



PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Artículo de revisión

FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION PREVALENCE

Revision article

Dres. Bechara, A.,^{1*}; Becher, E.*; Casabé, A.* Chéliz, G., * Roletto, L., * Helien, A.,** Sapeti, A.,** Wizenberg, P.,** Gilzlak, R.,** ; Katz, B. **; Varan, G.,*** Fredotovich, N.*

RESUMEN: *Objetivos:* Determinar la prevalencia de Disfunción Sexual Femenina (DSF) y su relación con la presencia de distintos factores de riesgo (vasculares, neurológicos, hormonales, medicamentosos) en un grupo no seleccionado de mujeres a través de una encuesta anónima autoadministrada.

Material y Métodos: Durante el período comprendido entre los meses de diciembre de 1999 a marzo de 2000 fueron distribuidos 400 formularios de encuesta con carácter anónimo y de autorrespuesta a un grupo no seleccionado de mujeres. Estas encuestas no fueron dadas a mujeres que demandaban atención médica por otros motivos (criterio de exclusión) para evitar el sesgo de una muestra hospitalaria. Se efectuó un análisis estadístico global de todas las variables para definir el perfil de la población en estudio. Se evaluaron las diferencias estadísticamente significativas mediante test de student y test de chi cuadrado. Se calcularon los odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza del 95 % (IC95%).

Resultados: Fueron completadas el 96 % de las encuestas (384/400). La edad promedio fue: 40.3 +/- 12.7 años (rango 18-75). El 63,1 % manifestó dificultades en la fase del deseo, el 30,4 % en la fase subjetiva de excitación, el 31,1 % alteraciones en la lubricación, el 28,9 %, trastornos en la fase orgásmica y el 13% dispareunia. El porcentaje de insatisfacción sexual fue de 23,7 %. En relación con la edad existió una clara diferencia en todos los dominios analizados, así como con la presencia de factores de riesgo.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran una alta prevalencia de disfunción sexual femenina en las diferentes fases de la respuesta sexual; sin embargo, el índice de insatisfacción fue bajo. Las mujeres mayores de 40 años y el grupo de mujeres posmenopáusicas mostraron un porcentaje significativamente mayor de DSF, que además coincidentemente se acompañó de un mayor número de factores de riesgo.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 67, N° 1, Pág. 18, 2002)

Palabras clave: Disfunción sexual femenina; Prevalencia.

SUMMARY: *Introduction:* The primary objective of our study was to investigate the sexual dysfunction prevalence in female and your relationship with age and risk factors.

Methods: A detailed anonymous questionnaire of medical history and sexual function was distributed to 400 female out hospitaly population. We calculated de odds ratio (OR) and IC95%.

Results: 384 patients completed the questionnaire. Mean age was 40.3 yr. (18-75). 48 % was 40-yr. o more. 49.1 %

* Urólogos, ** Sexólogos, *** Ginecólogo.

¹ Sector Disfunciones Sexuales. División Urología. Hospital Carlos G. Durand.
Av. Diaz Velez 5044 (1405) Buenos Aires, Argentina. E-mail: ime@overnet.com.ar

of the women had married, 32.4 % had single, 4,3 % had widower and 14.2 % divorced, 55 % lived with a sex partner; 23 % no lived with a sex partner; 6 % had a occasional couple and 16 % no had a sex partner; 63 % had difficult to desire phase; 30 % had to excitation phase and lubrication; 29 had to orgasmic phase and 13 % was dyspareunia; 67 % said to be satisfied whit your sexual life. The presence of risk factors (menopause, hypertension, heart diseases, hypercholesteremia, thyroid diseases, stress, depression, gynecological surgery and take drugs) was statistically significant in the older group (student test and chi x2: $p < 0.001$).

Conclusiones: Our results showing high prevalence of female sexual dysfunction in different response sexual phases. However the dissatisfaction index was low. Women up 40 yr: had more sexual disorder than the others less 40 years in association with major number of different risk factors.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 67, Nº 1, Pág. 18, 2002)

Key words: Female sexual dysfunction; Prevalence.

