



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL FRENTE AL
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL TRASTORNO DEL
DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN MUJERES**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: JOSELINE TATIANA LOZADA CASTRO

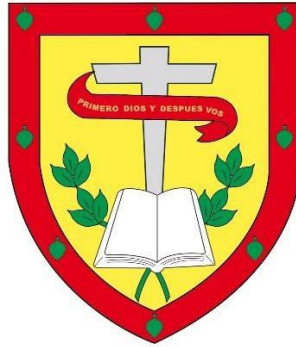
TAMARA ALEJANDRA MORA IDROVO

DIRECTOR: PSI. CLI. PABLO LUIS POZO LÓPEZ, MGST

CUENCA – ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL FRENTE AL
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL TRASTORNO DEL
DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN MUJERES**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: JOSELINE TATIANA LOZADA CASTRO

TAMARA ALEJANDRA MORA IDROVO

DIRECTOR: PSI. CLI. PABLO LUIS POZO LÓPEZ, MGST

CUENCA - ECUADOR

2025

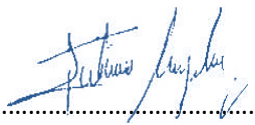
DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Joseline Tatiana Lozada Castro portadora de la cédula de ciudadanía N° **0107180333** y **Tamara Alejandra Mora Idrovo** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0107191868**. Declaramos ser las autoras de la obra: **“Terapia cognitivo-conductual frente al tratamiento farmacológico en el trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres”**, sobre la cual nos hacemos responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **25 de marzo de 2025**

F: 

Joseline Tatiana Lozada Castro

C.I. 0107180333

F: 

Tamara Alejandra Mora Idrovo

C.I. 0107191868

Cuenca, 25 de marzo de 2025

CERTIFICACIÓN

Yo **Pablo Luis Pozo López**, con cédula de identidad N° **0106640410** en calidad de Director del Trabajo de Titulación con el tema: “**Terapia cognitivo-conductual frente al tratamiento farmacológico en el trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres**”, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Joseline Tatiana Lozada Castro y Tamara Alejandra Mora Idrovo, bajo mi supervisión.

Atentamente;



Firmado electrónicamente por:
PABLO LUIS POZO LOPEZ

Psi. Cli. Pablo Luis Pozo López, Mgst.
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Agradecimiento

Quiero iniciar agradeciendo a Dios, por siempre ser mi guía y mi fuerza, su presencia ha sido mi faro de esperanza y serenidad, dándome la confianza para afrontar cada desafío y seguir adelante, a él le debo este logro y la oportunidad de llegar hasta aquí.

A mis padres, quienes son mi todo, mi apoyo inquebrantable, mi motivación constante y mi mayor fuente de felicidad, gracias por ser mi luz en los momentos de oscuridad, por enseñarme con su ejemplo lo que significa el esfuerzo, el amor y la dedicación. Cada sacrificio, cada palabra de aliento y cada gesto de amor me han impulsado a alcanzar este sueño. No hay palabras que puedan expresar con justicia lo que siento por ustedes, gracias por ser mis pilares, por ser el abrazo cálido y el aliento constante que me ha llevado hasta aquí y por ser la razón por la que sigo soñando y persiguiendo mis metas.

A mi hermano, gracias por ser una inspiración para mí en todo momento, por confiar en mis capacidades y por creer en mí incluso cuando yo misma dudaba de lo que era capaz. Tus palabras, tus gestos y tu apoyo han sido siempre un recordatorio de que, si tú crees en mí, no hay nada que me detenga. Gracias por ser mi compañero en este camino, por impulsarme a seguir adelante, por darme fuerzas cuando más la necesitaba y por mostrarme con tu ejemplo lo que significa perseverar y nunca rendirse. Te agradezco, no solo por ser mi hermano, sino por ser mi mejor amigo y mi mayor apoyo.

A mi querido Lucas, mi fiel compañero, aunque ya no estés aquí físicamente para ver este logro, tu presencia siempre estuvo conmigo, especialmente aquellos días de estudio interminables donde me acompañabas sin pedir nada a cambio. Fuiste mi refugio silencioso que me ayudaba a calmar la mente cuando el estrés me invadía, tus ronroneos eran el consuelo perfecto y la calidez de tu compañía me daba fuerzas necesarias para seguir. Te llevo en mi corazón y siempre estarás presente en mis recuerdos, gracias por ser mi compañero incondicional y por brindarme tanto amor sin necesidad de palabras.

A mi pequeño Boyka, el terremoto de la casa. Gracias por ser mi compañero de juegos y mi fuente de risas, eres el recordatorio perfecto de que, en medio del trabajo arduo, siempre debemos hacer espacio para la felicidad y el descanso.

Agradezco, a José Díaz, por ser mi roca en todo momento. Gracias por estar a mi lado, escucharme y creer en mí en cada paso que daba. Tus palabras de apoyo, tu motivación y tu amor me han dado fuerzas para superar cada reto y seguir persiguiendo mis sueños. Gracias por estar allí en cada momento y por ser una parte fundamental de mi vida.

Y por supuesto, a mi mejor amiga y compañera de tesis, quien ha estado a mi lado desde el primer ciclo. Te agradezco de corazón por siempre estar allí, por ser mi confidente y por ayudarnos mutuamente a seguir adelante, incluso cuando parecía imposible.

A todos ustedes, mi más profundo agradecimiento. Este logro es tan suyo como mío.

Joseline Tatiana Lozada Castro.

Agradecimiento

Para empezar, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi madre, sin ella nada de esto hubiese sido posible, mami gracias por inspirarme a seguir mis metas y nunca dejar de creer en mí, a pesar de la distancia siempre te siento cerca, en cada logro, en cada desafío y en cada paso que doy. Esta meta también es tuya, porque sin tu ejemplo, esfuerzo y sacrificio, no estaría aquí hoy.

A mi compañera de tesis y mejor amiga, Taty, por su compromiso y comprensión, que han sido clave en este proceso. Te deseo que tus logros sean tan grandes como tus aspiraciones, fuiste hecha para cosas grandes.

A mi pequeña Ame, quien, se ha convertido en mi mayor inspiración. Su sonrisa ha sido mi refugio en los momentos difíciles, y sus ojitos, la luz que me impulsa a seguir adelante. Por ella y para ella, este logro es un paso hacia el futuro que sueño construir, junto a la familia que la vida y Dios me ha permitido formar.

A mi familia y amigos, gracias por creer en mí en cada etapa del proceso. Especialmente a mi abuelita Rebe, quien me vio crecer y con su amor incondicional me ha acompañado siempre, a mi tío Paul, cuyas enseñanzas fueron la guía que en su momento necesité para aprender y crecer, y a mi abuelito Ángel que es la estrella más bonita en el cielo.

