



DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA. ABORDAJE INICIAL DESDE LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA.

Carmen Chicón Fernández del Moral.

23/05/2024

ÍNDICE

1. Introducción
 - 1.1. Fisiopatología
 - 1.2. Factores de riesgo
2. Clasificación
3. Trastorno por dolor genitopélvico o por penetración
 - 3.1. Dispareunia
 - 3.2. Vaginismo
 - 3.3. Vulvodinia
 - 3.4. Vestibulodinia
4. Trastorno de interés o excitación sexual
5. Casos especiales
 - 5.1. Anticoncepción oral
 - 5.2. Incontinencia urinaria
6. Manejo inicial en la consulta de ginecología
 - 6.1. Anamnesis
 - 6.2. Exploración física
 - 6.3. Pruebas complementarias
 - 6.4. Tratamiento
7. Conclusiones
8. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN.

La disfunción sexual femenina (DSF) engloba varias entidades que están caracterizadas por un malestar personal limitante en uno o más de los siguientes aspectos: deseo, excitación, orgasmo o dolor (1). Aunque el trastorno más frecuente sea el del interés o de la excitación sexual, en la mayoría de ocasiones forman parte de un espectro continuo y es infrecuente que se presenten de forma aislada, debido a su carácter multifactorial (2).

La prevalencia de DSF en mujeres premenopáusicas en España se estima algo mayor al 30%. En concreto, el 12% de las mujeres en edad fértil sufre dolor en las relaciones sexuales, aumentando la cifra con la edad, sobre todo en la menopausia (3,4).

A pesar de la relativa frecuencia de las disfunciones sexuales en nuestro entorno, existe una barrera a la hora de abordar el tema en consulta. Esto se debe tanto a la falta de educación sexual poblacional, como a cierta incomodidad para el profesional sanitario, derivada de la ausencia de formación sexológica, falta de tiempo, tendencia a la normalización patológica y el peso de una cultura de la sexualidad centrada en el coito y la reproducción, entre las principales razones. En general, en España se realiza un abordaje deficiente. Todo ello deriva en un infradiagnóstico que perpetúa la dificultad en la identificación y orientación de estos problemas. Teniendo en cuenta que la atención ginecológica lleva intrínseca la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer, este hecho resulta incongruente (5).

El objetivo de esta revisión es proporcionar claves para la identificación y manejo inicial de la disfunción sexual femenina en la práctica clínica. Con el auge de la medicina preventiva y, con ello, las consultas por revisión o sintomatología banal, se conforma un entorno favorable para la promoción de la salud sexual femenina.

Fisiopatología

El término *respuesta sexual* recoge los cambios psicológicos, neurofisiológicos, vasculares y hormonales que suceden en relación a los actos sexuales. El ciclo de la respuesta sexual humana, descrito por primera vez por

Dickinson en 1949, se ha explicado a través de diversos modelos a lo largo del tiempo, siendo los más utilizados el modelo de Masters y Johnson (1966) y el modelo de Kaplan (1979). Entre los modelos más contemporáneos alejados de una estructura lineal, encontramos el modelo de Basson (2).

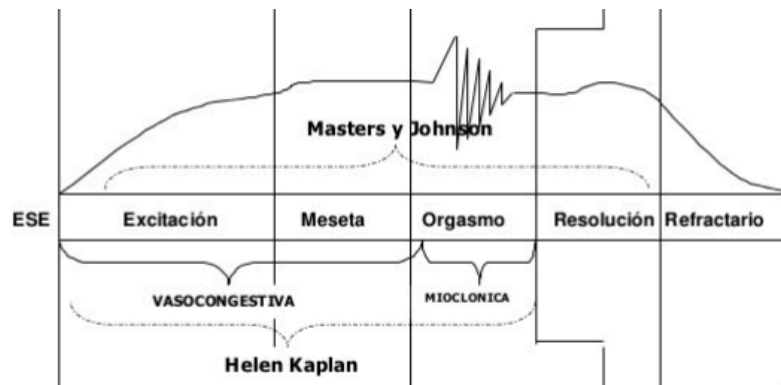


Figura 1. Modelo de Masters y Johnson y modelo de Kaplan.

