

## Sexuality in Endometriosis.

Francisca Molero Rodríguez, Maria Elena Miquel...

ASSIR Sant Andreu de la Barca, ASSIR Vilafranca del Penedès, Institut de Sexologia de Barcelona. Barcelona, Spain

### *Chapter Outline*

1. Introducción
2. Factores implicados en la sexualidad de las pacientes con endometriosis
3. Disfunción sexuales asociadas a la endometriosis.
4. Diagnostico
5. Abordaje terapéutico
6. Conclusiones

### **Abstract** (entre 100-400 palabras)

La endometriosis y sus secuelas tienen implicaciones negativas en la salud sexual y reproductiva de las pacientes.

Aunque la dispareunia profunda sea el síntoma principal y la evitación de las relaciones coitales una de sus consecuencias, la enfermedad puede acabar afectando todas las fases de la respuesta sexual así como generar problemas relacionales y de pareja.

Es un reto y una obligación por parte de los profesionales abordar estos temas en la atención a estas pacientes con la finalidad de minimizar al máximo el impacto negativo

El diagnóstico de la disfunción sexual femenina se basa en la presencia de los criterios diagnósticos obtenidos a través de la historia médica y sexual. Para cumplir con los criterios para la disfunción sexual, un problema sexual debe ser recurrente o persistente y causar preocupación.

La clasificación más utilizada en el ámbito médico es la del DSM-IV-TR (Shifren 2008. DSM-IV-R). Más recientemente Basson y sus colaboradores (2003) han realizado una revisión de la respuesta sexual femenina y de las disfunciones sexuales que padecen las mujeres, creando una clasificación de mayor utilidad clínica.

Existen numerosos estudios que demuestran la correlación entre la calidad de la actividad sexual y la escisión radical de los focos de endometriosis. Aproximadamente un 30 % de mujeres refieren remisión de la dispareunia tras la cirugía en la que se resecan los implantes situados en los ligamentos uterosacros. (B. Leeners. Clinic for Reproductive Endocrinology, University Hospital Zürich, Switzerland).

En la mayoría de las parejas el counseling junto con la terapia sexual les permite tener una satisfactoria y afectuosa vida sexual a pesar de los síntomas residuales de la endometriosis (B. Leeners. Clinic for Reproductive Endocrinology, University Hospital Zürich, Switzerland).

## *Introducción*

La sexualidad es una parte integral de la vida humana. Tiene que ver con la reproducción, pero también con el placer, la intimidad y el acercamiento emocional a otras personas (OMS 2011)

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción.

La salud sexual está intrínsecamente ligada a la salud física y mental. Los problemas de salud física y mental pueden contribuir a la aparición de disfunciones sexuales, del mismo modo que las disfunciones sexuales pueden contribuir a la aparición de problemas de salud física y mental (Cain, 2003)

Las Disfunciones Sexuales son aquellas alteraciones en el deseo sexual, la excitación, la incapacidad o deterioro para alcanzar el orgasmo o el dolor en la actividad sexual, que ocurren de una manera persistente y recurrente y que causan malestar y dificultades interpersonales (Shifren, 2008; DSMIV R)

La fisiopatología de las disfunciones sexuales femeninas (DSF) es muy compleja, en ella participan aspectos hormonales, neurológicos, vasculares, psicológicos e interpersonales

La disfunción sexual puede ser un problema de toda la vida o adquirido, cuando aparece después de un período de funcionamiento sexual normal.

