

Herramientas para el manejo clínico del deseo sexual hipoactivo

Tools for the clinical management of hypoactive sexual desire

Nicole Crimer^a , Alejandrina Lo Sasso^a 

Resumen

La disminución del deseo sexual, también llamada deseo sexual hipoactivo, es una de las disfunciones sexuales más frecuentes, con una prevalencia del 10 al 30% en mujeres y del 15% en hombres. En este artículo, las autoras reseñan las causas más frecuentes y las estrategias actuales para su abordaje diagnóstico y terapéutico.

Abstract

Decrease in sexual desire, also known as hypoactive sexual desire, is one of the most common sexual dysfunctions, affecting 10 to 30% of women, and 15% of men. In this article, the authors review the most frequent causes and the current strategies for its diagnosis and treatment.

Palabras clave: Disfunción Sexual, Deseo Sexual Hipoactivo, Atención Integral de Salud. Key words: Sexual Dysfunction, Hypoactive Sexual Desire, Comprehensive Health Care

Crimer N, Lo Sasso A. Herramientas para el manejo clínico del deseo sexual hipoactivo. Evid Actual Pract Ambul. 2025;28(3):e007164. Available from: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v28i3.7164>

^aServicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. nicole.crimer@hospitalitaliano.org.ar, alejandrina.losasso@hospitalitaliano.org.ar

Nota de lenguaje

Las autoras reconocemos la importancia de la evolución del lenguaje y de la inclusión de las diversidades en los textos médicos. Sin embargo, dado que aún no se ha alcanzado un consenso sobre su implementación, este documento utilizará el lenguaje vigente. Se hará referencia a los géneros más prevalentes, femenino y masculino, debido a la limitada disponibilidad de estudios que aborden las experiencias de las disidencias. Esperamos que futuros devenires y afianzamientos del lenguaje permitan una mejor representación de todas las identidades de género.

Introducción

La sexualidad es un aspecto central en la vida de las personas y atraviesa todas las etapas del ciclo vital. El concepto de sexualidad es amplio; no se limita al sexo, sino que incluye las identidades y roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexoafectiva. Se expresa a través de pensamientos, deseos, fantasías, creencias, actitudes, valores, conductas y vínculos,

y está influida por múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos¹. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció a la salud sexual como un derecho humano básico².

El término disfunciones sexuales se refiere a dificultades o imposibilidades para vivir la sexualidad de la forma en que una persona lo desea. Este punto es central: no toda dificultad en la vida sexual constituye una disfunción. Para establecer este diagnóstico, debe generar un malestar significativo, afectar la calidad de vida y/o el vínculo con otras personas.

A lo largo de la vida, es común experimentar alguna disfunción sexual, al menos de manera transitoria. Una de las disfunciones más prevalentes es la disminución del deseo sexual, también llamada trastorno por deseo sexual hipoactivo. Este cuadro incluye síntomas persistentes o recurrentes como la falta o reducción del interés en la actividad sexual, la disminución de las fantasías eróticas y la ausencia de respuesta ante estímulos sexuales. Es más fre-

cuenta en mujeres³, con una prevalencia estimada entre el 10 y el 30% a lo largo de la vida, mientras que en varones es del 15%⁴, y puede tener causas

psicológicas, biológicas, vinculares o una combinación de varios de estos factores, como sintetiza la tabla 1.

Tabla 1. Causas de la disminución del deseo sexual.

Biológicos	Alteraciones hormonales	Déficit de andrógenos, hipertiroidismo, hiperprolactinemia
	Enfermedades crónicas	EPOC, diabetes, lupus, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, enfermedades oncológicas
	Trastornos vasculares y/o del sistema nervioso	Enfermedad vascular periférica, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple
	Problemas ginecológicos	Endometriosis, miomas uterinos, síndrome genitourinario de la menopausia, prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria
	Medicaciones	Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y de serotonina y noradrenalina (IRSN) (como fluoxetina, sertralina, paroxetina, venlafaxina, duloxetina) y otros como mirtazapina, bupropion y agomelatina; antipsicóticos (risperidona, haloperidol, olanzapina); anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, fenobarbital); benzodiacepinas; betabloqueantes (atenolol, metoprolol); antiestrógenos (tamoxifeno, anastrozol); anticonceptivos hormonales (progestágenos, combinados orales, implantes)
	Consumo de sustancias	Nicotina, alcohol, opioides
Psicológicos	Trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad)	
	Estrés crónico	
	Falta de habilidades eróticas	
	Educación restrictiva	
	Problemas con la imagen corporal	
	Insatisfacción sexual	
	Disfunciones sexuales previas	
Vinculares	Problemas de pareja	
	Discrepancias en la frecuencia del deseo	
	Cambios en los roles dentro de la relación	
	Factores socioambientales (p. ejemplo falta de privacidad)	

Nota: Esta clasificación se basa en evidencia recopilada en revisiones narrativas y guías clínicas que abordan el abordaje diagnóstico y terapéutico del trastorno por deseo sexual hipoactivo.

