

**Colegio Mexicano de
Especialistas en Ginecología
y Obstetricia, A.C.**



**GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA**

2008



DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS: INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia

Fecha de búsqueda de información: febrero 2008

Fecha de elaboración: abril 2008

Fecha de actualización: febrero 2011

Institución responsable: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

COORDINADOR DEL GRUPO

DR. SILVERIO RODOLFO ISLAS CORTÉS

Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Certificado. Adscrito a la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ángeles México. Profesor adjunto del Curso de Posgrado en la especialidad de Ginecoobstetricia del Hospital Ángeles México.

AUTORAS

DRA. ANGÉLICA MANCILLA AMADOR

Médica cirujana. Educadora sexual. Sexóloga clínica. Terapeuta psicoanalítica.

DRA. PALOMA DE LA TORRE Y FERNÁNDEZ

Médica cirujana. Especialista en Ginecología y Obstetricia, certificada por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Especialista en Laparoscopia y Colposcopia.

REVISORES INTERNOS

DRA. MIRIAM NEGRIN PÉREZ

Médica cirujana especialista en Ginecología y Obstetricia. Certificada. Adscrita al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Angeles del Pedregal. Adjunta de Enseñanza de la residencia de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Angeles del Pedregal. Miembro activo de la International Society for Sexual Medicine.

DR. SILVERIO RODOLFO ISLAS CORTÉS

REVISORES EXTERNOS

DR. JULIO MATEOS VIZCAÍNO

Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Certificado. Profesor examinador del Consejo. Profesor de Posgrado de la Universidad La Salle. Subespecialidad en Esterilidad.

DRA. ANAMELY MONROY LÓPEZ

Licenciatura en Psicología Clínica y Educativa. Maestría en Ciencias de la Familia. Doctorado en Terapia Psicoanalítica. Certificada por la American Association de Educadores, Consejeros y Terapeutas Sexuales. American University. Asesora de la Secretaría de Salud para el programa de Salud Sexual y Reproductiva. Revisora del libro sobre sexualidad: Un futuro en libertad del Gobierno del Distrito Federal para los adolescentes de la Ciudad de México.

DR. IVÁN ARENGO DE MANTIS

Médico Psiquiatra. Terapeuta sexual, Maestro en Ciencias Médicas y Psicoterapia Analítica. adscrito a la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado. El financiamiento de esta Guía de Práctica Clínica fue en su totalidad por el COMEGO y con el apoyo de los autores participantes.

ÍNDICE

Resumen estructurado	S394
Resumen de las recomendaciones	S394
Introducción	S395
Objetivos de la guía	S402
Alcance de la guía	S402
Material y métodos	S403
Resultados	S403
Anexos	S409
Referencias bibliográficas	S412

RESUMEN ESTRUCTURADO

Introducción: la respuesta sexual femenina está basada en tres componentes básicos: el deseo, la excitación y el orgasmo. Las disfunciones sexuales femeninas (DSF) se consideran síndromes porque responden a múltiples manifestaciones como consecuencia de diferentes causas, por lo que ameritan que el diagnóstico y tratamiento sea multidisciplinario. El médico Ginecólogo tiene la obligación de conocer estas nosologías, debido a que la frecuencia de estos padecimientos es muy alta, hasta 30% en las mujeres con vida sexual activa; esto lo convierte en un problema que debería considerarse de salud pública, ya que tiene un efecto nocivo en la pareja y, por ende, en la familia.

Objetivos: mejorar la acertividad en el diagnóstico de disfunciones sexuales femeninas.

Material y método: se integró un grupo de expertos en el tema de sexualidad, que por consenso eligieron las preguntas de interés relacionadas con los temas. Se establecieron las palabras clave o MeSH (PubMed) y se efectuó la búsqueda de bases de datos electrónicas de las fuentes de información primaria (artículos) y secundaria (guías clínicas, meta-análisis, revisiones sistemáticas) en las fuentes de Cochrane library, PubMed, SUMSearch, TripDatabase y metabuscadores públicos, sin límite de fecha.

Resultados: no existe evidencia clínica con adecuado nivel de evidencia que apoye la definición, clasificación y manejo de las disfunciones sexuales femeninas. Por lo que sugerimos tomar como base los consensos que hasta hoy existen para poder validar su manejo estructural.

Conclusiones: la falta de evidencia clínica nos lleva a sugerir que debe validarse lo que hasta ahora se ha tomado como base para el diagnóstico y clasificación de las disfunciones sexuales femeninas como el DSM-IV.

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

1. En ausencia de pruebas diagnósticas específicas, el DSM-IV señala que es el juicio clínico el que debe aplicarse en el diagnóstico de la disfunción sexual femenina, considerando: la persistencia y la recurrencia, edad y experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

2. En el caso de pacientes hysterectomizadas y en la menopausia, el tratamiento con estrógenos se basa en recomendaciones de expertos.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

3. Algunas pacientes en la posmenopausia con disminución del deseo sexual se benefician con la administración de andrógenos. Sin embargo, no hay evidencia suficiente que soporte esta recomendación en todas las mujeres con disfunción sexual.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

4. La utilidad en las intervenciones no hormonales se limita a situaciones clínicas específicas. No existe evidencia de la seguridad y eficacia en la población no seleccionada de mujeres con disfunción sexual.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

5. La utilidad de las intervenciones quirúrgicas debe limitarse a las pacientes con problemas anatómicos específicos, como cistocele, acompañado de incontinencia urinaria o defectos vulvovestibulares.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

6. Algunas pacientes se han beneficiado cuando se usan combinados con psicoterapia y tratamiento médico.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

7. La eficacia de las intervenciones farmacológicas contra las disfunciones sexuales en mujeres sobrevivientes de cáncer apenas inició su valoración, por lo que no pueden emitirse conclusiones adecuadas.

(Nivel de evidencia IIb. Nivel de evidencia C)

INTRODUCCIÓN

La sexualidad femenina es multifactorial, se basa en factores biológicos, psicosexuales y contextuales (dinámica de pareja o la familia), aspectos socioculturales y factores del desarrollo. La respuesta sexual femenina se basa en tres componentes básicos: deseo, excitación y orgasmo.