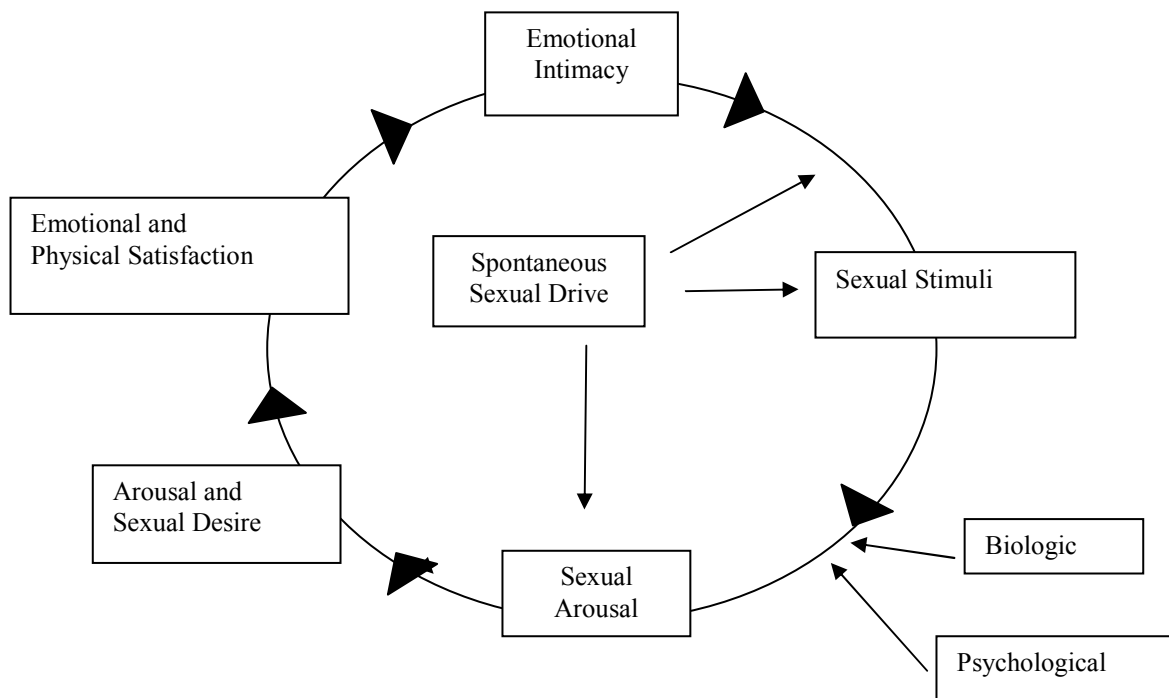
El conocer cómo funciona la respuesta sexual femenina normal es muy útil para poder realizar el asesoramiento sexual y el diagnóstico de disfunción sexual.

El ciclo de respuesta sexual femenina se divide en cuatro fases(DSM IV R)

- Deseo (libido). El deseo de tener actividad sexual, incluyendo los pensamientos sexuales, imágenes, y los deseos
- La excitación (excitación). Sensación subjetiva de placer sexual acompañada de cambios fisiológicos, incluyendo la vasocongestión genital y el aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria
- El orgasmo. Alcanzando un máximo del placer sexual y la liberación de la tensión sexual, con las contracciones rítmicas de los músculos perineales y los órganos reproductores
- Resolución. Relajación muscular y una sensación de bienestar general de la actividad sexual.

Para muchas mujeres la secuencia de las fases pueden variar e incluso algunas de ellas estar ausentes sin que ello menoscabe la satisfacción sexual subjetiva (4) ( Shafer,1995). El deseo sexual no siempre es el iniciador de la respuesta sexual (RS), en múltiples ocasiones, sobretodo en parejas estables de larga evolución, el deseo puede aparecer después de que la mujer responda a estímulos sexuales agradables, como el deseo de cercanía emocional.(Basson, 2006)

Fig 1. Non-linear Model of Female Sexual Response Developed by Basson



Basson's non-linear model acknowledges how emotional intimacy, sexual stimuli, and relationship satisfaction affect female

## ***Factores que pueden estar implicados en las disfunciones sexuales de la paciente con endometriosis***

La etiología de las disfunciones sexuales es multifactorial incluyendo factores orgánicos, tratamientos farmacológicos, problemas psicológicos, y problemas relacionales, dentro de los cuales la percepción de la salud física y mental y el tipo de relación de pareja establecida así como el papel que representa las relaciones sexuales dentro de ella adquieren especial relevancia. (Bancroft, 2003, Leiblum 2006)

No podemos obviar que la satisfacción emocional con la pareja está fuertemente asociada con la satisfacción sexual (Avis, 2005; Dennerstein, 2005)

En las mujeres las relaciones sexuales satisfactorias y periódicas son un indicador de vinculación e intimidad y un factor necesario para el bienestar emocional (Gracia, 2007; Hallstrom, 1997)

En el caso de la paciente con endometriosis se encuentra afectada su salud física y en muchas ocasiones también su salud mental, siendo frecuentes los cuadros de ansiedad y depresión. (Grazziottin, 2004)

La depresión y su tratamientos son factores relacionados con las disfunciones sexuales. La depresión está presente en 17 a 26 por ciento de las mujeres que se quejan del bajo deseo sexual (Van Lankveld, 2000)

Los inhibidores selectivos de los receptores de serotonina (ISRS) se hallan implicados en el bajo deseo y la dificultad con el orgasmo en las mujeres. (Van Lankveld, 2000)

Respecto a la dispareunia profunda es un síntoma cardinal de la endometriosis. Posiblemente sea el dolor asociado a las relaciones sexuales lo que con mayor frecuencia evita realizarlas, más que los asociados a problemas de excitación subjetiva u orgasmo. (cuadro 2)

Otros factores también han de ser considerados al hablar de endometriosis y disfunciones sexuales: la edad de la paciente, el tiempo de evolución de la enfermedad y sus secuelas, sus rasgos de personalidad, sus deseos gestacionales, sus vivencias sexuales previas o la importancia que tiene la sexualidad en su vida. (Dennerstein, 2004; Moreira, 2006).