Fisiología de la respuesta sexual humana

El deseo sexual surge de la interacción compleja entre tres grandes componentes: una base neurofisiológica, una predisposición emocional y cognitiva, y estímulos adecuados. A nivel biológico intervienen el sistema límbico, la amígdala y el núcleo

accumbens, junto con neurotransmisores como la dopamina y un equilibrio adecuado de testosterona. En el plano emocional y cognitivo influyen factores educativos, socioculturales, psicológicos e interpersonales. Finalmente, el deseo se activa cuando existen estímulos internos o externos suficientemen-

te eficaces para generar sensaciones y sentimientos sexuales.

Según la teoría lineal de Master y Johnson de 1966, la respuesta sexual es de similares características en hombres y mujeres; sin embargo, existen algunas diferencias biológicas: las mujeres pueden experimentar múltiples orgasmos, mientras que los hombres presentan un período refractario posterior a la resolución, cuya duración varía de minutos a días según la edad⁵. Posteriormente, Basson (ver fig. 1) propuso un modelo que contempla una respuesta sexual más compleja y contextualizada, particularmente en mujeres⁵. Según este enfoque, es posible iniciar un encuentro sexual sin deseo sexual espontáneo y que este aparezca o se intensifique a medida que avanza la experiencia, influido por la excitación, la conexión emocional, la intimidad, la satisfacción física y los estímulos presentes. Aunque este modelo plantea que el deseo espontáneo es más frecuente en los varones, puede que esta afirmación se apoye en estereotipos de género tradicionales. En la actualidad, se reconoce que las formas de experimentar y expresar el deseo son diversas y no están determinadas por el género, sino por múltiples factores individuales y contextuales. Aún considerando las limitaciones que tiene la teoría cuando consideramos posiciones más actuales del género y la sexualidad, la relevancia de este modelo radica en que, desde esta perspectiva, la falta de iniciativa sexual no se interpreta necesariamente como un signo de disfunción. Muchas mujeres consultan angustiadas porque no sienten el impulso de tomar la iniciativa, o porque esta actitud es vivida por sus parejas como un indicio de desinterés. Sin embargo, comprender que el deseo puede surgir en el transcurso del encuentro, y no siempre de forma espontánea, puede ser esclarecedor y brindar alivio frente a preocupacio-

nes que, en muchos casos, no responden a una patología. Este modelo también ayuda a distinguir entre formas diversas y válidas de vivir la sexualidad y aquellas situaciones que podrían señalar un trastorno. Si bien muchas personas no experimentan deseo antes del encuentro, y eso no representa un problema, cuando el deseo está ausente de manera persistente, incluso durante la actividad sexual, y esto genera malestar, entonces sí puede tratarse de un trastorno por deseo sexual hipoactivo.

Abordaje

Dado que cualquier condición que afecte la salud de las personas puede impactar en su sexualidad y dar lugar a este tipo de disfunciones con repercusiones en la calidad de vida y en los vínculos sociales, resulta importante que el equipo de atención primaria esté preparado para identificar las disfunciones sexuales más frecuentes, brindar un primer abordaje y realizar la derivación correspondiente en caso de ser necesaria.

Existe un debate vigente en torno a cuál es la mejor manera de abordar los problemas de salud sexual en el ámbito de la atención primaria. Algunos profesionales abogan por una intervención proactiva, mientras que otros advierten que este tipo de indagaciones pueden resultar invasivas si no surgen de una demanda explícita del paciente. En el caso de tomar una postura proactiva, se sugiere el uso de preguntas abiertas como: *¿tiene relaciones sexuales?* o *¿cómo se siente con su sexualidad?*, con el fin de evitar supuestos basados en la heteronormatividad o la monogamia. Desde la segunda perspectiva, se propone esperar a que sea la persona que consulta quien manifieste sus inquietudes. Esta tensión entre la intervención activa y el respeto por el ritmo del consultante refleja la complejidad del tema y la necesidad de continuar discutiendo cuál es el enfoque más adecuado.

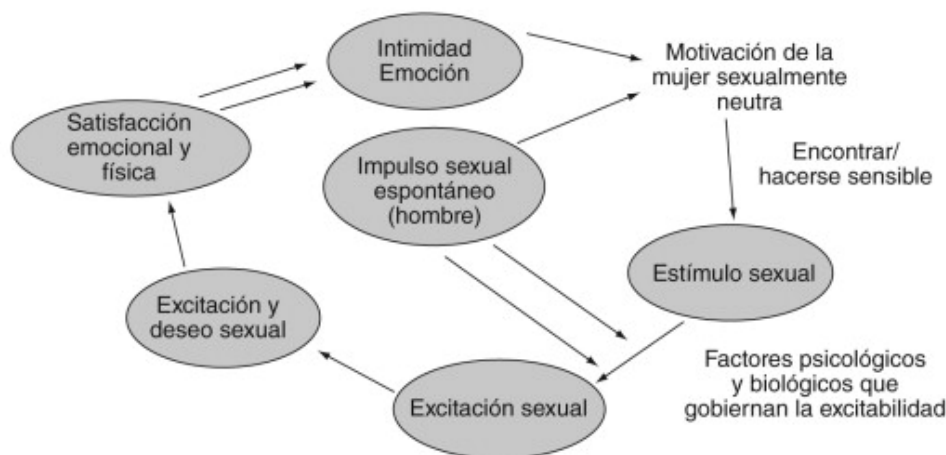


Fig. 1. Modelo de respuesta sexual humana propuesta por Basson.

