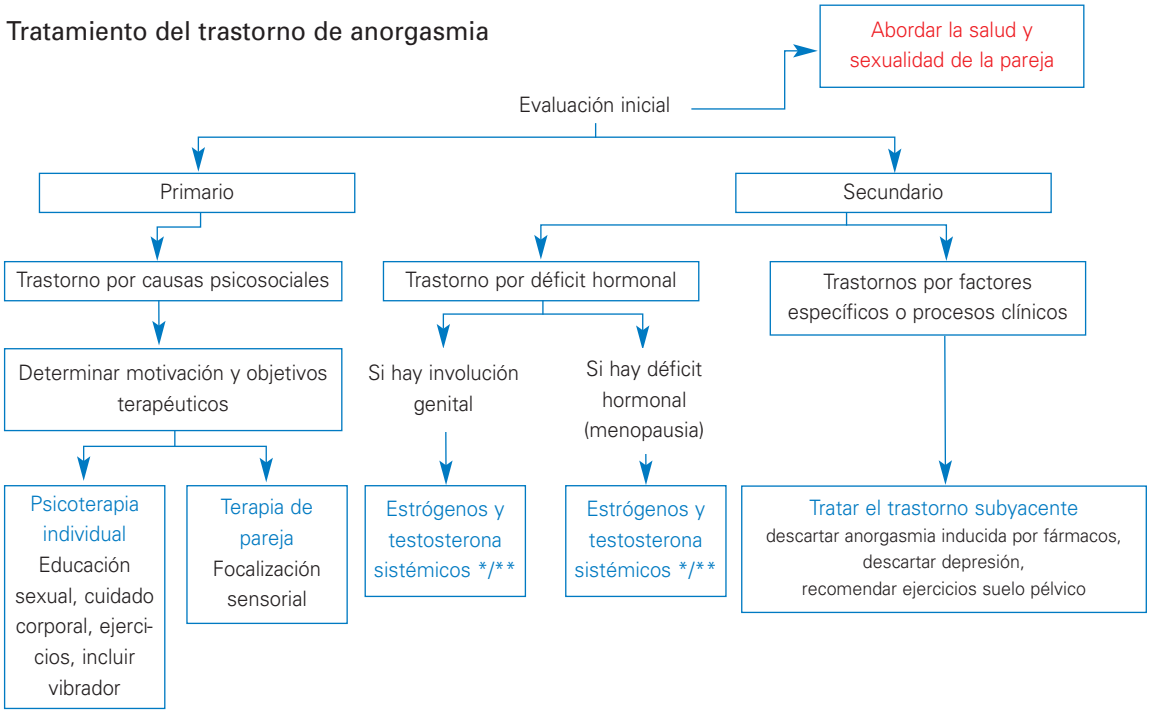


Abordar las comorbilidades más frecuentes entre el trastorno de excitación y el TDSH

Es necesaria la combinación de estrategias terapéuticas en la práctica clínica

* Actualmente no está aprobada ninguna medicación para el trastorno de la excitación.
** La testosterona ha demostrado efectos positivos en la excitación y orgasmo.

Tratamiento del trastorno de anorgasmia



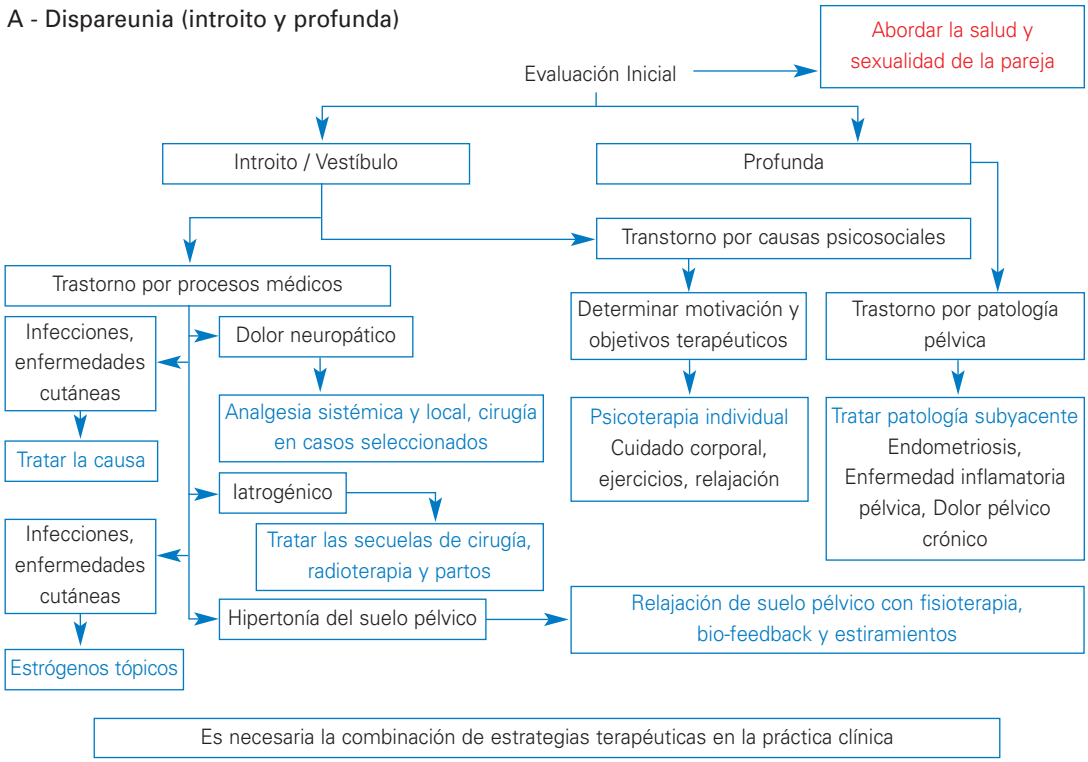
Evaluar las comorbilidades más frecuentes entre trastornos del orgasmo y excitación

Es necesaria la combinación de estrategias terapéuticas en la práctica clínica

* Actualmente no existe ningún fármaco aprobado para el trastorno del orgasmo.
** La testosterona ha demostrado efectos positivos en la excitación y orgasmo.