Cada logro es el reflejo del amor, el apoyo y las enseñanzas de quienes caminan a nuestro lado. A todos los que han sido parte de este viaje, gracias por ser mi impulso y mi inspiración, este logro es tan suyo como mío.

Tamara Alejandra Mora Idrovo.

Dedicatoria

A mi mami, quien es mi faro en la tormenta, mi refugio en cada batalla y mi impulso en cada sueño.

Por siempre alentarme a seguir adelante, por recordarme que soy capaz de conseguir lo que me propongo y por sus palabras llenas de fe cuando las mías flaqueaban. Su paciencia infinita, sus abrazos siempre dispuestos a reconstruirme y su entera confianza en mí han sido el motor que me ha llevado hasta aquí.

A usted, que ha sido mi raíz y mis alas, le dedico este logro con todo mi amor y gratitud, porque en cada esfuerzo, en cada sacrificio y en cada página de esta investigación se refleja su amor inquebrantable.

Con todo mi corazón.

Joseline Tatiana Lozada Castro.

Dedicatoria

Dedico este logro a mi madre, cuyo amor incondicional y sacrificio han sido fundamentales en mi camino. Gracias por ser mi mayor pilar, por demostrarme con tu ejemplo que una mujer puede ser fuerte, salir adelante y alcanzar metas inimaginables.

Tú fortaleza y perseverancia me han inspirado cada día, este logro también es tuyo.

Tamara Alejandra Mora Idrovo.

Resumen

El trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH) caracterizado principalmente por la ausencia de deseo sexual, afecta considerablemente la vida de quienes lo padecen como sus relaciones de pareja, esta ausencia no se explica mejor por factores externos. La población afectada mayormente es la femenina a partir de los 18 años y tiende a incrementar con la edad. El tratamiento para TDSH se basa principalmente en un procedimiento psicológico bajo el modelo cognitivo conductual (TCC) o uso de fármacos. **Objetivo general:** comparar los beneficios de la TCC frente a los tratamientos farmacológicos para el TDSH en mujeres de 18 a 45 años. **Método:** Se realizó una revisión científica de ensayos clínicos aleatorizados recopilados de las siguientes bases de datos: PubMed, Proquest, Traylor & Fracis, Scopus y Web of Science. Dos revisoras independientes seleccionaron 7 estudios bajo el método prisma, los cuales fueron sometidos a revisión y comparación para determinar cuál tratamiento tenía más beneficios sobre el otro, además se evaluó la calidad de sesgo bajo la herramienta Consort. **Resultados:** Se determinó que, los medicamentos reducen la sintomatología asociada al trastorno, mientras que la TCC brinda resultados más precisos y aprendizajes que podrán ser conservados a largo plazo. **Discusión:** La presente revisión sistemática abre la brecha a la investigación en TDSH, además, brinda una línea base en el tratamiento de TDSH, no obstante, se presentaron limitantes por los estrictos criterios de selección de la muestra, se recomienda tener en consideración este punto para futuros estudios.

Palabras clave: TDSH, TCC, tratamiento, fármacos, mujeres.

Abstract

Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD), characterized primarily by the absence of sexual desire, significantly impacts the lives of those affected, including their intimate relationships. This lack of desire cannot be better explained by external factors. The affected population is predominantly female, starting when they are 18 years old, with its incidence increasing with age. Treatment for HSDD is primarily based on a psychological approach based on the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) or the use of medications. **General objective:** To compare the benefits of CBT versus pharmacological treatments for HSDD in women aged 18 to 45 years. **Method:** A literature review of randomized clinical trials was conducted using the following databases: PubMed, ProQuest, Traylor & Francis, Scopus, and Web of Science. Two independent reviewers selected seven studies using the PRISMA method, which were reviewed and compared to determine which treatment offered greater benefits. The quality of bias was also evaluated using the Consort tool. **Results:** It was determined that medications reduce the symptoms associated with the disorder, while CBT provides more accurate results and facilitates long-term learning outcomes. **Discussion:** This systematic review opens the way for research on HSDD and provides a baseline for treatment. However, it was limited by the strict sample selection criteria; this point should be taken into consideration for future studies.

Keywords: HSDD, CBT, treatment, medications, women

Índice

Introducción	12
Pregunta guía de investigación	15
Objetivos:	15
<i>Objetivo General:</i>	15
<i>Objetivos Específicos:</i>	15
Materiales y métodos	15
<i>Diseño</i>	15
<i>Estrategias de búsqueda</i>	15
<i>Criterios de selección</i>	16
<i>Extracción de datos</i>	16
<i>Análisis de datos</i>	17
Resultados:	17
<i>Descriptivo de los estudios seleccionados</i>	17
Figura 1. <i>Diagrama de flujo PRISMA 2020 para revisiones sistemáticas actualizadas</i>	18
<i>Descriptivo de los estudios seleccionados</i>	19
<i>Evaluación de la calidad metodológica.</i>	19
Tabla 1. <i>Ensayos clínicos aleatorizados de tratamiento con TCC o fármacos para TDSH</i>	20
Tabla 2. <i>Evaluación de la calidad de los estudios según la lista de verificación CONSORT</i>	22
Tabla 3. <i>Porcentaje de calidad de los estudios.</i>	23
<i>Eficacia de la TCC como tratamiento del TDSH</i>	24
<i>Eficacia de los fármacos como tratamiento del TDSH</i>	24
<i>Síntesis de Resultados</i>	25
Discusión	25
<i>Comparación de los resultados obtenidos con resultados de otras revisiones sistemáticas</i>	26
<i>Limitaciones</i>	27
<i>Fortalezas</i>	28
<i>Cierre</i>	28
Bibliografía	29

Introducción

En la actualidad, el trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH) ha cobrado gran relevancia debido a su impacto significativo en la calidad de vida de quienes lo padecen. Este trastorno se define según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) como la deficiencia o ausencia persistente o recurrente de fantasías sexuales y deseo de actividad sexual, lo cual provoca un notable malestar o dificultades en las relaciones. El TDSH no puede explicarse exclusivamente por otra enfermedad psiquiátrica, afección médica o el uso de sustancias (American Psychiatric Association, 2013), lo que resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario para ofrecer un tratamiento eficaz y mejorar la calidad de vida de los afectados.

La población femenina es la más afectada por este trastorno, influenciada por una combinación de factores hormonales y psicosociales. Este problema está infradiagnosticado ya que muchas mujeres no buscan ayuda, lo que sugiere que la prevalencia real podría ser aún mayor (Aranaz, 2018). Parroquia y Hahn (2016), destacan que el TDSH afecta predominantemente a mujeres entre 18 y 45 años, con una prevalencia del 8,9% en este grupo de edad, por lo que, este trastorno tiende a aumentar con la edad, aunque la angustia asociada disminuye.