Fuente: Sánchez Sánchez F. Rev Int Androl. 2010;8(1):21-27⁵

Ya sea que la consulta haya sido motivada por quien consulta o por el profesional, es importante tener en cuenta el impacto emocional que puede generar hablar en forma abierta sobre estos temas. La consulta puede ser una oportunidad única para que la persona se exprese; por eso, resulta clave sostener una actitud empática, con escucha activa y un lenguaje claro. Se recomienda evitar tanto los tecnicismos innecesarios como las expresiones vulgares, procurando que la información sea accesible y comprensible. Es deseable generar un espacio de diálogo que permita responder dudas e inquietudes, y promueva una conversación respetuosa y libre de prejuicios. Durante la entrevista inicial, que puede incluir o no a la pareja, suele ser útil comenzar con preguntas abiertas para explorar el motivo de consulta.

Al momento de abordar el problema, la evaluación busca construir un diagnóstico que contemple los distintos factores que influyen en la sexualidad, identificando aquellos que podrían estar contribuyendo a su aparición o mantenimiento, con el objetivo de orientar la intervención más adecuada. Para ello, puede ser pertinente realizar una historia clínica sexual detallada, que contemple aspectos como las relaciones actuales, la situación laboral y social, el inicio y la evolución del problema, su frecuencia y severidad, el consumo de drogas recreativas, la medicación habitual y los antecedentes médicos. Es recomendable explorar antecedentes psicosociales relevantes, como psicopatologías, experiencias de abuso, rupturas vinculares traumáticas o percepciones relacionadas con la autoestima. La historia psicosexual puede incluir las actitudes hacia la sexualidad, la educación sexual recibida, creencias, expectativas y experiencias previas. También puede ser útil explorar el estilo de vida, ya que ciertos hábitos podrían influir en la aparición o persistencia de las disfunciones sexuales, como por ejemplo el consumo problemático de alcohol, marihuana u otras drogas. Asimismo, es importante explorar la dinámica vincular y prestar atención a quién impulsó la consulta. En algunos casos, es posible que uno de los miembros de la pareja proyecte necesidades propias como si fueran de la otra persona, lo que requiere una mirada atenta y una intervención cuidadosa.

El examen físico no siempre resulta necesario, pero cuando se considera pertinente, puede incluir una evaluación general del estado de salud, de los caracteres sexuales secundarios y de los sistemas

nervioso, cardiovascular y genitourinario. En ocasiones, una evaluación normal puede ser útil para el reaseguro⁶.

Los estudios complementarios también suelen tener una utilidad limitada, y su solicitud dependerá de la sospecha clínica. En caso de sospechar anemia, diabetes o enfermedad renal, será de utilidad solicitar hemograma completo, glucemia y creatinina. Dosajes de hormonas tiroideas y sexuales (como andrógenos y prolactina) pueden ser útiles si se sospecha alteración de estos ejes⁶. En ciertas situaciones, podrían indicarse estudios por imágenes, como una ecografía trans- vaginal en el caso de dispareunia.

Estrategia PILSETI

El modelo PILSETI es una propuesta para el abordaje de dificultades sexuales, desarrollada por Annon en 1974. Se trata de una serie de acciones escalonadas que el profesional de la salud puede implementar, dependiendo de la situación y de su nivel de formación.

En un primer momento se destaca la importancia de ofrecer permiso (P), es decir, habilitar un espacio seguro donde la persona pueda hablar abiertamente sobre su sexualidad. A continuación, se puede brindar información limitada (IL), es decir, compartir datos claros, pertinentes y ajustados a la consulta específica. El siguiente paso consiste en ofrecer sugerencias específicas (SE), elaboradas a partir de una evaluación cuidadosa del motivo de consulta y ajustadas a las posibilidades del paciente.

Estos tres primeros niveles suelen estar al alcance de profesionales de atención primaria con formación básica en salud sexual. Cuando la situación lo requiere, se puede considerar la derivación a una instancia de terapia intensiva (TI), que generalmente incluye abordajes psicoterapéuticos especializados, como la terapia sexual.

¿A qué se refiere la información limitada?

El segundo nivel del modelo PILSETI, Información Limitada (IL), propone ofrecer al paciente datos específicos y relevantes sobre su preocupación sexual, evitando explicaciones excesivas o demasiado técnicas que puedan resultar confusas o generar ansiedad. Su propósito es facilitar una comprensión básica y accesible de lo que está ocurriendo, sin abrumar.

