



# LIBIDO. LAS HORMONAS DEL DESEO SEXUAL

Dr. José Luis Doval Conde  
Dra. Susana Blanco Pérez  
Complejo Hospitalario Ourense

# DESEO SEXUAL

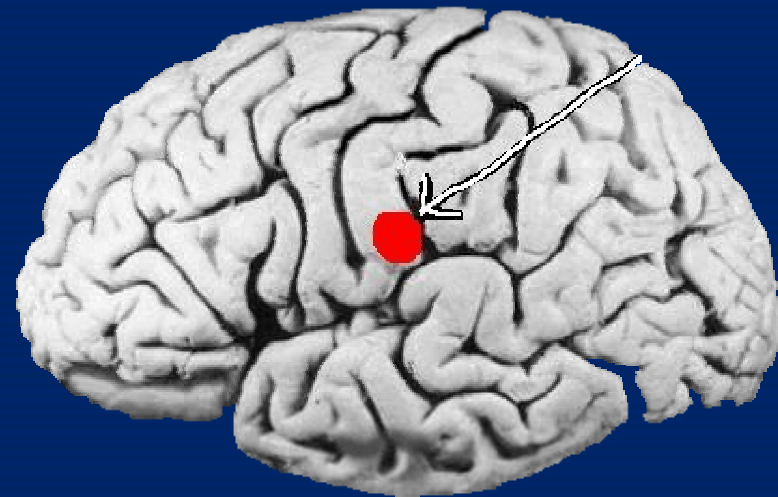
Es vivenciado como sensaciones específicas que mueven a buscar experiencias sexuales ó mostrarse receptivos a ellas.

## 2 Características:

- Las sensaciones son activadas en un sistema neuronal específico en el cerebro,
- Las sensaciones cesan después de la gratificación sexual.

# CENTROS NEURONALES

Existen centros de ACTIVACIÓN y de INHIBICIÓN en el sistema límbico, con núcleos en el Hipotálamo y en la región preóptica.





Hay bases biológicas y experienciales que influyen en el deseo sexual .

Las bases biológicas se activan por estimulación, fantasías, recuerdos y emociones.

# DESEO SEXUAL INHIBIDO

Es una inhibición persistente y difusa del deseo que no es causado por factores orgánicos, ni es sintomático de un síndrome clínico psiquiátrico.

- **Características:**

- Baja frecuencia de la actividad sexual
- Desviación extrema y claramente patológica
- No confundir con discrepancias del deseo.

# DESEO SEXUAL INHIBIDO

## CAUSAS:

- Depresión,
- Ansiedad,
- Trastornos hormonales,
- Enfermedades,
- Estrés.
- Causas psicológicas:
  - Inmediatas
  - Remotas

# QUE SABEMOS DE HORMONAS Y DESEO

- La disminución de la testosterona provoca disminución del deseo en el varón.
- Los andrógenos influyen en el deseo de las mujeres.
- Los estrógenos actúan muy indirectamente en el deseo de las mujeres.
- La elevación de la prolactina disminuye el deseo sexual de hombres y mujeres.
- No hay datos concluyentes del efecto inhibitor sospechado de la Progesterona y derivados.

# ENFERMEDADES- HORMONAS- DESEO (1)

- **Alteraciones en SNC**

- Adenoma hipofisario
- Procesos infiltrativos ( Hemocromatosis)
- Procesos Granulomatosos ( sarcoidosis)
- Craneofaringioma

Provocan descenso de testosterona y/o  
aumento de la prolactina



# ENFERMEDADES- HORMONAS- DESEO (2)

- **Alteraciones primarias del testículo**
  - Síndrome Klinefelter
  - Atrofia testicular por enfermedad autoinmune
  - Procesos infecciosos que lesionan gonadas

Producen descenso la testosterona

# ENFERMEDADES- HORMONAS- DESEO (3)

- **Insuficiencia renal crónica**
  - Descenso de la testosterona
  - Elevación de la prolactina
- **Cirrosis: ginecomastia y atrofia testicular**
  - Descenso de testosterona
  - Aumento del estradiol y de la estrona

# ENFERMEDADES- HORMONAS- DESEO (4)

- **Alcoholismo:**

Efectos hepáticos y sobre las gónadas

- Aumenta la depuración de testosterona.
- Desaparece la secreción pulsátil testosterona
- Aromatización de andrógenos a estrógenos.