La sexualidad también es multisistémica porque la respuesta sexual humana requiere de una integridad en los sistemas endocrino, vascular, muscular, inmunológico. La salud sexual femenina requiere de la interacción de tres dimensiones importantes: la identidad sexual, la función sexual y las relaciones sexuales.

Los problemas sexuales pueden ocurrir por "insatisfacción" con integridad potencial de la respuesta fisiológica, pero con frustración emocional afectiva. Así como por "disfunción" con o sin modificaciones patológicas o, bien, por patología originada por problemas biológicos, por ejemplo, enfermedades del piso pélvico.¹

Las disfunciones sexuales femeninas se consideran síndromes porque reaccionan a múltiples manifestaciones como consecuencia de diferentes causas, por lo que ameritan que el diagnóstico y tratamiento sea multidisciplinario. De esta manera, el médico Ginecólogo tiene la obligación de conocer tales nosologías porque estos padecimientos son frecuentes, por ejemplo, el síndrome de anorgasmia femenina lo padecen 30% de las mujeres con vida sexual activa, y lo convierte en un problema que debería considerarse de salud pública por su efecto nocivo en la mujer, la pareja y, por ende, la familia.^{1,2}

DEFINICIÓN

Las disfunciones sexuales femeninas son una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social, ya que se presentan en forma persistente o recurrente.³ También se incluyen las alteraciones persistentes o recurrentes de una a varias fases de la respuesta sexual humana que provocan malestias al individuo o a la pareja,⁴ así como todas las alteraciones (sobre todo inhibiciones) que se producen en cualquier fase de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad.⁵

Si se integran estas tres definiciones, las alteraciones de la respuesta sexual humana pueden ser de origen orgánico o psicógeno, persistentes o recurrentes donde pueden agregarse los factores ambientales y culturales,

Las disfunciones sexuales femeninas se consideran síndromes porque reaccionan a múltiples manifestaciones como consecuencia de diferentes causas, por lo que ameritan que el diagnóstico y tratamiento sea multidisciplinario.

por ejemplo: una mujer en la zona urbana espera tener relaciones sexuales que culminen en orgasmo, mientras que una mujer en la zona rural puede ser que ni siquiera se plantee la posibilidad de que los orgasmos deban existir durante el coito. Asimismo, para algunas mujeres puede ser significativo tener una respuesta sexual adecuada en algún momento de la vida, y en otra etapa no se le da la importancia a la respuesta sexual humana.

Las disfunciones sexuales femeninas son:

1. Síndromes causados por múltiples patologías que causan alteraciones en la respuesta sexual.⁶
2. Son de naturaleza erótica, donde se ven alteradas algunas fases de la respuesta sexual humana.³
3. Son persistentes y recurrentes en una, en varias, o en todas las fases de la respuesta sexual.³
4. Alteraciones no deseables para el individuo, la pareja o el grupo social.⁵

CLASIFICACIÓN

La clasificación más empleada es la recomendada en el DSM-IV⁷ basada en las fases de la respuesta sexual, el modelo trifásico establecido por Masters y Johnson, fortalecido por la Dra. Helen Kaplan, que consiste en deseo, excitación y orgasmo.

Con frecuencia hay una controversia alrededor de la clasificación trifásica, porque se la considera basada en un modelo falocéntrico de la respuesta sexual y no contempla las sensaciones subjetivas de la mujer, la repercusión cultural y el nivel sociocultural.⁸ Sin embargo, por el momento es la mejor herramienta que se tiene para la clasificación y el diagnóstico.

La clasificación de las disfunciones sexuales se localiza en el DSM-IV en el capítulo de trastornos sexuales y de la identidad sexual. La clasificación en el DSM-IV maneja, principalmente, el concepto de inhibición o ausencia; pero olvida los trastornos por aumento, como el deseo excesivo que la OMS sí toma en cuenta, donde podrán inscribirse patrones como la adicción producida por el cybersexo y nuevas conductas que antes no se tomaban en cuenta.

Debido a la especificidad de este capítulo se hará referencia de forma exclusiva a las disfunciones sexuales:

1. Trastornos de deseo
 - Deseo inhibido o hipoactivo
 - Trastorno por aversión al sexo

Una mujer en la zona urbana espera tener relaciones sexuales que culminen en orgasmo, mientras que una mujer en la zona rural puede ser que ni siquiera se plantee la posibilidad de que los orgasmos deban existir durante el coito.

2. Trastornos de excitación
 - Trastorno de erección (en el hombre)
3. Trastornos del orgasmo
 - Disfunción orgásmica femenina
 - Eyaculación precoz masculina
4. Trastornos sexuales por dolor
 - Dispareunia y vaginismo
5. Trastornos sexuales debido a una enfermedad médica
6. Trastorno sexual inducido por sustancias
7. Trastorno sexual no especificado

En el año de 1992, la Organización Mundial de la Salud emitió la propuesta de clasificación sobre las disfunciones sexuales femeninas que muestran paralelismo con la clasificación DSM-IV.⁴⁻⁶

- Impulso sexual excesivo (no contemplado en el DSM-IV)
- Ausencia o pérdida del deseo sexual
- Rechazo y ausencia del placer sexual
- Fracaso en la respuesta genital
- Disfunción orgásmica
- Eyaculación precoz
- Dispareunia no orgánica
- Vaginismo no orgánico
- Otras disfunciones sexuales

Prevalencia

Las investigaciones hasta ahora realizadas no son del todo concluyentes, en varias publicaciones se detalla la falta de nuevas investigaciones que establezcan la real prevalencia, pero la cantidad de sujetos estudiados generalmente es muy baja.⁹⁻¹¹ Además, las existentes tienen diferencia en métodos de valoración debido a las diferencias de definiciones y características de la población estudiada.

Nosotras consideramos que se ha subestimado la importancia del tema en el ámbito del sector salud, afortunadamente contamos con los registros de la Asociación Mexicana para el Estudio de la Salud Sexual (AMSSAC) y del Instituto Nacional de Perinatología (INPer),¹⁻¹⁰ lo cual genera un marco de referencia de la prevalencia en nuestro país, aun cuando ambos estudios se realizaron en la capital de la República. En nuestro entorno, los resultados encontrados muestran que, aproximadamente, 50% de la población femenina con vida sexual activa tiene alguna disfunción sexual.