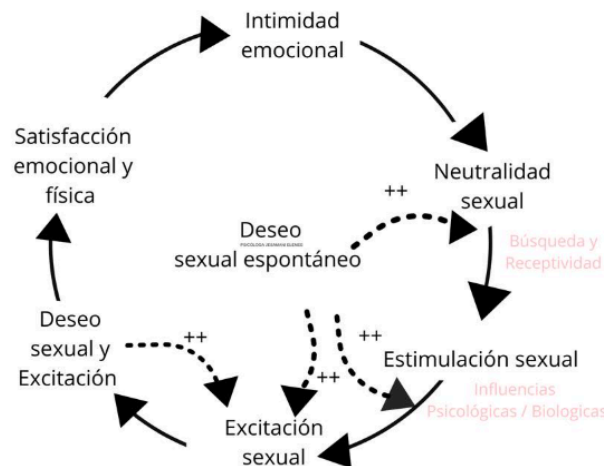
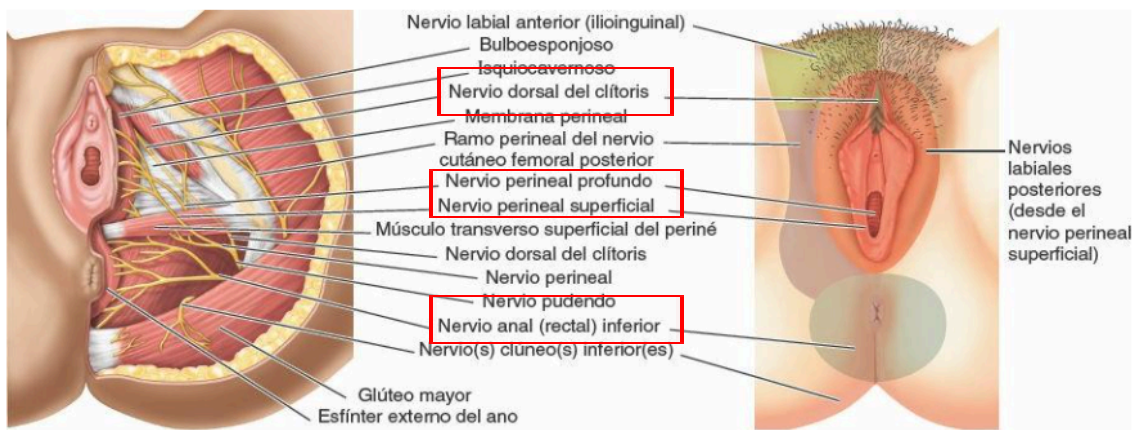
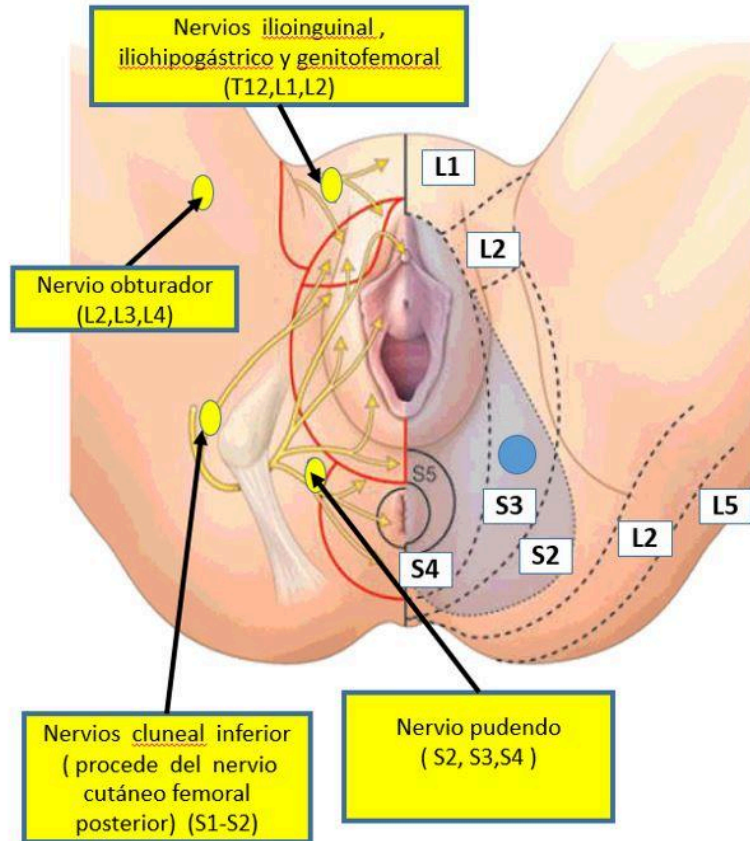


Figura 2. Modelo de Basson.

En el estudio de la neurobiología del deseo, se objetiva una activación a nivel cerebral del hipotálamo, cuerpo estriado ventral, amígdala, ínsula y corteza orbitofrontal, implicando sistemas relacionados con la motivación y la memoria. La excitación se correlaciona con la hipoactivación de la amígdala y el núcleo ventromedial del hipotálamo. La actividad parasimpática condiciona un aumento de la congestión, temperatura y lubricación genital que resulta en un incremento en la conducción de los nervios pudendo y genitofemoral, que son de carácter mixto (sensitivo, motor y autónomo) (2).



