

Endocrinología **Ginecológica**: Claves para la práctica en la actualidad

Compiladoras

María Patricia Hormaza Ángel

Laura Isabel Jaramillo Jaramillo



618.1
H812

Hormaza Ángel, María Patricia, Jaramillo Jaramillo, Laura Isabel, Compiladoras / Endocrinología Ginecológica: Claves para la práctica en la actualidad / María Patricia Hormaza Ángel, Laura Isabel Jaramillo Jaramillo, Compiladoras -- Medellín: UPB, 2024
317 p.; 16,5x23,5 cm.
ISBN: 978-628-500-147-5

1. Endocrinología – 2. Ginecología – 3. Ciclo Menstrual – 4. Síndrome del Ovario Poliquístico – 5. Endometriosis – 6. Disfunciones Sexuales Psicológicas

CO-MdUPB / spa / rda
SCDD 21 / Cutter-Sanborn

© Varios autores
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

Endocrinología Ginecológica: Claves para la práctica en la actualidad

ISBN: 978-628-500-147-5 (versión digital)
Primera edición, 2024
Escuela Ciencias de la Salud

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Decano de la Escuela de Ciencias de la Salud y Director de la Facultad de Medicina: Marco Antonio González Agudelo

Coordinadora (e) Editorial: Maricela Gómez Vargas

Producción: Ana Milena Gómez Correa

Corrección de Estilo: Alexis Arbey Ramírez López

Diagramación: María Isabel Arango Franco

Imagen portada: Shutterstock 2231112609

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2024

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Medellín - Colombia

Radicado: 2314-18-06-24

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.



“No siento ganas... ¿qué será doctor/a?” **Deseo sexual hipoactivo: aportes prácticos para su enfoque**

Hernando Restrepo Payán

Médico, Universidad Pontificia Bolivariana. Magister en Sexología clínica, Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPSSV). Diplomado en asesoramiento clínico de pareja -CIPSSV-. Diplomado en terapia cognitivo conductual para ansiedad y depresión -Universidad EAFIT, docente de sexología pre y post grado Universidad Pontificia Bolivariana.

Laura Becerra Ruiz

Médico, Universidad Pontificia Bolivariana. Ginecóloga y Obstetra, Universidad Pontificia Bolivariana. Formación en Salud Sexual y Sexología, Fundación para la Salud Sexual (FUNDASSEX) y Federación Sexológica Argentina (FESEA).

■ Introducción

El deseo sexual puede definirse como un estado interno que nos impulsa a la búsqueda de contacto e interacción sexual; depende de factores biológicos (neuronas, neurotransmisores, receptores, hormonas, medicamentos, enfermedades concomitantes), psicológicos (emociones, sentimientos, relación de pareja, comunicación), socio-culturales (creencias sobre la sexualidad, educación sexual recibida) y espirituales (significado de la sexualidad y su relación con la divinidad, su desarrollo interior, creencias religiosas)¹.

Hay que tener claro que la baja frecuencia de relaciones sexuales se asocia comúnmente con la percepción de tener un deseo disminuido, pero la frecuencia, por sí misma, no es una variable ajustada para medir la capacidad de desear²,



ya que podrían existir personas que tengan una alta frecuencia de relaciones sexuales, pero con una baja frecuencia de deseo, o al contrario, algunas personas pueden tener una frecuencia de deseo alta, con una baja frecuencia de relaciones sexuales o autoestimulación. Esto es algo que los clínicos debemos diferenciar juiciosamente, ya que el enfoque será diferente.

Las mujeres que padecen deseo sexual hipoactivo (DSH) tienen alteraciones en la imagen corporal, autoestima, mayor tendencia a la depresión, menor satisfacción emocional y física en sus encuentros, problemas de pareja y menor felicidad en general³. Incluso muchos estudios han identificado que el bajo deseo afecta la calidad de vida en general, la percepción de salud y el estado emocional⁴.

■ Definición y epidemiología

Para el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) el deseo sexual hipoactivo puede presentarse a partir de las siguientes situaciones por al menos seis meses^{3,5}.