INTRODUCCIÓN

El estudio y tratamiento de las disfunciones sexuales masculinas han tenido en las últimas 2 décadas un progresivo avance basado fundamentalmente en la incorporación de conocimientos apoyados en la investigación básica.

Indudablemente el diagnóstico y la clasificación de las disfunciones sexuales femeninas (DSF) también han experimentado significativos cambios en los últimos 50 años debido a distintos factores como cambios en la expectativa social por la conducta sexual femenina, y mayor conocimiento disponible acerca de la psicofisiología y la practica clínica actual.

Los mecanismos de excitación sexual de ambos sexos serían idénticos e influidos por los mismos factores, como la edad, el tabaco, el colesterol, etc. aunque

coincidimos en que la psicología de la mujer y las perspectivas en esta área sean diferentes a las del varón.

Sin embargo, en el área de la función sexual femenina son escasos los datos acerca de la prevalencia⁽¹⁻⁴⁾ y de factores etiopatogénicos favorecedores de los trastornos que afectan el ciclo de respuesta sexual femenina.

Basados en estos conceptos nos propusimos determinar la prevalencia de DSF y su relación con la edad, ciclo menstrual y la presencia de distintos factores de riesgo (vasculares, neurológicos, hormonales, medicamentosos) en un grupo no seleccionado de mujeres a través de una encuesta anónima de autorrespuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el período comprendido entre los meses de

Definición y clasificación de las disfunción sexuales femeninas

Sexual Function Health Council of the American Foundation for Urologic Disease (AFUD) 1998.

- | | |
|---|---|
| <p>A) TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL HIPOACTIVO FEMENINO
Persistente o recurrente deficiencia o ausencia de fantasías sexuales y/o deseo, o receptividad de actividad sexual, que causa angustia o malestar personal.</p> <p>B) TRASTORNO POR AVERSIÓN AL SEXO
Persistente o recurrente aversión fóbica para evitar el contacto sexual con una pareja, que causa angustia o malestar personal.</p> <p>C) TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL FEMENINA
Persistente o recurrente incapacidad para obtener o mantener suficiente excitación sexual, causando angustia o malestar personal. Puede ser expresado como una pérdida subjetiva de excitación o la pérdida de la lubricación o congestión genital u otra respuesta somática.</p> | <p>D) TRASTORNO DEL ORGASMO FEMENINO
Persistente o recurrente dificultad, retraso o ausencia de llegar al orgasmo luego de una fase de excitación normal, que causa angustia o malestar personal.</p> <p>E) DISPAREUNIA
Persistente o recurrente dolor genital o dolor asociado a la relación sexual, que causa angustia o malestar personal.</p> <p>F) VAGINISMO
Persistente o recurrente espasmo involuntario del tercio anterior de la vagina que interfiere en la penetración vaginal, que causa angustia o malestar personal.</p> <p>G) TRASTORNO DEL DOLOR SEXUAL NO COITAL
Persistente o recurrente dolor genital inducido por una estimulación sexual no coital que causa angustia o malestar personal.</p> |
|---|---|

Cuadro 1.

diciembre de 1999 a marzo de 2000 fueron distribuidos 400 formularios de encuesta con carácter anónimo y autoadministrados a un grupo no seleccionado de mujeres. Estas encuestas no fueron distribuidas a mujeres que demandaban atención médica por otros motivos (criterio de exclusión) para evitar el sesgo de una muestra hospitalaria.

