

# Revisión Temática: Disfunción sexual y sus causas en el síndrome de fatiga crónica

E. Gómez Gil, T. Godás Sieso, J. Fernández-Solà\*

## Resumen

**Objetivo:** *El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una enfermedad caracterizada por una fatiga crónica persistente de al menos 6 meses de duración, que se acompaña de una serie de síntomas específicos. Entre los síntomas acompañantes se ha sugerido que existiría en estos pacientes una mayor prevalencia de disfunción sexual. El objetivo de esta revisión es evaluar el estado actual de conocimiento sobre la asociación entre el SFC y disfunción sexual.*

**Método:** *Se revisan la literatura existente en el Medline sobre la presencia de disfunción sexual en el SFC. Se discuten las probables causas de esta asociación.*

**Resultados:** *Hasta nuestro conocimiento, sólo se han publicado dos artículos que investigan si los pacientes con SFC presentan más disfunción sexual que la población general, y encuentran resultados contradictorios. Los factores que se han planteado como favorecedores de la aparición de disfunción sexual en estos pacientes son varios: factores farmacológicos, la fatiga y dolor muscular, la sequedad de mucosas cuando se asocia un síndrome de Sjögren, la comorbilidad con el trastorno depresivo, factores psicológicos e historia de abuso sexual en la infancia.*

**Conclusiones:** *Dado que los estudios publicados al respecto en la literatura son escasos, no se puede confirmar la hipótesis de que los pacientes con SFC presentan un mayor índice de disfunción sexual. Diversos factores parecen influir en el origen o mantenimiento de esta disfunción.*

**Palabras clave:** Síndrome de fatiga crónica. Disfunción sexual. Etiología

## Summary

**Objective:** *Chronic fatigue syndrome (CFS) is an illness characterized by disabling fatigue of at least 6 months, accompanied by several other symptoms. It seems likely that sexual dysfunc-*

---

Institut Clínic de Neurociències. Servicio de Psiquiatría y Psicología  
Clínica. \*Servicio de Medicina Interna  
Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona.

**Correspondencia:** Dra. Esther Gómez Gil  
Institut Clínic de Psiquiatria y Psicología Clínica  
Hospital Clínic  
Villarroel, 170  
8035 Barcelona  
E-mail: esgomez@clinic.ub.es

---

tion is increased in CFS patients. This review summarizes the current state of knowledge about CFS and sexual dysfunction.

Method: Research on the prevalence of sexual dysfunction in CFS is reviewed. The cause of this association is discussed.

Results: Only two publish research with contradictories findings have studied if patients with the chronic fatigue syndrome report problems with their sexual functioning. Pharmacological drugs, fatigue and muscle pain symptoms, Sjögren syndrome or depressive disorder comorbidity, psychological factors and sexual abuse history, may work together to predispose a CFS patient to a sexual dysfunction.

Conclusion: Since scarce data about sexual dysfunction in CFS has been publish in the literature, the hypothesis of an increase in sexual dysfunction in CFS patients is still understood. Sexual dysfunction associated to CFS is unlikely to be caused or maintained by a single agent, and several factors may play a role.

**Key words:** Chronic fatigue syndrome. Sexual dysfunction. Etiology.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una entidad clínica bien definida, que debe diferenciarse de los estados de fatiga transitoria y fatiga secundaria. Su definición requiere la existencia de una fatiga prolongada, de causa no explicada, y además, el cumplimiento de unos criterios específicos. El diagnóstico de síndrome de fatiga crónica se puede realizar mediante los criterios de Fukuda, elaborados en 1994 (criterios de la C.D.C.), que son los más utilizados a nivel internacional (ver tabla 1). La prevalencia se ha estimado entre el 0,2% y el 2,6% dependiendo del criterio diagnóstico utilizado, y es similar en personas con diferente nivel socioeconómico o grupo étnico, siendo el único factor de riesgo el de ser mujer (Fernández Solá J, 2003, Alijotas *et al.*, 2001). La causa de este síndrome es desconocida, aunque diversos estudios sugieren que es una condición heterogénea de etiología compleja y multifactorial, en la que se han implicado factores genéticos, infecciosos, inmunes, neuroendocrinos, neuromusculares y psicológicos (Afari y Buchwald, 2003; Bertolín y Bertolín, 1993). El único tratamiento que se ha encontrado beneficioso para este síndrome es el ejercicio moderado y la terapia cognitivo-conductual, siendo de eficacia cuestionable el tratamiento con corticosteroides, antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos, suplementos dietéticos o la adenina