Aproximadamente, 50% de la población femenina con vida sexual activa tiene alguna disfunción sexual.

La prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas¹¹ en una muestra de 384 pacientes señala que 52% de las mujeres tiene alguna disfunción sexual, 23.4% disritmia, 22.6% deseo sexual hipoactivo y 21% inhibición de la excitación.

En otro estudio descriptivo de la AMSSAC en el que se evaluaron 57 mujeres, se documentó anorgasmia mayor de 30%, excitación inhibida en más de 25% y deseo hipoactivo 25%.¹

En otro estudio descriptivo sudamericano que incluyó a 217 mujeres, 67.7% tuvo diagnóstico de disfunción sexual, falla de deseo sexual 52.9%, ausencia de orgasmos 37.3%, falla de lubricación 28.6%, dispareunia 17.9%, falta de excitación 24.8%, y falta de satisfacción sexual 78.8%. Sin embargo, 80.6% de las mujeres consideró que las relaciones sexuales eran importantes en la relación de pareja.^{9,12,13}

De 52 a 67% de las mujeres tiene alguna disfunción sexual con una frecuencia similar a la de disritmia e inhibición de la excitación, y con mayor variabilidad (21-52%) para el sexual hipoactivo.

Así como se tienen pocas referencias para determinar el diagnóstico, también para determinar las causas. Existen múltiples artículos para determinar las causas; sin embargo, no puede determinarse la frecuencia cuando se trata de una causa orgánica, psicógena o mixta, por lo que se recomienda hacer un protocolo de estudio donde se involucre el estudio orgánico, psicógeno, de pareja y sociocultural.

Una vez que se tenga la queja o, bien, después de un análisis de la historia clínica que muestra alguna disfunción sexual, el primer paso es descartar la enfermedad orgánica. De las alteraciones orgánicas asociadas están todas las enfermedades metabólicas que alteran la respuesta sexual, padecimientos hormonales, depresión, menopausia, embarazo y lactancia, padecimientos neuronales, trastornos psiquiátricos, abuso de alcohol, tabaquismo, otras sustancias psicoactivas, enfermedades autoinmunitarias, etcétera.⁸

La temporalidad se clasifica en primaria cuando la disfunción ha persistido toda la vida del individuo. Se denomina secundaria cuando el problema aparece después de un periodo de funcionamiento normal. Con respecto a la situación, puede ser global si la disfunción se manifiesta en todas las circunstancias en la vida del individuo, parcial si se refiere al tipo de afectación de la funcionalidad (autoerotismo, coito), o selectiva si la disfunción aparece en determinadas circunstancias o parejas.⁹

Establecer estos parámetros ayuda a realizar un diagnóstico más preciso porque una disfunción sexual que se presenta en una circunstancia específica y en otras no, será predominantemente psicogénica, pero si es

De 52 a 67% de las mujeres tiene alguna disfunción sexual con una frecuencia similar a la de disritmia e inhibición de la excitación, y con mayor variabilidad (21-52%) para el sexual hipoactivo.

global obliga a pensar que existe un trastorno orgánico como causa de la disfunción. Hay que tomar en cuenta que si para el paciente resulta no deseable, debe diagnosticarla como disfunción, aunque en nuestro esquema mental como individuos y como médicos no se trate de una disfunción. Por ejemplo, si de manera cotidiana la paciente tenía deseos tres veces a la semana y en la actualidad le preocupa sentir deseo sólo una vez, resulta indeseable para la paciente, aunque como médicos consideremos que está dentro del rango esperado.

En la disminución de la frecuencia de la actividad erótica no sólo debe interrogarse la frecuencia en pareja, cómo ha disminuido y desde cuándo, sino que es necesario preguntar acerca de fantasías, autoerotismo (masturbación) y las variaciones que se han tenido desde que la paciente identificó un cambio en el deseo; incluso es necesario preguntar si se tienen relaciones sexuales con la frecuencia de siempre y si éstas son propiciadas por deseo sexual o por otras razones, por ejemplo:

- Miedo a peleas de pareja.
- Incapacidad para negarse.
- Pensamientos y sentimientos de que es su obligación, etc.
- Número de veces que desea experimentar una actividad sexual.
- Si ha cambiado la frecuencia, especificar el tiempo y la situacionalidad.
- Disminución en la frecuencia de experimentar fantasías eróticas.
- Disminución en la frecuencia de masturbaciones.

También debe tomarse en cuenta la historia sexual de la paciente, porque aún no existe una normatividad para la frecuencia.⁵

Excitación sexual femenina inhibida

De la misma manera que para los problemas del deseo, el diagnóstico se da desde el interrogatorio el cual debe indicar si es primaria la afectación o secundaria, su globalidad o situacionalidad. Es de suma importancia diagnosticar si es un problema de excitación subjetiva; es decir, que la paciente no pueda experimentar las sensaciones subjetivas de excitación aunque estén presentes las respuestas orgánicas, o que estén presentes pero que no exista lubricación vaginal, o bien, que coexistan ambas y entonces correspondería a un síndrome de excitación sexual femenina mixta:

- Trastorno recurrente o persistente por falta de lubricación vaginal.
- Disminución o ausencia para percibir las sensaciones subjetivas de excitación.

De la misma manera que para los problemas del deseo, el diagnóstico se da desde el interrogatorio el cual debe indicar si es primaria la afectación o secundaria, su globalidad o situacionalidad.

- Contemplar que pueden encontrarse en una misma paciente falta de lubricación y disminución en la percepción de sensaciones subjetivas de excitación.
- Tomar en cuenta la historia sexual de la paciente porque aún no existe una normatividad para la frecuencia.

Síndrome de anorgasmia femenina

Las alteraciones orgásmicas incluyen la ausencia completa, parcial o recurrente para lograr orgasmo durante la estimulación sexual.

La anorgasmia femenina puede ser primaria cuando nunca se ha logrado, y con frecuencia está relacionada con un trauma emocional o abuso infantil. La anorgasmia secundaria es cuando la mujer tuvo orgasmo y la ausencia de éste es el problema actual, frecuentemente es secundaria a deficiencia hormonal, traumatismo quirúrgico, medicamentos.

