

11241  
1 ej 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA

DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

Y SALUD MENTAL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

ANTECEDENTES.....	1
JUSTIFICACION.....	9
HIPOTESIS.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
METODOLOGIA.....	14
RESULTADOS.....	17
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	21

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Jorge Francisco Cárdenas Arroyo por su participación como asesor y guía en esta investigación.

A la Dra. Nora Cavazos O. por su participación como asesor estadístico.

Al Dr. Antonio Pérez Alvarado, Jefe del Departamento de Investigación del Hospital de la Mujer, por su apoyo y colaboración en dicho hospital.

## DISFUNCIONES PSICOSEXUALES FEMENINAS

### Y SU RELACION CON

### REACCIONES DEPRESIVAS

ANTECEDENTES. Desde tiempos remotos se ha concedido importancia a la sexualidad como factor en la génesis de algunos trastornos psiquiátricos, desde la antigüedad se observó cierta relación a este respecto. Freud dedica importancia a los factores de la vida sexual en la etiología de algunos trastornos psiquiátricos.

A lo largo de la historia, y hasta hace pocos años, - el médico que intentaba tratar las enfermedades sexuales se enfrentaba con la grave desventaja de que no disponía de datos confiables ni exactos acerca de la dinámica del funcionamiento normal ni el patológico de la sexualidad, por lo que no podía fundamentar su acción terapéutica, haciéndolo empi-

ricamente y generalmente con pobres resultados, la sexualidad era una especie de "terra incógnita". No es por tanto sorprendente que muchas de las creencias tradicionales que guiaban los tratamientos sexuales revelasen su falsedad y su nocividad a la luz de estudios más recientes.

A pesar de los últimos avances, que han sido un gran paso adelante, la sexualidad sigue siendo un misterio, especialmente en el área de la sexualidad femenina.

Las primeras aportaciones fueron llevadas a cabo por Kinsey, quien "rompió el hielo" al reunir, a la vista de todos, una serie de datos acerca de la sexualidad humana. Posteriormente han contribuido en el conocimiento del tema otros investigadores, algunos sobre los determinantes biológicos de la sexualidad, otros han investigado las relaciones entre sexualidad y funciones cerebrales, otros más la relación entre sexualidad y placer y otros entre sexualidad y hormonas, como Money y Ehrhardt han manifestado los efectos poderosos de los andrógenos prenatales en la conducta sexual posterior en el adulto.

Probablemente la mayor contribución para terminar con las supersticiones científicas sobre la sexualidad humana fueron los estudios de Masters y Johnson, quienes establecieron de una vez por todas, los conocimientos de la fisiología sexual, tan despreciada hasta entonces. Durante dos décadas

Masters y Johnson estudiaron en condiciones de laboratorio, a conducta sexual de 14,000 hombres y mujeres realizando actos sexuales que incluyeron toda clase de condiciones imaginables.

Masters y Johnson describen por primera ocasión la - la respuesta sexual normal dividiéndola en cuatro fases, es una descripción clara y precisa tanto para el varón como para la mujer. Además fueron los introductores de la idea de un - ciclo de respuesta sexual humana.

Mediante el estudio de este modelo se facilita la comprensión de los cambios fisiológicos y anatómicos que se producen durante la actividad sexual, sin embargo, hay que te - ner en cuenta, y siempre presente, que las diversas fases - del ciclo están definidas arbitrariamente, y no están real - mente delimitadas nitidamente, y que pueden diferir en la - misma persona en distintas ocasiones.

Los investigadores dividieron el acto sexual en cua - tro fases: excitación; meseta; orgasmo; y resolución.

Las definieron de la siguiente forma:

Fase de Excitación. Tiene lugar como resultado de la estimulación sexual, que puede ser de origen físico o psíqui - co. En ocasiones la fase de excitación es corta y llega rapi - damente a la de meseta, en otras puede comenzar lentamente y avanzar en forma gradual.

En la mujer se caracteriza por la aparición de lubri-

cación vaginal producida por la vasodilatación de las paredes, otros cambios son la expansión de los dos tercios internos de la vagina, la elevación del cuello y cuerpo del utero el alisamiento y elevación de los labios mayores, la tumescencia del clítoris, erección de los pezones y aumento en el tamaño de las mamas.

La fase de excitación en el varón se caracteriza por la erección del pene, que es resultado directo de cambios vasodilatadores en el tejido esponjoso, otros cambios son la elevación de los testículos.