El impacto de este trastorno en la vida diaria de las mujeres puede ser significativo, afectando su bienestar emocional, social y laboral, ya que las mujeres que padecen este trastorno a menudo experimentan síntomas que pueden interferir en sus relaciones interpersonales, además cabe recalcar que la falta de diagnóstico y tratamiento adecuado puede llevar a un empeoramiento de los síntomas y a una mayor carga emocional para estas mujeres (Parroquia y Hahn, 2016).

Para abordar el TDSH, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha demostrado ser una herramienta esencial, ya que, ayuda a los pacientes a modificar pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas (Puerta y Padilla 2011). Por lo tanto, es fundamental este enfoque para generar cambios y mejorar la adaptabilidad de la persona, con estudios que demuestran una reducción significativa de la sintomatología tras la intervención terapéutica (Lema y Hernández, 2022). Además, para su intervención se considera el tratamiento farmacológico, particularmente con flibanserina, ha mostrado efectividad al actuar sobre los sistemas de serotonina, dopamina y norepinefrina, siendo el único medicamento aprobado actualmente para esta disfunción (Croft, 2017).

El TDSH se caracteriza por una disminución o ausencia significativa del interés y/o excitación sexual en al menos tres de los siguientes aspectos: la disposición hacia la actividad sexual, la presencia de pensamientos o fantasías sexuales, la iniciación de la actividad sexual, la experimentación de excitación o placer sexual durante los encuentros, la respuesta a estímulos eróticos internos o externos, y la percepción de sensaciones genitales o no genitales durante los encuentros sexuales (Crimer y Terrasa, 2021).

Esta condición prevalece en el género femenino en comparación con el masculino, según estudios epidemiológicos recientes, este trastorno afecta aproximadamente a 1 de cada 10 mujeres (Lodise, 2014). Aproximadamente entre el 32.97% y el 39% de las mujeres informan tener un bajo deseo sexual, aunque solo un 8% a 10% cumplen los criterios para el diagnóstico primario de TDSH (Espitia, 2020). Un estudio demuestra que la prevalencia de TDSH es tres veces mayor en mujeres australianas casadas en la mediana edad que en mujeres iraníes, destacando la influencia de los factores culturales y contextuales (Fooladi et al., 2020). Además, otro estudio en Estados Unidos revela que la prevalencia fue del 8.9% en mujeres de 18 a 44 años, del 12.3% en mujeres de 45 a 65 años y del 7.4% en mujeres de 65 años o más (Ronghe et al., 2023)

Este trastorno afecta a mujeres de distintas edades, tanto jóvenes como aquellas que han pasado la etapa reproductiva; en mujeres jóvenes, el estrés y los problemas emocionales pueden jugar un papel importante, mientras que, en mujeres a partir de los 40 años en adelante, los cambios hormonales relacionados con la menopausia y las preocupaciones sobre el envejecimiento pueden contribuir (Aldana y Cervantes, 2021), con esto se evidencia que el bajo deseo sexual va aumentando con la edad, mientras que la angustia va disminuyendo (Parroquia y Hahn, 2016).

Es crucial entender que este trastorno no solo tiene un impacto físico, sino también emocional y psicológico, debido a que las mujeres jóvenes pueden sentirse abrumadas por las expectativas sociales y personales, lo que puede agravar los síntomas del trastorno, mientras que, por otro lado, las mujeres mayores pueden enfrentar desafíos adicionales relacionados con la aceptación de los cambios en su cuerpo y su identidad (Parroquia & Hahn, 2016).

Su diagnóstico implica investigar varios aspectos, como la aparición del problema, su duración, la adaptación y evitación del comportamiento sexual, así como

el nivel de angustia experimentado (Espitia, 2020). Por lo que, la TCC manifiesta que las creencias socialmente establecidas acerca de la sexualidad se presentan como factores predisponentes al establecer reglas condicionales para la activación de esquemas cognitivos negativos que afectan el procesamiento de estímulos eróticos e interfieren con el deseo sexual (Lerner *et al.*, 2022). Este modelo psicoterapéutico presenta evidencia científica tanto en tratamiento individual como para parejas (Lema y Hernández, 2022).

Según Cabello y Palacios (2012), “Durante un estudio australiano, parejas que sufrían disfunciones sexuales participaron en un programa de 10 sesiones de TCC; el porcentaje de mujeres que sufría una inhibición del deseo era del 79,6% antes de la terapia, y del 53,7% después de la misma”.

Además, las técnicas correspondientes a la TCC han demostrado efectividad en el tratamiento de este trastorno, entre ellas se incluyen la reestructuración cognitiva, ya que identifica y modifica pensamientos negativos o creencias disfuncionales sobre la sexualidad, otra técnica es la exposición gradual a situaciones sexuales que permite a los pacientes regular la ansiedad asociada con la actividad sexual, cabe mencionar que la terapia de pareja con enfoque conductual también puede mejorar la comunicación y fortalecer la intimidad, lo que a su vez puede aumentar el deseo sexual en quien padece este trastorno (Cabello y Palacios, 2012).

A nivel neurobiológico, la respuesta sexual femenina se regula por las hormonas sexuales y neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina y oxitocina, medicamentos como los opioides y los endocannabinoides actúan como neuromoduladores clave para las vías inhibitorias. Los medicamentos muestran potencial terapéutico en el TDSH al restaurar los desequilibrios neuroquímicos y reponer el deseo sexual, además de equilibrar otros neurotransmisores implicados en la respuesta sexual, como la dopamina y la norepinefrina, ya que este equilibrio neuroquímico es crucial para el funcionamiento sexual saludable y puede ayudar a las mujeres a recuperar su deseo sexual.(Croft, 2017).

Por lo tanto, esta revisión sistematizada se centra en analizar y comparar críticamente la evidencia existente sobre la eficacia comparativa entre la TCC y los tratamientos farmacológicos para el tratamiento del TDSH en mujeres de 18 a 45 años, ya que, al proporcionar una evaluación rigurosa de los tratamientos habituales, se espera que esta investigación informe de manera significativa a los profesionales de la salud

sobre las opciones más efectivas y basadas en evidencia para abordar esta condición, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.

Pregunta guía de investigación:

¿Cuál es la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente al tratamiento farmacológico en el trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres de 18 a 45 años?

Objetivos:

Objetivo General:

Examinar la eficacia comparativa entre la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y los tratamientos farmacológicos para el Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo (TDSH) en mujeres de 18 a 45 años.

Objetivos Específicos:

- Analizar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en la mejora del deseo sexual en mujeres de 18 a 45 años diagnosticadas con TDSH
- Evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico en la recuperación del deseo sexual en mujeres diagnosticadas con TDSH.
- Comparar los resultados obtenidos entre la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y los tratamientos farmacológicos en términos de mejora del deseo sexual y bienestar general en mujeres con TDSH.