La anorgasmia se reporta entre 24 y 37% de las pacientes que acuden a clínicas de atención especializada.¹⁵ Así también el diagnóstico se establece desde el interrogatorio, no existe otra manera de llegar a él más que evaluando a la paciente desde un terreno integral, aunque no sea la demanda primaria, es frecuente que el médico primero escuche a la paciente, atienda su queja, dejando en un segundo tiempo la realización de la historia clínica porque considera poco importante el área erótica de las pacientes. Invariablemente, desde el interrogatorio nos tiene que quedar claro si la anorgasmia o la dificultad para alcanzar el orgasmo se encuentra presente o no. Es de gran importancia reconocer que si bien se puede alcanzar el orgasmo, el gasto energético, orgánico y psíquico, se puede encontrar altamente demandado que es preferible evitarlo. Alcanzar un orgasmo, y sobre todo en pareja, requiere concentración absoluta del evento erótico, no necesariamente cómo conceptualiza el modelo de la sexualidad masculina la pérdida de control, "miedo a la intimidad", "pérdida de poder", de tal forma que resulta tan sencillo que la mujer se canse al intentar alcanzarlo, o bien, debido a disritmia de pareja. Debido a que el modelo de la sexualidad humana se establece desde la genitalidad y la demanda masculina, difícilmente se entiende desde la respuesta subjetiva de la respuesta sexual femenina.¹⁶ Si nos concretamos a la respuesta orgásmica, debemos contemplar que a la mujer en ocasiones no le resulta de gran importancia el orgasmo, y si tomamos el estándar del DSM-IV estaríamos en un error. La ausencia de orgasmo nos lleva a pensar en disfunción sexual solamente. Estas hipótesis no se encuentran suficientemente registradas y requieren de manera urgente ser objeto de investigación:

La anorgasmia se reporta entre 24 y 37% de las pacientes que acuden a clínicas de atención especializada.

- Dificultad para alcanzar el orgasmo o ausencia de éste.
- Que el trastorno sea indeseable para la mujer o la pareja.
- Aclarar la temporalidad y la situacionalidad.²

Los pasos a seguir para encontrar la causa de las disfunciones sexuales femeninas deben ajustarse a un protocolo específico de diagnóstico y manejo, entender que existen múltiples padecimientos que alteran la respuesta sexual, descartar de primera intención problemas orgánicos y estudiar a la paciente de manera integral.

Deseo sexual hipoactivo

Las alteraciones relacionadas con el deseo sexual hipoactivo incluyen un espectro de alteraciones que causan problemas de relación interpersonal por su persistencia y recurrencia en la falta de fantasías sexuales o de la percepción del deseo de actividad sexual.¹³ Es una de las disfunciones más frecuentemente reportadas por las mujeres. Afecta entre 19 y 32% de las mujeres de 18-59 años de edad; incluso 46% de mujeres en la posmenopausia de 50 a 70 años, y del 28 al 48% de mujeres con menopausia quirúrgica; existen muchas variaciones regionales y culturales.¹³ La probabilidad de padecer deseo hipoactivo femenino aumenta con la edad, mientras que los problemas de pareja se relacionan inversamente con la edad.¹⁴

La aversión al sexo es una alteración recurrente o persistente de fobia al sexo, se acepta como un problema de bases psicológicas o emocionales.

Causas orgánicas de las disfunciones sexuales

Existen diferentes causas orgánicas que afectan la función sexual, como las cardiopatías que implican astenia y adinamia; o la artritis que limita los movimientos y el deterioro de la imagen corporal que se presenta en el hiperandrogenismo, mastectomías o cirugías mutilantes. En el manejo adecuado de estas enfermedades puede haber mejoría notable en la respuesta sexual; por ejemplo, en la paciente con incontinencia urinaria que después de su manejo médico o quirúrgico tiene una respuesta sexual adecuada.¹⁷

Al igual que los padecimientos, algunos fármacos que se indican para su tratamiento pueden producir efectos adversos en la respuesta sexual, lo que conduce a los pacientes al abandono del tratamiento, como algunos antipsicóticos y antidepresivos. En estos casos se sugiere cambiar de medicamentos "tradicionales" a otros de nueva generación, como la olanzapina y quetiapina en sustitución de antipsicóticos y el bupropion en lugar de

La aversión al sexo es una alteración recurrente o persistente de fobia al sexo, se acepta como un problema de bases psicológicas o emocionales.

los inhibidores de la recaptura de serotonina. En algunos casos se reportan estudios que permiten agregar ambos componentes para controlar el trastorno inicial y aminorar la afectación en la función sexual.

Algunos anticonceptivos hormonales combinados disminuyen el deseo y favorecen la resequedad vaginal (tasa de abandono de 30 a 40% en el primer año), en estos casos se puede cambiar a medicamentos con sólo gestágenos o recurrir a otro método anticonceptivo.

Cuando se descarta alguna afección orgánica, se tienen que analizar problemas intrapsíquicos o de pareja.¹² En un estudio se encontró que la comunicación negativa entre el paciente y el cónyuge y la coexistencia de disfunciones sexuales femeninas, tiene una expresión de 61%. En ese mismo artículo sugieren que la asociación de disfunciones sexuales y problemática de pareja tiene una incidencia de 70% y que ambas van de la mano. También se encuentran otras causas que favorecen la existencia de disfunciones sexuales.¹⁸ En el terreno psicosexual puede existir un inadecuado desarrollo psicosexual, pensamientos negativos con respecto a experiencias eróticas, pensamientos de tener una inadecuada imagen corporal, estrategias cognitivas inadecuadas e inadecuada educación sexual. En cuanto al ambiente social tenemos un ambiente restrictivo que genera culpa.

Entre las causas no orgánicas de disfunciones sexuales femeninas se incluye la problemática de pareja, las alteraciones en el desarrollo psicosexual y los ambientes sociales restrictivos.

OBJETIVOS DE LA GUÍA

- Mejorar la acertividad en el diagnóstico de disfunciones sexuales femeninas.
- Normar criterios para el diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales.
- Sistematizar el abordaje de diagnóstico y tratamiento.
- Actualizar los criterios clínicos.
- Promover el manejo integral de la paciente con disfunciones sexuales.

La comunicación negativa entre el paciente y el cónyuge y la coexistencia de disfunciones sexuales femeninas, tiene una expresión de 61%.