Este nivel suele ser especialmente útil, ya que muchas dificultades sexuales están atravesadas por mitos, desinformación o creencias que generan inseguridad, culpa o expectativas poco realistas. En

muchos casos, brindar información clara puede ayudar a corregir estas ideas y favorecer una mejora significativa sin requerir intervenciones más complejas. Algunos ejemplos de mensajes que pueden resultar esclarecedores son: que es esperable que el deseo fluctúe a lo largo de la vida, que factores como el estrés o ciertos medicamentos pueden influir en la respuesta sexual, que no existe una frecuencia considerada normal para la actividad sexual, que la falta de iniciativa no implica necesariamente una disminución del deseo.

¿Qué sugerencias específicas podemos hacer?

Dentro del modelo PILSETI, cuando la IL no alcanza para acompañar de manera adecuada una consulta por disminución del deseo, se puede avanzar hacia las SE, que deben ser adaptadas a la singularidad de cada persona y su contexto.

En este sentido, si el malestar parece vincularse principalmente a factores biológicos —por ejemplo, cuando se presenta de forma persistente, sin relación clara con el contexto emocional o relacional, o acompañado de otros síntomas físicos—, se pueden explorar posibles causas hormonales, como niveles bajos de testosterona, elevados de prolactina, o alteraciones en el eje tiroideo, entre otros, que podrían influir en la libido.

También es importante revisar la medicación habitual, ya que como antes mencionamos, ciertos fármacos pueden tener efectos sobre la respuesta sexual. En personas que requieren tratamiento por ansiedad o depresión, la vortioxetina —modulador de la serotonina— es una alternativa con menor impacto en la función sexual en comparación con antidepresivos tradicionales.

Muchos cambios en el estilo de vida, como la actividad física, una alimentación más consciente, o la reducción del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, pueden ser aliados para mejorar el bienestar sexual. En esta línea, es importante destacar que una vida sexual plena es posible para casi todas las personas, de manera independiente de su apariencia física o condición de salud. Quienes no se ajustan a ciertos estándares de cuerpo o belleza, o quienes viven con dolor crónico, discapacidad u otras condiciones, también pueden experimentar y disfrutar una sexualidad satisfactoria.

Cuando la disminución del deseo se vincula con aspectos emocionales o psicológicos —como ansiedad, depresión, agotamiento crónico o una relación conflictiva con el propio cuerpo— es necesario construir un acompañamiento que no reproduzca mandatos ni presiones. En un contexto social en el

que especialmente las mujeres han sido históricamente privadas del derecho al deseo y al placer, es fundamental ofrecer un espacio que habilite la reconexión con el propio cuerpo desde la ternura y la autonomía. Las técnicas de relajación (respiración, mindfulness, visualizaciones) pueden favorecer esta reconexión. También puede ayudar la prescripción de ejercicios íntimos sin expectativas de actividad sexual o genital, que inviten a reconectar con el placer desde el disfrute corporal, emocional o afectivo, sin presiones de rendimiento o metas específicas.

En personas que expresan dificultades vinculadas a la dinámica de pareja, conviene abrir preguntas sobre la calidad de los vínculos, los acuerdos existentes y el grado de libertad para expresar deseos, fantasías y límites. El deseo sexual muchas veces se ve afectado por cargas desiguales en las tareas de cuidado, dinámicas afectivas asimétricas o la falta de espacios para la intimidad emocional, y también por mandatos culturales o de género que condicionan su vivencia: por ejemplo, la expectativa de que los varones “siempre tengan ganas” o que las mujeres prioricen el deseo ajeno por sobre el propio. En este contexto, no se trata solo de revitalizar el deseo dentro de la pareja, sino de habilitar una mirada más amplia y respetuosa sobre la sexualidad, que legitime la diversidad de experiencias, incluida la elección de no buscar en forma activa el deseo, sin patologizarla ni juzgarla.

Cuando el deseo hipoactivo se encuentra atravesado por factores culturales —como una educación sexual restrictiva, mandatos religiosos o mitos sobre el valor personal asociado al desempeño sexual—, puede ser transformador habilitar un proceso de reconstrucción de saberes sobre la sexualidad. Reivindicar la autoexploración como derecho, despatologizar la variabilidad del deseo y cuestionar los modelos normativos abre la posibilidad de construir una relación más libre, amable y soberana con la propia sexualidad. En este sentido, la masturbación, el contacto con el propio cuerpo o la búsqueda de nuevas formas de intimidad pueden ser herramientas valiosas, no necesariamente orientadas a recuperar un deseo perdido, sino a encontrarse con el propio deseo —o su ausencia— desde un lugar más genuino.

¿En qué consiste la terapia sexual?