1. Falta de motivación para actividades sexuales, manifestado por la disminución o ausencia de deseo espontáneo (pensamientos o fantasías sexuales), en respuesta a señales eróticas y estimulación o incapacidad de mantener el deseo o interés a través de la actividad sexual.
2. Pérdida del deseo de iniciar o participar en actividades sexuales, incluyendo respuestas conductuales como la evitación de situaciones que podrían llevar a actividad sexual.
3. Participación en actividades sexuales por temor a perder la pareja (se sienten obligados a hacerlo).
4. No es secundario a dolor sexual.
5. Causa malestar clínicamente significativo (frustración, sensación de incompetencia, pérdida, tristeza, angustia).

Los problemas relacionados con la sexualidad femenina pueden estar presentes hasta en un 40 % de las pacientes; aún considerando que este porcentaje puede ser subvalorado por la vergüenza o estigma social para consultar. El DSH tiene una prevalencia cercana entre 8 % a 12%⁶. Algunos reportes indican que las mujeres de raza negra lo presentan en un 20,3%, las hispanas el 39,6% y las caucásicas el 38 %².

El interés por impactar en esta entidad ha crecido en los últimos años con el fin de buscar mejores intervenciones, ya que se estima que el bajo deseo aumentó un 11% en mujeres de 20 a 29 años y un 53% en mujeres de 60 a 70 años, asociado también a un número cada vez mayor de pacientes que experimentan menopausia o pérdida de la función ovárica temprana como consecuencia de diversas situaciones de salud⁷.

■ Aspectos Fisiopatológicos

El impulso sexual es modulado principalmente por mecanismos neuroquímicos, mientras que las creencias sexuales son influenciadas por las expectativas socioculturales y personales. La motivación sexual o la voluntad de participar en actividades sexuales es afectada tanto por factores psicológicos como relacionales y es diferente al deseo sexual⁴.

La comprensión de la respuesta sexual humana es importante antes de evaluar y ofrecer un tratamiento a la paciente y su pareja. El ciclo de respuesta sexual comprende las siguientes fases: el deseo (libido), excitación, orgasmo y resolución, sin embargo, este marco no se puede aplicar consistentemente a la respuesta sexual de todas las personas, ya que hay personas (hombres y mujeres) que responden de manera diferente a lo aquí expuesto² y que existen otros modelos explicativos de la respuesta sexual, como el que plantea Basson⁸.

El Modelo no lineal de Basson plantea que el funcionamiento femenino se ve significativamente afectado por numerosas cuestiones psicosociales como la satisfacción con la relación, la autoimagen, experiencias sexuales negativas previas e incorpora la importancia de la intimidad emocional, los estímulos sexuales y la satisfacción con la relación; así las mujeres tienen muchas razones para participar en la actividad sexual además del deseo o el impulso sexual⁸.

Se pueden distinguir varios tipos de deseo, dependiendo del componente hormonal, la estabilidad de los neurotransmisores y los estímulos externos. Por ejemplo, existe el deseo sin objeto, el cual tiene mayor relación con el influjo hormonal en especial con la testosterona biodisponible, esta forma se activa en el período peri ovulatorio y justo antes o después de la menstruación. Otra forma de desear, es aquella en la que existe un objeto que se anhela y del cual se pueden derivar fantasías e incluso tonarse emocional, a este se le conoce como deseo romántico



y tiene relación con receptores dopaminérgicos. Finalmente, existe el tipo de deseo sin objeto, más común en relaciones de mucho tiempo de evolución, en el cual el encuentro de iniciar sin tener deseo y se activa después de la excitación⁹; es decir, esto nos lleva a comprender que, algunas personas (hombres y mujeres), podrían no tener iniciativa para los encuentros sexuales, pero una vez estos inician, aparece el deseo...o sea, ¡el deseo no siempre es lo primero que aparece!