ALCANCE DE LA GUÍA

Esta guía podrán consultarla las parejas que requieran información, asesoría o tratamiento de posibles problemas de disfunción sexual.

Usuarios: médicos potenciales de esta guía: médicos familiares o especialistas que atienden parejas con problemas de sexualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se integró un grupo de expertos en sexualidad, miembros del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia y, por consenso, se establecieron los temas de interés relacionados con las disfunciones sexuales, formulándose las preguntas relevantes para integrarla. Se seleccionó la modalidad de pregunta clínica estructurada para poder precisar el contexto clínico aplicable a la práctica cotidiana.

Los autores se capacitaron en la estrategia de búsqueda electrónica de bases de datos y en las jerarquías de evaluación de la evidencia científica y principios de elaboración de las guías de práctica clínica, para de esta forma unificar criterios y disminuir la variabilidad en las búsqueda de la información y su interpretación al contexto local. Cada grupo de expertos definió su estrategia de búsqueda de la información.

Las palabras claves o MeSH de PubMed identificadas fueron: *sexual dysfunction physiological*, *sexual Desire*, *orgasmo*, *dispareunia*, *vaginismus*. Se establecieron las estrategias de búsqueda para las fuentes de información secundaria (guías de práctica clínica, metanálisis, revisiones sistemáticas), así como las fuentes de información primaria (ver Estrategia de búsqueda en el Anexo 2) en las bases electrónicas de datos y literatura gris accesible, se obtuvo información en meta-buscador público y se continuó la búsqueda en bases de datos electrónicos. Se excluyeron los documentos que trataron los temas de parafilia o disfunción eréctil.

Modalidad de interpretación y síntesis de los datos

Se estableció la aceptación de recomendaciones por el principio de consenso entre los autores directos de las guías de práctica clínica. Cuando ocurrió alguna discrepancia, se recurrió al análisis de los datos originales para la toma de decisiones. En caso de no haber coincidencia se agregó el comentario de los autores expertos.

RESULTADOS

Preguntas estructuradas, síntesis de la evidencia y recomendaciones

¿Cuáles son los criterios para establecer el diagnóstico de disfunción sexual?

Se deberá realizar una historia clínica completa e intencionada que incluya el motivo de consulta, la historia familiar primaria, la vida sexual y consumo de sustancias adictivas.¹³

Comprender las quejas sexuales enfocando los componentes: deseo, excitación y orgasmo en un modelo circular, evaluar la excitación genital y la excitación subjetiva, así como la calidad de la estimulación sexual (contexto, duración y tipo de estímulos), el desarrollo psicosexual, el contexto relacionado con la intimidad emocional de la pareja; las variables contextuales integrando la historia familiar actual y la vida en pareja.⁸

Las pacientes en estos grupos se pueden estudiar por problemas de pareja y sexualidad o problemas sexuales. Especificar si el problema es leve, moderado o severo y determinar si su origen es intrapsíquico o proviene de la realidad que vive el paciente. La manifestación puede ser un malestar psicológico, tener como origen una alteración psicológica, o bien de un proceso psicopatológico.

Recomendaciones

1. En ausencia de pruebas diagnósticas específicas, el DSM-IV señala que es el juicio clínico el que debe aplicarse en el diagnóstico de la disfunción sexual femenina considerando la persistencia y recurrencia, edad y experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto en otras áreas de actividad.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

Tratamientos hormonales

¿Cuáles son las opciones de tratamiento para las disfunciones sexuales femeninas? Estrógenos

La mujer con menopausia quirúrgica tiene mayor riesgo (RM 1.4, IC 95% 1.1-1.9) de tener deseo sexual hipoactivo inclusive al compararse con mujeres premenopáusicas o con menopausia natural (RM 2.1, IC 95% 1.4-3.4).¹³

No hay suficiente evidencia que demuestre que la terapia estrogénica tenga un efecto directo sobre el deseo sexual. Sin embargo, utilizada en el manejo de mujeres en la posmenopausia alivia el síndrome vasomotor que ocasiona malestar, insomnio y cambios de carácter (irritabilidad y depresión) y disminuye los síntomas de resequedad vaginal y la atrofia urogenital aumentando el deseo sexual.¹⁵

Toda paciente que cursa la posmenopausia debe tener la valoración adecuada para poder recibir el tratamiento hormonal. En el caso de las pacientes hysterectomizadas pueden indicarse estrógenos solos, pero es

necesaria la terapia de contraposición con progesterona en el caso de las pacientes que aún conservan el útero. Las vías de administración son variadas (oral, gel y parches cutáneos intramusculares) y existen los geles tópicos vaginales que disminuyen la atrofia genital. Cuando los estrógenos están contraindicados pueden prescribirse geles lubricantes hidrosolubles para el coito, así como la práctica frecuente de éste.⁹

Recomendaciones

2. En el caso de pacientes histerectomizadas y en la menopausia, el tratamiento con estrógenos se fundamenta en las recomendaciones de expertos.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

Andrógenos

Los ovarios contribuyen en más de 50% del aporte corporal total de andrógenos durante la edad fértil. La bibliografía registra la indicación de andrógenos para facilitar el deseo y la excitación, con mejor respuesta que los estrógenos. En la República Mexicana existe la presentación intramuscular de una combinación de enantato de testosterona y valerato de estradiol, que es una combinación útil en la que los efectos de androgenización (hirsutismo y acné) son mínimos. En los países europeos el parche transdérmico con algún preparado de testosterona cuenta con aprobación de la Agencia Europea de Medicamentos.

En caso de trastorno suprarrenal que cause un defecto en la producción de andrógenos, se recomienda el tratamiento específico al demostrar el nivel de la falla.

La tibolona disminuye los valores circulantes de SHBG con lo que aumenta la testosterona libre y la densidad ósea, recupera el deseo y la satisfacción sexual al mejorar la lubricación vaginal; sin embargo, al igual que con otros preparados hormonales, en este caso hay que vigilar la densidad mamaria, el perfil de lípidos y los factores de coagulación.

Recomendaciones

3. Algunas pacientes en la posmenopausia con disminución del deseo sexual se ven beneficiadas con la administración de andrógenos. Sin embargo, no hay evidencia suficiente que soporte esta recomendación para todas las mujeres con disfunción sexual.