Si estas pacientes tienen pareja, ya que alguna de éstas mujeres con endometriosis muy severa, han renunciado a ella (Garry, 2000). Es muy importante la actitud que tengan ante la enfermedad y sus consecuencias, actitud que estará determinada por el tipo de relación de pareja que tengan establecida y del papel que tengan las relaciones sexuales dentro de ella.

En ocasiones es necesaria una readaptación de la sexualidad y modificación de las actividades sexuales, que no es posible sin una buena comunicación (Oehmke, 2009)

El papel de los profesionales que atienden a esta paciente también tienen su importancia, no solamente en la atención a la enfermedad física y psíquica sino también en facilitar o no que la paciente y su pareja puedan hablar de los temas relacionados con la sexualidad que les preocupan, asesorando o derivando a otros profesionales en caso necesario.

**Cuadro 2.** Factores implicados en la aparición de disfunciones sexuales

**Factores implicados en la aparición de disfunciones sexuales**

Factores relacionados con la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Rasgos de personalidad</li> <li>• Percepción de salud/enfermedad</li> <li>• Deseo gestacional</li> <li>• Sexualidad Previa: Experiencias y satisfacción</li> </ul>
<b>Factores relacionados con la endometriosis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor:Dispareunia profunda</li> <li>• Evolución de la enfermedad</li> <li>• Derivados de los tratamientos: Quirúrgicos y farmacológicos de la endometriosis</li> <li>• Trastornos psicológicos reactivos: Trastornos de ansiedad Depresión Tratamientos con ISRS</li> </ul> <p>Otras DS 2ºs al dolor : Trastorno Excitación , DSH, anorgasmia</p>
<b>Factores relacionados profesionales sanitarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de formación de los profesionales en sexualidad</li> <li>• No integración del asesoramiento sexual en la atención de las pacientes</li> </ul>
Factores relacionados con la pareja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación de pareja: Tipo de apego</li> <li>• Adaptación de las relaciones sexuales y de pareja a la enfermedad</li> </ul>

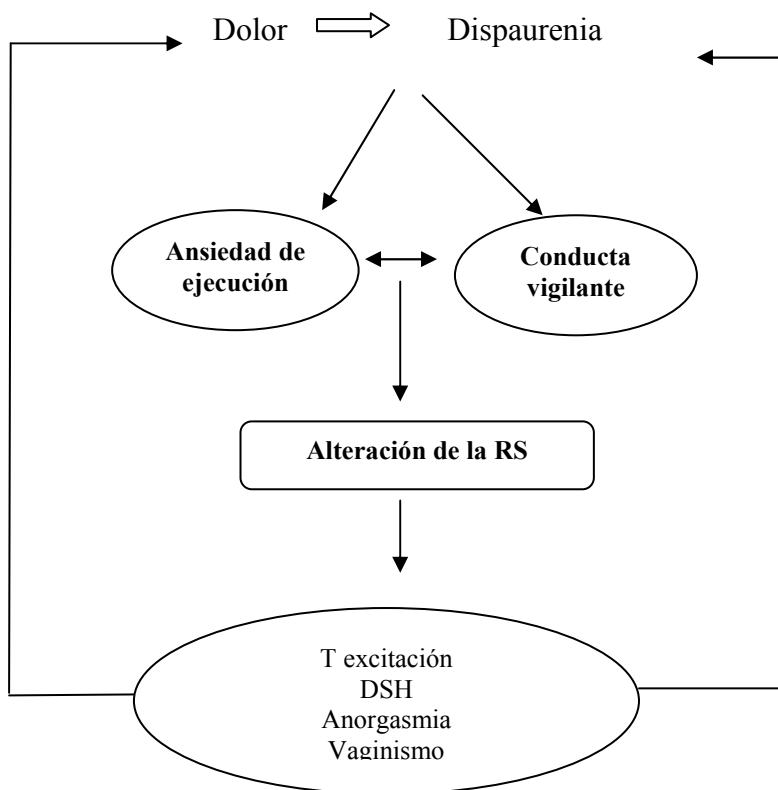
***Disfunción sexuales asociadas a la endometriosis***