Materiales y métodos

Diseño

Esta revisión sistemática presentó un enfoque cuantitativo de tipo descriptiva, centrada en la efectividad de los tratamientos sometidos a comparación basándose en una población específica.

Estrategias de búsqueda

Para la presente revisión sistemática se emplearon los términos MeSH (Medical Subject Headings) y DEC (Descriptores en Ciencias de la Salud) para optimizar y organizar la búsqueda bibliográfica de los estudios relevantes sobre nuestra temática de interés. Los principales términos de búsqueda fueron en el idioma inglés: "Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh], "Pharmacology, Clinical"[Mesh], "Sexual Dysfunctions, Psychological"[Mesh]. En idioma español: Terapia Cognitivo Conductual; Farmacología Clínica y Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo, y para el idioma

portugués: Terapia Cognitivo-Comportamental, Farmacología Clínica, Disfunções Sexuais Psicogênicas. Complementariamente, se implementaron los operadores booleanos “AND y OR” para especificar y combinar las variables de búsqueda, se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando la biblioteca online de la Universidad Católica de Cuenca además de las bases de datos de literatura académica PubMed, Scopus, Taylor y Francis, ProQuest y Web of Science.

Crterios de seleccin

La presente revisin sistemática utilizó artículos científicos de Ensayos Clínicos Aleatorizados, que contenían las variables de estudio (Terapia Cognitivo Conductual, Farmacología Clínica y Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo). Se realizó una revisin exhaustiva de los estudios publicados en los últimos 5 años comenzando la búsqueda el martes 25 de junio hasta el miércoles 20 de octubre de 2024 en idioma inglés, español y portugués para garantizar que nuestra revisin sistemática se encuentre estructurada con las prácticas y guías clínicas más actualizadas científicamente.

Se excluyeron artículos que contenían otra modalidad de enfoque psicoterapéutico que no fuese la terapia cognitivo-conductual, así como tratamientos farmacológicos que sean dirigidos a tratar otras comorbilidades medicas con trastorno del deseo sexual hipoactivo. De igual manera, se rechazaron artículos que contengan una metodología de estudio deficiente y estudios que no sean open access.

Extraccin de datos

Para la extraccin de datos se trabajó con el formulario “recogida de datos” del software JBI SUMARI, el cual permite extraer la informacin detallada de los estudios primarios para nuestra revisin sistemática. Recolectando variables de la poblacin de estudio, diseo del estudio, metodología detallada de la intervencin y medidas de resultado tanto cuantitativos y cualitativos. Esta elaboracin del formulario fue realizada por 2 revisores de manera independiente y posteriormente se llevó a cabo una discusin sobre el consenso de los estudios seleccionados.

Complementariamente, para la revisin sistemática sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente al tratamiento farmacológico en el Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo en mujeres, se utilizaron herramientas como la *Cochrane Risk of Bias Tool* que permitió evaluar el riesgo de sesgo en los ensayos clínicos aleatorizados.

Análisis de datos

La revisión sistemática adoptó un enfoque metodológico cuantitativo. La extracción de datos se llevó a cabo mediante el uso del formulario de recolección de datos del software JBI SUMARI, recopilando información detallada sobre la población de estudio, diseño del estudio, detalles de la intervención y medidas de resultados cuantitativas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo para calcular medias, medianas, desviaciones estándar y rangos de variables continuas, así como frecuencias y porcentajes de variables categóricas.

El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el software “Rayyan”. Además, se evaluó la calidad y validez de los artículos incluidos en el estudio conforme a la normativa PRISMA.

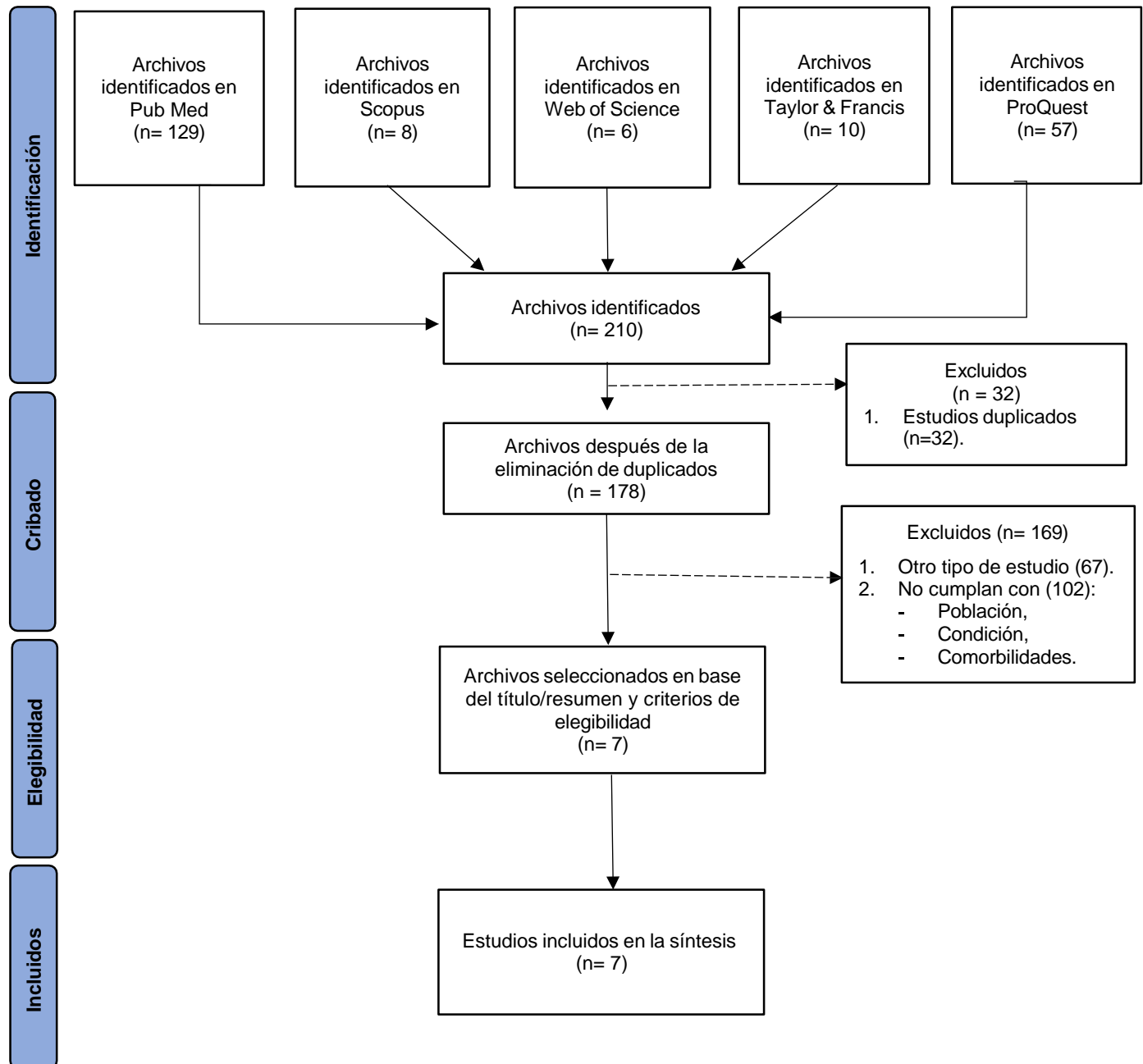
Para evaluar la calidad y el riesgo de sesgo de los estudios se utilizó la lista de verificación CONSORT para ensayos clínicos aleatorizados. Los resultados se sintetizaron de manera narrativa y se presentaron en tablas resumen. La revisión y validación de los resultados se realizó por un equipo de expertos en el campo, resolviendo cualquier sesgo mediante el análisis conjunto, con el fin de garantizar la validez y confiabilidad de las conclusiones obtenidas.