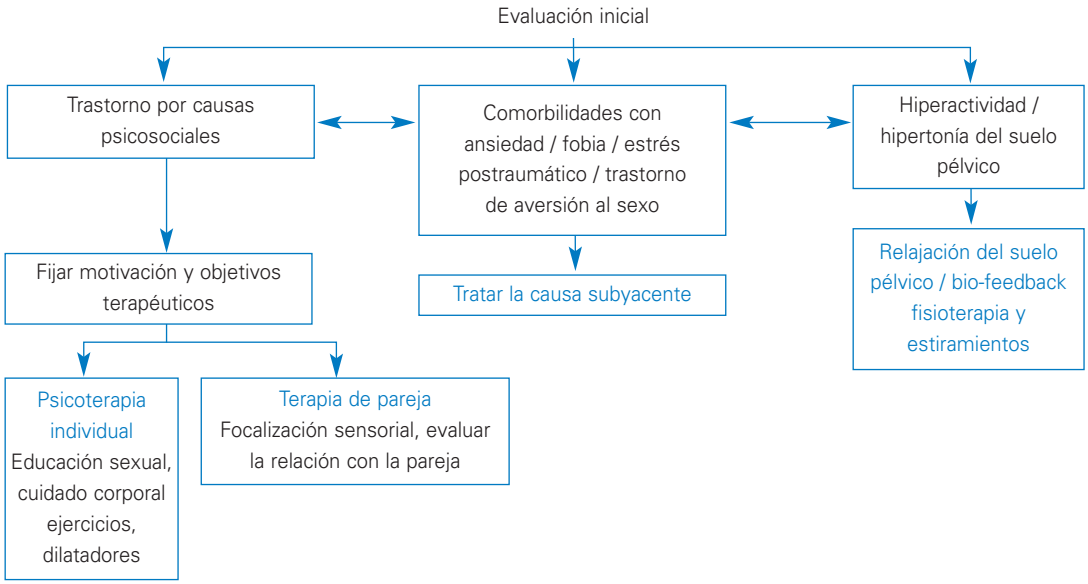
Tratamiento de los trastornos por dolor

A - Dispareunia (introito y profunda)



Es necesaria la combinación de estrategias terapéuticas en la práctica clínica

B - Vaginismo



Es necesaria la combinación de estrategias terapéuticas en la práctica clínica

Preparados de próxima aparición

Ospemifeno

Ospemifeno es un modulador selectivo del receptor de estrógenos (SERM) que actúa como un agonista estrogénico en la vagina. En Febrero de 2013 fue aprobado por la FDA para el tratamiento de la dispareunia moderada a severa causada por la atrofia vulvovaginal. La Autorización Europea de Marketing está en proceso de evaluación por parte de la EMEA.

En los ensayos clínicos llevados a cabo en más de 2000 mujeres con menopausia, ospemifeno ha mostrado reducir el dolor con las relaciones sexuales, aumentar la maduración de la mucosa vaginal y disminuir el pH y la sequedad vaginal en mayor grado que placebo.

Las reacciones adversas notificadas con más frecuencia en los ensayos clínicos fueron sofocos, incremento del flujo vaginal y calambres musculares.

Aunque ospemifeno tiene un impacto estrógeno-agonista sobre el endometrio, no se observaron casos de cáncer de endometrio en los ensayos clínicos.

Las contraindicaciones incluyen: neoplasia estrógeno-dependiente (mama y endometrio), tromboembolismo venoso activo o previo, accidente cerebrovascular e infarto de miocardio.

Tratamientos farmacológicos para la disfunción eréctil

Tratamientos de primera línea

Fármacos orales

La mayoría de los pacientes mayores con DE tienen una respuesta a los IPD5 similar al resto de los pacientes; con un porcentaje de éxito entre el 75% y 85%. La administración de Sildenafilo (Viagra®) y vardenafilo (Levitra®) requiere un ajuste de dosis en varones mayores de 65 años, lo que no es necesario con la administración de tadalafilo (Cialis®).

El utilizar un inhidor de acción corta o larga, no debe depender exclusivamente de la frecuencia coital del paciente, hay que tener en cuenta cuáles son sus expectativas y preferencias, así como las de su pareja, la existencia de comorbilidades etc., para poder ofertar el que más se adecúe a estas y así impedir el abandono terapéutico

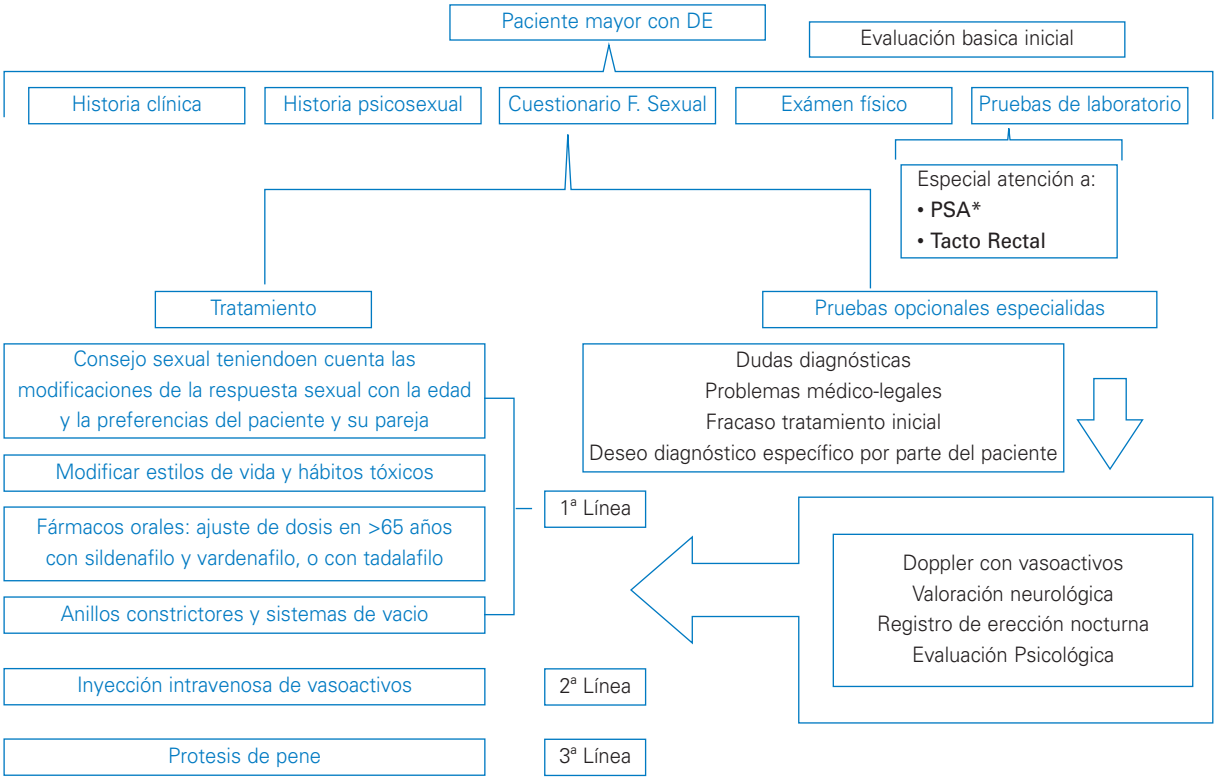
En general y para estos pacientes, los IPDE5 se toleran bien, son seguros y eficaces y no presentan otros efectos secundarios diferentes al resto de varones más jóvenes.