Figuras 3 y 4. Inervación del periné.

Atendiendo al papel de las hormonas sexuales femeninas en el ciclo sexual, se exponen a continuación sus principales efectos:

- **Estrógenos:** mantenimiento de la sensibilidad tisular genital, elasticidad, lubricación, pH y microbiota, continencia urinaria, tono de la musculatura del suelo pélvico y movilidad articular.

- Andrógenos: la investigación sobre el papel de la testosterona en la función sexual femenina es escasa. Varios estudios han encontrado una relación entre los andrógenos y el deseo sexual y la excitabilidad, mientras que otros no (6).
- Prolactina: tiende a disminuir la respuesta sexual, por su acción inhibitoria de la dopamina.

Factores de riesgo

- Factores biológicos:
 - Diabetes mellitus, hipertensión arterial, patología neurológica (ej. esclerosis múltiple), enfermedades inflamatorias (fibromialgia, artritis reumatoide).
 - Fármacos: psicofármacos (ISRS), antihipertensivos, antihistamínicos, anticolinérgicos, terapias hormonales o bien trastorno por abuso de alcohol u otras sustancias depresoras del SNC (marihuana, heroína, opioides).
 - Puerperio, lactancia materna, malos antecedentes obstétricos, infertilidad o esterilidad.
 - Síndrome genitourinario de la menopausia, fallo ovárico precoz.
 - Antecedentes de cáncer ginecológico y cáncer de mama (1).
- Factores psicosexuales: Trastornos del Estado de Ánimo (ansiedad, depresión), historia de agresión sexual, mutilación genital femenina, violencia de género, estrés emocional, problemas de pareja, así como rasgos de personalidad con tendencia al perfeccionismo e insatisfacción corporal.
- Contexto: etnia, religión o cultura con ideas restrictivas sobre la sexualidad, expectativas, nivel socioeconómico, apoyo social.

2. CLASIFICACIÓN

A lo largo de la historia, se encuentra una alta discrepancia entre los sistemas de clasificación y las encuestas de medición empleadas en el estudio de la sexualidad. La primera versión de la disfunción sexual femenina (DSF) solo distinguía entre dos tipos, la impotencia masculina y la frigidez femenina.

A continuación, se exponen las principales entidades de DSF recogidas en el DSM-V (*Tabla 1*) (7).

Trastorno del interés/ excitación sexual femenino	Ausencia o disminución significativa de al menos tres: <ul style="list-style-type: none"> ➤ deseo sexual ➤ pensamientos eróticos o fantasía ➤ excitación ante estímulos externos o internos ➤ sensaciones genitales o extragenitales durante RRSS
Trastorno orgásmico femenino	Al menos una: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo en todas o casi todas las ocasiones. ➤ Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.
Trastorno de dolor genitopélvico/ penetración	Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Penetración vaginal durante las relaciones. ➤ Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración. ➤ Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal. ➤ Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.
Inducida por sustancias/ medicamentos	Dificultades que tienen una relación temporal con el inicio, aumento de dosis o interrupción de ciertas sustancias o medicamentos*.
Disfunción sexual inespecífica	No cumple criterios para las categorías definidas.

El diagnóstico de DSF requiere de una duración mínima de seis meses (a excepción de DSF inducida por sustancias o medicamentos) y debe producir un malestar significativo en la paciente. Excluye situaciones en las que estos síntomas están mejor explicados por otras causas secundarias:

- Trastornos mentales no sexológicos como el trastorno de estrés postraumático (TEPT).
- Problemas de pareja u otras situaciones estresantes, incluyendo mujeres víctimas de violencia de género.
- Dolor derivado de otros problemas médicos o ciertos *fármacos (DSF no es el síntoma principal).

La depresión es la causa secundaria más frecuente de DSF, seguida de los fármacos antidepresivos (2). En la mujer es más difícil el estudio de problemas de índole sexual porque con frecuencia se confunde con patología psiquiátrica u otros antecedentes médicos (8,9).

Tanto las clasificaciones previas como las actuales presentan serias limitaciones, con una alta tasa de falsos negativos. Subestiman la disfunción sexual como comorbilidad, que en muchas ocasiones no se resuelve únicamente al tratar el síntoma o trastorno principal. El criterio de duración de seis meses hace que sea difícil realizar una estimación certera de la prevalencia con la evidencia disponible (2,7).