Resultados:

Descriptivo de los estudios seleccionados

El número de estudios identificados a través de la búsqueda en la base de datos fue $n = 210$, posterior a la eliminación de los artículos duplicados se examinaron $n = 178$ estudios y finalmente se seleccionaron $n = 7$ que cumplen con los criterios de elegibilidad (Figura 1 representa el diagrama de flujo de la búsqueda realizada).

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para revisiones sistemáticas actualizadas.



Descriptivo de los estudios seleccionados

Los ensayos clínicos aleatorizados incluidos en la síntesis reportaron datos de muestras de mujeres premenopáusicas con trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH). Se administraron intervenciones de terapia cognitivo-conductual (TCC) en n = 3 estudios, farmacoterapia en n = 1 estudio, y otras intervenciones novedosas como kisspeptina y agonistas del receptor MC4R en n = 2 estudios. La mejoría clínica se verificó utilizando herramientas de medición estandarizadas como el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) y la Escala de Angustia Sexual Femenina (FSDS-DAO).

En la Tabla 1 se incluye la descripción de los n = 7 ensayos controlados aleatorios, tales como: identificación del estudio, tamaño de la muestra (N), intervención administrada al grupo experimental, rango de edad y media, distribución por género, duración del estudio y las medidas estandarizadas empleadas para medir los síntomas del TDSH y otros problemas relacionados.

Evaluación de la calidad metodológica.

La Tabla 2 presenta la evaluación de calidad de los n = 7 estudios seleccionados utilizando la lista de verificación CONSORT. Esta evaluación incluye varios criterios clave para determinar la validez y fiabilidad de los estudios, tales como la claridad en la descripción del diseño del estudio, la metodología empleada, el cálculo del tamaño de la muestra, la implementación de cegamiento (doble o triple ciego), la precisión de las estimaciones (mediante intervalos de confianza u otras medidas de tamaño del efecto estandarizado) y la realización de análisis de coste-efectividad.

Tabla 1. *Ensayos clínicos aleatorizados de tratamiento con TCC o fármacos para TDSH.*

Estudio	N	Tratamiento	Sesiones / Dosis	Edad (Años)	Sexo	Duración	Medidas para el TDSH	Resultados
1. Meyers et al. (2020)	266	TCC	8 sesiones semanales.	Rango= 18 o más.	100% mujeres.	12 meses.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estandarizada. SIDI-F. 	Mejorías en el deseo sexual y la angustia relacionada con la sexualidad.
2. Lerner et al. (2022)	106	TCC	8 sesiones semanales.	Rango= 20 o más. Media= 40.6	100% mujeres.	6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> FSSQ. 	Mejorías significativas en la función sexual.
3. Kingsberg et al. (2019)	1500	Bremelanotida	1.75 mg. - vía subcutánea	Rango= 18 o más. Media=38.56	100% mujeres.	24 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas. 	La BMT puede mejorar el deseo sexual con un perfil de efectos secundarios manejable.
4. Thurston et al. (2022)	40	Kisspeptina	75 ml. - vía intravenosa	Rango= 18 o más. Media= 30.4	100% mujeres.	1 mes.	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación con médico sexual. 	Mejoría del procesamiento cerebral, beneficiando conducta y funcionalidad sexual.

5.	Thurston et al. (2022)	31	Bremelanotida	1.75 mg. -vía subcutánea	Rango= 18 o más.	100% mujeres.	1 mes.	• FSFI.	Aumento del deseo sexual. Mejoría del procesamiento cerebral sexual.
6.	Ajgaonkar et al. (2022)	80	Ashwagandha	300 mg. - vía oral	Rango= 18-50 años.	100% mujeres.	8 semanas.	• FSFI. • FSDS.	Mejoría en la salud sexual.
7.	Bouchard et al. (2024)	19	TCC	16 sesiones.	Rango= 18 o más. Media= 43.47	100% mujeres.	18 semanas.	• Entrevista clínica estructurada para TDSH.	CBCT una nueva invención de terapia sexual basada en la pareja para el TDSH.

Nota: TCC: Terapia cognitivo conductual. TDSH: Trastorno del deseo sexual Hipoactivo. SIDI-F: Inventario de interés y deseo sexual femenino. FSSQ: Cuestionario de Consiente Sexual Femenino. BMT: Bremelanotida. FSFI: Índice de función sexual femenina. Bremelanotida: tratamiento aprobado por la FDA para la falta de deseo sexual en mujeres pre menopáusicas. Kisspeptina: conjunto de péptidos neuroactivos que desempeñan un papel fundamental en la maduración sexual y el ciclo sexual femenino. CBCT: Terapia de pareja cognitivo-conductual. Ashwagandha: planta utilizada para el aumento del deseo sexual.

Tabla 2. Evaluación de la calidad de los estudios según la lista de verificación CONSORT.

		Título: Incluye tipo de diseño	Resumen: Estructurado- Completo	Introducción: Antecedentes	Introducción: Objetivos- Hipótesis	Métodos: Participantes	Métodos: Intervenciones	Métodos: Resultados	Métodos: Cálculo del tamaño de la muestra: potencia	Métodos: Aleatorizados	Métodos: Implementación	Métodos: Procedimientos estadísticos	Resultados: Flujo de participantes	Resultados: Números analizados	Resultados: Resultados- Estimaciones	Discusión: Limitaciones	Discusión: Generalización	Discusión: Interpretación	Otro Registro- Protocolo- Financiación
1.	Meyers et al. (2020)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(?)	(+)	(?)	(+)	(+)	(+)	(+)
2.	Lerner et al. (2022)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(P)	(+)	(+)	(+)
3.	Kingsberg et al. (2019)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)
4.	Thurston et al. (2022)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)
5.	Thurston et al. (2022)	(?)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)
6.	Ajgaonkar et al. (2022)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)
7.	Bouchard et al. (2024)	(?)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(P)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)

Nota: (+) Celda de color verde: presentado-reportado. (P) Celda de color gris: presentada parcialmente o reportada con algunas limitaciones. (?) Celda de color blanco: no presente o no reportado.