Hay que tener presente el empleo de testosterona (transdérmica o intramuscular) dada la mayor incidencia de hipogonadismo, consiguiendo una mejoría de la respuesta sexual y del estado de ánimo, incrementado las erecciones nocturnas y mejorando la respuesta al tratamiento con IPD5.

Anillos constrictores y sistemas de vacío

Cuando no haya respuesta a los IPDE5, siguiendo en la primera línea de tratamiento, en aquellos casos en los que el paciente consiga previamente con detumescencia precoz que le impida terminar el coito de forma satisfactoria, podemos recomendar elásticos o anillos

Algoritmo paciente con disfunción eréctil



* PSA: Antígeno Prostático Específico

constrictores, permitiéndoles dichos anillos mantener esa erección durante un tiempo más prolongado. Los sistemas de vacío se indican en los casos en los que no existe erección con los IPD5. En ambos procedimientos, debe vigilarse, por las posibles erosiones que pueden provocar.

Tratamientos de segunda línea

Inyecciones intracavernosas de fármacos Vasoactivos

No existen diferencias de indicación de este método con respecto al resto de la población con DE. Las complicaciones observadas han sido escasas y son de relativo fácil manejo.

Para estas inyecciones intracavernosas (IIC), se debe entrenar al propio paciente a autoinyectarse, o a su pareja.

En España disponemos de presentación comercializada de PGE1 (Caverject®) en viales de 10 y 20 µcg. La dosis se ajustará de forma individual, ya que la respuesta es variable.

- Recientemente se ha aprobado en España el uso de bastoncillos uretrales para la administración de 250 a 1000 microgramos de prostaglandina E_1 (MUSE) con muy buena aceptación por algunos pacientes.

Existen otros fármacos vasoactivos para IIC (papaverina, trimix, etc.), como otras vías de administración (transuretral y transdérmica). Sin embargo, no se encuentran disponibles en nuestro mercado y requieren de formulación magistral farmacéutica.

Tratamientos de tercera línea

Sólo en el caso de que los tratamientos anteriores fracasen, propondríamos el implante de prótesis de pene (sean semirrígidas, de dos y de tres elementos). Valorar la colocación de prótesis peneana a aquellos pacientes que se encuentran muy incómodos y rechazan el entrar en un programa de Vasoactivos intracavernosas o cuando los fármacos anteriores estén contraindicados.

Sumario y recomendaciones

Sexo y vida

Las personas consideran importante poder disfrutar de una sexualidad sana y gratificante.

Las preocupaciones por los problemas relacionados con la sexualidad son frecuentes en todas las edades.

La función sexual humana está fuertemente influida además de los problemas biológicos y psicólogos, por el entorno social y las relaciones de pareja.

Los estudios informan de una prevalencia de quejas sexuales del 40% en las mujeres de todo el mundo y de ellas el 12% presentan ansiedad asociada. La disminución de deseo acompañado de preocupación/angustia es altamente prevalente y es más común en la mediana edad.

En el caso de los hombres la disfunción sexual más frecuente es la disfunción eréctil (DE). Es una enfermedad dependiente de la edad, con cifras que varían en España desde el 8,6% entre los 25 y 39 años, hasta casi la mitad de los varones comprendidos entre 60 y 70 años.

Cuando hablamos de disfunciones sexuales, estamos hablando de cualquier alteración en las fases de la respuesta sexual que provoque malestar e interfiera negativamente en las relaciones interpersonales.

La edad no es el factor determinante en el cese de la actividad sexual, la mayoría de las personas con pareja siguen participando en actividad sexual. Las mujeres suelen cesar la actividad sexual no por falta de interés, sino porque dejan de tener pareja o ésta no puede continuar con la actividad sexual.

Profesionales y atención a la sexualidad

Los profesionales de la salud deben entender que todas las personas son sexuales y reconocer que tienen necesidades sexuales.

Deben ofrecer a sus pacientes la oportunidad de poder expresar sus preocupaciones en esta materia.

El médico debe indagar acerca de la satisfacción sexual de sus pacientes y especialmente cuando estos se hallen en las etapas vitales susceptibles de empeorarla o cuando concurran patologías o tratamientos farmacológicos que la puedan alterar.

Los profesionales necesitan formación sobre estos temas para conocer los diversos patrones de la conducta sexual, y los diferentes factores que en ella influyen.

Sexualidad, hormonas, patologías y fármacos.

Se sabe que las hormonas sexuales, sobretodo estrógenos y andrógenos, están involucrados en la sexual femenina, pero se necesitan más estudios para conocer sus acciones concretas.

En el caso del varón es conocida la relación entre DE y síndrome de déficit de Testosterona, (con una incidencia más frecuente en el hombre

mayor). Hay que prestar especialmente atención, en aquellos varones mayores con disminución de la libido, alteración del estado de ánimo o afectación de los caracteres sexuales secundarios.

La menopausia cómo etapa vital no está asociada directamente con disfunciones sexuales. La dispareunia secundaria a la atrofia urogenital sí que es un factor asociado directamente a las disfunciones sexuales femeninas.

La depresión y la ansiedad, así como los tratamientos farmacológicos con inhibidores de la recaptación de serotonina, (ISRS) están fuertemente asociadas a disfunciones sexuales.

Otras patologías médicas como el cáncer, diabetes, hipertensión, incontinencia de orina, patología renal, etc., y tratamientos farmacológicos pueden contribuir a la aparición de problemas sexuales.

La disminución de la frecuencia de la actividad sexual en menopausia no altera el potencial de las mujeres para deseo, excitación, orgasmo, placer o satisfacción sexual.

Diagnóstico

La historia clínica y sexual, así como la exploración física detallada se consideran el primer escalón diagnóstico, y por tanto son obligatorias para iniciar el estudio de las disfunciones sexuales independientemente de su edad (Grade 1A)

Ante una disfunción sexual; la exploración física, ginecológica y/o urológica es necesaria para descartar otras patologías asociadas. Otras pruebas complementarias diagnósticas se realizarán según la sospecha clínica.

Intervención terapéutica

La combinación de las intervenciones biomédicas y psicosociales es, de hecho, el mejor abordaje para cualquier tipo de disfunción sexual.

La terapia sexual básica siempre debe ser parte de la consulta para proporcionar información y promover la comunicación acerca de temas sexuales.

Para que la intervención sea eficaz y eficiente es importante tener en cuenta:

- Realizar un tratamiento individualizado que se adapte a las necesidades del paciente. Evaluar sus expectativas permite la oportunidad de establecer y consensuar expectativas realistas.
- Tratar o minimizar los efectos de las enfermedades y tratamientos farmacológicos que sabemos están asociados a las disfunciones sexuales: Depresión, antidepresivos (ISRS), dispareunia, enfermedades crónicas… Es muy importante el enfoque multidisciplinar: psicologos, fisioterapeutas, psiquiatras, terapeutas sexuales, cardiólogos, etc.
- Proponer la participación de la pareja en el tratamiento.
- En el caso de las disfunciones sexuales femeninas las terapias farmacológicas son de eficacia limitada. No así en el caso de las masculinas

Tratamiento farmacológico hormonal

El tratamiento farmacológico debe ser restringido a las mujeres diagnosticadas de disfunciones sexuales femeninas y para quienes las intervenciones no farmacológicas hayan resultado ineficaces

Se recomienda una dosis baja de estrógeno vaginal para las mujeres posmenopáusicas con sequedad vaginal y dispareunia (Grade 1A).