Como hemos referido anteriormente la mala salud autopercebida es un factor determinante de disfunción sexual. En el caso de las pacientes con endometriosis, además del dolor físico que padecen en las relaciones sexuales, pueden aparecer otros síntomas secundarios al déficit hormonal inducido farmacológicamente cómo: palpitaciones, sudoraciones, insomnio o sequedad vaginal, añadiéndose también estrés, trastornos de ansiedad y/o depresión, que podrán generar además de dispareunia otras disfunciones sexuales secundarias que abarquen todas las fases de la respuesta sexual.( Lindau, 2007; Hawton 1994))

Inicialmente aparece la dispareunia, pero si el problema se mantiene acaba bloqueando la respuesta sexual.

La dispareunia crónica provoca conductas ansiedad anticipatoria o de ejecución y conductas de autoobservación, durante la actividad sexual, centradas en el dolor, de manera que la mujer no se puede olvidar del dolor o el miedo a él. Esta interferencia en la fase de excitación provoca que no se produzcan los cambios fisiológicos y vasocongestivos necesarios para que haya una buena lubricación vaginal, reforzándose de manera negativa la dispareunia y secundariamente problemas de anorgasmia y deseo sexual hipoactivo (DSH).(cuadro3)

Cuadro 3.



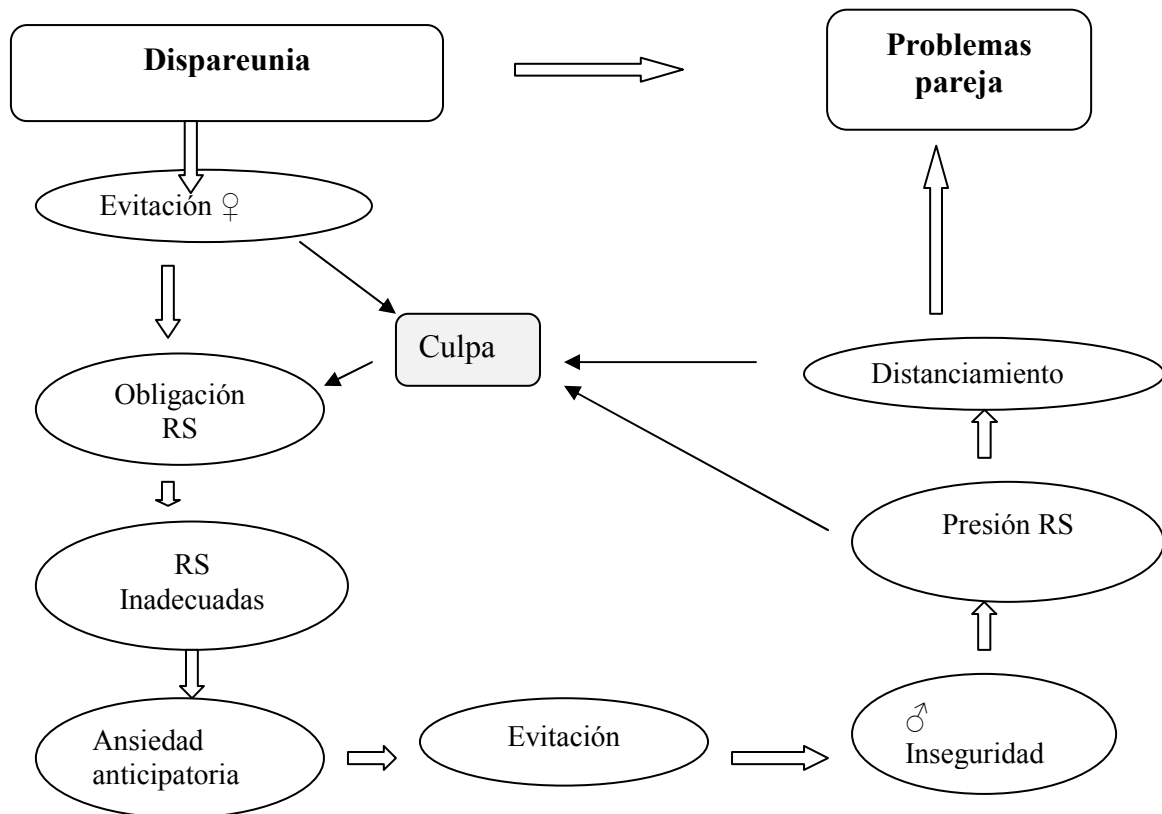
La evitación de las relaciones sexuales por miedo al dolor tiene repercusiones en las relaciones de pareja si se cronifica. La mujer que evita las relaciones sexuales se siente mal y en muchas ocasiones culpable por no responder a las expectativas de su pareja.