El diseño de la encuesta fue elaborado por el grupo de urólogos, sexólogos, psiquiatras y ginecólogos del Sector de Disfunciones Sexuales de la División Urología del Hospital Carlos G. Durand. Esta Escala de Detección de la Disfunción Sexual Femenina (EDDSF) se desarrolló teniendo en cuenta la clasificación para las

disfunciones sexuales del DSM IV y su última modificación aprobada por el Consejo de Salud Sexual de la Fundación Americana de Enfermedades Urológicas⁽⁵⁻⁷⁾ (*Cuadro 1*), así como los distintos factores de índole biológica que de acuerdo con las últimas investigaciones básicas constituyen factores favorecedores de una DSF⁽⁸⁻¹³⁾. Los contenidos de la EDDSF consideran aspectos generales (edad, presencia o ausencia de ciclo menstrual y antecedentes clínico-quirúrgicos, y medicamentosos), sexuales (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dispareunia, satisfacción de su vida sexual), y la predisposición a la consulta específica en caso de padecer una disfunción sexual (*Cuadro 2*).

HOSPITAL CARLOS G. DURAND - DIVISION UROLOGIA
SECTOR DISFUNCIONES SEXUALES

Grupo de trabajo sobre Disfunciones Sexuales Femeninas

Este cuestionario anónimo ha sido diseñado con el objeto de conocer la presencia o ausencia de dificultades sexuales femeninas, con el propósito de diagnosticarlas y tratarlas.

Edad.....

Estado Civil: Casada Soltera
Viuda Divorciada

Menstrúa? SI No

Sufre Ud. de:
Diabetes SI No
Hipertensión SI No
Enf. cardíacas SI No
Colesterol elevado SI No
Fuma + de 10 cig/día SI No

Situación de Pareja (elijá la opción que más se acomoda a su situación)

Pareja estable conviviente Pareja ocasional
Pareja estable no conviviente No tengo pareja

Alcoholismo SI No
Depresión SI No
Estrés SI No
Enf. tiroideas SI No
Cirugía ginecológica SI No
¿Toma medicamentos? SI No
¿Cuáles?.....

DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES (redondee el número que más se aproxima a lo que le sucede)

A) ¿Con qué frecuencia Ud. tiene fantasías sexuales (pensamientos eróticos)?

1. Nunca 2. Pocas veces
3. La mayoría de las veces 4. Siempre

B) ¿Cuándo se estimula o recibe estimulación erótica con que frecuencia se excita sexualmente?

1. Nunca 2. Pocas veces
3. La mayoría de las veces 4. Siempre

C) ¿Cuándo se estimula o recibe estimulación erótica y se excita, con que frecuencia se lubrica (se moja)?

1. Nunca 2. Pocas veces
3. La mayoría de las veces 4. Siempre o casi siempre

D) ¿Con que frecuencia logra Ud. el orgasmo?

1. Nunca 2. Pocas veces
3. La mayoría de las veces 4. Siempre o casi siempre

E) ¿Con que frecuencia presenta dolor durante la penetración vaginal que perjudique su relación sexual?

1. Siempre 2. La mayoría de las veces
3. Pocas veces 4. Nunca

F) ¿Cuál es el grado de satisfacción de su vida sexual?

1. Insatisfactoria 2. Poco satisfactoria
3. Satisfactoria 4. Muy satisfactoria

Cuadro 2. Modelo de encuesta.

Las encuestas fueron distribuidas en distintos ámbitos de Capital Federal y suburbanos, en sobres blancos autoadhesivos sin ningún tipo de identificación con un formulario preimpreso en su interior, para que luego de completarlo, la encuestada selle el mismo y pueda asegurar la privacidad de las respuestas. Fueron consideradas anormales las respuestas 1 y 2 del cuestionario. Los datos fueron ingresados en un programa de computación. Se efectuó un análisis estadístico global de todas las variables para definir el perfil de la población en estudio. Esto incluyó según el tipo de variable, media, desvío estándar, distribución de frecuencia, percentilos y porcentajes. Se evaluaron las diferencias estadísticamente significativas mediante test de student y test de chi cuadrado. Análisis de asociaciones variables con regresión lineal o bien chi cuadrado 2 x 2. Se calcularon los odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza del 95 % (IC95%) como una estimación de los riesgos relativos.