En las mujeres en quienes están contraindicados los estrógenos o no acepten el tratamiento se sugiere lubricantes de base acuosa durante el coito (Grade 2B).

Para las mujeres posmenopáusicas con disfunciones sexuales y asociación de síntomas vasomotores se recomienda el uso de estrógenos sistémicos (asociado o no a gestágeno según el caso) (Grade 1A). La Tibolona parece más eficaz que la terapia hormonal combinada de estrógeno y progesterona en mujeres con menopausia quirúrgica (Grade 2C).

La tibolona puede ser un alternativa a la TH convencional en el tratamiento de las mujeres pos menopáusicas con alteración de la sexualidad (Grade 2B).

Para las mujeres posmenopáusicas con deseo sexual hipoactivo, en el que el tratamiento no farmacológico no ha tenido éxito se sugiere testosterona, si no hay contraindicaciones y las pacientes están dispuestas a asumir los efectos secundarios (Grade 2B).

Para las mujeres premenopáusicas con disfunción sexual, no se recomienda la terapia con andrógenos (Grade 1B).

La primera línea de tratamiento de los síntomas de atrofia vaginal en mujeres con cáncer de mama incluye opciones no-hormonales (lubricantes, cremas hidratantes). Se sugiere no utilizar terapia de estrógeno vaginal para las mujeres que usen inhibidores de la aromatasa para cáncer de mama (Grade 2C).

El uso de estrógeno vaginal de dosis baja en otras mujeres con cáncer de mama que tienen un bajo riesgo de recurrencia es razonable.

Tratamiento farmacológico no hormonal

Para las mujeres con trastornos de la excitación o el orgasmo asociados con el uso de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) en el que detener el ISRS o cambiar a otro antidepresivo no es aconsejable, se sugiere el tratamiento con un inhibidor de la fosfodiesterasa (Grade 2B).

El Bupropion puede ser un tratamiento eficaz para la disfunción sexual en mujeres con o sin depresión asociada

En el caso del varón, con los datos disponibles en la literatura, podemos afirmar que la mayoría de los pacientes mayores con DE tienen una respuesta similar a los IPD5 similar al resto de los pacientes, con un porcentaje de éxito que oscila entre el 75% y 85%.

No hay datos de alta calidad que demuestren la seguridad y eficacia de la fitoterapia en las disfunciones sexuales; sin embargo, se recomienda la asociación de fitoterapia y counseling como tratamiento de primer nivel en las disfunciones sexuales.

Recomendaciones generales

- Se requiere mayor investigación para desarrollar tratamientos farmacológicos hormonales y no hormonales para la atención individualizada de las disfunciones sexuales de hombres y mujeres.
- Se deben recomendar los hábitos de vida saludables, incluyendo la reducción del estrés y la fatiga, el aumento de tiempo de calidad con sus parejas, la novedad en el repertorio sexual, y la mejora de la imagen corporal.
- La derivación y coordinación con un terapeuta sexual es una intervención altamente eficaz para las disfunciones sexuales.

Anexos

Vida y sexo más allá de los 50

Anexo 1. Cuestionario: Índice Internacional de la función eréctil

Población diana: Población varón general.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 5 ítems con 5 opciones de respuesta cada una.

Instrucciones:

Por favor, marque con una X la respuesta que mejor describa su situación durante los últimos 6 meses. Es preciso hacer dos aclaraciones:

* El acto sexual se define como la penetración de la pareja.
* La estimulación sexual incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja o mirar fotos eróticas, etc.

¿Cómo clasificaría su confianza para conseguir y mantener una erección?
1. Muy baja
2. Baja
3. Moderada
4. Alta
5. Muy alta

Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿Con qué frecuencia sus erecciones fueron suficientemente rígidas para la penetración?
1. Nunca / Casi nunca
2. Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
3. A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
4. La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces)
5. Casi siempre / Siempre

Durante el acto sexual, ¿Con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?
1. Nunca / Casi nunca
2. Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
3. A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
4. La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces)
5. Casi siempre / Siempre

Durante el acto sexual, ¿Qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta elfinal del acto sexual?
1. Extremadamente difícil
2. Muy difícil
3. Difícil
4. Ligeramente difícil
5. No difícil

Cuando intentó el acto sexual, ¿Con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?
1. Nunca / Casi nunca
2. Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
3. A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
4. La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces)
5. Casi siempre / Siempre

Anexo 2. Índice de Función Sexual Femenina

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante **las últimas 4 semanas**. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?
   - ☐ Siempre o casi siempre
   - ☐ La mayoría de las veces (más de la mitad)
   - ☐ A veces (alrededor de la mitad)
   - ☐ Pocas veces (menos de la mitad)
   - ☐ Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
   - ☐ Muy alto
   - ☐ Alto
   - ☐ Moderado
   - ☐ Bajo
   - ☐ Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Siempre o casi siempre
   - ☐ La mayoría de las veces (más de la mitad)
   - ☐ A veces (alrededor de la mitad)
   - ☐ Pocas veces (menos de la mitad)
   - ☐ Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Muy alto
   - ☐ Alto
   - ☐ Moderado
   - ☐ Bajo
   - ☐ Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Muy alta confianza
   - ☐ Alta confianza
   - ☐ Moderada confianza
   - ☐ Baja confianza
   - ☐ Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con que frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Siempre o casi siempre
   - ☐ La mayoría de las veces (más de la mitad)
   - ☐ A veces (alrededor de la mitad)
   - ☐ Pocas veces (menos de la mitad)
   - ☐ Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Siempre o casi siempre
   - ☐ La mayoría de las veces (más de la mitad)
   - ☐ A veces (alrededor de la mitad)
   - ☐ Pocas veces (menos de la mitad)
   - ☐ Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Extremadamente difícil o imposible
   - ☐ Muy difícil
   - ☐ Difícil
   - ☐ Poco difícil
   - ☐ No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Siempre o casi siempre la mantengo
   - ☐ La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
   - ☐ A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
   - ☐ Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
   - ☐ Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Extremadamente difícil o imposible
   - ☐ Muy difícil
   - ☐ Difícil
   - ☐ Poco difícil
   - ☐ No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Siempre o casi siempre
   - ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
   - ☐ A veces (alrededor de la mitad)
   - ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
   - ☐ Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Extremadamente difícil o imposible
   - ☐ Muy difícil
   - ☐ Difícil
   - ☐ Poco difícil
   - ☐ No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Muy satisfecha
   - ☐ Moderadamente satisfecha
   - ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
   - ☐ Moderadamente insatisfecha
   - ☐ Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Muy satisfecha
   - ☐ Moderadamente satisfecha
   - ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
   - ☐ Moderadamente insatisfecha
   - ☐ Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
   - ☐ Muy satisfecha
   - ☐ Moderadamente satisfecha
   - ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
   - ☐ Moderadamente insatisfecha
   - ☐ Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?
   - ☐ Muy satisfecha
   - ☐ Moderadamente satisfecha
   - ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
   - ☐ Moderadamente insatisfecha
   - ☐ Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Siempre o casi siempre
   - ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
   - ☐ A veces (alrededor de la mitad)
   - ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
   - ☐ Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Siempre o casi siempre
   - ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
   - ☐ A veces (alrededor de la mitad)
   - ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
   - ☐ Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?
   - ☐ No tengo actividad sexual
   - ☐ Muy alto
   - ☐ Alto
   - ☐ Moderado
   - ☐ Bajo
   - ☐ Muy bajo o nada