(Nivel de evidencia III. Grado de recomendación C)

¿Cuál es la utilidad de los medicamentos no hormonales en el tratamiento de la disfunción sexual femenina?

Existen otros medicamentos estudiados para aumentar el deseo y la excitación sexual como los inhibidores de la fosfodiesterasa 5. Producen

congestión vaginal, pero no incrementan la sensación subjetiva de excitación. Este compuesto se puede utilizar en las pacientes con disfunción sexual secundaria al uso de medicamentos antidepresivos como los inhibidores de la recaptura de serotonina o benzodiacepinas.

La apomorfina SL aumenta la vasodilatación del clítoris y de la sensación de excitación y puede ser de ayuda en los trastornos del deseo y la excitación sexual.

En un estudio multicéntrico con un pequeño número de participantes,¹⁶ mujeres premenopáusicas sin problema previo de función sexual y que recibieron antidepresivos indicados por depresión mayor, se trataron con sildenafil durante ocho semanas, el grupo de estudio (sildenafil) al compararse con el placebo, mostró reducción en los datos de disfunción sexual.¹⁹

Los análogos de la melanocortina (hormona peptídica y probable neurotransmisor) se tiene registrado que aumentan el deseo y la vasocongestión vaginal. Respecto a la prostaglandina E1, en estudios no concluyentes el alprostatil en crema vaginal aumenta el flujo sanguíneo en el clítoris y la excitación subjetiva. Existen estudios en los que se ha encontrado que el bupropion en combinación con inhibidores de la recaptura de serotonina o el ibupropropion solo, mejora el deseo sexual. Otros estudios han encontrado que el ibupropropion mejora la respuesta sexual, sobre todo en la fase del deseo; aunque los estudios son por seguimiento y doble ciego, no puede concluirse una recomendación por el momento.^{20,21}

Asimismo, se han hecho estudios con antidepresivos en los que se reporta mejoría de las disfunciones sexuales en algunos, y en otros se reportan como responsables de ellas. Casi todos los artículos revisados coinciden en que los antipsicóticos tienden a disminuir el deseo y la excitación.^{15,21,22}

En algunas pacientes puede haber problemas físicos donde es necesario realizar cierto tipo de cirugías, como en el caso del cistocele acompañado de incontinencia urinaria. Así mismo, los defectos vulvovestibulares pueden requerir cirugía reconstructiva.²³⁻²⁶

Recomendaciones

4. La utilidad en las intervenciones no hormonales se limita a situaciones clínicas específicas. No existe evidencia de la seguridad y eficacia en la población no seleccionada de mujeres con disfunción sexual.

(Nivel de evidencia I, Grado de recomendación C)

5. La utilidad de las intervenciones quirúrgicas debe limitarse a las pacientes con problemas anatómicos específicos, como el cistocele acompañado de incontinencia urinaria o defectos vulvovestibulares.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

¿Cual es la utilidad de la Psicoterapia?

En la actualidad existe una tendencia a dar un tratamiento único, predominando el tratamiento farmacológico; los escritos le dan mayor peso a esto en cuanto a efectividad, es probable que se deba a que estos estudios tienen mayor posibilidad de control; es decir, que las estrategias a seguir pueden registrarse rigurosamente. En el caso de la psicoterapia es difícil acceder a un control riguroso, por tener mucho más variables que el registro y control de un tratamiento farmacológico.

Las estrategias de tratamiento psicoterapéutico no están publicadas, y las que se encuentran registradas se dan como tal como estrategias, o bien, dan a conocer casos exitosos que no pueden ser comparados ni sometidos a variables debido a que la población estudiada es mínima. En una revisión de material referente al tema se considera que las razones que impiden tener registros con evidencia científica son problemas metodológicos, tamaños de las muestras poco significativos, carencia de registros que indiquen la durabilidad del tratamiento, ausencia de manuales de tratamiento que permitan la réplica.^{27,28}

Los estudios farmacológicos, por la naturaleza de los mismos, permiten el registro confiable de sus resultados y la posibilidad del seguimiento. Los tratamientos psicológicos ayudan en gran medida a entender la sexualidad femenina y a detectar tempranamente las disfunciones sexuales,²⁹ así también se considera que los nuevos acercamientos fisiológicos han tenido una tendencia fuerte a pasar por alto, o a despedir la evidencia que existe para los tratamientos psicológicos eficaces o prometedores.²⁸

En una revisión de estudios publicados sobre tratamiento psicoterapéutico se encontraron 21 artículos que cumplían con un mínimo de requisitos donde se especificaban las técnicas utilizadas para el tratamiento y registro de evolución; en estos artículos las muestras eran pequeñas, por lo que los resultados no fueron concluyentes.²⁹

De tal manera que las técnicas que se describirán en este capítulo son las que se realizan en la práctica sexológica y están basadas en la opinión de expertos, donde nos encontramos también con la dificultad de que los escritos utilizados son de opiniones personales.

Labrador,⁴ también hace una revisión con el propósito de recopilar las técnicas utilizadas para intervenir en el tratamiento de las disfunciones

sexuales. La técnica más frecuente para mejorar el deseo y la excitación es la focalización sensorial. Para la excitación se utiliza la estimulación visual y la exploración genital, asociada con masturbación, y considera que para el orgasmo no existe nada mejor que el uso del vibrador, porque la mujer puede utilizarlo a demanda e ir conociendo cuáles son sus sensaciones y los movimientos que debe realizar para alcanzarlo.⁴

Sánchez C,⁸ en un estudio tipo encuesta encontró que en las mujeres que tenían una comunicación abierta y asertiva con sus parejas, la incidencia de padecer alguna disfunción sexual se veía significativamente disminuida, por lo que es importante fomentar y enseñar a tener una comunicación asertiva.

Debido a la escasez de información obtenida es relevante que el médico general o ginecólogo que no tenga una formación sexológica, remita a sus pacientes con un sexólogo clínico. Es importante que también los sexólogos clínicos tomen consciencia de que sólo llevando registro de lo que se realiza en la consulta pueden validarse los tratamientos y que éstos sean publicados con controles científicos.

Recomendaciones

6. Algunas pacientes se han visto beneficiadas cuando asisten a psicoterapia y reciben tratamiento médico combinados.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

¿Cuál es la utilidad de las intervenciones para mejorar la sexualidad en mujeres supervivientes de cáncer?