La pareja por su parte también se siente insegura al no saber si insistir o no en su demanda de relaciones sexuales e incluso llega a albergar dudas respecto a la atracción y tipo de sentimientos que despierta.

Si la comunicación entre los dos no es adecuada puede generarse un alejamiento emocional que puede originar problemas en la relación.

Por otro lado la paciente al sentirse culpable por la situación, tiende a mantener relaciones sexuales impulsadas por la culpa y la obligación,. Condiciones por otro lado inadecuadas para conseguir la satisfacción sexual necesaria, abocando muchas veces en relaciones sexuales insatisfactorias que reforzarán de manera negativa y /o evitarán la exposición a nuevas actividades sexuales. ( Cuadro 4 )

Cuadro 4.



## **Diagnostico de las disfunciones sexuales**

Cómo se ha comentado anteriormente los problemas sexuales tienen una revalencia bastante alta en las mujeres.

Las disfunciones sexuales son variadas incluyendo falta de deseo sexual, dificultad orgásmica o dolor durante la actividad sexual.

Todavía en la actualidad, realizar una historia sexual de las pacientes resulta difícil, probablemente porque todavía sigue siendo la sexualidad un tema “tabú” o “desconocido” para muchos médicos, y ginecólogos, por una insuficiente educación en este campo.

Por otro lado, las mujeres con endometriosis consideran que dispareunia y otras disfunciones sexuales, forman parte de su enfermedad y sienten vergüenza o no creen necesario comentarlo a su ginecólogo.

Sin embargo a pesar de ello, sí que es cierto que cada vez existe mayor interés en el campo de la sexualidad, lo que aumenta la demanda de las pacientes y las posibilidades terapéuticas.

El diagnóstico de la disfunción sexual femenina se basa en la presencia de los **criterios diagnósticos obtenidos a través de la historia médica y sexual**. Para cumplir con los criterios para la disfunción sexual, un problema sexual debe ser **recurrente o persistente** y **causar preocupación**. La exploración pélvica se requiere en los trastornos del dolor para identificar factores etiológicos y factores condicionantes.

### **Criterios diagnosticos**

La clasificación más utilizada en el ámbito médico es la del **DSM-IV-TR**. (Shifren,2008,DSMIVR)

Más recientemente **Basson y sus colaboradores (2003)** han realizado una revisión de la respuesta sexual femenina y de las disfunciones sexuales que padecen las mujeres, creando una clasificación de mayor utilidad clínica.

Siempre deberá por otra parte descartarse una serie de problemas que pueden afectar al diagnóstico, como son: relaciones conflictivas con la pareja sexual, uso de medicamentos concomitantes que afectan la función sexual, la presencia de problemas médicos que puedan afectar la función sexual (depresión, ansiedad, etc.) o la disfunción sexual de la pareja.



## Clasificación diagnóstica Disfunciones sexuales

<b>DSM- IV-TR (Referencias)</b>  Primario o adquirido. Generalizado o situacional. Total o parcial (refiriéndose al grado de severidad de la disfunción).	<b>Basson y colaboradores (referencias)</b>  Primario o secundario. Generalizado o situacional. Etiología mayoritariamente psicógena, orgánica, mixta, o el origen causal desconocido.
F52.0 Trastornos del deseo sexual: Trastornos del deseo sexual hipoaactivo (302.71)	<b>Trastornos del deseo/interés sexual:</b> Sentimiento de ausencia o disminución del interés o deseo sexual. La motivación por querer tener deseo está muy disminuida o ausente. La caída del interés se considera más importante que los cambios existentes por los ciclos vitales o la duración de la relación de pareja.
F52.10 Trastornos por aversión al sexo (302.79)	<b>Trastorno por aversión sexual:</b> Extrema ansiedad o disgusto ante la idea o el intento de practicar cualquier actividad sexual.
F52.2 Trastornos de la excitación sexual: Trastornos de la excitación sexual en la mujer (302.72)	<b>Trastorno subjetivo de la excitación:</b> Ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y placer con cualquier tipo de estimulación sexual a pesar de existir lubricación vaginal y otros signos propios del proceso de excitación.  <b>Trastorno de la excitación sexual genital:</b> Ausencia o deterioro de la excitabilidad genital que se manifiesta como una mínima o ausente lubricación vaginal, con sensaciones sexuales genitales mínimas o inexistentes. Sí existen sensaciones sexuales no genitales.  <b>Trastorno combinado de la excitación subjetiva y genital:</b> Marcada disminución o ausencia de la excitación sexual y del placer con ausencia de ingurgitación y lubricación genital ante cualquier tipo de estímulo sexual.  <b>Trastorno de la excitación sexual persistente:</b> Excitación sexual en ausencia de estímulo sexual. Espontánea, molesta y no deseada. No se alivia con los orgasmos y puede durar días.
F52.3 Trastornos orgásmicos: Trastorno orgásmico femenino (302.73)	<b>Trastorno del orgasmo:</b> Ausencia o disminución de la intensidad del orgasmo con una adecuada estimulación y sintiendo excitación