Anexo 3. Puntuación del Índice de Función Sexual Femenina

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

DOMINIO	PREGUNTAS	PUNTAJE	FACTOR	MÍNIMO	MÁXIMO
DESEO	1 - 2	1 - 5	0,6	1,2	6
EXCITACIÓN	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
LUBRICACIÓN	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
ORGASMO	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
SATISFACCIÓN	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
DOMINIO	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
			Rango Total	2	36

Anexo 4. Perfil Breve de la Función Sexual Femenina.

	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO	SIEMPRE
1. He tenido ganas de tener relaciones sexuales.	0	1	2	3	4	5
2. Me he sentido descontenta por mi poco interés en el sexo.	5	4	3	2	1	0
3. Tardaba muchísimo en excitarme.	5	4	3	2	1	0
4. Me he sentido totalmente indiferente con respecto al sexo.	5	4	3	2	1	0
5. He sentido poco deseo sexual.	5	4	3	2	1	0
6. Me he sentido decepcionada por mi poco interés en el sexo	5	4	3	2	1	0
7. He llegado al orgasmo con facilidad	0	1	2	3	4	5

Por favor, sume sus respuestas a las preguntas y escriba la puntuación total aquí. ☐

Una puntuación total entre 0 – 20 indica que podría tener poco deseo sexual, que le preocupa o le angustia, (también conocido como Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo) y que tal vez desee comentar con su médico.

Anexo 5. Cuestionario de Insatisfacción Sexual Femenina*

Ejemplo: Con qué frecuencia se ha sentido: **Responsable por sus problemas sexuales.**
Nunca: 0 Pocas veces: 1 Algunas veces: 2 Con frecuencia: 3 Siempre: 4

Con qué frecuencia se ha sentido:

1. Angustiada por su vida sexual 0 1 2 3 4
2. Infeliz con respecto a sus relaciones sexuales 0 1 2 3 4
3. Culpable por sus problemas sexuales 0 1 2 3 4
4. Frustrada por sus problemas sexuales 0 1 2 3 4
5. Estresada por el sexo 0 1 2 3 4
6. Inferior a causa de sus problemas sexuales 0 1 2 3 4
7. Preocupada por el sexo 0 1 2 3 4
8. Sexualmente inadaptada 0 1 2 3 4
9. Con remordimientos por su vida sexual 0 1 2 3 4
10. Avergonzada por sus problemas sexuales 0 1 2 3 4
11. Insatisfecha de su vida sexual 0 1 2 3 4
12. Enfadada por su vida sexual 0 1 2 3 4

* *Copyright © 2000 by American FoundationforUrologicalDisease Inc*

Anexo 6. Cuestionario de satisfacción sexual G.R.I.S.S.
(GolombokRustInventory of Sexual Satisfaction)

Instrucciones

Cada pregunta del cuestionario puede responderse de las formas siguientes:
Nunca: 0 Casi nunca: 1 Ocasionalmente: 2 Habitualmente: 3 Siempre: 4
Lea cada pregunta con atención y decida la respuesta que describe mejor la forma en cómo le han ido las cosas en sus relaciones sexuales RECIENTEMENTE, luego ponga una cruz en el cuadro correspondiente a la numeración.
Las respuestas son TOTALMENTE individuales y no pueden ser consultadas con su pareja.

¡POR FAVOR, NO OLVIDE CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS!

1. ¿Siente una falta de interés hacia el sexo? ☐
2. ¿Le pregunta a su pareja qué es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales? ☐
3. ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna? ☐
4. ¿Se excita sexualmente con facilidad? ☐
5. ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que Vd. y su pareja dedican al juego previo al coito? ☐
6. ¿Siente que su vagina está tan cerrada que el pene de su pareja no puede entrarle? ☐
7. ¿Evita tener relaciones sexuales con su pareja? ☐
8. ¿Es capaz de experimentar un orgasmo con su pareja? ☐
9. ¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja? ☐
10. ¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja? ☐
11 ¿Le resulta posible introducir un dedo de su mano en su vagina sin sentir molestias? ☐
12. ¿Le disgusta frotar o acariciar el pene de su pareja? ☐
13. ¿Se pone tensa y nerviosa cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales? ☐
14. ¿Le resulta imposible tener un orgasmo? ☐
15. Realiza el coito más de dos veces por semana? ☐
16. ¿Le resulta difícil explicar a su pareja que es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales? ☐
17. ¿Le resulta posible introducir el pene de su pareja en su vagina sin sentir molestia alguna? ☐
18. ¿Piensa que existe una falta de amor y afecto en sus relaciones sexuales con su pareja? ☐
19. ¿Disfruta cuando su pareja le frota y acaricia sus genitales? ☐
20. ¿Rechaza el tener relaciones sexuales con su pareja? ☐
21. ¿Puede llegar al orgasmo cuando su pareja le estimula el clítoris durante el juego previo al coito? ☐
22. ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que dedica al coito en concreto? ☐
23. ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que hace mientras está haciendo el amor? ☐
24. ¿Siente que su vagina está suficientemente cerrada como para que el pene de su pareja no pueda entrar muy profundamente? ☐
25. ¿Le disgusta que su pareja le abrace y acaricie? ☐
26. ¿Se humedece su vagina mientras está haciendo el amor? ☐
27. ¿Disfruta cuando realiza el coito con su pareja? ☐
28. ¿Consigue llegar al orgasmo durante el coito? ☐