3. TRASTORNOS DE DOLOR GENITOPÉLVICO Y POR PENETRACIÓN.

Dificultad persistente o recurrente hacia la penetración vaginal durante al menos 6 meses, acompañados de miedo o ansiedad intensa, en anticipación al dolor o como resultado de la penetración, dolor en la pelvis o en el área vulvovaginal durante el intento de penetración o una marcada tensión o contracción de la musculatura del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal (1,4).

El vaginismo y la dispareunia, anteriormente diferenciados, quedan ahora englobados en la misma entidad, aunque en la práctica puede ser útil distinguir algunos matices para enfocar el tratamiento (*Tabla 2*). El dolor puede ser de carácter nociceptivo, neuropático e incluir o no componente fóbico del dolor.

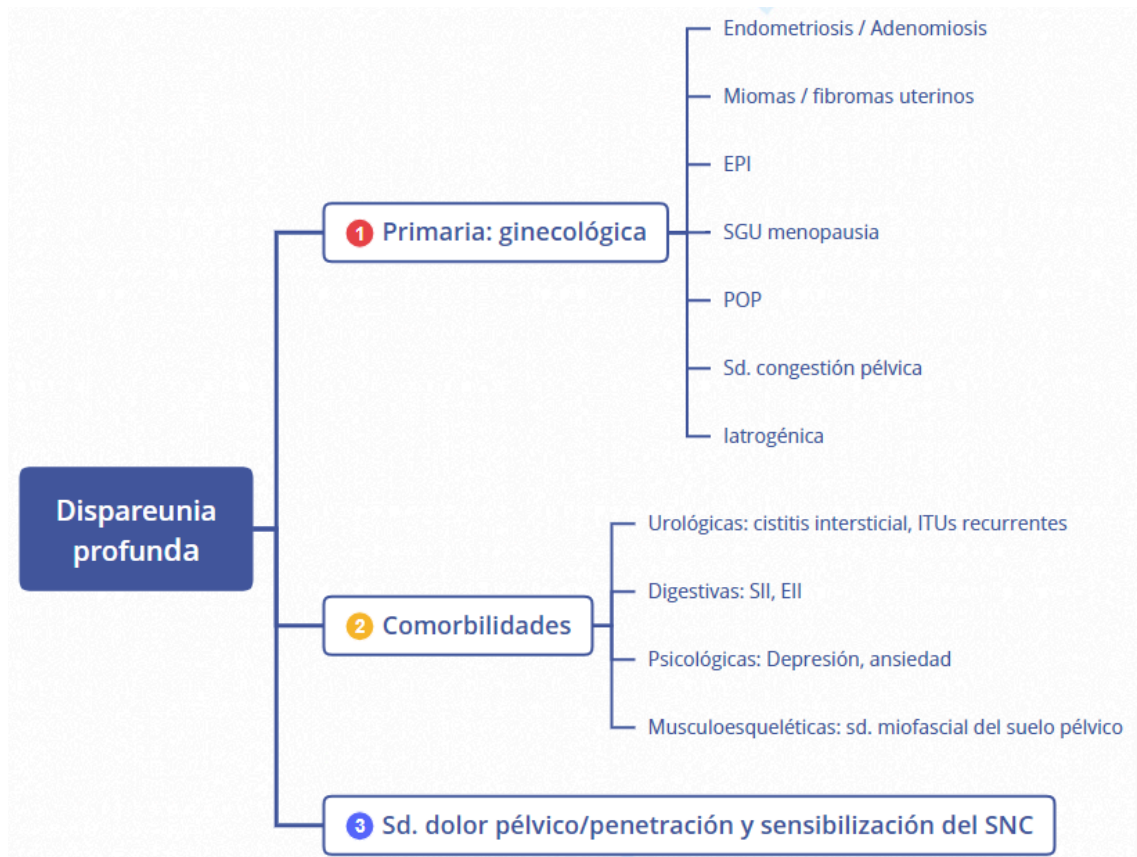
Tabla 2. Rasgos diferenciales entre dispareunia y vaginismo.

Dispareunia	Vaginismo
Dolor con las RRSS	Imposibilidad de penetración
Intento de RRSS	Conducta evitativa
Mayor componente orgánico	Mayor componente fóbico
Mayor grado de mejoría con tratamiento médico vs. otras DSF con dolor.	Mayor éxito de la terapia sexual vs. otras DSF con dolor.
Trastornos emocionales concomitantes	
Acentuación síntomas	Origen síntomas

Etiología

- **Irritativa:** falta de lubricación, síndrome genitourinario de la menopausia, dermatosis vulvar (liquen escleroatrófico o liquen escleroso).
- **Infeciosa:** infecciones de transmisión sexual (ITS) que pueden causar enfermedad inflamatoria pélvica (EPI).
- **Hipoestrogenismo:** ACHO, lactancia materna, menopausia.
- **Iatrogénica:** intervenciones quirúrgicas previas o lesiones de la musculatura del suelo pélvico.