Tabla 3. *Porcentaje de calidad de los estudios.*

Estudio	Autor	País	Metodología	Quartil	Porcentaje
1. Tratamiento psicológico del bajo deseo sexual en mujeres: Protocolo para un ensayo aleatorizado controlado con lista de espera, con tratamiento cognitivo-conductual y atención plena en línea.	Meyers et al. (2020)	Canadá	Ensayo clínico aleatorizado	Q3	83%
2. Terapia de grupo cognitivo-conductual para mujeres con deseo sexual hipoactivo: un estudio piloto aleatorizado.	Lerner et al. (2022)	Brasil	Ensayo clínico aleatorizado	Q2	72%
3. Bremelanotida para el tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo: dos ensayos aleatorizados de fase 3.	Kingsberg et al. (2019)	Estados Unidos	Ensayo clínico aleatorizado	Q1	88%
4. Efectos de la administración de kisspeptina en mujeres con trastorno del deseo sexual hipoactivo: ensayo clínico aleatorizado.	Thurston et al. (2022)	Estados Unidos	Ensayo clínico aleatorizado	Q1	94%
5. El agonismo del receptor de melanocortina 4 mejora el procesamiento cerebral sexual en mujeres con trastorno del deseo sexual hipoactivo.	Thurston et al. (2022)	Estados Unidos	Ensayo clínico aleatorizado	Q1	83%
6. Eficacia y seguridad del extracto de raíz de ashwagandha (<i>Withania somnifera</i>) para mejorar la salud sexual en mujeres sanas: un estudio prospectivo, aleatorizado y controlado con placebo.	Ajgaonkar et al. (2022)	Estados Unidos	Ensayo clínico aleatorizado	Q3	94%
7. Viabilidad de una intervención de terapia cognitivo-conductual de pareja para el trastorno del interés/excitación sexual.	Bouchard et al. (2024)	Estados Unidos	Ensayo clínico aleatorizado	Q1	72%
Porcentaje total de calidad de la investigación:					83%

Nota: Los estudios que se encuentren en un rango menor al 50% se categorizan como de baja calidad, los que estén entre 50% y 75% mediana calidad y los que tengan un porcentaje mayor a 75% alta calidad. Los estudios evaluados en la presente revisión sistemática obtuvieron un porcentaje general de 83% lo que clasifica al estudio como de calidad alta.

Eficacia de la TCC como tratamiento del TDSH

El estudio de Meyers *et al.* (2020), incluyó una muestra de 266 mujeres con TDSH, evaluando la eficacia de intervenciones basadas en TCC y mindfulness proporcionadas en línea, los resultados arrojados indicaron mejoras en el deseo sexual y la reducción de la angustia relacionada con la sexualidad en comparación con el grupo de control en lista de espera.

Lerner *et al.* (2022), evaluaron la eficacia de la TCC grupal en una muestra de 106 mujeres con TDSH, los resultados mostraron mejoras significativas en la función sexual en comparación con el grupo de control, sugiriendo que la TCC grupal es una opción efectiva para el tratamiento del TDSH.

Bouchard *et al.* (2024), evaluaron la viabilidad de una intervención de TCC para parejas, en mujeres con un diagnóstico de TDSH, los resultados mostraron mejoras significativas en el deseo sexual diádico y la reducción de la angustia sexual desde el pretratamiento hasta el postratamiento y el seguimiento a los 6 meses, siendo así los participantes reportaron alta satisfacción con el tratamiento.

Eficacia de los fármacos como tratamiento del TDSH

Kingsberg *et al.* (2019), en su estudio reflejaron la eficacia de la bremelanotida en mujeres premenopáusicas con TDSH, los resultados mostraron mejoras significativas en el deseo sexual y la disminución en la angustia sexual en comparación con el grupo de placebo.

Thurston *et al.* (2022), realizaron dos estudios separados, el primero evaluó los efectos de la administración de kisspeptina en mujeres premenopáusicas con TDSH, mostrando modulaciones en el procesamiento cerebral relacionado con la sexualidad y la atracción facial. El segundo estudio evaluó los efectos del agonismo del receptor MC4R, encontrando que aumentó significativamente el deseo sexual y mejoró el procesamiento cerebral relacionado con la sexualidad en comparación con el placebo (Thurston *et al.*, 2022).

Ajgaonkar *et al.* (2022), evaluaron la eficacia y seguridad del extracto de raíz de ashwagandha en la mejora de la salud sexual en mujeres sanas, los resultados mostraron mejoras significativas en varios aspectos de la salud sexual en el grupo que recibió ashwagandha en comparación con el grupo de placebo, sin efectos adversos graves reportados.

Síntesis de Resultados

Los estudios que evaluaron la TCC demostraron su efectividad para mejorar el deseo sexual y reducir la angustia sexual en mujeres con TDSH. En particular, los estudios de (Meyers *et al.*, 2020; Lerner *et al.*, 2022), mostraron que tanto la TCC individual como la grupal son intervenciones eficaces. La TCC grupal, en especial, mostró mejoras significativas en la función sexual en comparación con los grupos de control, sugiriendo que esta modalidad puede ser una opción viable y efectiva para el tratamiento del TDSH. Además, el estudio de Bouchard *et al.* (2024), evaluó la viabilidad de una intervención de terapia para parejas cognitivo-conductual (CBCT) en mujeres con TDSH, mostrando mejoras significativas en el deseo sexual diádico y la reducción de la angustia sexual desde el pretratamiento hasta el postratamiento y el seguimiento a los 6 meses.

Por otro lado, los tratamientos farmacológicos también mostraron ser efectivos en la mejora del deseo sexual y la reducción de la angustia sexual. Los estudios de (Kingsberg *et al.*, 2019 ; Thurston *et al.*, 2022 ; Thurston *et al.*, 2022 ; Ajgaonkar *et al.*, 2022), evaluaron diferentes tratamientos farmacológicos, incluyendo bremelanotida, kisspeptina, agonista MC4R y extracto de raíz de ashwagandha. Todos estos tratamientos mostraron mejoras significativas en comparación con los grupos de placebo, indicando su potencial eficacia en el tratamiento del TDSH.

Al comparar los resultados alcanzados en cada artículo analizado con anterioridad indican que tanto la TCC como el tratamiento farmacológico son efectivas para mejorar el deseo sexual y reducir la angustia sexual en mujeres diagnosticadas con TDSH, sin embargo, la TCC ofrece la ventaja adicional de mejorar el bienestar general y la función sexual a través de intervenciones psicológicas, mientras que los tratamientos farmacológicos se centran en la modulación biológica del deseo sexual y su efectividad se observa únicamente mientras la paciente está bajo los efectos del fármaco.