Bibliografía

1. Althof SE, Abdo CH, Dean J, et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. J Sex Med. 2010; 7:2947.
2. Araujo AB, Mohr BA, McKinlay JB. Changes in sexual function in middle-aged and older men: longitudinal data from the Massachusetts Male Aging Study. J Am Geriatr Soc. 2004; 52:1502.
3. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Menopause 2005; 12(4):385–98.
4. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Fergurson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000; 163: 888-93
5. Bachmann GA, Bancroft J, Braunstein G, et al. Female androgen insufficiency: the Princeton consensus statement on definition, classification, and assessment. Fertil Steril 2002; 77(4):660-665.
6. Bachmann GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. Menopause 2004; 11:120-130.
7. Bachmann GA, Komi JO. Ospemifene effectively treats vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: results from a pivotal phase 3 study. Menopause 2010;17:480-486
8. Berga SL et al. Ospemifene 12-month safety and efficacy in postmenopausal women withvulvar and vaginal atrophy. Reprod Sci 2013;20:1130-1136
9. Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, Matsumoto AM, Snyder PJ, Swerdloff RS, et al. Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: An endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2010; 95(8):4101
10. Bradford A. Listening to Placebo in Clinical Trials for Female Sexual Dysfunction. J Sex Med. 2013; 10(2):451-459.
11. Buster JE. Managing female sexual dysfunction. Fertil Steril 2013; 100(4):905-915.
12. Buvat J, Maggi M, Guay A, Torres LO. Testosterone Deficiency in Men: Systematic Review and Standard Operating Procedures for Diagnosis and Treatment. J Sex Med.2013; 10(1):245-284.
13. Castelo-Branco C, Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla JJ, Manubens M, Alberich X, et al. Understanding how personality factors may influence quality of life: Development and validation of the Cervantes Personality Scale. Menopause 2008; 15(5):914-918.
14. Cavalheiro JA, Bittlebrunn A, Menke CH, Biazús JV, Xavier NL, Cericatto R, Schuh F, Pinheiro CV, Passos EP. Sexual function and chemotherapy in postmenopausal women with breast cancer. BMC Womens Health. 2012; 12:28
15. Chivers ML, Rosen RC. Phosphodiesterase type 5 inhibitors and female sexual response: faulty protocols or paradigms? J Sex Med. 2010; 7(2 pt 2):858–872.
16. Constantine GD, Goldstein SR. Endometrial Safety of Ospemifene: Results of the Phase 2/3 Clinical Development Program. Poster presented at the 24th North American Menopause Society Annual Meeting (NAMS) in Dallas, TX, October 10, 2013
17. Davis SR, Panjari M, Stanczyk FZ. Clinical review: DHEA replacement for postmenopausal women. J Clin Endocrinol Metab 2011; 96:1642.
18. Davis SR, Braunstein GD. Efficacy and Safety of Testosterone in the Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Postmenopausal Women. J Sex Med.2012; 9(4):1134-1148.
19. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. Fertil Steril, 2005; 84(1):174– 80.
20. DeLamater J. Sexual expression in later life: a review and synthesis. J Sex Res. 2012; 49(2-3):125-41.
21. Deqauquier C, Absil AS, Psalti I, Meuris S, Jurysta F. Impact of aging on sexuality. Rev Med Brux. 2012; 33(3):153-63
22. Falk SJ, Dizon DS. Sexual dysfunction in women with cancer. Fertil Steril 2013; 100(4):916-921.
23. Ferreo S, Raqni N, Remorqida V. Deep dyspareunia: causes, treatment, and results. Curr Opin Obstet Gynecol. 2008; 20(4):394-9
24. Fung MM, Bettencourt R, Barrett-Connor E. Heart disease risk factors predict erectile dysfunction 25 years later: the Rancho Bernardo Study. J Am Coll Cardiol. 2004; 43:1405.
25. Genazzani AR, Gambacciani M, Simoncini T. Menopause and aging, quality of life and sexuality. Climacteric 2007; 10(2):88-96.
26. Goldstein I. Current management strategies of the postmenopausal patient with sexual health problems. J Sex Med. 2007; 4(SUPPL. 3):235-253.
27. Goldstein SR, Bachmann GA, Koninckx PR, Lin VH, Portman DJ, Ylikorkala O; the Ospemifene Study Group. Ospemifene 12-month safety and efficacy in postmenopausal women withvulvar and vaginal atrophy. Climacteric. 2013 Nov 23

28. Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual dysfunctions: classifications and definitions. J Sex Med. 2007; 4:241.
29. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Montorsi F, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. Eur Urol. 2010; 57(5):804-814.
30. Hayder D. The effects of urinary incontinence on sexuality: seeking an intimate parttnership. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2012; 39(5):539-44
31. Isidori AM, Buvat J, Corona G, Goldstein I, Jannini EA, Lenzi A, et al. A Critical Analysis of the Role of Testosterone in Erectile Function: From Pathophysiology to Treatment-A Systematic Review. Eur Urol. 2014; 65(1):99-112.
32. Juliá MD, Ferrer J, Allué J, Bachiller LI, Beltrán E, Cancelo MJ, Castelo-Branco C, et al. Posicionamiento de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia sobre el uso clínico de las isoflavonas en el climaterio. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(3):146-61
33. Koskimies P, Katila K, Lammintausta R, Aaltonen AM, Vuorinen J, Saarni O, Scheinin M. Oral bioavailability of ospemifene improves with food intake. Int J Clin Pharmacol Ther. 2013;51(10):787-94
34. Koskimäki J, Shiri R, Tammela T, et al. Regular intercourse protects against erectile dysfunction: Tampere Aging Male Urologic Study. Am J Med 2008; 121:592.
35. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Sandra B, Cohen T, Fisher W, Holzapfel S, Senikas V. Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. JOGC 2012; 34(8)(Suppl 2): S1-54
36. Lee MS, Shin B-, Yang EJ, Lim H-, Ernst E. Maca (Lepidium meyenii) for treatment of menopausal symptoms: A systematic review. Maturitas 2011;70 (3):227-233.
37. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). Menopause 2006; 13(1):46-56.
38. Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. BMJ 2010; 340:c810.
39. Martin-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz De Tejada I, Rodriguez-Vela L, Jimenez-Cruz JF, Burgos-Rodriguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the epidemiologia de la disfuncion erectil masculina study. J Urol. 2001; 166(2):569-574.
40. Mazaro-Costa R, Andersen ML, Hachul H, Tufik S. Medicinal plants as alternative treatments for female sexual dysfunction: Utopian vision or possible treatment in climacteric women? J Sex Med. 2010; 7(11):3695-3714.
41. McVary KT. Clinical practice. Erectile dysfunction. N Engl J Med. 2007; 357:2472.
42. Mendoza N, Abad P, Baró F, Cancelo MJ, Llaneza P, Manubens M, et al. Spanish Menopause Society position statement: Use of tibolone in postmenopausal women. Menopause 2013; 20(7):754-760.
43. Mendoza N, Sánchez-Borrego R, Cancelo MJ, Calvo A, Checa MA, Cortés J, et al. Position of the Spanish menopause society regarding the management of perimenopause. Maturitas 2013; 74(3):283-290.
44. Modelska K, Cummings S. Female sexual dysfunction in postmenopausal women: systematic review of placebo-controlled trials. Am J Obstet Gynecol. 2003; 188:286.
45. Nappi RE, Polatti F. The use of estrogen therapy in women's sexual functioning (CME). J Sex Med. 2009; 6(3):603-616.
46. Moll JL, Brown CS. The use of monoamine pharmacological agents in the treatment of sexual dysfunction: evidence in the literature. J Sex Med. 2011; 8(4):956–970.
47. Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa-E-Silva AC, Figueiredo JB, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. Cochrane Cochrane Database Syst Rev 2013;4(6):CD009672.
48. Palacios S, Sánchez-Borrego R, Forteza A. The importance of preventive health care in post-menopausal women. Maturitas. 2005; 52 Suppl 1: S53-60.
49. Palacios S. Hypoactive Sexual Desire Disorder and current pharmacotherapeutic options in women. Women's Health 2011; 7(1):95-107.
50. Porst H, Montorsi F, Rose RC, et al. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. Eur Urol. 2007; 51(5):816-23; discussion 824.
51. Reed SD, Newton KM, LaCroix AZ, et al. Night sweats, sleep disturbance, and depression associated with diminished libido in late menopausal transition and early postmenopause: baseline data from the Herbal Alternatives for Menopause Trial (HALT). Am J Obstet Gynecol. 2007; 196:593.e1.
52. Rejas J, Cabello F, Calle A, Chantada V, Fora F, García-García M, Rico-Villademoros F, Martínez-Sánchez EM. [Validation of the Spanish version of the SEAR (Self-Esteem And Relationship Questionnaire) for men with erectile dysfunction]. Med Clin (Barc). 2005; 125(15):565-73.
53. Rochira V, Balestrieri A, Madeo B, et al. Sildenafil improves sleep-related erections in hypogonadal men: evidence from a randomized, placebo-controlled, crossover study of a synergic role for both testosterone and sildenafil on penile erections. J Androl. 2006; 27:165.
54. Rosen RC, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. J Sex Marital Ther. 2000; 26(2):191-208.