Una vez descartadas las causas biológicas, se debe prestar atención a posible somatización de trastornos emocionales, especialmente en mujeres con rasgos de alexitimia (dificultad para expresar emociones) (10).



Clínica

Tabla 3. Clínica de los trastornos de dolor genito-pélvico/penetración.

Dispareunia	Dolor genital asociado a algún tipo de penetración. ➤ Superficial: a nivel de introito. ➤ Profunda: pelvis.
Vaginismo	Contracción involuntaria de la musculatura del suelo pélvico que impide o dificulta algún tipo de penetración, asociado a un intenso miedo a la misma.
Vestibulodinia	Dolor severo y selectivo en el vestíbulo al tacto o intento de algún tipo de penetración
Vulvodinia	Dolor crónico neuropático en vulva que puede persistir independientemente del estímulo táctil.

Tratamiento

Ver Tabla 4 Manejo inicial desde la consulta de ginecología. Tratamiento.

3. TRASTORNO DEL INTERÉS/EXCITACIÓN SEXUAL.

“Ausencia o disminución significativa de al menos tres de las siguientes: deseo sexual, pensamientos eróticos o fantasía, excitación ante estímulos externos o internos, sensaciones genitales o extragenitales durante las relaciones sexuales.”

Anteriormente llamado deseo sexual hipoactivo (DSM-IV).

Etiología

La sexualidad femenina es por sí misma fluctuante en las diferentes etapas vitales de la mujer y las alteraciones en el deseo sexual son susceptibles a múltiples factores ambientales. Aunque los problemas en el deseo y la excitación pueden ocurrir en ausencia de comorbilidades, la aparición de novo puede ser indicador de enfermedades no diagnosticadas o subclínicas, incluso en mujeres jóvenes (ver *Introducción. Factores de riesgo*).

Tratamiento

Ver Manejo inicial desde la consulta de ginecología. Tratamiento.

Aunque el DSM-V incluye las disfunciones relacionadas con el orgasmo como una entidad diferente, el manejo es similar.

4. CASOS ESPECIALES.

Anticoncepción oral y disfunción sexual.

Las pacientes usuarias de anticonceptivos orales refieren con cierta frecuencia relación con inicio o empeoramiento de problemas en las relaciones sexuales, sobre todo a nivel de deseo, lubricación y factores emocionales (autoestima, autoimagen, etc), mientras que otras no reportan efecto alguno.

Teóricamente, el entorno androgénico de cada mujer depende del efecto androgénico del gestágeno empleado, de la acción antigonadotrópica de la combinación estrógeno-gestágeno sobre la producción ovárica de andrógenos y del efecto del fármaco sobre la unión a las proteínas plasmáticas transportadoras de andrógenos.

El efecto androgénico de los gestágenos puede ejercerse de dos formas: por la estimulación de la unión de los andrógenos a los órganos diana y por su afinidad a las proteínas de unión a las hormonas sexuales (SHGB), desplazando la testosterona e incrementando su fracción libre en plasma. Los anticonceptivos orales actuales incluyen gestágenos con efecto antiandrogénico que disminuyen la cantidad de andrógenos totales y libres. La influencia sobre la respuesta sexual dependerá de la susceptibilidad individual al efecto de los andrógenos (6,11).

En el estudio aleatorizado realizado por Van Lunsen. R et. al en 2019, con una muestra de 81 mujeres con relaciones estables. Los resultados muestran experiencias significativamente menores en escalas sobre deseo y excitabilidad en las pacientes que toman ACHO frente al grupo control. También se observa que al co-administrar DHEA disminuye la tasa de rechazo de iniciativa sexual de las parejas, aunque no hay diferencias significativas en esta variable entre las pacientes que toman ACO y el grupo control (6).

Incontinencia urinaria (IU)

Merecen especial atención los casos de dificultades en las relaciones sexuales asociadas a incontinencia urinaria (IU). La IU es una patología frecuentemente abordada en las consultas de ginecología; en cambio, se pregunta poco sobre su repercusión negativa en las relaciones sexuales. No todas las mujeres con IU tienen edad avanzada y muchas de estas últimas son sexualmente activas (12).

Los síntomas de urgencia se relacionan con dolor suprapúbico, disuria y vulvodinia, mientras que la incontinencia de esfuerzo, sobre todo asociada a prolapso de órganos pélvicos, se relaciona más frecuentemente con dispareunia. Ambos tipos de incontinencia son factor predictor de IU durante el coito. Ante la presencia de IU coital, es interesante investigar si existe incontinencia en otras situaciones o es exclusiva del acto sexual, así como la repercusión o ideas preconcebidas que tenga la paciente sobre este fenómeno, evitando caer en la patologización de procesos naturales dentro del acto sexual (eyaculación femenina, squirting) (12,13).