Discusión:

El objetivo general de esta revisión sistemática fue examinar la eficacia comparativa entre la Terapia Cognitivo Conductual y los tratamientos farmacológicos para el Trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres de 18 a 45 años. Los resultados obtenidos indican que ambas intervenciones son efectivas para mejorar el deseo sexual y reducir la angustia sexual en esta población, sin embargo, la TCC mantiene a largo plazo los resultados alcanzados durante las sesiones, ofreciendo beneficios sostenidos más allá

del periodo de tratamiento activo, a diferencia del tratamiento farmacológico, cuya efectividad se limita al periodo en que la paciente está bajo la influencia del medicamento.

En cuanto a los objetivos específicos, se encontró que la TCC, tanto individual como grupal, es efectiva para mejorar el deseo sexual en mujeres con TDSH. Los estudios de (Meyers *et al.*, 2020 ; Lerner *et al.*, 2022), mostraron mejoras significativas en la función sexual y la reducción de la angustia sexual en comparación con los grupos de control. Además, el estudio de Bouchard *et al.* (2024), demostró que la TCC para parejas (CBCT) también es efectiva, mostrando mejoras en el deseo sexual diádico y la reducción de la angustia sexual.

Por otro lado, los tratamientos farmacológicos, incluyendo bremelanotida, kisspeptina, agonista MC4R y extracto de raíz de ashwagandha, también mostraron ser efectivos en la mejora del deseo sexual y la reducción de la angustia sexual. Los estudios de (Kingsberg *et al.*, 2019 ; Thurston *et al.*, 2022 ; Thurston *et al.*, 2022 ; Ajsaonkar *et al.*, 2022), indicaron mejoras significativas en comparación con los grupos de placebo. Al comparar la TCC con los tratamientos farmacológicos, se observó que ambas intervenciones son efectivas, aunque la TCC ofrece la ventaja adicional de mejorar el bienestar general a través de intervenciones psicológicas.

Comparación de los resultados obtenidos con resultados de otras revisiones sistemáticas

Brotto (2017) destaca la eficacia de la TCC y el mindfulness para tratar el TDSH en mujeres, mostrando mejoras significativas en el deseo sexual y la reducción de la angustia sexual, también menciona que la flibanserina es efectiva, pero con efectos secundarios considerables; así como los estudios de (Meyers *et al.*, 2020; Lerner *et al.*, 2022), que confirman la efectividad de la TCC, incluyendo la terapia para parejas cognitivo-conductual (CBCT) mencionada por (Bouchard *et al.*, 2024).

Jaspers *et al.* (2016), realizaron una revisión sobre la flibanserina, mostrando un efecto positivo modesto en el deseo sexual y reducción de la angustia sexual, pero con efectos secundarios significativos, mientras que esta revisión también incluye estudios sobre la bremelanotida, kisspeptina y el extracto de raíz de ashwagandha, que mostraron mejoras significativas con menos efectos secundarios en comparación con la flibanserina.

Cieri *et al.* (2021), evaluaron la l-arginina para el TDSH, encontrando un efecto positivo en el deseo sexual, aunque con evidencia limitada, en comparación, esta revisión incluye tratamientos como la bremelanotida, kisspeptina y el extracto de raíz de

ashwagandha, que muestran resultados significativos y una base de evidencia más sólida.

La comparación con los resultados de los estudios de (Brotto, 2017 ; Jaspers *et al.*, 2016; Cieri *et al.*, 2021), refuerza la eficacia de la TCC y los tratamientos farmacológicos para el TDSH. La TCC, especialmente en su modalidad grupal y para parejas, se presenta como una opción altamente efectiva con beneficios adicionales en el bienestar psicológico, entre los tratamientos farmacológicos, la bremelanotida y la kisspeptina destacan por su eficacia y menores efectos secundarios, siendo opciones ventajosas para el tratamiento del TDSH. Cabe recalcar que hay pocas revisiones sistemáticas sobre la TCC en comparación con las revisiones sobre tratamientos farmacológicos, lo que resalta la necesidad de más investigaciones en este ámbito.

Limitaciones

La principal limitación del estudio recae en la composición de la muestra, ya que, las estrictas características de elegibilidad impiden la generalización de los resultados. Del mismo modo, al tratarse de un tema poco estudiado en el campo de la investigación en psicología, se presentó una considerable dificultad para encontrar información en bases de datos científicas que contenga todas las variables definidas para el desarrollo del presente estudio. Además, otra barrera a considerar fue que varios artículos relevantes y necesarios para el estudio estaban disponibles únicamente mediante pago. Finalmente, al estar la revisión centrada exclusivamente en un único tipo de estudio reduce considerablemente la cantidad de información a revisar sobre el tema.

Para reducir estas limitaciones en futuros estudios, se recomienda ampliar los criterios de elegibilidad de la muestra para incluir mayor diversidad en cuanto a características demográficas, contextuales e incluso de identidad y orientación sexual, permitiendo así la generalización de los hallazgos. Además, sería necesario incluir diferentes tipos de estudios, con el fin de obtener una perspectiva más completa del tema investigado y por ende mayor cantidad de referencias a analizar.

También, se recomienda a futuros investigadores continuar explorando la eficacia comparativa entre la TCC y los tratamientos farmacológicos en el TDSH, ya que es importante investigar las mismas variables para ampliar el conocimiento sobre este tema y proporcionar una base más sólida para la práctica clínica, ya que actualmente no existen suficientes estudios que analicen específicamente estas dos variables.

Fortalezas

La principal fortaleza del estudio desde un enfoque teórico, es que, presenta evidencia literaria nueva que puede ser utilizada por futuros investigadores como base para analizar e interpretar aspectos relacionados al tema. Además, el estudio abre la brecha a la importancia y relevancia de investigación del TDSH y su tratamiento, que en la actualidad es escasa.

Desde un enfoque práctico, también se contribuye a la clínica, ya que, el presente estudio establece una línea base para desarrollar o mejorar modelos de intervención para trastorno estudiado, se plantea un modelo de intervención multidisciplinario, destacando que si bien los fármacos trabajan sobre la reducción del síntoma, la terapia psicológica bajo el modelo cognitivo - conductual va más allá al reestructurar las ideas o creencias que generan el síntoma, modificar la percepción que la persona tiene sobre su propio cuerpo e incrementar con ello el umbral del placer, en adición, los resultados obtenidos por el fármaco se dan únicamente bajo el consumo del mismo, mientras que, lo aprendido en terapia se puede conservar a largo plazo, por último se plantea que la combinación ambos métodos garantiza un buen pronóstico para el TDSH beneficiando tanto a pacientes como a sus parejas.