La terapia sexual busca tratar dificultades o disfunciones relacionadas con la sexualidad, tanto en individuos como en parejas. Es un abordaje terapéutico basado en una combinación de técnicas

psicológicas y educativas con un enfoque cognitivo conductual. A diferencia de la terapia psicoanalítica más tradicional, esta perspectiva de la terapia sexual se debe a que muchas disfunciones sexuales (como la ansiedad ante el rendimiento, la evitación del sexo o el dolor en las relaciones) están influenciadas por hábitos, aprendizajes previos o respuestas automáticas. Para abordarlas, se utilizan técnicas que buscan cambiar esos patrones de conducta a través de la exposición progresiva, la relajación o la reestructuración de creencias. En cuanto a la disminución del deseo, el foco se coloca en no esperar que el deseo sexual aparezca de manera espontánea. Mantener un grado de deseo a cierta edad y/o luego de varios años con la misma pareja sexual puede ser difícil de sostener. Se suelen indicar encuentros para favorecer fantasías tales como lecturas eróticas, películas y obras de teatro. Son recomendables la autoestimulación, el uso de juguetes sexuales en la escena para el conocimiento personal y la focalización sensorial. Es fundamental que la sexualidad se desarrolle en un marco libre de presiones de rendimiento, metas preestablecidas o exigencias externas, privilegiando el disfrute subjetivo y el encuentro con el otro. No hay un algoritmo a seguir; la terapia es un traje a medida para cada individuo o pareja.

Estrategias farmacológicas

Las estrategias de tratamiento farmacológico disponibles cuentan con distintos grados de respaldo por la evidencia científica. En algunos casos, aún existe controversia debido a que las investigaciones no siempre ofrecen resultados concluyentes respecto a la efectividad para alcanzar desenlaces clínicamente relevantes y a la incertidumbre sobre los efectos adversos a largo plazo.

Bupropión

El bupropión es un antidepresivo dual, agonista de dopamina y noradrenalina, aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus iniciales en inglés) para el tratamiento de la cesación tabáquica, y que también también sería efectivo para mejorar el deseo sexual en mujeres con deseo sexual hipoactivo⁷⁻⁹.

Si bien existe mayor evidencia de su eficacia en mujeres antes de la menopausia, también puede utilizarse durante el climaterio y en hombres, y en especial en personas con algún trastorno del ánimo. Es importante recordar que su uso está contraindicado en personas con antecedentes de convulsio-

nes y/o trastornos de la conducta alimentaria, debido a su acción a nivel del sistema nervioso central y su efecto anorexígeno. Entre sus eventos adversos más frecuentes se encuentran la cefalea, la irritabilidad y la ansiedad⁸.

La dosis recomendada para el tratamiento de la disfunción sexual varía según la fuente; mientras algunos recomiendan dosis máximas de 150 mg por la mañana, ya que dosis mayores podrían empeorar el perfil sexual, otros sugieren la posibilidad de aumentarla a 150 mg dos veces al día en caso de ser necesario⁷⁻⁹. En este caso, se sugiere iniciar con la mitad de la dosis, aumentarla en ausencia de efectos adversos luego de siete días, y reevaluar los resultados luego de, al menos, tres meses de uso.

Tibolona

La tibolona es un compuesto sintético que, tras su metabolización en el organismo, genera compuestos con efectos estrogénicos, progestágenos y androgénicos, lo que le permite actuar como modulador tisular de diferente manera en distintos tejidos. Forma parte de las estrategias de reemplazo hormonal en mujeres durante la posmenopausia para aliviar síntomas vasomotores del climaterio y prevenir la pérdida de la masa ósea. Además podría mejorar el bienestar sexual al reducir la dispareunia y la sequedad vaginal. Algunos ensayos clínicos han mostrado que mejora el deseo sexual en comparación con placebo^{10,11}. Sin embargo, la confianza en estos hallazgos ha sido cuestionada debido al riesgo de sesgo incierto o alto (principalmente por problemas en el cegamiento o el ocultamiento de la asignación aleatoria) y a la imprecisión dada por los tamaños muestrales pequeños, con intervalos de confianza amplios¹².

La dosis habitual de tibolona es de 2,5 mg diarios. No hay consenso sobre la duración óptima del tratamiento, aunque dado el potencial de efectos adversos a largo plazo, es fundamental realizar un seguimiento regular para evaluar la relación entre beneficios y riesgos en cada paciente. Entre sus efectos adversos, se ha descrito un mayor riesgo de sangrado vaginal no programado y un incremento en el 50% del riesgo de recurrencia tumoral en mujeres con antecedentes personales de cáncer de mama (Odds Ratio 1,5; Intervalo de Confianza [IC] del 95% 1,21 a 1,85)¹³. Además, en mujeres mayores de 60 años, se ha observado mayor riesgo de accidente cerebrovascular que en quienes no usaron tibolona. En un ensayo que debió ser interrumpido en forma prematura por este motivo,

fueron documentados 43 eventos isquémicos o hemorrágicos en 2.249 pacientes asignadas a tibolona y 13 en 2.257 asignados a placebo, lo que permitió estimar un incremento del riesgo absoluto de 2,3 (IC 95% 0,4 a 4,2) por 1000 personas-año de seguimiento y un riesgo relativo de 2,9 (IC 95% 1,14 a 4,23)¹⁴.