5. MANEJO INICIAL EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA.

Anamnesis

En la historia clínica habitual en ginecología y obstetricia hay una pregunta que nos aporta bastante conocimiento sobre la vida sexual de las pacientes: *¿utiliza algún método anticonceptivo?* Puede ofrecernos datos acerca del deseo genésico, la existencia o no de relaciones con algún tipo de penetración y la orientación sexual. Aunque no deja de ser adecuada y necesaria, una pregunta indirecta hace difícil una correcta determinación de los problemas sexuales, por omisión o suposición de información. En este sentido, la habilidad para la entrevista neutra es un marcador de calidad (5).

Las recomendaciones sugieren, tras comprobar que la paciente es sexualmente activa, comenzar con preguntas abiertas como *¿alguna dificultad en las relaciones sexuales?* Si la respuesta es afirmativa, se procede a realizar una historia sexual detallada incluyendo: identidad de género y orientación sexual, si tiene pareja estable, tipo de prácticas sexuales, así como nivel de comunicación y de compromiso con el problema de la pareja. Es importante reflejar el grado de afectación a la calidad de vida, la temporalidad y evolución del problema descrito y si ha iniciado alguna medida terapéutica al respecto. Se debe hacer hincapié en los factores psicosexuales, descartando antecedentes de abusos sexuales previos, así como conocer brevemente ideas preconcebidas sobre la sexualidad y sobre la imagen corporal (sobre todo si están atravesando un proceso de cambio, por ejemplo, embarazo o pacientes sometidas a mastectomía u ostomía). El nivel de autocuidado en cuanto a ejercicio físico, higiene del sueño y alimentación, aporta información útil y nos permite aportar recomendaciones iniciales (1).

A la hora de recoger los antecedentes personales, se identificarán factores de riesgo, incluyendo un despistaje de trastornos de estados de ánimo y de empleo de fármacos con potencial relación.

Una vez establecida la sospecha, se encuentran disponibles varias encuestas validadas para evaluar la función sexual. Entre las más empleadas se presentan: Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI, versión en

español), Female Sexual Distress Scale (1,4). DESEA es un cuestionario específico para deseo sexual hipoactivo diseñado por el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología disponible en <https://www.iasexologia.com> (14).

Otras preguntas más específicas son:

- Si lleva a cabo algún tipo de penetración (pene, uso de tampones o copa menstrual, juguetes sexuales, digital) y si ésta es dolorosa o no.
- Dolor antes de la penetración y/o solo con la excitación, así como después de la misma. Incluir duración, intensidad, localización, desencadenantes, características del dolor.
- Historia de cirugías o lesiones en musculatura pélvico-lumbar.
- Hábitos miccionales e intestinales y valoración de la función.
- Empleo de escalas del dolor, por ejemplo, la escala EVA (subjettiva del 0 al 10). Existen escalas específicas para el dolor genital: McGill, Vaginal Penetration Cognition Questionnaire o Vulvar Pain Functional Questionnaire (2). Ayudan a establecer el punto base e intentar objetivar la evolución.
- Deseo sexual. Abordar los trastornos del dolor y del deseo sexual hipoactivo como un continuo, preguntando siempre por la presencia del otro, independientemente del motivo inicial de consulta.

Exploración física

Es razonable encontrar con relativa frecuencia cierta aversión a la exploración. Advertiremos y pediremos permiso a la paciente, explicando la necesidad e importancia de la valoración ginecológica a fin de buscar posibles causas primarias que puedan ser la causa o contribuir al problema.

1. Inspección: evaluación del trofismo genital y descartar presencia de lesiones, quistes o masas, revisando bien las áreas periuretrales, donde se encuentran los orificios de salida de las glándulas de Skene.

2. Tacto vulvar/vaginal: en primer lugar, valorar la integridad de la vía refleja sacra y la sensibilidad vulvar. La integridad del arco reflejo pudiendo se puede comprobar mediante el reflejo bulbocavernoso, que consiste en la contracción anal involuntaria al ejercer presión sobre el periné.

La exploración estandarizada de la vulvodinia consiste en una estimulación táctil con un hisopo de cultivo de las áreas vulvares en sentido horario, aunque la especificidad de este test es controvertida. Se incluye la palpación del periné y de cicatrices de episiorrafia, en el caso de presentarlas.