El deseo sexual puede ser inhibido por medicamentos o condiciones que³:

- Disminuyan los niveles de dopamina.
- Potencien la acción de la serotonina cerebral, específicamente a través de los receptores de serotonina 2A (5HT2A).
- Aumenten los opioides en los receptores mu.

Mientras que puede ser estimulado por medicamentos o condiciones que³:

- Aumenten la dopamina del hipotálamo o la vía mesolímbica.
- Disminuyan la liberación de serotonina o inhiban su acción en la corteza prefrontal.
- Activen el receptor 5HT1A (lo que hace que predomine la acción de la dopamina).
- El estradiol y la testosterona aumentan el deseo sexual, mientras que la progesterona se asocia con una disminución de este³.

■ Etiología

La etiología del DSH es multifactorial, puede ser originada por alteraciones anatómicas, endocrinas, relacionada con medicamentos, síndromes dolorosos agudos o crónicos (dispareunia, vestibulitis, vulvodinia o endometriosis), psicológicas (ansiedad de desempeño, depresión, antecedentes de abuso sexual) y las sociales (calidad de la relación con la pareja, normas culturales, creencias religiosas estrictas)^{10,11}.

Puede ser producto de agentes que aumenten la serotonina, por ejemplo, los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) o que inhiban la liberación de dopamina, como los antipsicóticos¹². También hay causas hormonales como bajos niveles de testosterona, la cual contribuye a la iniciación de la actividad sexual, facilitar la congestión genital, la sensación y lubricación; los bajos niveles de

estrógenos disminuyen la lubricación, favorecen la pérdida de elasticidad de las paredes vaginales y, por tanto, tienen que ver con la excitabilidad, lo que termina repercutiendo en el deseo¹¹.

Otras como las alteraciones vasculares, enfermedades crónicas como diabetes tipo 2 e hipertensión, limitaciones físicas, desequilibrios hormonales por el embarazo, el postparto y lactancia también pueden ser factores para tener en consideración. Las condiciones que aumenten la SHBG (Globulina fijadora de hormonas sexuales) y que, por ende, disminuyan la cantidad de testosterona libre incluyen el hipertiroidismo, el virus de la inmunodeficiencia humana, los estrógenos orales, los anticonceptivos combinados, el tamoxifeno y la tiroxina^{9,11}.

■ Diagnóstico

El diagnóstico no requiere una pérdida completa del deseo sexual, sino más bien un cambio con respecto al previo, por al menos seis meses. Se requiere igualmente que cause malestar que puede ser manifestado como frustración, incompetencia, pérdida, tristeza, baja autoestima, confusión o preocupación, pero este no debe ser la razón de la pérdida del deseo³.

Para llevar a cabo una evaluación biopsicosocial, el médico debe indagar aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la vida de la paciente y cómo estos pueden contribuir a su función sexual.

La evaluación de los factores biológicos incluye la identificación de condiciones médicas comórbidas que abarcan condiciones vasculares y hormonales (es decir, diabetes tipo 2, enfermedad de la tiroides, menopausia, hiperprolactinemia, hipopituitarismo), medicamentos que pueden tener efectos secundarios sexuales (ISRS, opioides), factores físicos (discapacidad, limitaciones físicas, endometriosis, cirugía pélvica, radioterapia) y aspectos psicológicos (depresión, ansiedad, uso de sustancias psicoactivas, historial de trauma físico o sexual)⁹.

También es importante evaluar el tipo y la calidad de las relaciones interpersonales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, embarazo, hábitos de vida, alimentación, ejercicio e higiene del sueño. Tipo de educación recibida, religión, ideas personales sobre el sexo y el cuerpo, privacidad en el hogar, estrés laboral, son otros factores a explorar¹³.



Estos componentes ayudan al médico y al paciente a la toma de decisiones compartidas y formular un plan terapéutico según elementos relevantes. Según recomendaciones recientes de la Sociedad Internacional para la Salud Sexual de la Mujer, el examen físico se realiza según criterio médico y la sospecha clínica, ya que es poco probable que revele por completo la causa etiológica del DSH¹⁴.