Debido al creciente aumento en la supervivencia de pacientes con cáncer es un tema relevante lo relacionado con su calidad de vida, por lo que la función sexual es un problema central. La información es escasa y se ha centrado, fundamentalmente, en varones, especialmente con los sobrevivientes de cáncer de próstata, mientras que en mujeres supervivientes de cáncer de vagina se observa un resultado favorable con la aplicación de cremas lubricantes.²²

Recomendaciones

7. La eficacia de las intervenciones farmacológicas, útiles contra las disfunciones sexuales en mujeres supervivientes de cáncer, apenas inició su valoración, por lo que no pueden emitirse conclusiones adecuadas.

(Nivel de evidencia IIb, Grado de recomendación C)

Anexo 1

GLOSARIO DE DEFINICIONES OPERACIONALES

Disfunciones sexuales psicológicas (*psychological sexual dysfunctions*).

Alteraciones del deseo sexual y cambios psicofisiológicos que caracterizan al ciclo de respuesta sexual y causan marcado estrés y dificultad interpersonal (DSM:IV) Concepto introducido en PubMed desde 1981 y actualizado en 1999.

Disfunciones sexuales fisiológicas (*physiological sexual dysfunction*).

Alteraciones fisiológicas en el rendimiento sexual normal en el hombre y en la mujer. Concepto introducido en PubMed en 1963 y actualizado en el año 2006.

Dispareunia. Dolor genital recurrente que ocurre antes, durante o posterior a la penetración sexual, tanto en el hombre como en la mujer. Concepto introducido en el año 1967.

Vaginismo. Espasmo recurrente e involuntario de los músculos de la vagina que ocurre durante la penetración vaginal. Concepto introducido en PubMed desde el año 2006.

Anexo 2

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Metanálisis

(Sexual Dysfunctions. Psychological"[Mesh] OR "Sexual Dysfunction. Physiological" [Mesh]) DR "Dyspareunia"[Mesh] DR "Vaginismus"[Mesh] DR "Orgasm"[Mesh] DR "Sexology"[Mesh] AND ("1998/05/13"(POat): "2008/05/09"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "female"(MeSH Terms) AND Meta-Analysis (ptyp) AND "adult" [MeSH Terms])

Estudio clínico controlado

("psychological sexual dysfunctions" [Text Word] OR "sexual dysfunctions, psychological" [MeSH Terms] DR Sexual Dysfunctions [Text

Word)) AND systematic [sb] AND ("humans"[MeSH Terms] AND "female"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])

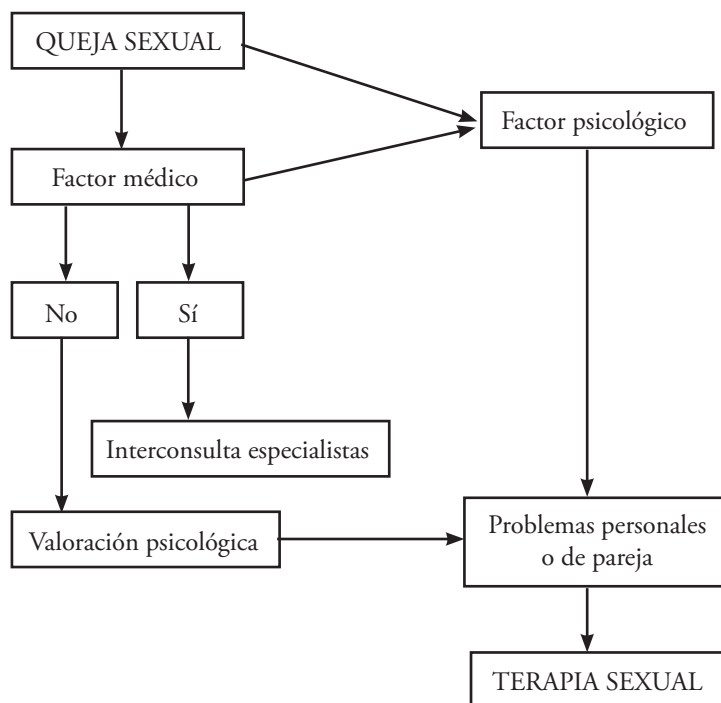
Búsqueda de información primaria y secundaria

("psychological sexual dystunctions"[Text Word] DR "sexual dysfunctions. psychological"[MeSH Terms] OR Sexual Oysfunctions [Text Word]) AND systematic [sb] AND ("humans"[MeSH Terms] AND "female"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])

Anexo 3

GRÁFICA 1, CUADROS 1-3

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Protocolo de investigación



Gráfica 1. Protocolo de investigación de la disfunción sexual femenina.¹¹

Cuadro 1. Problemas médicos que pueden contribuir a la etiología o al mantenimiento de la disfunción sexual femenina^{6,11}

SOCIOCULTURALES

Desconocimiento de la propia anatomía y fisiología sexual, prejuicios, expectativas irreales, etc.

DE LA RELACIÓN CON LA PAREJA

Distanciamiento afectivo, resentimiento, aburrimiento, decepción.
Mala comunicación, terceras partes, etc.

EXPERIENCIAS NEGATIVAS

Abusos sexuales, relaciones insatisfactorias, etc.

DIFICULTADES SEXUALES DE LA PAREJA

Incompetencia técnica, eyaculación rápida, disfunción eréctil, etc.

INTRAPSIQUICOS

Depresión, ansiedad, estrés, fatiga, etc.
Inadecuado desarrollo psicosexual
Inadecuada educación sexual
Desórdenes de la imagen corporal
Estrategias sexuales inadecuadas

TRASTORNOS FÍSICOS

Hormonales, metabólicos, neurológicos, cardiovasculares, etc.

Cuadro 2. Problemas médicos que pueden producir o agravar las disfunciones sexuales femeninas

TRASTORNOS

Médicos psiquiátricos

Depresión y antidepresivos, depresión posparto, menopausia, abuso de sustancias (alcohol y opiáceos), ansiedad y tranquilizantes, antipsicóticos, trastornos alimentarios (anorexia, bulimia), alcoholismo, sustancias de abuso.