Tratamientos hormonales con efecto estrogénico

Una revisión sistemática de ensayos clínicos publicada en 2023 evaluó los efectos de distintos compuestos con efecto estrogénico (estrógenos solos, en combinación con progestágenos, esteroides sintéticos como la tibolona y moduladores selectivos de los receptores estrogénicos [SERMS] solos o en combinación con estrógenos) en la función sexual de mujeres transitando la posmenopausia¹². Sus autores concluyeron que, en comparación con placebo, sólo la terapia estrogénica (por vía transdérmica o vaginal) podría mejorar ligeramente la función sexual en mujeres con síntomas asociados a la menopausia o el climaterio temprano (cinco años de amenorrea), en especial el dolor, la lubricación y la satisfacción sexual (Diferencia Media Estandarizada [DME] 0,50; IC 95% 0,04 a 0,96; heterogeneidad evaluada mediante I^2 88%; tres estudios; 699 mujeres; moderada calidad de evidencia)¹².

Testosterona

La testosterona está indicada en hombres cuando se confirman niveles bajos de testosterona total en al menos dos mediciones matutinas de días distintos^{15,16}. Los síntomas que pueden sugerir hipogonadismo incluyen la disminución de la libido, la reducción de las erecciones matinales, la pérdida de vello corporal, la baja densidad mineral ósea, la ginecomastia y los testículos pequeños¹⁷. Esta hormona puede administrarse en forma de gel o como inyecciones. En caso de optar por el gel, debe aplicarse un sobre diario en una área sin vello, alternando los sitios de aplicación para prevenir irritaciones. Entre las formulaciones inyectables, la opción más utilizada es el undecanoato de testosterona, en dosis de 1.000 mg cada tres meses. El monitoreo del tratamiento incluye controles de testosterona sérica a los dos o tres meses del inicio y luego, si los niveles se mantienen estables, cada seis a doce meses. Es fundamental prestar atención a posibles efectos adversos, entre ellos la eritrocitosis, que puede requerir la suspensión del tratamiento si el hematocrito supera el 54%. En hombres

con antecedentes de cáncer de próstata, la testosterona está contraindicada¹⁸.

Si bien la relación entre la actividad androgénica endógena y la disminución del deseo sexual en mujeres no ha sido completamente establecida, el uso de testosterona se ha vuelto cada vez más frecuente. Por otro lado, la evidencia sobre la seguridad y eficacia de esta intervención es inconsistente. La FDA sólo ha aprobado su uso en hombres⁹, y en algunos países europeos donde se habían aprobado los parches de testosterona, luego fueron retirados del mercado¹⁹. La única indicación de uso basada en la evidencia para mujeres es el deseo sexual hipoactivo en la posmenopausia¹⁶. Antes de la menopausia la evidencia es insuficiente para hacer recomendaciones de tratamiento²⁰, mientras que en la postmenopausia ha demostrado mejorar el deseo y la satisfacción sexual sin aumentar la incidencia de eventos adversos a corto plazo²¹⁻²⁴. En 2019, el Consenso Global Intersociedades estableció que, en mujeres con deseo sexual hipoactivo completamente informadas sobre sus eventos adversos, la suplementación con testosterona podría ser probada, aunque desaconsejó la utilización de preparados inyectables o implantables (*pellets*) de testosterona, debido a que suelen asociarse a dosis suprafisiológicas y sus niveles se pueden mantener elevados incluso por más de un mes luego de su retiro²⁵. Por lo que en el caso de que se administre testosterona, se podrían emplear las formulaciones aprobadas para hombres de manera *off-label* con estricto control de los niveles de testosterona total de manera basal y periódica. Si luego de seis meses no se experimenta ningún beneficio, o se observan niveles excesivos de andrógenos, se debe suspender el tratamiento^{6,25}, debido al mayor riesgo de eventos cardiovasculares, cáncer de mama y síndrome metabólico²⁶.

Maca Andina

La maca andina (*Lepidium meyenii*), es una planta herbácea de los andes de Perú, consumida tradicionalmente por la población indígena, cuya demanda para la comercialización ha crecido en las últimas décadas por sus múltiples supuestos beneficios para la salud. Entre ellos, se han postulado efectos neuroprotectores, antidepresivos, antioxidantes, antiinflamatorios, de protección de la piel y contra el cáncer, así como también de regulación de la disfunción sexual²⁷.

Sin embargo, si bien algunos estudios sugieren que la maca podría tener un efecto positivo en el deseo sexual, la evidencia no es concluyente debido

al bajo número de ensayos clínicos con pocos participantes y su limitada calidad metodológica, por lo que se requiere más investigación para establecer su eficacia de manera definitiva.

En la actualidad esta hierba se consigue en las dietéticas en forma de polvo que se puede diluir en agua o agregar a preparados como ensaladas, yogures o batidos. Si bien algunas personas podrían sugerir su uso como alternativa en quienes no desean tomar medicamentos y prefieren probar una opción más natural (o en aquellos que presentan cansancio o fatiga concomitante, aprovechando su posible efecto energizante), es importante señalar que sus desenlaces no han sido evaluados en los ensayos clínicos disponibles²⁸. Creemos que debido a que no presenta efectos adversos, puede ser una opción terapéutica en casos seleccionados.