55. Rosen RC, Altwein J, Boyle P, et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). Eur Urol. 2003; 44:637.
56. Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, et al. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. Curr Med Res Opin. 2004; 20:607.
57. Rosen RC, Giuliano F, Carson CC. Sexual dysfunction and lower urinary tract symptoms (LUTS) associated with benign prostatic hyperplasia (BPH). Eur Urol. 2005; 47:824.
58. Rowland DL, Patrick DL, Rothman M, Gagnon DD. The psychological burden of premature ejaculation. J Urol. 2007; 177:1065.
59. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. J Sex Med. 2010; 7:1668.
60. Sánchez-Borrego R, Mendoza N, Beltrán E, Comino R, Allué J, Castelo-Branco C, et al. Position of the Spanish Menopause Society regarding the management of menopausal symptoms in breast cancer patients. Maturitas 2013;75(3):294-300.
61. Sánchez Sánchez F, Pérez Conchillo M, Borrás JJ, Gómez Llorens O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Aten Primaria. 2004; 34(60):607-8.
62. Schoen C, Bachmann G. Sildenafil citrate for female sexual arousal disorder: A future possibility? Nature Reviews Urology 2009; 6(4):216-222.
63. Segraves RT, Clayton A, Croft H, et al. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. J Clin Psychopharmacol. 2004;24(3):339–342.
64. Shaeer O, Shaeer K, Shaeer E. The Global Online Sexuality Survey (GOSS): Female Sexual Dysfunction among Internet Users in the Reproductive Age Group in the Middle East. J Sex Med. 2012; 9(2):411-424.
65. Shamloul R, Ghanem H. Erectile dysfunction. Lancet 2013; 381:153.
66. Shifren JL, Davis SR, Moreau M, et al. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 Study. Menopause 2006; 13:770.
67. Simon J, Braunstein G, Nachtigall L, et al. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. J Clin Endocrinol Metab. 2005; 90:5226.
68. Simon JA, Lin VH, Radovich C, Bachmann GA. The Ospemifene Study Group. One year long-term safety extension study of ospemifeno for the treatment of vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women with a uterus. Menopause 2013; 20(4):418- 427.
69. Somboonporn W, Bell RJ, Davis SR. Testosterone for peri and postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2010, Issue 4. Art. No.: CD004509.
70. Sullivan ME, Keoghane SR, Miller MA. Vascular risk factors and erectile dysfunction. BJU Int. 2001; 87:838.
71. Sontag A, Rosen RC, Litman HJ, Ni X, Araujo AB. The Role of Initial Success Rates and Other Factors in Determining Reliability of Outcomes of Phosphodiesterase Inhibitor Therapy for Erectile Dysfunction: A Pooled Analysis of 17 Placebo-Controlled Trials of Tadalafil for Use as Needed. J Sex Med. 2013; 10(2):541-550.
72. Suckling JA, Kennedy R, Lethaby A, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2006, Issue 4. Art. No.: CD001500.
73. Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, Lubin J, Chukwujekwu C, Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. Cochrane Database Syst Rev 2013; 5(CD003382).
74. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, et al. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. JAMA 2005; 294:2996.
75. Vlachopoulos CV, Terentes-Printzios DG, Ioakeimidis NK, Aznaouridis KA, Stefanadis CI. Prediction of cardiovascular events and all-cause mortality with erectile dysfunction a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2013; 6(1):99-109.
76. Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation. J Urol 2002; 168:2359.
77. World Health Organization (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.
78. Wu FC, Tajar A, Pye SR, et al. Hypothalamic-pituitary-testicular axis disruptions in older men are differentially linked to age and modifiable risk factors: the European Male Aging Study. J Clin Endocrinol Metab. 2008; 93:2737.

Información para hombres y mujeres:

Vida y sexo más allá de los 50

Documento dirigido al profesional sanitario para informarle del contenido de la MenoGuía para pacientes

Información para hombres y mujeres: Vida y sexo más allá de los 50

Las MenoGuías de la AEEM ofrecen material informativo para dar respuesta, en un lenguaje sencillo, a las cuestiones básicas que se plantea la población en general.
Esta información no pretende ser un sustituto del consejo médico, diagnóstico o tratamiento. Busque siempre la opinión de su propio médico u otro profesional sanitario cualificado respecto a cualquier duda. © 2014 AEEM.

Autor: Rafael Sánchez Borrego (*Barcelona*)
Editor Invitado: Francisca Molero Rodríguez (*Barcelona*)
Actualización de la información: Mayo 2014

Sexualidad a partir de los 50 años

Desde siempre, hombres y mujeres han creído que los problemas sexuales eran una parte normal del envejecimiento. Afortunadamente, la medicina moderna y el cambio de actitudes han desmentido este mito. Ahora que las mujeres y hombres y los profesionales sanitarios se sienten más cómodos hablando de los problemas sexuales, y con la aparición de nuevos tratamientos, no hay ninguna razón por la qué las mujeres y hombres no puedan seguir siendo sexualmente activos después de los 50 años.