nicotinamida dinucleótico (NADH) oral; de eficacia muy poco probable la inmunoterapia, e inefectivo o perjudicial el reposo prolongado (Reid *et al.*, 2000). Este síndrome con frecuencia se presenta en comorbilidad con otras enfermedades que también se han considerado durante años "funcionales", tales como la fibromialgia, la hipersensibilidad química múltiple (Buchwald y Garrity, 1994), el síndrome del colon irritable, el síndrome de Sjögren y alteraciones de la articulación mandibular (Wessely *et al.*, 1999).

Además de los signos o síntomas con frecuencia asociados al SFC y de las patologías comórbidas, existen otros síntomas que también se han asociado a este síndrome, bien como síntomas asociados o como consecuencia de las repercusiones de la enfermedad en otros ámbitos, pero que no se incluyen como problemas característicos de esta entidad. Entre estas repercusiones directas o indirectas del SFC, la disfunción sexual parece ser una de las más frecuentes y de las menos estudiadas.

## DISFUNCIÓN SEXUAL EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

Bajo el nombre genérico de disfunciones sexuales, se incluye una gran variedad de problemas o trastornos sexuales con la única característica común de tener lugar o afectar a las relaciones sexuales entre parejas, y que pueden denomi-

**Tabla 1**  
**Criterios internacionales CDC para el diagnóstico de síndrome de fatiga crónica. Tomada de Fukuda *et al.*, 1994.**

<p><b>Criterios mayores</b></p> <p>Fatiga crónica persistente (6 meses mínimo), o intermitente, inexplicada,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• que se presenta de nuevo o con inicio definido;</li><li>• que no es resultado de esfuerzos recientes;</li><li>• no mejora claramente con el descanso;</li><li>• y ocasiona una reducción considerable de los niveles previos de actividad cotidiana del paciente.</li></ul> <p><b>Criterios menores</b></p> <p>De forma concurrente, deben estar presentes 4 o más signos o síntomas de los que se relacionan, todos ellos persistentes durante 6 meses o más y posteriores a la presentación de la fatiga:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Trastornos de la concentración o memoria recientes.</li><li>2. Odinofagia.</li><li>3. Adenopatías cervicales o axilares dolorosas.</li><li>4. Mialgias.</li><li>5. Poliartralgias sin signos inflamatorios.</li><li>6. Cefalea de inicio reciente o de características diferentes de la habitual.</li><li>7. Sueño no reparador.</li><li>8. Malestar post-esfuerzo de duración superior a 24 horas.</li></ol> <p><b>Criterios de exclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedades potencialmente causantes de fatiga crónica.</li><li>• Depresión psicótica, melancólica o bipolar (no la depresión no complicada).</li><li>• Trastornos psicóticos.</li><li>• Demencia.</li><li>• Anorexia o bulimia nerviosa.</li><li>• Abuso de alcohol u otras sustancias.</li><li>• Obesidad severa.</li></ul>
---

narse normales en el sentido estadístico del término (Kaplan, 1978; Otero y Gómez, 2003). Las repercusiones del SFC en la función sexual están aún poco estudiadas. De hecho, en una revisión de la bibliografía mediante el sistema Medline, sobre el tema de disfunción sexual en síndrome de fatiga crónica, sólo se han encontrado dos estudios recientes en mujeres (Gilhooly *et al.*, 2001; Wermeulen y Scholte, 2004) y ninguno en varones. En el estudio de Gilhooly (2001) se evalúa la presencia de disfunción sexual en 26 mujeres veteranas de la guerra del golfo que presentan quejas de fatiga crónica, y 22 que no presentaban estos síntomas. En el grupo de mujeres con fatiga el 60% presentaban alguna disfunción sexual, y el 81% disminución del deseo sexual. En contraste, en las pacientes que no presentaban fatiga

crónica sólo el 10% presentaba alguna disfunción sexual y el 19% disminución del deseo. En el estudio de Wermeulen y Scholte (2004) se evaluaron 35 mujeres diagnosticadas de SFC, que se compararon con 36 mujeres control mediante un cuestionario sobre la función sexual. En contraste con el anterior estudio, no se encontró un incremento de la disfunción sexual en el grupo de mujeres con síndrome de fatiga crónica, por lo que concluyen que la satisfacción con la vida sexual es similar a la de las mujeres controles. Ambos estudios están realizados con una muestra muy escasa de población, por lo que se precisan más estudios y con una mayor muestra de sujetos para aclarar esta controversia.