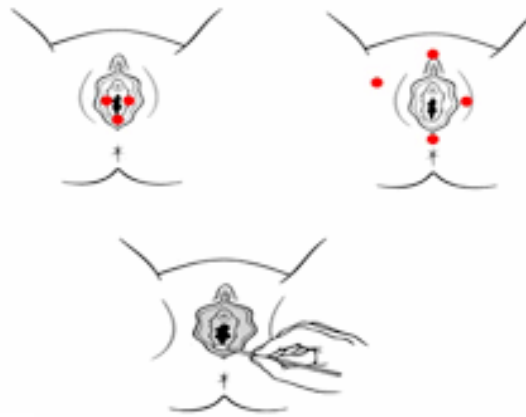


Figura 5. Exploración de la vulvodinia.

En cuanto al tacto vaginal, debe ser inicialmente unidigital con lubricante para comprobar si hay resistencia. Si existe buena tolerancia y la paciente lo permite, avanzaremos con los espéculos de tamaño progresivo.

Posteriormente, es preciso evaluar la musculatura del suelo pélvico, detectando hiper o hipotonías, puntos gatillo o asimetrías en la contracción. Se realiza palpación unidigital del músculo bulboesponjoso a ambos lados, seguida de una depresión suave del introito. Valorar también el músculo isquiocavernoso, obturador y piramidal. Se recomienda incluir el test perineal de Oxford (5).



Figura 6. Exploración músculo elevador del ano y obturador interno.

El tacto de la musculatura pélvica profunda, el tacto bimanual y el dolor con maniobras de Valsalva, orientan hacia patología muscular o visceral o dispareunias profundas.

Si la paciente presenta mucho dolor, algunos autores sugieren ungüentos con lidocaína 10 min antes de la exploración, sin exceder 5g por aplicación, aunque su empleo para la valoración del dolor es cuestionable.

Pruebas complementarias

No son necesarias pruebas analíticas en la evaluación inicial de la disfunción sexual femenina, a excepción de sospecha de patología no diagnosticada (grado de recomendación C) (2). Según la sospecha clínica y a fin de definir la etiología, se realizará ecografía transvaginal, cultivos y/o otras pruebas de imagen como tomografía computerizada (TC) o resonancia magnética (RMN).

Tratamiento

La disfunción sexual femenina requiere de un manejo holístico, con un tratamiento multidisciplinar e individualizado. El objetivo de la atención ginecológica debe ser facilitar la disponibilidad a los distintos tratamientos y atender los factores psicosexuales, apreciando la diversidad, evitando la patologización y favoreciendo el reconocimiento de la diferenciación sexual. En caso de malestar extremo, ofrecer buena orientación para poder resolverlos, con la derivación oportuna a especialistas.

No es objetivo de esta revisión exponer en detalle los tratamientos de cada tipo de disfunción sexual, ya que dependen fundamentalmente de la etiología subyacente y las comorbilidades asociadas. A continuación, se exponen los principales pilares que conforman el manejo de la DSF:

- Terapia sexual: se debe entender como parte intrínseca del tratamiento, cuya ausencia justifica la ausencia de mejoría en muchos casos tras intervenciones médicas. No resulta efectivo el tratamiento exclusivo de la enfermedad desencadenante de dolor, debe realizarse terapia sexual para atender las secuelas psicológicas de ese dolor (grado de recomendación B). El modelo de intervención depende principalmente del tipo de disfunción sexual.

Hay que tener en cuenta que, como paso previo a la terapia sexual, la gran mayoría de problemas se pueden resolver con asesoramiento o consejo sexológico breve. Dentro de la terapia sexual, destaca la desensibilización sistemática con dilatadores como terapia específica del vaginismo (1,5).

- Rehabilitación de suelo pélvico: considerar derivación en caso de hipertonías, frecuentes en la dispareunia y vulvodinias, o hipotonías, en casos de incontinencia urinaria o trastorno del interés/deseo.

Algunas de las técnicas empleadas son: masaje perineal, reeducación activa del suelo pélvico (ejercicios Kegel), vesical e intestinal, biofeedback o electroestimulación.

- Tratamiento médico:

- *Trastorno por dolor genitopélvico/penetración*: recomendar hidratantes y lubricantes de base acuosa como primera línea o coadyuvancia al tratamiento específico de la causa primaria.

En la vulvodinia, puede ser útil el tratamiento con crema anestésica con lidocaína 5% o gapapentina en dolores neuropáticos. En casos refractarios, sobre todo de causa yatrogénica, se contempla la vestibulectomía. También tiene utilidad el láser CO2 (también utilizado en la atrofia vulvovaginal). Se ha descrito el empleo de toxina botulínica tipo A en vaginismos refractarios limitantes.