RESULTADOS

Fueron completadas el 96 % de las encuestas (384/400). La edad promedio fue: 40.3 +/- 12.7 años (rango 18-75). Ciento ochenta y tres (49.1 %) eran casadas, 121 (32,4 %) solteras, 16 (4,3%) viudas y 53 (14,2 %) divorciadas. El 54,9 % (192/384) tenían pareja estable conviviente, el 23,1 % (81/384) pareja estable no conviviente, 6 % (21) refirió relaciones ocasionales y el 16 % (56) no tenía pareja. (Cuadro 3).

En relación con los antecedentes clínicos, edad y factores de riesgo 259 (69,8 %) eran premenopáusicas, 180 (48 %) mayor de 40 años, 42 (11,1 %) hipertensas, 58 (15,3 %) hipercolesterolémicas, 147 (38,8 %) fumaban mas de 10 cigarrillos por día, 13 (3,4 %) diabéticas y 51 (28,7 %) presentaban depresión (Cuadro 4).

El 63,1 % manifestó tener pocas veces o nunca fantasías, pensamientos eróticos, o deseo de iniciar actividad sexual, el 30,4 % dificultades subjetivas de la fase de excitación, el 31,1 % alteraciones en la lubricación, el 28,9 %, trastornos en la fase orgásmica y el 13% dispareunia. El 23,7 % de las encuestadas estaba poco satisfecha o insatisfecha con su vida sexual. Las pacientes posmenopáusicas manifestaron un mayor índice de insatisfacción que las premenopáusicas (33% vs. 17%) (Cuadros 5 y 6). El 91,7 % manifestó su voluntad de buscar tratamiento en caso de padecer una disfunción sexual.

En relación con la edad existió una clara diferencia en todos los dominios analizados, con excepción de la dispareunia, en mujeres mayores de 40 años comparados con aquellas menores de 40 años. Esta diferencia fue también estadísticamente significativa en relación con el porcentaje de prevalencia de antecedentes clínicos entre ambos grupos étnicos (Cuadros 7 y 8).

98,5% (384/400)

Edad media: 40,3 ± 12,7 años

Estado civil		Situación de pareja	
Casadas	49,1%	Pareja estable	55%
Solteras	32,4%	Estable no convive	23%
Viudas	4,3%	Pareja ocasional	6%
Divorciadas	14,2%	Sin pareja	16%

Cuadro 3: Resultados

Antecedentes clínicos			
Diabetes	3,4%	Tabaquismo	38,8%
Hipertensión	11,1%	Alcoholismo	3,2%
Enf. cardíacas	4,5%	Depresión	13,5%
Hipercolesterolemia	15,3%	Estrés	28,7%
Enf. tiroideas	10,9%	Medicamentos	34,8%
Cirugía ginecológica	18%	Posmenopausia	30,2%

Cuadro 4: Resultados

Alteraciones de las fases de respuesta sexual	
Deseo	63,1%
Excitación	30,4%
Lubricación	31,1%
Orgasmo	29,0%
Dispareunia	13,1%
Insatisfacción	23,7%

Cuadro 5: Resultados

Alteraciones de las fases de respuesta sexual		
	Ciclo menstrual	
	Premenopáusica	Posmenopáusica
Deseo	57,9%	72,8%
Excitación	21,3%	48,8%
Lubricación	24,3%	43,2%
Orgasmo	19,7%	47,2%
Dispareunia	11,6%	16%
Insatisfacción	17,3%	33,2%

Cuadro 6: Resultados

En relación con la edad

	< 40 años	> 40 años	OR	IC 95%	p
Deseo	111/191	124/179	1,62	1,03-2,56	< 0,05
Excitación	44/192	69/178	2,13	1,32-3,45	< 0,001
Lubricación	48/192	66/172	1,87	1,16-3,01	< 0,01
Orgasmo	43/191	65/176	2,02	1,24-3,28	< 0,01
Dispareunia	24/189	24/174	1,10	0,57-2,12	NS
Satisfacción	35/191	51/172	1,88	1,11-3,18	< 0,05