Aparte de estos dos trabajos publicados, otra fuente importante de información en la que es

preciso apoyarse, mientras no existan más estudios al respecto, son las observaciones clínicas de grupos de especialistas en el tema. En reuniones de especialistas que abordan estos temas, y también en la experiencia del equipo de la Unidad de Fatiga Crónica del Hospital Clínic de Barcelona, la disfunción sexual es un problema que se plantea con frecuencia tanto cuando se pregunta específicamente por él como cuando se plantea de forma espontánea. En dicha experiencia, las disfunciones sexuales que con más frecuencia plantean las mujeres afectas de un SFC son: el *deseo sexual hipoactivo*, el *trastorno de la excitación sexual*, la *anorgasmia*, el *trastorno por aversión sexual*, la *dispareunia* (con frecuencia asociada a un síndrome de Sjögren comórbido), y el *vaginismo*. En el varón, las disfunciones sexuales que con más frecuencia se plantean son el *deseo sexual hipoactivo* y el *trastorno de la erección*. Se precisan estudios en población española para evaluar la hipótesis, de estos equipos, de que la prevalencia de disfunción sexual en el síndrome de fatiga crónica es mayor que en pacientes con otros problema médicos crónicos y que en población general. Estudios iniciados al respecto ayudarán a dilucidar esta hipótesis.

### ETIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL ASOCIADA AL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

La etiología de la disfunción sexual asociada al síndrome de fatiga crónica no ha sido un asunto abordado en la literatura. En opinión de los autores, esta etiología es multifactorial, y existen diversas influencias nocivas, unas generales de todas las disfunciones sexuales y otras específicas del trastorno en sí, que condicionan este trastorno.

- **Causas farmacológicas.** Existen diversos fármacos que pueden afectar a la función sexual (Bobes *et al.*, 1999). Los fármacos que con frecuencia son pautados en personas que padecen un síndrome de fatiga crónica y que producen estos efectos son la mayoría de los antidepresivos, entre los que se incluyen los inhibidores de la recaptación de serotonina que son en la actualidad los más prescritos en esta población, los corticosteroi-

des (prednisona) y los protectores gástricos (cimetidina, ranitidina) habitualmente asociados al tratamiento analgésico (Alijotas, 2002).

- **Causas físicas: la fatiga física y el dolor muscular.** Los pacientes con síndrome de fatiga crónica con frecuencia presentan quejas de intolerancia al ejercicio. Muchos pacientes refieren que incluso esfuerzos mínimos provocan un empeoramiento notable de la fatiga y del resto de los síntomas. Además, diversas evidencias sugieren que muchos de estos pacientes afrontan el problema mediante el reposo y evitando la actividad física (Vercoulen *et al.*, 1996a, 1966b, 1968). Un estudio, en el que se monitorizó la actividad física en estos sujetos, encontró que eran menos activos comparativamente que sus familiares y se mantenían durante más tiempo en reposo tras un pico de actividad, aunque sólo un cuarto era inactivo de manera permanente (Van der Werf, 2000). Por lo tanto, el síndrome de fatiga crónica reduce la actividad física tanto de forma objetiva como subjetiva, lo cual puede exacerbar o perpetuar la fatiga y por lo tanto contribuir a la evitación de las relaciones sexuales. Paralelamente, estos pacientes presentan una mayor sensibilidad o percepción de dolor con la presión, el calor o el frío, al igual que en la fibromialgia, con la cual es frecuente la asociación (Schmaling *et al.*, 1998). Ambos factores (fatiga e hipersensibilidad al dolor con la presión), condicionan dolor con la presión de la pareja o con posturas mantenidas durante la relación sexual, así como exacerbación del cuadro de fatiga a posteriori, lo cual crea un condicionamiento aversivo que contribuye a la evitación progresiva y rechazo de las relaciones íntimas.

- **La sequedad de mucosas secundaria al Síndrome de Sjögren.** Este síndrome, también denominado Síndrome Seco, es un trastorno inmunitario caracterizado por destrucción de unas glándulas de secreción, lo cual origina sequedad de mucosas (boca, vagina) y conjuntivas (ojos). La sequedad vaginal origina la falta de lubricación, lo cual puede dar lugar a problemas de dispareunia, es decir, dolor en la mujer con la penetración, y ello condicionar con posterioridad un rechazo o aversión al sexo.