# MENOPAUSIA Y DEFICIT ANDROGENICO (1)

- La testosterona circulante a los 40 años es la mitad que a los 20 años, se relaciona con el descenso lineal con la edad del SDHA.
- En la menopausia la disminución de la producción de andrógenos:
  - Menos producción suprarrenal – ovario
  - Mayor disminución en ovariectomizada
  - El cociente testosterona/ S.H.B.G. no cambia



# MENOPAUSIA Y PRODUCCIÓN HORMONAL (2)

- **OVARIO**

- Androstendiona (A)
- Testosterona (T)
- Dehidroepiandrosterona (DHA)

- **SUPRARRENAL :**

- Sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHA)

*Las cantidades de DHA y S-DHA se mantienen, A, T y estrógenos descienden*

# MENOPAUSIA Y DISFUNCIÓN SEXUAL

- 1/3 – 2/3 de las postmenopausicas experimentan desinterés sexual.
- Menor número de fantasías sexuales
- Mayor sequedad vaginal en el coito.
- Menor satisfacción sexual en el coito.
- Se ha asociado con el descenso de estrógenos y testosterona.

# CIRCULO NEGATIVO

ATROFIA VAGINAL



40% DISPAREUNIA



RECHAZO DEL COITO



DISMINUCIÓN ACTIVIDAD COITAL → AUMENTA  
ARTROFIA VAGINAL.



DISMINUCIÓN DESEO SEXUAL.



# FACTORES NO HORMONALES QUE AFECTAN A LA FUNCIÓN SEXUAL EN LA MENOPAUSIA

- Expectativas de la mujer respecto de la conducta sexual
- Bienestar general
- Estrés
- Presencia de síntomas molestos
- Sentimientos respecto a la pareja
- Estado de la función sexual de su pareja.



# POSIBLES SINTOMAS POR DEFICIT ANDROGENICO

- Disminución de energía y falta de motivación
- Estado de ánimo plano
- Irritabilidad – Insomnio
- Disminución del deseo

**No hay correlación entre los niveles de andrógenos y los posibles síntomas.**

- Estudio en mujeres menopausicas:
  - Testosterona baja 100% disminucion del deseo
  - Testosterona normal 80% disminución del deseo

# REPOSICIÓN CON ANDROGENOS (MENOPAUSIA)

- Efecto anabolizante sobre el hueso
- Mejoría de la libido
- Mejoría de la sociabilidad
- Mejores resultados al añadir testosterona, a los estrógenos como terapia hormonal sustitutoria, incluso mejores resultados en ooforectomizados.

# PERDIDA DE DESEO- HORMONAS

- Estudio prospectivo, seguimiento de 4 años.
- Mujeres de 35-47 años ( 326 mujeres)
  - 27 % tuvieron perdida de deseo
  - 73% no perdida deseo
- Seguimiento con niveles de testosterona, (test estandarizados y teniendo en cuenta variables sociales y psicológicas)
- La pérdida de deseo se relacionó con fluctuaciones de los niveles de testosterona total
- Otros factores de riesgo:
  - Patología vaginal,
  - Depresión.

# ESTUDIO COMPARATIVO (1)

- Mujeres de 40- 65 años
- Monógamos y pareja estable
- Adecuado deseo sexual premenopáusico
- No enfermedades
- Cuestionario de interés sexual/ validado en mujeres sin trastorno
- Controles a los 4, 8, 12, 16 semanas.



# ESTUDIO COMPARATIVO 20 CENTROS, USA (2)

- A: 107 mujeres con:
  - Estrógenos equinos 0,625 y metiltesterona 1,25
- B: 111 mujeres con sólo estrógenos
- 4 meses de evaluación
- Resultados de A:
  - Aumento de deseo
  - Bien tolerado
  - Aumento de la testosterona libre
  - Disminución de la SHBG
- No modificaciones en B.

# OTROS ESTUDIOS

- Estudio en FASE 3 con terapia transdérmica androgénica en mujeres con disminución del deseo, a las 12 semanas de tratamiento mejoran el deseo y no presentan efectos adversos.