Neurológicos

Accidentes cerebrovasculares, medicación anticonvulsiva, esclerosis múltiple; cardiovasculares, cardiopatías, vasculopatía periférica.

Reumatológicos

Artritis, fibromialgia.

Nefrológicos

Insuficiencia renal terminal (diálisis).

Urológicos

Uretritis, cistitis, incontinencia urinaria.

Ginecológicos

Menopausia, anticonceptivos orales, insuficiencia androgénica, hiperandrogenismo síndrome de ovario poliquístico, hiperprolactinemia, vestibulitis vulvar, vaginitis, patología uterina (miomas, endometriosis, prolapsos).

Otros trastornos endocrinos

Diabetes, síndrome metabólico, trastornos tiroideos.

Secuelas traumáticas y quirúrgicas

Ginecológicas, ovariectomía, histerectomía, vulvectomía, episiotomía, cirugía desfigurante, mastectomía, osteomías, traumatismos neurales, lesiones médulo-espinales, traumatismos pélvicos.

Mutilación genital

Cuadro 3. Especialistas de referencia¹¹

GINECÓLOGO

Interés en las disfunciones sexuales femeninas cuando hay alteraciones hormonales, trastornos del piso pélvico

URÓLOGO O ANDRÓLOGO

Cuando la pareja tiene un trastorno de erección

INTERNISTA

Cuando una enfermedad existente concurre paralela con la disfunción sexual

ONCÓLOGO

Pacientes supervivientes de cáncer que requieran terapia para la disfunción sexual.

PSIQUIATRA

Disfunción sexual femenina como consecuencia del tratamiento con ansiolíticos y anti-depresivos.

TERAPEUTA SEXUAL

TERAPEUTA DE PAREJA

PSICOTERAPEUTA PERSONAL

TERAPEUTA FÍSICO

Con hiper o hipotonicidad del piso pélvico.

REFERENCIAS

1. Rubio E. Antología de la sexualidad humana. Consejo Nacional de Población. 4ª ed. México: Miguel Ángel Porrúa, 1994.
2. Kaplan H. La nueva terapia sexual: Tratamiento activo de las disfunciones sexuales. México: Grupo Anaya Comercial, 2002.
3. Sasson A, Leiblum S. Revised Definitions of women' s sexual dysfunctions. Journal of Sexual medicine 2004;1:40-8.
4. Labrador FJ, Crespo M. Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. Psicothema 2001;13:428-441.
5. Sánchez C, Carreño J. Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. Perinatol Reprod Hum 2007;21:33-43.
6. Mas M, Baez D. Abordaje clínico de las disfunciones sexuales femeninas: perspectiva orgánica. Rev Int Androl 2007;5:92-101.
7. Sánchez C, Carreño J, Martínez S, Gómez ME. Comunicación marital y estilo de comunicación en mujeres con disfunción sexual. Perinatol Reprod Hum 2003;17:91-101.
8. Sánchez C, Morales F, Carreño J, Martínez S. Disfunción sexual femenina: su relación con el rol de género y la asertividad. Perinatol Reprod Hum 2005;19:152-160.
9. Graziottin A, Dennerstein L, Alexander LJ, Giraldo A, Whipple B. Classification, etiology and Key Issues in female sexual Disorders. In: Standard Practice in Sexual Medicine, United Kingdom: 5th ed. London: Blackwell Publishing, 2006;p:305-314.
10. López JJ. DSM-IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1a. ed. Barcelona: Masson, 2001;p:604.
11. Delgado V. Sexualidad en la práctica médica y disfunciones sexuales. Enlace médico. 4a etapa. Boletín Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Ángeles del Pedregal (SMHAP) 2006;p:1-4.
12. Sánchez C, Carreño J, Martínez S, Gómez ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México.
13. Graziottin A. Prevalence and Evaluation of Sexual Health Problems-HSDD in Europe. J Sex Med 2007;4 (supl 3): 211-219.
14. Kamei L, Kamei J. Estudio de prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres que asisten al consultorio externo de gineco-obstetricia del Hospital La Serena. Rev Chil Urol 2005;70: 231-235.

15. Seagraves A, Balon R. Proposal for Changes in Diagnostic Criteria for Sexual Dysfunctions. *J Sex Med* 2007;4:567-580.
16. Pérez M, Salinas P. Disfunciones sexuales en médicos aspirantes a posgrados universitarios. *Rev Fac Med Universidad de Los Andes* 1988;2:31-38.
17. Carvalheira AA. Intervención terapéutica en las disfunciones sexuales femeninas; perspectiva psicosexológica. *Rev Int Androl* 2007;5:88-91.
18. Goldstein I. Current Management Strategies of the Postmenopausal Patient with Sexual Health Problems. *J Sex Med* 2007;4 (suppl 3). 235-253.
19. Schwenkhagen A. Hormonal Changes in Menopause and Implications on Sexual Health. *J Sex Med* 2007;4(suppl 3):220-236.
20. Kingsberg S. Testosterone treatment for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Postmenopausal Women. *J Sex Med* 2007;4(Suppl 3): 227-234.
21. Graziottin A, et al. Iatrogenic and Post-traumatic female sexual disorder; Standard Practice in Sexual Medicine. United Kingdom: Blackwell Publishing, 2006;p:351-361,
22. Altman A, Handling S. Sexuality in Millville and Beyond, Harvard Medical School, 2007;p:5-22.
23. Basson A, Leiblum SL, Brotto L. Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003;24:221-229.
24. Laumann EL, Paik A, Rosen AC. Sexual dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. *JAMA* 1999;281:537-544.
25. OMS. Los derechos económicos, sociales y culturales. Décima conferencia, 2004.
26. Guida M, Di Spiezio S, Bramante S, et al. Effects of two types of hormonal contraception oral versus intravaginal on the sexual life of women and their partners. *Hum Reprod* 2005;20:1100-1106.
27. Simon J, Braunstein G, Nachtigall L. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:5226-5233.
28. Giles KA, McCabe M. Female sexual dysfunction a theoretical consideration of the nature of the sexual response and etiological factors. Proceedings of the APS Psychology of Relationships Interest Group. 6th Annual Conference Australian National University; 56-62.
29. Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, Pinkerton R, et al. A Placebo Controlled Trial of Bupropion SR as an Antidote for Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Induced Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2004;65:62-67.