- **La asociación de clínica depresiva y otros trastornos psiquiátricos.** Uno de los síntomas

asociados a los cuadros depresivos es la pérdida o disminución de la capacidad para experimentar placer en todos los ámbitos, incluido el ámbito sexual (Alegre Martín *et al.*, 2003). Los pacientes con síndrome de fatiga crónica presentan una prevalencia incrementada de trastornos afectivos, principalmente depresión mayor, comparado con la prevalencia en otras enfermedades crónicas (Wessely *et al.*, 1996; Manu *et al.*, 1989). También se ha encontrado una mayor prevalencia de otros trastornos psiquiátricos (Bertolín y Bertolín, 1993). Dado que el interés sexual se encuentra disminuido en el 50% de los pacientes con depresión (Kennedy *et al.*, 1999), este estado anímico origina una pérdida del deseo sexual en pacientes con síndrome de fatiga crónica.

• **Factores psicológicos:** Los factores psicológicos que favorecen la aparición de disfunción sexual pueden ser múltiples. Entre ellos destaca la frecuente dificultad en entender el cuadro por parte de la pareja, lo cual condiciona de manera recíproca sentimientos de frustración, culpa, o rechazo habitualmente en las dos partes de la pareja. La información y consejo médico tanto al paciente como a la pareja es imprescindible en el abordaje de este síndrome (Ridsdale *et al.*, 2001). Por otra parte, la inhibición sexual, con más frecuencia masculina, ante la anticipación de la posibilidad de no poder satisfacer las expectativas sexuales de la pareja, los problemas generales en la relación de pareja, o el deterioro de la autoimagen, son algunos de los múltiples factores psicológicos que predisponen, precipitan o mantienen la disfunción sexual.

• **Historia de abuso sexual en la infancia:** Existen algunas investigaciones, habitualmente americanas, que han estudiado la existencia de abuso sexual en la infancia en el SFC como factor asociado al síndrome y/o causal en problemas sexuales posteriores (Renee y Leonard, 2001; Tailor y Jason 2002). Ambos estudios sugieren que una historia de abuso sexual, particularmente durante la niñez, parece tener una influencia en el desarrollo y perpetuación de un amplio rango de trastornos, entre los que se incluye el síndrome de fatiga crónica. No obstante, estos estudios también son puntuales y aún escasamente concluyentes, por lo que aunque también hay que evaluar

los, no deben ser valorados “a priori” como uno de los factores causales más relevantes.

## CONCLUSIONES

Este trabajo recoge de manera sintética, el estado actual de uno de los problemas emergentes y de notable impacto en la calidad de vida en los pacientes afectos de SFC, como es el de las repercusiones en la función sexual. En muchas ocasiones la disfunción sexual que aparece en el curso de un SFC o de su tratamiento, no es abordada ni por el paciente ni investigada por el médico, a pesar de que afecta seriamente a la calidad de vida del paciente, a sus relaciones de pareja, y muchas veces a su propia autoestima. Por ello, es importante desmitificar estos problemas y tratar de corregir, estudiar y analizar los factores, tanto psicológicos, como médicos o farmacológicos, que puedan estar influyendo en su aparición. Paralelamente, es importante que la pareja tenga conocimiento de que muchas enfermedades crónicas afectan a la función sexual, para así poder corregir creencias distorsionadas en torno al problema e incrementar la flexibilidad y tolerancia en la relación de pareja.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Afari N, Buchwald D.: Chronic fatigue syndrome: A review. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 221-36.
2. Alegre-Martín J, Arias-Gasol A, Gómez-Gil E, Herrero Gascón MJ, Fernández-Solà J.: El síndrome de fatiga crónica: una situación especial de fatiga persistente. En: *Sobrevivir al cansancio*. En: Fernández Solà J, ed. Una aproximación a la situación de fatiga crónica. Barcelona: Viena Ediciones, 2003 pl-75-169.
3. Alijotas J, Alegre J, Fernández-Solà J, Cots JM, Panisello J, Peri JM, Pujol R.: Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Catalunya. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(2): 73-6.
4. Bertolín JM, Bertolín V.: Síndrome de fatiga crónica: investigaciones biológicas y psicopatológicas. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 67-75.
5. Bobes J, Dexeus S, Gubert J.: *Psicofármacos y función sexual*. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1999.
6. Buchwald D, Garrity D.: Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia and