<p>Trastornos sexuales por dolor: F52.6 Dispareunia (302.76); F 52.5 Vaginismo (306.51)</p> <p>Trastorno sexual debido a una enfermedad médica</p>	<p><b>Dispareunia.</b> Dolor persistente o recurrente al intentar la penetración.</p> <p><b>Vaginismo:</b> Es la existencia de una persistente o recurrente dificultad en conseguir la entrada de un pene en la vagina, un dedo o cualquier objeto que se desee. Existen a menudo fobias, miedo anticipado y dolor con involuntarias y variables contracciones de la musculatura pélvica. Deben descartarse anomalías físicas o estructurales</p>
--	---

### **Historia médica**

Es imprescindible realizar una anamnesis exhaustiva, recogiendo datos sobre antecedentes médicos de interés, farmacoterapia utilizada, problemas psicológicos y relacionales que puedan afectar a la esfera sexual

Recogiendo datos sobre **medicamentos** (antidepresivo, antidiabéticos, antihipertensivos) problemas psicológicos, etc que puedan afectar a la esfera sexual.

### **Anamnesis**

**Historia ginecológica** específica, haciendo referencia a la menopausia (natural o quirúrgica), historia obstétrica, sangrados anormales, salud vaginal, dolor pélvico, métodos anticonceptivos, incontinencia urinaria, actividad sexual, etc.

**Historia sexual** recogiendo información sobre prácticas sexuales seguras, contracepción, calidad de las relaciones sexuales y sexualidad de la pareja.

Nos puede ayudar autorregistros por parte de los pacientes y cuestionarios validados.

- **Autorregistros** Son más utilizados en los profesionales del ámbito de la psicología. Autores como Labrador considera que son un gran instrumento para evaluar la evolución en la terapia sexual.

En ellos se registra parámetros como día, hora, situación, duración, acciones, pensamientos y sentimientos previos a la experiencia; sensaciones y pensamientos durante la experiencia; grado de satisfacción (0-10); pensamientos y sentimiento posterior.

- **Cuestionarios autoadministrados** como FSFI , SDI, PFSF y FSDS.

**Tabla 1. Características de Diferentes Escalas para Evaluar la Disfunción Sexual y la Escala de Preocupación Personal**

<b>NOMBRE</b>	<b>ACRÓNIMO</b>	<b>MODALIDAD</b>	<b>PREGUNTAS</b>
Female Sexual Functioning Index	FSFI (8)	auto-administración	19
Sexual Desire Inventory	SDI (9)	auto-administración	14
Profile of Female Sexual Function	PFSF (10)	auto-administración	37
Female Sexual Distress Scale	FSDS (11)	auto-administrado	16

### **Abordaje terapéutico**

#### **Asesoramiento y opciones terapéuticas**

#### **Tratamiento no farmacológico**

##### **1.Counseling**

El counseling permite dar un soporte importante a mujeres con endometriosis con dificultades en la relaciones sexuales.

Se debe tener en cuenta las características de la paciente: es una mujer nerviosa que va a explicar algo muy íntimo, que no conoce al terapeuta y en muchas ocasiones viene presionado por la pareja.