Cuadro 7: Resultados

En relación con la edad y factores de riesgo

	< 40 años	> 40 años	p
Con menstruación	179/187	73/174	< 0,001
Diabetes	7/188	6/177	NS
Hipertensión	6/188	35/180	< 0,001
Enf. cardíacas	3/188	14/180	< 0,01
Hipercolesterolemia	11/187	46/179	< 0,001
Tabaquismo	74/188	68/179	NS
Alcoholismo	6/188	6/176	NS
Depresión	16/187	34/178	< 0,01
Estrés	41/187	65/177	< 0,01
Enf. tiroideas	11/187	29/178	< 0,01
Cirugía ginecológica	17/186	50/179	< 0,001
Medicamentos	40/187	85/177	< 0,001

Cuadro 8: Resultados

DISCUSIÓN

Existe una notoria escasez de datos epidemiológicos concernientes a la incidencia y prevalencia de la disfunción sexual femenina, sumado a lo cual se agrega por un lado la multiplicidad de factores sociales, culturales y económicos que hacen que un estudio estadístico no necesariamente sea aplicable a cualquier grupo poblacional, y por otro lado a la falta de uniformidad en la nomenclatura empleada. No obstante, basados en la actual literatura disponible, la DSF es común y estimada en un 22-43 % de las mujeres^(1,3,14-18).

Los dos estudios más recientes y relevantes son los de Rosen⁽¹⁾ y Laumann⁽³⁾. En el primero, fueron entrevistadas 329 mujeres sanas, de las cuales el 66% tenían

pareja estable o estaban casadas. Respecto de la frecuencia el 48,5% tenía actividad sexual semanalmente y el 28,4% no tenía actividad sexual alguna. Las consultas sexuales más frecuentes en el grupo disfuncional eran ansiedad o inhibición en el momento de encarar la actividad sexual (38,1%), falta de placer sexual (16,3%), dificultad para alcanzar el orgasmo (15,4%), falta de lubricación (13,6%), y dispareunia (11%). Tal vez lo más interesante del estudio es que a pesar de estas dificultades el 68,6% de la muestra describían su vida sexual como satisfactoria. Se observó una relación directamente proporcional entre edad y la aparición de dificultades sexuales.

Laumann y colab.⁽³⁾ en 1999 analizaron los datos de la *National Health and Social Life Survey* de 1749 mujeres y 1410 varones entre 18 y 59 años. La prevalencia de disfunción sexual en mujeres fue de 43% y de 31% en los varones, siendo mayor el riesgo en población con escasa salud física o psicológica. No se incluyeron mujeres mayores de 60 años y tampoco se efectuó un ajuste con relación con el estado menstrual y los factores de riesgo.

En 1999⁽⁴⁾ fue entrevistado un grupo de 300 mujeres que consultaban en un Centro de planificación familiar en Teherán. Todas las mujeres estaban casadas, el 35% tenían al menos dos hijos, el 69% eran amas de casa. El nivel instruccional era dispar, ya que el 72% tenía un nivel educacional aceptable y el 1% eran analfabetas. El 74% de las mujeres tenía conocimientos rudimentarios acerca de la sexualidad normal y el 53% una actitud conservadora concerniente al sexo. Este estudio reveló disminución del deseo en el 15%, anorgasmia en el 26%, falta de lubricación en el 15%, vaginismo en el 8% y dispareunia en el 10%. El 38% de las mujeres presentaban al menos uno de los problemas mencionados anteriormente. Respecto de la pareja el 8% refirió escasos juegos sexuales previos a la relación y la inoportunidad de su pareja como factores relacionados. El 51% describió su vida sexual como satisfactoria, observándose una relación directa entre

falta de conocimiento acerca de sexualidad y la respuesta sexual, así como una actitud conservadora frente al sexo y la aparición de disfunción.