- multiple chemical sensitivities. *Arch Intern Med* 1994; 92: 363-7.
7. **De Bejar S.:** Tu sexo es tuyo. Barcelona: Editorial Plaza & Janés Editores, S.A; 2001.
  8. **American Psychiatric Association.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Criterios diagnósticos. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson SA, 2003.
  9. **Fernández Solà J.:** Sobrevivir al cansancio. Una aproximación a la situación de fatiga crónica. Barcelona: Viena Ediciones, 2003.
  10. **Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A.:** The chronic fatigue syndrome: a comprehensive Approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953-9.
  11. **Gilhooly PE, Ottenweller JE, Lange G, Tiersky L, Natelson BH.:** Chronic fatigue and sexual dysfunction in female gulf war veterans. *J Sex Marital Ther*, 2001; 27: 483-7.
  12. **Kaplan HS.:** La nueva terapia sexual. Madrid: Editorial Alianza, 1978.
  13. **Lacroix N.:** Seducción, erotismo y plenitud sexual. Madrid: Editorial Libsa, 2002.
  14. **Manu P, Matthews DA, Lane TJ.:** Depression among patients with a chief complaint of chronic fatigue. *J Affect Disorder* 1989; 17: 165- 72.
  15. **Otero Campubrí A, Gómez Gil E.:** Trastornos sexuales. En: Farreras-Rozman eds. *Medicina Interna*. Decimoquinta edición. Volumen II. Pág: 1590-1593. Madrid: Editorial Elsevier, 2004.
  16. **Reid S, Chalder T, Cleare A, Hotopf M, Wessely S.:** Extracts from "Clinical Evidence": Chronic fatigue syndrome. *Clinical Review*. *Br Med J* 2000; 320: 292-6.
  17. **Renee T, Leonard J.:** Sexual abuse, physical abuse, chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: A community-based study. *J Nervous Mental Dis*, 2001; 189: 709-15.
  18. **Ridsdale L, Godfrey E, Chalder T, Seed P, King M, Wallace Pk, Wessely S.:** Chronic fatigue in general practice: is counselling as good as cognitive behaviour therapy?. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 19-24.
  19. **Schmaling KB, Hamilos DL, DiClementi JD, Jones JF.:** Pain perception in chronic fatigue syndrome. *J Chronic Fatigue Syndrome* 1998; 4: 13-22.
  20. **Taylor RR, Jason LA.:** Chronic fatigue, abuse-related traumatization, and psychiatric disorders in a community-based sample. *Soc Sci Med* 2002; 55(2): 247-256.
  21. **Van der Werf S, Prins JB, Vercoulen JHMM, van der Meer JWM, Bleijenberg G.:** Identifying physical activity patterns in chronic fatigue syndrome using actigraphic assessment. *J Psychosoma Res* 2000; 49: 373-379.
  22. **Vercoulen JH, Hommes OR, Swanink CM, Jongen PJ, Fennis JF, Galama JM, van der Meer JW, Bleijenberg G.:** The measurement of fatigue in patients with multiple sclerosis: a multidimensional comparison with patients with chronic fatigue syndrome and healthy subjects. *Arch Neurol* 1996; 53: 642-649.
  23. **Vercoulen JH, Swanink CM, Galama JM, Fennis JF, Jongen PJ, Hommes OR, van der Meer JW, Bleijenberg G.:** The persistence of fatigue in chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis: development of a model. *J Psychosom Res* 1998; 45: 507-517.
  24. **Vercoulen JHMM, Swanink CMA, Fennis JFM, Galama JM, van der Meer JW, Bleijenberg G.:** Prognosis in chronic fatigue syndrome: a prospective study of the natural course. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 60: 489-494.
  25. **Vermeulen RCW, Scholte HR.:** Chronic fatigue syndrome and sexual dysfunction. *J Psychosoma Res* 2004; 56: 199-201.
  26. **Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Wallace P, Wright D.:** Psychological symptoms, somatic symptoms, and psychiatric disorder in chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective study in the primary care setting. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1050-1059.
  27. **Wessely S, Nimmuan C, Sharpe M.:** Functional somatic syndromes: one or many?. *Lancet* 1999; 354-936-939.