La evaluación del piso pélvico debe ir orientado a evaluar el tejido vulvar, cambios atróficos, puntos vulvares o vaginales dolorosos, evidencia de prolapso de órganos femeninos, adherencias del clítoris, cicatrices, procesos infecciosos agudos, inflamación crónica, entre otros^{9,15}.

No existen biomarcadores que confirmen o excluyan el DSH, los paraclínicos (especialmente la testosterona), no se requieren para hacer el diagnóstico⁵. En caso de requerir medir los niveles androgénicos lo ideal es tomar la testosterona total y no libre, ya que esta es la mejor medida biodisponible. No hay un nivel sérico objetivo de tratamiento para la terapia de testosterona y las principales indicaciones para medirla en DSH paciente con síntomas relacionados, para monitorizar la terapia con testosterona, evitando valores supra fisiológicos y efectos secundarios¹⁵.

La evaluación paraclínica debe ser específica para cada paciente y puede incluir un hemograma, función tiroidea, vitamina D y niveles de prolactina si existe sospecha de una enfermedad subyacente; se puede considerar la realización de un perfil hormonal cuando se sospecha disfunción gonadal, como insuficiencia ovárica temprana o síndrome de ovario poliquístico^{9,16}.

■ Tratamiento no farmacológico

Los trastornos sexuales pueden ser complejos y su tratamiento puede requerir mucho tiempo y experiencia. Con el consentimiento del paciente, las decisiones de comunicación y manejo deben compartirse entre el médico tratante, sexólogo y otros especialistas según el caso (ginecólogo, cardiólogo, psiquiatra, oncólogo, fisioterapeuta, entre otros).

La educación y el asesoramiento se consideran terapia de primera línea, el médico debe ofrecer información sobre la función sexual normal, cambios en la función sexual con el ciclo de vida, el impacto de la enfermedad crónica en el deseo

sexual, conceptos sobre el deseo, excitación y experiencias sexuales positivas o placenteras, así como negativas^{2,3,17}.

Se pueden sugerir libros sobre deseo sexual, películas, productos como lubricantes para el encuentro sexual e incluso, ante una paciente receptiva, dispositivos o juguetes sexuales que ayuden con la excitación y el orgasmo. Es vital el asesoramiento sobre la variedad de actividades íntimas disponibles para ella y su pareja, que pueden no incluir relaciones sexuales con penetración en cada episodio de intimidad, brinda la oportunidad de explorar el contacto sensual, el sexo oral o la masturbación mutua¹⁷.

La psicoterapia es otro gran pilar del tratamiento; se enfoca en modificar los pensamientos, creencias, comportamientos, emociones y la relación y comunicación que pueden interferir con el deseo sexual³. Las terapias con más evidencias son la terapia cognitivo conductual y el mindfulness¹⁸.

Se recomiendan también cambios en el estilo de vida; impactar en la fatiga y el estrés contribuyen significativamente a mejorar la libido e incluso la relación de pareja. Sugerir una adecuada higiene del sueño, ajustar las horas de trabajo, hacer control del peso, motivar el amor propio y autoimagen, reducir el estrés mediante el ejercicio, el yoga y otras técnicas de relajación pueden mejorar el interés y la satisfacción sexual¹⁹.

■ Tratamiento farmacológico

Hormonal

Las guías recomiendan el uso de estrógenos vaginales para mujeres sin historia de cáncer hormono-dependiente con síntomas de Síndrome Genital de la Menopausia (GSM) que no hayan respondido a terapias locales no-hormonales²⁰.

Ospemifeno y Complejo Estrogénico tejido-específico (T-SEC)

Los moduladores selectivos del receptor de estrógenos (SERMs) son agentes no esteroides sintéticos que ejercen un efecto variable sobre los receptores estrogénicos (agonistas, antagonistas o neutrales). De estos, el Ospemifeno (60 mg/día) está aprobado por la FDA (United States Food and Drug Administration) y la EMA (European Medical Agency) para el tratamiento de la dispareunia



debida al GSM y es una alternativa bien tolerada en mujeres no-candidatas para terapia estrogénica vaginal. Contraindicado en sangrados uterinos anormales y neoplasias estrógeno-dependientes^{20,21}.