La paciente a veces no consulta aunque le preocupe, es el ginecólogo ,conocedor de que la patología de la paciente puede producir disfunción sexual ,quien ha de favorecer la comunicación sobre el tema (Brigitte Leeners.Clinic for reproductive Endocrinology, University Hospital Zürich. Switzerland)

El counseling sexual constaría básicamente en los aspectos siguientes:

- **Información:** sobre la **fisiología** y la **psicología** de la función sexual en general y específicamente de las consecuencias de la endometriosis en la sexualidad. En la sexualidad interviene el cuerpo, pero también los sentimientos de intimidad, amor y sexo, **no solo es genitalidad**. Explicar las disfunciones sexuales que pueden presentarse en las mujeres con endometriosis y su causa. La **dispareunia** es el síntoma principal, especialmente a la penetración profunda; pero también de otros trastornos secundarios como falta de deseo sexual, dificultad en la excitación, trastornos del orgasmo y en ocasiones vaginismo.
- **Comunicación:** intentar ayudar a las parejas a comunicar sus miedos, preocupaciones y necesidades sexuales.
- **Otros tipos de actividades sexuales** que no implican coito como petting, la masturbación, las caricias y otras técnicas que favorecen una relación sin dolor permitiendo el placer sexual.
- **Posturas sexuales** que permitan a la mujer controlar el movimiento y el grado de penetración y la intensidad del acto sexual.
- **Terapia sexual** cuando la dispareunia y otra disfunción sexual persiste o incluso cuando la pareja al margen de la patología desea mejorar su sexualidad.

## 2. Terapia sexual.

Las bases **del tratamiento son información y asesoramiento individualizado**.

En líneas generales está basada en las siguientes técnicas.

- Técnicas de focalización sensorial;
- Enfrentamiento a ideas negativas y ansiedad anticipatoria.
- Técnicas que permitan incrementar la conciencia corporal y sensorial como masaje, caricias, utilización de **fantasías sexuales**, comunicación sexual positiva, posiciones más cómodas en que la mujer pueda controlar el grado de penetración y intensidad del acto sexual.
- Empleo de biblioterapia.
- Uso de vibradores muy efectivos en los casos de vaginismo y dispareunia
- Cambios en el estilo de vida: ejercicios de relajación, yoga, etc.
- Dispositivos como **EROS** aprobado por la FDA. Dispositivos parecidos a los de la disfunción eréctil del varón, que mejoran el riego sanguíneo del clítoris. (Jan L. Shifen. Sexual dysfunction in women: Management)

### **Hay varios modelos terapeuticos:**

\*\*12. Cabello F. Manual de sexología y terapia sexual. Madrid: Síntesis; 2010.

- **Modelo de Kaplan:** esta autora incorpora el “deseo” a la curva de Master y Johnson. Para esta autora la ansiedad coexistía en las disfunciones sexuales por lo que incorpora ansiolíticos a la terapia sexual.
- **Modelo de Mc Carthy :** su terapia se basa en el aprendizaje de habilidades para la intimidad y cambio de actitudes.
- **Modelo de Lopiccolo y Friedman:** técnicas de “insight” para reconocer las causas del problema e intervenciones conductuales como tareas sexuales para realizar en casa incluyendo entrenamiento asertivo, entrenamiento en comunicación y técnicas de inducción del deseo.
- **Modelo del Instituto Andaluz de sexología y psicología:** el tratamiento varía según la etiología, la fase en que se encuentre el problema. Se apuesta por intervención combinada de fármacos y terapia sexual.

La mejor manera de abordar las disfunciones sexuales del dolor es la terapia sexual. (Hawton K. Sex therapy a practical guide. Oxford: Oxford University Press 1985. A pesar de una adecuada aplicación de las terapias actuales, el dolor no se resuelve en todas las pacientes influyendo negativamente en su sexualidad.

Por el contrario el pronóstico en el vaginismo es excelente tras la terapia sexual.

En la mayoría de las parejas el counseling junto con la terapia sexual les permite tener una satisfactoria y afectuosa vida sexual a pesar de los síntomas residuales de la endometriosis ( B. Leeners. Clinic for Reproductive Endocrinology, University Hospital Zürich, Switzerland).

### **3.Tratamiento medico quirurgico y farmacologico**

La escisión de las lesiones endometriósicas ha demostrado la reducción del dolor pélvico crónico. Existen numerosos estudios que demuestran la correlación entre la calidad de la actividad sexual y la escisión radical de los focos de endometriosis. Aproximadamente un 30 % de mujeres refieren remisión de la dispareunia tras la cirugía en la que se resecan los implantes situados en los ligamentos uterosacros.

( B. Leeners. Clinic for Reproductive Endocrinology, University Hospital Zürich, Switzerland).