En varones

¿Qué tipos de problemas sexuales pueden tener los hombres?

Los problemas sexuales en los hombres pueden incluir:

- Impotencia o disfunción eréctil: ser incapaz de lograr o mantener una erección la mayoría de veces que tiene relaciones sexuales.
- Libido baja: tener poco o ningún interés en el sexo.
- Eyaculación precoz: eyacular demasiado pronto, antes de que el hombre lo desee.
- Ser incapaz de eyacular (a pesar de que puedan obtener y mantener una erección).

¿Qué causa problemas sexuales?

Los hombres pueden tener problemas para conseguir o mantener una erección si tienen una condición que impida que el pene reciba suficiente sangre. Cosas que reducen el flujo sanguíneo hacia el pene pueden incluir:

- Diabetes
- Tensión Arterial alta
- Fumar
- Consumir alcohol y/ o otras drogas

Otros factores que influyen en los problemas sexuales son la depresión, el estrés, las preocupaciones de todo tipo, los medicamentos, etc.

¿Debería consultar con un profesional?

Sí. Le pueden ayudar a determinar la causa de su problema. Le harán una historia clínica, un examen y posiblemente análisis de sangre. También podrían solicitarle alguna otra prueba, como una que mide sus erecciones nocturnas.

¿Cómo se tratan los problemas sexuales?

El tratamiento depende de la causa del problema y puede incluir:

- Medicamentos para ayudar a obtener y mantener la erección. Hay medicamentos muy seguros y eficaces pero es el médico quien debe recetarlos , ya que pueden inter-

ferir con otros medicamentos que se tomen. Los hombres que tomen medicamentos para el corazón como son los parches de nitroglicerina, no deben tomarlos. Ejemplos de estos medicamentos incluyen sildenafil (comercializado como Viagra®), vardenafil (vendido como Levitra®) y tadalafil (Cialis®).

- Dispositivos para ayudar a conseguir y mantener una erección – Los dispositivos par la erección funcionan de diferentes maneras. Algunos se implantan en el pene para lograr una erección. Otros actúan provocando un vacío y ayudan a retener la sangre en el pene.
- Tratamiento hormonal – Pueden ocurrir problemas sexuales cuando el organismo de un hombre no produce suficientes hormonas masculinas (testosterona). Si sus niveles hormonales son muy bajos, su médico le puede tratar con testosterona, que puede administrarse como inyectable, parche, gel de la piel, o tabletas.
- Tratamiento para mejorar el estado de ánimo – Los médicos pueden prescribir medicamentos o la psicoterapia para los hombres que se sienten deprimidos o preocupados.
- Tratamientos para retrasar la eyaculación – Los médicos pueden prescribir medicamentos para evitar que los hombres eyaculen demasiado rápido. Actualmente disponemos de un medicamento que es la dapoxetina (Priligy®) que asociado a asesoramiento sexual consigue muy buenos resultados.
- Tratamiento para ayudar a problemas de eyaculación causadas por medicamentos para la depresión – A veces, los medicamentos utilizados para tratar la depresión pueden hacer que sea difícil o imposible que un hombre eyacula. Informe a su médico si esto sucede. Pueden cambiar la dosis o el medicamento para evitar dicho problema.

En mujeres

Problemas sexuales que las mujeres pueden tener incluyen:

- Tener dolor durante las relaciones sexuales.
- No excitarse o no tener deseo durante el sexo.
- No tener un orgasmo durante las relaciones sexuales.
- No querer tener sexo.

Algunas mujeres tienen problemas con el sexo durante toda su vida adulta. Otras mujeres desarrollan problemas más adelante en la vida.

¿Qué causa problemas sexuales?

Los problemas sexuales pueden ser causados por muchas cosas. Por ejemplo, una mujer puede tener problemas sexuales si:

- Tiene problemas con su pareja o en su relación.
- Se siente infeliz o mal consigo misma.
- Desconocimiento de su propio cuerpo.
- Falta de información sexual.

Los problemas sexuales también pueden estar relacionados con eventos físicos en la vida de una mujer. Por ejemplo, el sexo puede ser doloroso para una mujer en las semanas o meses después de dar a luz. Y algunas mujeres pierden interés en el sexo a medida que envejecen o después de que pasan por la menopausia. (La menopausia es el momento en la vida de una mujer cuando deja de tener períodos menstruales).

Ciertas condiciones pueden causar problemas sexuales:

- Trastornos médicos, como el cáncer o problemas cardíacos.
- Trastornos del estado de ánimo, como la depresión.
- Sequedad o dolor en la vagina.

- Dolor en la parte baja del abdomen, como el de una infección o cirugía previa.
- Cambios en los músculos cercanos y alrededor de la vagina.

Problemas sexuales también pueden ser un efecto secundario de ciertos medicamentos. Por ejemplo, los medicamentos para tratar la enfermedad del corazón o la depresión.

¿Hay algo que pueda hacer por mi cuenta para mejorar mi problema sexual?

Sí. Si usted está teniendo problemas de relación, se puede tratar de mejorar su relación con su pareja. Por ejemplo, usted puede:

- Hacer un esfuerzo para compartir más diversión juntos, como "una noche de cita".
- Buscar información sobre sexualidad. Los libros de sexualidad y la literatura erótica pueden ayudar.
- Mejorar la comunicación con la pareja. Buscar momentos de diálogo tanto emocional como de temas sexuales.
- Leer libros o páginas web sobre el sexo y hablar con su pareja sobre cómo hacer un mejor sexo.
- Acudir para asesoramiento.

Las mujeres con dolor o sequedad en las relaciones sexuales a menudo se sienten mejor si se utilizan lubricantes vaginales. Estos se venden sin receta médica.

También es importante mantenerse lo más saludable posible y recibir tratamiento para cualquier problema médico que tenga. Las mujeres que se sienten sanas y felices son más propensos a ser feliz con su vida sexual.

¿Debería consultar con un profesional?

Si usted tiene cualquier problema sexual su médico le puede asesorar y ayudarle a resolverlo.

¿Cómo se tratan los problemas sexuales?

Los problemas sexuales pueden ser tratados de manera diferente. Estos incluyen:

- Utilizar lubricantes vaginales o una crema (generalmente estrógeno) para tratar la sequedad vaginal.
- Obtener tratamiento para los problemas de estado de ánimo, si usted tiene problemas del estado de ánimo.
- Trabajar con su médico para cambiar los medicamentos que toma, que podrían estar causando problemas sexuales.
- Realizar fisioterapia para aflojar los músculos alrededor de la vagina para que no sienta dolor durante el sexo.
- Tratamientos hormonales si es necesario, sobretodo en mujeres menopáusicas.
- Otros tratamientos de fitoterapia pueden resultar de ayuda.
- Realizar terapia sexual y de pareja si es necesario.

Además, algunas mujeres que están en la menopausia pueden requerir utilizar medicamentos hormonales.