Terapia con andrógenos: testosterona

La terapia sistémica con testosterona a dosis fisiológicas mejora el deseo sexual, la excitación, el flujo sanguíneo vaginal, la frecuencia de orgasmos y la satisfacción sexual en mujeres con menopausia natural o quirúrgica, sola o en combinación con la TRH. Las guías de la Sociedad de Endocrino sugieren un tratamiento de prueba con 300 mcg/día de testosterona tópica por 3-6 meses en mujeres postmenopáusicas con Deseo Sexual Hipoactivo (DSH)²¹⁻²³.

En Colombia no está disponible ninguna presentación dirigida para la mujer. Utilizamos presentaciones indicadas para el tratamiento de hipogonadismos masculinos y adaptamos la dosis para la mujer.

La tibolona es otro andrógeno utilizado que tiene efectos positivos en la función sexual de la mujer postmenopáusica con libido disminuida y es la terapia hormonal más eficaz, mejor tolerada y más estudiada para el tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio a dosis de 2,5 mg/día²².

No Hormonal

La flibanserina es un agonista/antagonista de los receptores de serotonina de acción central que provoca disminuciones transitorias de la serotonina y aumentos de la dopamina y la norepinefrina. Está aprobado por la FDA en pacientes premenopáusicas; se ha demostrado que aumenta el deseo y la frecuencia de los encuentros y tiene efectos adversos comunes (p. ej., somnolencia, mareos)²⁴ pero no está disponible en Colombia. Otros como el Bupropion, están aprobados por la FDA para tratar la depresión y el tabaquismo. El uso para la disfunción sexual inducida por ISRS es una indicación fuera de indicación médica, pero se demostró aumento del placer sexual, la excitación y el orgasmo a dosis de 300 mg/día²⁵.

Los Inhibidores de la fosfodiesterasa (PDE-5): tratan eficazmente la disfunción eréctil masculina, pero generalmente no han demostrado su eficacia en las mujeres. Estudios de sildenafil para el tratamiento de mujeres con disfunción sexual han informado resultados inconsistentes¹⁴.

Espitia FJ en su estudio con 92 mujeres colombianas, evidenció que la vitamina D3 es una alternativa terapéutica para pacientes con DSH y reportó mejoría tanto en el deseo como en la frecuencia sexual semanal con dosis de 17000 y 50000 UI en los dos grupos estudiados, las cuales tuvieron efectos adversos leves²⁶.

■ Conclusiones

El DSH es una problemática cada vez más común y amerita un adecuado estudio y acompañamiento multidisciplinario. Las condiciones médicas o psiquiátricas que pueden alterar la función sexual deben evaluarse y tratarse antes de considerar otros tratamientos de tipo farmacológico para impactar en el deseo sexual.

■ Bibliografía y recursos recomendados

- Estupinyà P. S=EX2: La ciencia del sexo. Editorial Debate. Tortosa. 2013. 488 p.
- Jethá C, Ryan C. En el principio era el sexo: Los orígenes de la sexualidad moderna. Cómo nos emparejamos y por qué nos separamos. Barcelona: Ediciones Paidós. 2012. 480 p.
- Gómez-Zapiain J. Psicología de la sexualidad. España: Alianza Editorial. 2013. 328 p.
- The Sessions. Formato: Película. Director: Ben Lewin. Estados Unidos. Searchlight Pictures. 2012.
- Good Luck to You, Leo Grande. Formato: Película. Director: Sophie Hyde. Estados Unidos. Lionsgate. 2022.

■ Referencias bibliográficas

1. Robabeh P, Tayebe Z, Mahbobeh F, Mahmood M, Zohreh S. Bio-psycho-social factors affecting sexual self-concept: A systematic review. *Electron physician*. 2017;9(9):5172-8.
2. Cabello F. Manual de sexología y terapia sexual Madrid: Síntesis; 2010.
3. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(1):114–28.