Comentario final

Entendiendo la salud desde una perspectiva integral, es importante reconocer a la disminución del deseo sexual como un problema que afecta la calidad de vida de las personas, y valorar que desde la atención primaria contamos con múltiples herramientas para abordarlo, tanto farmacológicas —como el bupropión, la tibolona o la testosterona— hasta intervenciones psicológicas, como la terapia sexual.

Los fármacos son una opción válida, segura y muchas veces efectiva, que puede ofrecer alivio y bienestar en personas que así lo desean. Al mismo tiempo, la terapia sexual se apoya en procesos de

reestructuración cognitiva que implican modificaciones reales en la plasticidad neuronal. Para que eso ocurra, no alcanza con una indicación puntual: se necesita un compromiso activo por parte de quien consulta, y en muchos casos, también de la persona con quien comparte su intimidad.

Más que restaurar un estándar perdido, el foco debería estar en construir una relación más libre con la sexualidad. Eso implica poder desear sin deber, explorar sin culpa y también aceptar, sin dramatismo ni presión, que a veces no se desea. Acompañar desde ese lugar —sin promesas mágicas ni exigencias de rendimiento, pero con recursos reales, preguntas honestas y respeto por los tiempos y elecciones de cada persona— tal vez sea el gesto más genuino de cuidado.



Programa de Educación Continua en
Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria
organizado por el Servicio de Medicina
Familiar y Comunitaria y la Universidad
Hospital Italiano de Buenos Aires

Recibido el 20/04/2025, aceptado el 07/07/2025 y
publicado el 08/08/2025.

ORCID

Nicole Crimer <https://orcid.org/0000-0001-8638-9843>

Alejandrina Lo Sasso

<https://orcid.org/0000-0003-1276-8503>



Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0)

Declaración de obra derivada

Este material fue adaptado del capítulo Sexualidad y disfunciones sexuales, del libro Medicina familiar y práctica ambulatoria, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires (Ed). 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana (en prensa)

Declaración de uso de inteligencia artificial

En la preparación del presente manuscrito fue utilizada la herramienta ChatGPT (OpenAI, versión GPT-4o, julio 2025) como apoyo para tareas específicas como mejora de redacción académica y precisión terminológica, reformulación de frases para mayor claridad o coherencia científica, apoyo en la búsqueda estructurada de literatura científica y revisión lingüística orientada a la adaptación del lenguaje técnico a lectores del primer nivel de atención en salud.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. Las autoras declararon no poseer conflictos de interés.

Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia.