Cuando se realiza histerectomía mejora la dispareunia mejorando al mismo tiempo la actividad sexual. Sin embargo cuando se realiza histerectomía y doble anexectomía parece ser que se reduce el deseo, la excitación y el orgasmo. El mecanismo atribuido es una disminución de la vasocongestión pélvica produciendo una disminución en la lubricación.

**Tratamiento hormonal:** se ha propuesto tratamiento con anticonceptivos orales combinados, de gestagenos solos, dispositivo intrauterino de LNG mejoran la dispaurenia profunda.

Otra linea de tratamiento hormonal son los análogos de las gonodotrofinas que mejoran la dispaurenia, sin embargo producen un estado de hipoestrogenismo importante originando poca lubricación, favoreciendo así infecciones vaginales y dificultad en el coito.

Recientemente se han propuesto los inhibidores de la aromatasas como el letrozol combinado con el acetato de noretisterona como tratamiento de la endometriosis. Sin embargo debemos resaltar que tras el cese del tratamiento, reaparece en muchos casos la sintomatología. En definitiva parece ser que el tratamiento hormonal no resuelve totalmente el principal sintoma de la endometriosis: la dispaurenia. □

**Lubricantes e hidratantes no hormonales** que mejoran la dispaurenia y la sequedad vaginal tanto en mujeres pre como postmenopausicas.

### ***Conclusiones***

#### *Conclusiones:*

La endometriosis es una enfermedad que produce disfunciones sexuales que afectan a todas las fases de la respuesta sexual: dispareunia, bajo deseo sexual, trastorno de la excitación, anorgasmia y vaginismo.

Las disfunciones sexuales afectan a la calidad de vida de la paciente en el ámbito afectivo y sexual.

Es necesario que estas pacientes reciban un asesoramiento sexual adecuado y sean derivadas para terapia sexual en caso necesario

El diagnostico de las disfunciones sexuales se realiza a través de la historia clínica, ginecológica y sexual. Los criterios diagnosticos más utilizados en el ámbito son los del DSMIV y los de Basson de más utilidad clínica.

El tratamiento de la dispaurenia mejora con tratamiento quirúrgico pero no en todas las mujeres siendo la mejor arma terapéutica es la terapia sexual y el counseling

### ***Key practics punts***

La endometriosis es una enfermedad generadora de disfunciones sexuales, donde pueden llegar a estar afectadas todas las fases de la respuesta sexual.

Las disfunciones sexuales afectan de manera importante la calidad de vida de la paciente, tanto en su esfera sexual y reproductiva como relacional

La satisfacción emocional de la pareja está fuertemente asociada a la satisfacción sexual

Los profesionales que atienden a estas pacientes no tienen la suficiente formación para abordar los temas de sexualidad de sus pacientes, dejando un vacío de atención que repercute de manera importante en la vivencia de la enfermedad y sus complicaciones

## Bibliografía

Abbott J, Hawe J, Hunter D, et al. Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. *Fertil Steril* 2004; 82:878.

Abraham G, Porto R. terapias Sexológicas. Madrid: Pirámide; 1979:107

Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause* 2005;12(4):385–98. [PubMed: 16037753]

Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003; 32:193.

Basson R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med* 2006; 354:1497.

Brosens IA, Fusi L, Brosens JJ. Endometriosis is a risk factor for spontaneous hemoperitoneum during pregnancy. *Fertil Steril* 2009; 92:1243.

Cabello F. Manual de sexología y terapia sexual. Madrid : Sintesis; 2010

Cain VS, Johannes CB, Avis NE, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res* 2003;40(3):266–76. [PubMed: 14533021]

Dennerstein L, Lehert P. Modeling mid-age women's sexual functioning: a prospective, population-based study. *J Sex Marital Ther* 2004; 30(3):173-183.

Garry R, Clayton R, Hawe J. The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators. *B J Obstet Gynaecol* 2000;107(1):44-45.

Gracia CR, Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Mogul M. Hormones and sexuality during transition to menopause. *Obstet Gynecol* 2007;109(4):831–40. [PubMed: 17400843]

Hallstrom T. Sexuality in the climacteric. *Clin Obstet Gynaecol* 1977;4(1):227–39.

Hawton K, Gath D, Day A. Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. *Arch Sex Behav* 1994;23(4):375-395.

Kaplan HS. The new sex therapy- Active treatment of sexual dysfunctions. New York Co; 1974.

Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard, P. Sexual Behavior in the human female.

Pisanu A, Deplano D, Angioni S, et al. Rectal perforation from endometriosis in pregnancy: case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2010; 16:648.

Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N, Haines P. Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1994; 62:696.