Cierre

Esta revisión sistemática analizó datos de siete estudios extraídos de bases científicas, los cuales evidencian que tanto el tratamiento farmacológico como la terapia psicológica basada en el modelo Cognitivo-Conductual son efectivos en el tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres de 18 a 45 años, sin embargo, tras el análisis de la literatura, se concluye que la cantidad de beneficios es mayor si se trabaja bajo un enfoque multidisciplinario, puesto que, mientras el fármaco actúa sobre el síntoma, la Terapia Cognitivo Conductual trabaja en los pensamientos, situaciones, y conductas que generan el síntoma, con ello brindando aprendizajes que podrían garantizar un efecto a largo plazo. Estos hallazgos son cruciales para el campo de la psicología, ya que, ofrecen estrategias terapéuticas eficaces para abordar el trastorno del deseo sexual hipoactivo de una manera integrativa. No obstante, los estrictos criterios de selección de la muestra y la limitada información de investigaciones previas y de acceso libre en esta área representan limitaciones que deben ser consideradas en futuras investigaciones. En conclusión, esta revisión aporta significativamente a la literatura sobre trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres de 18 a 45 años y destaca la necesidad de continuar investigando en este tema.

Bibliografía

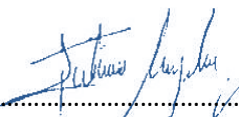
- Ajgaonkar, A., Jain, M., & Debnath, K. (2022). Efficacy and Safety of Ashwagandha (Withania somnifera) Root Extract for Improvement of Sexual Health in Healthy Women: A Prospective, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Cureus*, *10*(14), 10-21. doi:10.7759/cureus.30787
- Aldana, E., & Cervantes, G. (2021). Disfunciones y trastornos sexuales en mujeres en climaterio. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, *12*(2), 563-587. doi: <https://doi.org/10.21501/22161201.3534>
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ta ed.). American Psychiatric Publishing.
- Aranaz, M. (2018). Deseo sexual hipoactivo en una muestra de mujeres usuarias de un servicio de salud mental. *Universidad de Oviedo*. https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/45587/TFM_MartaAranazSanchez.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Bouchard, K., Bergeron, S., & Rosen, N. (2024). Feasibility of a Cognitive-Behavioral Couple Therapy Intervention for Sexual Interest/Arousal Disorder. *The Journal of Sex Research*, 1-11. doi:<https://10.1080/00224499.2024.2333477>
- Brotto, L. (2017). Evidence-based treatments for low sexual desire in women. *Frontiers in neuroendocrinology*, *45*, 11-17. doi:<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.02.001>
- Cabello, F., & Palacios, S. (2012). Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, *55*(6), 289-295. doi:10.1016/j.pog.2011.11.012
- Cieri, N., Jaenecke, A., Bahia, A., Lucas, D., Oluloro, A., Stimmel, L., & Hutcherson, T. (2021). Systematic Review of l-Arginine for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder and Related Conditions in Women. *Pharmacy*, *9*(2), 71. doi:<https://doi.org/10.3390/pharmacy9020071>
- Crimer, N., & Terrasa, S. (2021). Suplementación de testosterona durante el climaterio en mujeres con trastorno por deseo sexual hipoactivo. *Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria*, *24*(3). doi:<https://doi.org/10.51987/evidencia.v24i4.6961>
- Croft, H. (2017). Comprensión del papel de la serotonina en el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino y opciones de tratamiento. *J Sex Med*, *14*(12), 1575-1584. doi:10.1016/j.jsxm.2017.10.068

- Espitia, F. (2020). Déficit de vitamina D en hombres y mujeres con deseo sexual hipoactivo: Estudio de prevalencia. *Revista médica Risaralda*, 26(2), 123 - 129. doi:<https://doi.org/10.22517/25395203.23251>
- Fooladi, E., Islam, R., Bell, R., Robinson, P., Masoumi, M., & Davis, S. (2020). The prevalence of hypoactive sexual desire disorder in Australian and Iranian women at midlife. *Menopause*, 27(11), 1274-1280. doi:10.1097/GME.0000000000001665
- Jaspers, L., Feys, F., Bramer, W., Franco, O., Leusink, P., & Laan, E. (2016). Efficacy and Safety of Flibanserin for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 176(4), 453-62. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8565
- Kingsberg, S., Clayton, A., Portman, D., Williams, L., Krop, J., Jordan, R., Simon, J. (2019). Bremelanotide for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder: Two Randomized Phase 3 Trials. *Obstet GYNECOL*, 134(5), 899-908. doi:10.1097/AOG.0000000000003500
- Lema, J., & Hernández, Y. (2022). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno del deseo sexual hipoactivo. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(42), 36-44. doi:<https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss41.2022pp388-399>
- Lerner, T., Bagnoli, V., Gay, E., Pontes, L., Esposito, I., Soares, J., & Chada, E. (2022). Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. *Clinics*, 77. doi:<https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100054>
- Lodise, N. (2014). Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: Treatment Options Beyond Testosterone and Approaches to Communicating with Patients on Sexual Health. *Pharmacotherapy*, 33(4), 411-421. doi:<https://doi.org/10.1002/phar.1209>
- Meyers, M., Margraf, J., & Velten, J. (2020). 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 research protocols*, 9(9). doi:10.2196/20326
- Parroquia, S., & Hahn, S. (2016). Trastorno del deseo sexual hipoactivo: una revisión de epidemiología, biopsicología, diagnóstico y tratamiento. *Revisiones de medicina sexual*, 4(2), 103 - 120. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.11.009>
- Puerta, J., & Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como

- tratamiento. *Redalyc*, 8(2), 251 - 257.
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Puerta, J., & Padilla, D. (2011). Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Ronghe , V., Pannase, K., Gomase, K., & Mahakalkar, M. (2023). Understanding Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) in Women: Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Cureus*, 30(11). doi:10.7759/cureus.49690
- Thurston, L., Hunjan, T., Ertl, N., Wall, M., Mills, E., Suladze, S., . . . Dhillon, W. (2022). Effects of Kisspeptin Administration in Women With Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*, 5(10). doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.36131
- Thurston, L., Hunjan, T., Mills, E., Wall, M., Ertl, N., Phylactou, M., . . . Dhillon, W. (2022). Melanocortin 4 receptor agonism enhances sexual brain processing in women with hypoactive sexual desire disorder. *The Journal of Clinical Investigation*, 132(19). doi:<https://doi.org/10.1172/JCI152341>


Joseline Tatiana Lozada Castro portadora de la cédula de ciudadanía N° **0107180333** y **Tamara Alejandra Mora Idrovo** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0107191868**. En calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Terapia cognitivo-conductual frente al tratamiento farmacológico en el trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **25 de marzo de 2025**

F: 

Joseline Tatiana Lozada Castro

C.I. 0107180333

F: 

Tamara Alejandra Mora Idrovo

C.I. 0107191868