- *Trastorno de interés/deseo*: hay cierta evidencia de terapias de corta duración con testosterona transdérmica en la menopausia; sin embargo, no hay disponibilidad de límites serológicos androgénicos que nos permitan realizar un diagnóstico y seguimiento analítico adecuado. Algunos tratamientos no hormonales son: flibanserina (no comercializada en España) bupropion, suplementos alimenticios (L-arginina) (1).
- *DSF inducida por sustancias*: considerar interconsulta o derivación a unidad de referencia para adecuación del tratamiento médico. Los fármacos antidepresivos cuyos mecanismos de acción interfieren en menor medida con el deseo sexual son algunos como el bupropion, mirtazapina, vortioxetina, vilazodona o la selegilina transdérmica (2).

6. CONCLUSIONES

- Los profesionales en obstetricia y ginecología deben realizar una anamnesis inicial sobre salud sexual femenina a fin de identificar problemas que requieran de un abordaje más específico y ayudar a desestigmatizar cuestiones relacionadas con la función sexual de las pacientes (grado de recomendación C). Se puede potenciar la prevención primaria y la educación a la población sobre los distintos tipos de DSF, sus factores de riesgo y sus posibilidades de tratamiento.
- Las mujeres con patología ginecológicas tienen más riesgo de sufrir algún problema de índole sexual y existe una necesidad de estandarización de planes de actuación ante los mismos.
- Ante la sospecha de disfunción sexual, se recomienda realizar screening de comorbilidades más frecuentes, así como una exploración física específica de los trastornos por dolor genitopélvico/penetración, aunque no sea el motivo de consulta inicial.
- La historia sexológica se debe incluir en el evolutivo, independientemente de si el tratamiento es farmacológico, quirúrgico, rehabilitador o de terapia psicológica.
- Se debe ser consciente de las limitaciones de los criterios diagnósticos actuales y la necesidad de utilizar herramientas que aumenten la tasa de detección, como cuestionarios validados.
- Son necesarios más estudios con tamaños muestrales grandes e interpoblacionales que nos permitan darnos cuenta en la comunidad médica de la dimensión del problema y poder ofrecer un apoyo y opciones de tratamiento reales y eficaces para estas pacientes.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Practice Bulletins Gynecology. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. *Obstet Gynecol.* julio de 2019;134(1):e1-18.
2. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. *Psychiatr Clin North Am.* junio de 2017;40(2):267-84.
3. Naveiro Fuentes M, Benito Villena R, Naveiro R, Heredia Sánchez M, Cámara Roca L, Fernández Parra J. Evaluación de la salud sexual femenina en la consulta de Ginecología. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.* 1 de julio de 2022;49(3):100768.
4. Portillo Sánchez S. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Revista Oficial de la SEGO.* 2017;60(4):320-7.
5. La Calle Marcos P. MANUAL DE ASESORAMIENTO SEXOLÓGICO EN GINECOLOGÍA. Madrid: Síntesis; 2019.
6. Van Lunsen RHW, Zimmerman Y, Coelingh Bennink HJT, Termeer HMM, Appels N, Fauser BCJM, et al. Maintaining physiologic testosterone levels during combined oral contraceptives by adding dehydroepiandrosterone: II. Effects on sexual function. A phase II randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Contraception.* julio de 2018;98(1):56-62.
7. American Psychiatric Association, *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*, Arlington, 2013.
8. Chen CH, Lin YC, Chiu LH, Chu YH, Ruan FF, Liu WM, et al. Female sexual dysfunction: Definition, classification, and debates. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 2015;2(1):3-7.
9. Mwampagatwa IH. Sexuality and sexual dysfunction in women: A review of current knowledge and areas for further research. *Sky Journal of Medicine and Medical Sciences* 2015; 3(2):14-23.

10. Cabello-Santamaría F, Cabello-García MA, Aragón-Vela J, Del Río FJ. Creating and Validating the DESEA Questionnaire for Men and Women. *J Clin Med*. 20 de julio de 2020;9(7):2301.
11. Coenen CM, Thomas CM, Borm GF, Hollanders JM, Rolland R. Changes in androgens during treatment with four low-dose contraceptives. *Contraception*. marzo de 1996;53(3):171-6.
12. Orr N, Wahl K, Joannou A, Hartmann D, Valle L, Yong P, et al. Deep Dyspareunia: Review of Pathophysiology and Proposed Future Research Priorities. *Sex Med Rev*. enero de 2020;8(1):3-17.
13. Al Adib Mendi M. Hablemos de vaginas: salud sexual femenina desde una perspectiva global. Madrid: Oberon; 2019.
14. Duralde ER, Rowen TS. Urinary Incontinence and Associated Female Sexual Dysfunction. *Sex Med Rev*. octubre de 2017;5(4):470-85.