Nuestro trabajo muestra una alta prevalencia de alteración en la respuesta sexual en el grupo de mujeres encuestadas; sin embargo, el índice de insatisfacción fue bajo, similar al publicado por Rosen. Este hecho refuerza el concepto actual de sólo considerar DSF a toda aquella situación que ocasione angustia o malestar⁽⁵⁻⁷⁾.

Llama la atención en nuestro grupo la alta prevalencia de disfunción sexual del deseo, considerando otras estadísticas. En relación con las otras fases de la respuesta sexual, la prevalencia de DSF tiene un porcentaje similar al informado por otros autores (Tabla 1).

Diferentes estudios epidemiológicos y de investigación reciente sugieren que la edad, así como las mismas enfermedades y factores de riesgo que están asociados con disfunción eréctil, pueden también asociarse con DSF⁽⁸⁻¹⁴⁾. Por otra parte, indudablemente la edad se acompaña en general de un aumento significativo de los factores de riesgo que junto con la menopausia producen una serie de cambios físicos y psicológicos en la mujer que repercuten en distintas esferas.

Desde el punto de vista genitourinario las paredes vaginales se tornan más finas y menos elásticas y existe un menor trofismo de los órganos de fijación, todo esto trae aparejado una mayor predisposición a las infecciones genitourinarias, dispareunia, incontinencia de orina y trastornos en la lubricación. Desde el punto de vista hormonal existe una clara disminución de los estrógenos y de la testosterona que favorecen la disminución de la libido, "calores" o sofocones, trastornos del sueño, fluctuaciones de temperatura y trastornos de la lubricación. Por otra parte y dentro de la esfera psicológica hay mayor depresión, irritabilidad, ansiedad y disfunción sexual.

En este sentido la presencia de enfermedades y factores de riesgo (menopausia, hipertensión, enfermedades cardíacas, hipercolesterolemia, enfermedades tiroideas, estrés, depresión, cirugía ginecológica e ingesta de medicamentos) fue estadísticamente significativa en el grupo de mujeres mayores de 40 años (test de student y chi x2: p< 0.001) coincidentemente con un aumento también significativo de las alteraciones de las distintas fases de la respuesta sexual (Cuadros 7 y 8). De esta manera encontramos una relación lineal entre la edad, presencia de factores de riesgo y mayor prevalencia de disfunción sexual femenina.

En relación con la búsqueda de la solución al problema, existió una alta predisposición para consultar ante presencia de una dificultad sexual, sin embargo y aún considerando la alta prevalencia de la disfunción sexual femenina, actualmente existen factores inherentes a la paciente (prejuicios, temores, vergüenza, desinformación, desinterés) y factores médicos (insuficiente formación universitaria en el área sexual, desconocimiento, desinformación, prejuicios, vergüenza, desinterés) que hacen que el número de consultas no esté en relación con la demanda esperada.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados muestran una alta prevalencia de disfunción sexual femenina en las diferentes fases de la respuesta sexual; sin embargo, el índice de insatisfacción fue bajo. Las mujeres mayores de 40 años y el grupo de mujeres posmenopáusicas mostraron un porcentaje significativamente mayor de DSF, y coincidentemente se acompañó de un mayor número de factores de riesgo neurovascular.

Autores	Año	País	n:	Origen	General	Descos	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Dispareunia	Vaginismo	Satisfacción
Levine y col.	1976	USA	39	Pacs. ginecología					17%			80%
Osborn y col.	1988	Inglaterra	436	Población general		17%		17%	16%	8%		90%
Rosen y col.	1993	USA	329	Pacientes		38%	16%	14%	15%	11%		68%
Read y col.	1997	Inglaterra	98	Pacientes CM	42%						30%	32%
Dunn y col.	1998	Inglaterra	979	Población general	41%			19%	17%			
Burchardt y col.	1999	USA	69	Pacientes hipertensos	43%							
Laumann y col.	1999	USA	1749	Población general	43%							
Salonia y col.	1999	Italia	127	Población urológica		24%		18%	20%	38%		
Salonia y col.	1999	Italia	12	Pacs. con esc. múltiple		25%	100%	0%	67%	17%		
Shokrollahi y col.	1999	Irán	300	Población general	38%	15%		15%	26%	10%	8%	49%
Bechara y col.	2000	Argentina	384	Población general		63%	30%	30%	29%	13%		67%