Referencias

1. OPS/OMS. Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/promocion-salud-sexual-recomendaciones-para-accion-2000>
2. Tiefer L. The emerging global discourse of sexual rights. *J Sex Marital Ther.* 2002 Oct-Dec;28(5):439-44. doi: [10.1080/00926230290001592](https://doi.org/10.1080/00926230290001592) PMID: 2378845
3. Kingsberg SA, Faubion SS. Clinical management of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *Menopause.* 2022;29(9):1083-1085. doi: [10.1097/GME.0000000000002049](https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002049) PMID: 36040433
4. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatry Rep.* 2000;2(3):189-95. doi: [10.1007/s11920-996-0006-2](https://doi.org/10.1007/s11920-996-0006-2) PMID: 11122954
5. Sánchez Sánchez F. Deseo sexual hipoactivo femenino: una propuesta de intervención médica. *Rev Int Androl.* 2010;8(1):21-27. doi: [10.1016/S1698-031X\(10\)70005-4](https://doi.org/10.1016/S1698-031X(10)70005-4) Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-pdf-X1698031X10521612>
6. Driscoll M, Rosetti L. Sexual dysfunction in women. In: BMJ Best Practice [Internet]. London: BMJ Publishing Group; c2025. [updated 2025 July; cited 2025 July 8]. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/352>
7. Razali NA, Sidi H, Choy CL, et al. The Role of Bupropion in the Treatment of Women with Sexual Desire Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Neuropharmacol.* 2022;20(10):1941-1955. doi: [10.2174/1570159X20666220222145735](https://doi.org/10.2174/1570159X20666220222145735) PMID: 35193485
8. de Aquino ACQ, Sarmento ACA, Teixeira RLA, et al. Pharmacological treatment of antidepressant-induced sexual dysfunction in women: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinics (Sao Paulo).* 2025 Feb 21;80:100602. doi: [10.1016/j.clinsp.2025.100602](https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2025.100602) PMID: 39985829
9. Shifren JL. Overview of sexual dysfunction in females: Management. Topic 5485 Version 58.0. In: Barbieri RL, Chakrabarti A (Editors). UpToDate. Wolters Kluwer: Waltham, MA; 2025.
10. Sismondi P, Kimmig R, Kubista E, et al. Effects of tibolone on climacteric symptoms and quality of life in breast cancer patients-- data from LIBERATE trial. *Maturitas* 2011;70(4):365-72. doi: [10.1016/j.maturitas.2011.09.003](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.09.003) PMID: 22030384
11. Osmanağaoğlu MA, Atasaral T, Baltaci D, et al. Effect of different preparations of hormone therapy on sexual dysfunction in naturally postmenopausal women. *Climacteric* 2006;9(6):464-72. doi: [10.1080/13697130600997775](https://doi.org/10.1080/13697130600997775) PMID: 17085380
12. Lara LA, Cartagena-Ramos D, Figueiredo JBP, et al. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Aug 24;8(8):CD009672. doi: [10.1002/14651858.CD009672.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009672.pub3) PMID: 37619252
13. Formoso G, Perrone E, Maltoni S, et al. Short-term and long-term effects of tibolone in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;10(10):CD008536. doi: [10.1002/14651858.CD008536.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008536.pub3) PMID: 27733017
14. Cummings SR, Ettinger B, Delmas PD, et al. The effects of tibolone in older postmenopausal women. *N Engl J Med.* 2008;359(7):697-708. doi: [10.1056/NEJMoa0800743](https://doi.org/10.1056/NEJMoa0800743) PMID: 18703472
15. Raynaud JP, Legros JJ, Rollet J, et al. Efficacy and Safety of a New Testosterone-in-Adhesive Matrix Patch Applied Every 2 Days for 1 Year to Hypogonadal Men. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2008;109(1-2):168-76. doi: [10.1016/j.jsbmb.2007.10.010](https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2007.10.010) PMID: 18325757
16. Ponce OJ, Spencer-Bonilla G, Alvarez-Villalobos N, et al. The Efficacy and Adverse Events of Testosterone Replacement Therapy in Hypogonadal Men: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials. *J Clin Endocrinol Metab.* 2018;4939466. doi: [10.1210/jc.2018-00404](https://doi.org/10.1210/jc.2018-00404) PMID: 29562341
17. Snyder PJ. Clinical features and diagnosis of male hypogonadism. Topic 7462 Version 29.0. In: Matsumoto AM, Martin KA (Editors). UpToDate. Wolters Kluwer: Waltham, MA; 2025
18. Snyder PJ. Testosterone treatment of male hypogonadism. Topic 7461 Version 50.0. In: Matsumoto AM, Martin KA (Editors). UpToDate. Wolters Kluwer: Waltham, MA; 2025
19. European Medicines Agency. Intrinsa (testosterone): withdrawal of the marketing authorisation in the European Union. July 2012 [internet publication]. [cited 2025 July 8]. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/intrinsa>
20. Belardo MA, Canet Marchevsky P. Uso de testosterona en mujeres. Un comentario sobre el consenso global sobre el uso de la terapia de testosterona para mujeres. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires* 2020; 40(1): 34-38. Available from: https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/110822_34-38-HI13-21-19-Belardo-A.pdf

21. Goldstat R, Briganti E, Tran J, Wolfe R, Davis SR. Transdermal testosterone therapy improves well-being, mood, and sexual function in premenopausal women. *Menopause* 2003;10:390–8. doi: [10.1097/01.GME.0000060256.03945.20](https://doi.org/10.1097/01.GME.0000060256.03945.20). PMID: 14501599
22. Panay N, Al-Azzawi F, Bouchard C, et al. Testosterone treatment of HSDD in naturally menopausal women: the ADORE study. *Climacteric* 2010;13:121–31. doi: [10.3109/13697131003675922](https://doi.org/10.3109/13697131003675922) PMID: 20166859
23. Davis SR, Moreau M, Kroll R, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med* 2008;359:2005–17. doi: [10.1056/NEJMoa0707302](https://doi.org/10.1056/NEJMoa0707302) PMID: 18987368
24. Achilli C, Pundir J, Ramanathan P. Efficacy and safety of transdermal testosterone in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril* 2017;107:475–82.e15. doi: [10.1016/j.fertnstert.2016.10.028](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.028) PMID: 27916205
25. Davis SR, Baber R, Panay N, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019; 104(10):4660-6. doi: [10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603) PMID: 31498871
26. Zhao D, Guallar E, Ouyang P, et al. Endogenous sex hormones and incident cardiovascular disease in post-menopausal women. *J Am Coll Cardiol.* 2018 Jun 5;71(22):2555-66. doi: [10.1016/j.jacc.2018.01.083](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.01.083) PMID: 29852978
27. Mujica A, Paredes Andrade NJ, Sørensen M. Chapter 14 - Traditional uses, processes, and markets: the case of maca (*Lepidium meyenii* Walp.). In: Pascoli Cereda M, Vilpoux OF (Editors). *Underground starchy crops of South American origin, traditional starch food products*. Volume 4. Academic Press; 2025. p. 293-311. doi: [10.1016/B978-0-323-90844-3.00006-8](https://doi.org/10.1016/B978-0-323-90844-3.00006-8)
28. Shin BC, Lee MS, Yang EJ, et al. Maca (*L. meyenii*) for improving sexual function: a systematic review. *BMC Complement Altern Med.* 2010;10:44. doi: [10.1186/1472-6882-10-44](https://doi.org/10.1186/1472-6882-10-44) PMID: 20691074