4. Croft HA. Understanding the Role of Serotonin in Female Hypoactive Sexual Desire Disorder and Treatment Options. *J Sex Med.* 2017;14(12):1575–84.
5. Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, Althof SE, Faubion SS, Faught BM, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clin Proc.* 2017;1–21.
6. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sex Med Rev.* 2016;4(3):197–212.
7. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A.. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril.* 2007;87:107-112.
8. Damjanović A, Duisin D, Barisic J. The Evolution of the Female Sexual Response Concept: Treatment Implications. *Srp Arh Celok Lek.* 2013;141(3-4):268-74.
9. Pettigrew JA, Novick AM. . Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: Physiology, Assessment, Diagnosis, and Treatment. *Journal of Midwifery & Women's Health.* Nov 2021;66(6):740-748. doi:10.1111/jmwh.13283.
10. Clayton AH, Valladares EM. Female Sexual Dysfunction. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40(2):681–98.
11. Feldhaus-Dahir M. The causes and prevalence of hypoactive sexual desire disorder: part I. *Urol Nurs Off J Am Urol Assoc Allied.* 2009;29(4):259-260.
12. Montejo AL, Montejo L, Navarro-Cremades F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Curr Opin Psychiatry.* 2015;28(6):418–23.
13. Lee DM, Tetley J. Sleep quality, sleep duration and sexual health among older people: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019;82:147-154.
14. Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, Althof SE, Faubion SS, Faubht SM, et al. The international society for the study of women's sexual health process of care for management of hypoactive sexual desire disorder in women. *Mayo Clin Proc.* 2018;93(4):467-487.
15. Gokhale P, Young MR, Williams MN, Reid SN, Tom LS, O'Brian CA, et al. Refining trauma-informed perinatal care for urban prenatal care patients with multiple lifetime traumatic exposures: a qualitative study. *J Midwifery Womens Health.* 2020;65(2):224-230.
16. Meyers M, Margraf J, Velten J. Psychological treatment of low sexual desire in women: protocol for a randomized, waitlist-controlled trial of internet-based cognitive behavioral and mindfulness-based treatments. *JMIR Res Protoc.* 2020;9(9):e20326.

17. Pyke RE, Clayton AH. Psychological Treatment Trials for Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Sexual Medicine Critique and Perspective. *J Sex Med*. 2015;12(12):2451-8.
18. Dhikav V, Karmarkar G, Gupta R, Verma M, Gupta R, Gupta S, et al. Yoga in female sexual functions. *J Sex Med* 2010;7:964.
19. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV, et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(11):3975-4011.
20. Archer DF, Goldstein SR, Simon JA, Waldbaum AS, Sussman SA, Altomare C, et al. Efficacy and safety of ospemifene in postmenopausal women with moderate-to-severe vaginal dryness: a phase 3, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Menopause*. 2019;26(6):611-621.
21. Davis SR, Wahlin-Jacobsen S. Testosterone in women--the clinical significance. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3(12):980-92.
22. Parish SJ, Simon JA., Davis SR., Giraldi A, Goldstein I., Goldstein SW, Vignozzi L. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2021;18(5):849-867. doi:10.1016/j.jsxm.2020.10.009
23. Wierman ME, Arlt W, Basson R, Davis SR, Miller KK, Murad MH, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(10):3489-510. doi:10.1210/jc.2014-2260.PMID:25279570.
24. Katz M, DeRogatis LR, Ackerman R, Hedges P, Lesko L, García M, et al. Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: results from the BEGONIA trial. *J Sex Med*. 2013;10(7):1807-1815.
25. Segraves RT, Clayton A, Croft H, Wolf A, Warnock J. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Clin Psychopharmacol*. 2004; 24(3):339-342.
26. Espitia de la Hoz FJ. Efectividad de dos dosis de vitamina D3 en déficit de vitamina D en mujeres con deseo sexual hipoactivo. Ensayo clínico aleatorizado. *Repert Med Cir*. 2023;32(2). <https://doi.org/10.31260/Repert Med Cir. 01217372.1334>