Tabla 1. Prevalencia de la disfunción sexual femenina

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosen, R.; Taylor, J.; Leiblum, S.; Bachmann, G.: Prevalence of sexual dysfunction in women: results of an survey study of 329 women in an outpatient gynecological. *J. Sex Marital Ther.* 19:171, 1999.
2. Khon, I, Kaplan, S.: Female sexual dysfunction: What is know and what remains to be determined. *Contemporary Urology*, 54:72, 1999.
3. Laumann, E.; Paik, A.; Rosen, R. Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. *JAMA*: 281 (6): 537, 1999.
4. Shokrollahi P; Mirmohamadi M; Mehrabi F; Babaei G: Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning center. *J. Sex Marital Ther*, 1999, 25:3, 211-5.
5. Leiblum, S.: Definition and classification of female sexual disorder. *Int. J. Imp. Res.* 10, Suppl 2, S104-S106, 1998.
6. Sandra Leiblum. Critical Overview of the New Consensus-based Definitions and Classification of Female Sexual Dysfunction. Grand Master Lecture 1 in New perspectives in the management of female sexual dysfunction. Octubre, 1999. Boston, Massachusetts.
7. Basson, R. y col. Report of International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. The Consensus panel on Definitions and Classification of Female Sexual Dysfunction. *J. Urol*: 163:888, 2000.
8. Park, K; Nam, G.; Ahn, K.; Ryu, S.; Park, Y.. Vasculogenic female sexual dysfunction: The hemodynamics basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile insufficiency. *Int. J. Imp. Res.*9:27, 1997.
9. Goldstein, I.; Berman, J. Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndrome. *Int.J. Imp. Res.* 10, suppl. 2, S84-S90, 1998.
10. Park, K; Nah, G.; Ahn, K.; Ryu, S.; Park, Y. Effects of estrogen deprivation on the structure and function of the rabbit clitoral cavernosal and vaginal tissues. Department of Urology and Anatomy. Kwangju, Korea. *J. Urol.*, 61, Suppl. 4, A831, 217, 1999.
11. Duncan, LE; Lewis, C.; Jenkins, P.; Pearson, TA. Does hypertension and its pharmacotherapy affect the quality of sexual function in women? Abstractes New perspectives in the management of female sexual dysfunction, *Podium* 3, pp 51, Boston, 1999.
12. Park, K; Nam, G.; Ahn, K.; Ryu, S.; Park, Y. Diabetes Mellitus induces vaginal tissue fibrosis by TGF-B1 expression in the rat model. Abstractes New perspectives in the management of female sexual dysfunction, *Podium* 9, pp 57, Boston, 1999
13. Burchardt, M.; Burchardt, T.; Kiss, A.; Baer, L.; Pawar, R.; Karden, J. de la Taille, A.; Shabshig, A.; Shabshig, R. Sexual dysfunction in women with hypertension. Abstractes New perspectives in the management of female sexual dysfunction, *Podium* 17, pp 65, Boston, 1999.
14. Goldstein, I.: Female Sexual Arousal Disorder: new insights. *Int. J. Imp. Res.*: 12, Suppl. 4: S152, 2000.
15. Levine, S.; Yost, M. Frequency of sexual dysfunction in a general gynecological clinic: an epidemiological approach. *Arch. Sex. Behav.* 5 (3):229, 1976.
16. Osborn, M.; Hawton K.; Gath, D. Sexual dysfunction among middle aged women in the community. *Br. Med J. (Clin Res Ed)* 296:959, 1988
17. Read, S.; King, M.; Watson, J.. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by general practitioner. *J. Public Health Med.* 19:387, 1997.
18. Dunn, K.; Croft, P.; Hackett.. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam. Pract.* 15:519, 1998.