# ESTUDIO AUSTRALIANO

- Mujeres histerectomizadas con anexectomía bilateral
- Mujeres con falta de deseo a pesar de estar con estrógenos.
- 2 Grupos
  - Implantes subcutáneos ( 40 mgr E<sub>2</sub> y 100 mgr T)
  - Solo estrógenos
- Resultados a los 3 meses:
  - Aumento del deseo y fantasías sexuales en las que utilizaban los implantes

# ANDROGENOS Y EFECTOS SECUNDARIOS

- Efecto virilizante depende de dosis y duración de tratamiento
- Disminución del HDL – C
  - no se observa al asociar estrógenos y andrógenos en métodos parenterales
- No tenemos datos sobre mortalidad cardiovascular y patología endometrial
- Faltan estudios con el diseño y duración adecuados.



# ANDROGENOS- MENOPAUSIA ( Resumen)

- Puede producirse por déficit androgénico alteraciones del tono muscular, cambios en la piel, pérdida del deseo, excitación y capacidad orgásmica y la sensación de la pérdida del SENTIDO DE BIENESTAR.
- La terapia de Reemplazo con Andrógenos puede llevar a la mejoría del deseo, fantasías y sensación de Bienestar.

# ANDROPAUSIA- DAVE (1)

- Hombres entre los 40-70 años
  - disminuye la testosterona total 1,6% por año
  - disminuye la testosterona libre 2% por año
  - la SHBG aumenta el 1,6% año
- 20% de los hombres mayores de 55 años tienen Hipogonadismo
- Estudio de 302 hombres con media de edad 60 años
  - 46% menos deseo y trastornos de erección
  - 41% fatiga
  - 36% trastorno de la memoria

# ANDROPAUSIA (2)

- A los 70 años los niveles de testosterona es un  $\frac{2}{3}$  de los niveles a los 25 años y la testosterona libre es el 40% de jóvenes adultos.

## Manifestaciones clínicas :

- menos masa muscular
- tendencia a la osteoporosis
- aumento grasa abdominal
- descenso cognitivo
- descenso del deseo
- insomnio

# ANDROPAUSIA- FUNCIÓN SEXUAL

- En hombres los niveles de testosterona pueden no ser imprescindibles para un nivel habitual de la función y la actividad sexual.
- Los hombres deficientes en andrógenos manifiestan deseo sexual disminuido y disfunción eréctil, en estos caso la terapia de reemplazo con testosterona a menudo pero NO siempre restablece la libido y la función sexual, tal como ocurre con los hipogonadismos.

# DIAGNOSTICO HIPOGONADISMO EN EL VARÓN

- Hallazgos clínicos.
- Bioquímicas, teniendo en cuenta variaciones por:
  - La edad
  - Momento del día
  - La SHBG
  - Las enfermedades simultaneas
  - La medicación



# CUESTIONARIO DAVE

Preguntas utilizadas en el cuestionario DAVE de la Universidad de St. Louis.

1. ¿ Le ha disminuido la libido?
2. ¿ Le falta energía?
3. ¿ Le han disminuido la fuerza y/o la resistencia?
4. ¿ Ha perdido altura?
5. ¿ Ha notado una disminución de la " satisfacción de la vida"?
6. ¿ Esta triste y/o malhumorado?
7. ¿ Son sus erecciones menos potentes?
8. ¿ Ha notado un deterioro reciente de su capacidad para hacer deporte?
9. ¿ Se ha quedado dormido después de cenar?
10. ¿ Ha habido un deterioro reciente de su rendimiento en el trabajo?

# RESPUESTA A TRATAMIENTO CON DHEA ( 50 mgr)

- Mujeres y hombres de 60 – 79 años
- Insuficiencia adrenal
- Mujeres comparados con placebo no presentan mejoría del deseo sexual
- Hombres, comparados con placebo
  - 60-69 años no mejoría
  - 70-79 años aumento de deseo sexual a los 6 mese y mantenimiento a los 12 meses.

# PROLACTINA

- Tiene un papel inhibitor
- Estudios indirectos
  - Hombres con hiperprolactinemia:
    - \* Pérdida del deseo
    - \* Disfunción eréctil
    - \* Ginecomastia
    - \* Volumen seminal reducido
    - \* Incompetencia eyaculadora
  - Mujeres en lactancia y hiperprolactinemia presentan disfunción sexual.
  - Los cuadros mejoran con bromocriptina

# ESTROGENOS

- No influyen directamente en el deseo sexual de las mujeres
- Influencia indirecta: ante déficit de estrógenos
  - modificación del trofismo vaginal
  - el deseo sexual disminuye
  - el cuadro mejora con aplicación de estrógenos locales



gracias por su atención