Fase de Meseta. En la fase de excitación existe un incremento en la tensión sexual, la fase de meseta representa una nivelación del incremento de la tensión, aunque en ocasiones se registra un ligero incremento si prosigue la estimulación efectiva hasta que se alcanza el momento preciso para desencadenar el orgasmo.

La duración de la fase de meseta varía ampliamente, es excepcionalmente breve en varones con eyaculación precoz, en algunas mujeres, una meseta breve suele preceder a un orgasmo particularmente intenso.

Durante la fase de meseta se registra una prominente vasodilatación en el tercio externo de la vagina, formando la plataforma orgásmica. En el varón existe un pequeño incremento en el diámetro de la porción proximal del glande, y debido a



la vasodilatación hay un aumento en el tamaño de los testículos en un 50 al 100 %.

Fase de Orgasmo. En la actualidad todavía no se conocen los mecanismos neurofisiológicos específicos del orgasmo sin embargo, puede postularse que el orgasmo es provocado por un arco reflejo, una vez que se ha alcanzado, o sobrepasado el umbral orgásmico.

El orgasmo femenino esta marcado por contracciones rítmicas y simultáneas de la plataforma orgásmica, útero y esfínter rectal que se inician a intervalos de 0.8 seg y disminuyen paulatinamente en intensidad, duración y regularidad, sin embargo es una respuesta total del organismo con cambios en el EEG, ECG, ritmo respiratorio y cambios psíquicos.

El orgasmo masculino se desencadena mediante la forma de una tensión sexual progresiva hasta comenzar una serie de contracciones que provocan el vertido del líquido seminal a la uretra prostática, posteriormente la eyaculación mediante contracciones musculares similares a las de la mujer, así como vesículas seminales, próstata y uretra.

Fase de Resolución: Las mujeres tienen la capacidad de ser multiorgásmicas, esto es, tener una serie de respuestas orgásmicas sin bajar de la fase de meseta, los varones en cambio, no comparten esta capacidad, inmediatamente después del orgasmo, entran en un período refractario durante el

cual es imposible otra eyaculación, este período refractario puede durar pocos minutos o varias horas.

Durante la fase de resolución hombres y mujeres regresan al estado basal con una sensación de bienestar.

A principios de la década de los setentas, Helen S. - Kaplan, en su libro "La Nueva Terapia Sexual", propone la naturaleza bifásica de la respuesta sexual. Dentro de este esquema acepta que la respuesta sexual consiste en una secuencia ordenada de un acontecimiento unitario e inseparable, pero considera que es útil para comprender mejor la fisiología de la respuesta sexual y sus alteraciones, y de esta manera, mejorar la acción terapéutica.

Considera dos fases, una reacción genital vasocongestiva que produce erección del pene en el hombre, y lubricación vaginal en la mujer. La segunda, las contracciones musculares clónicas reflejas que constituyen el orgasmo en ambos sexos.

A fines de la misma década, en su libro Trastornos del Deseo Sexual, Helen Kaplan agrega una fase más, la "fase de deseo", para referirse al deseo subjetivo de tener contacto sexual, fase susceptible a tener alteraciones.

Esta nueva concepción trifásica de la respuesta sexual brinda un mejor entendimiento acerca de la sexualidad humana

y ha sido adoptada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 3a revisión (DSM III), en donde se agrega una cuarta fase, la de resolución de Masters y Johnson.

La fase de deseo se caracteriza por un impulso o apetito producido por la activación de un sistema específico cerebral (sistema límbico), y se manifiesta por las ganas de tener relaciones sexuales.

Las bases neurofisiológicas y neuroanatómicas del deseo sexual no se han establecido aún con el mismo grado de precisión que otros impulsos, como el hambre, la sed o el dormir.

Los conceptos actuales referentes a la biología del apetito sexual se basan en relativamente pocos estudios experimentales, han sido inferidos de datos clínicos y extraídos por analogía del conocimiento general del funcionamiento cerebral y de la neurofisiología de otros impulsos biológicos. Estos estudios indican que el impulso sexual es similar a los otros en cuanto a que depende de la actividad de una estructura anatómica específica en el cerebro; abarca centros que acrecentan el impulso, equilibrado por otros que lo inhiben; es servido por dos neurotransmisores, uno excitatorio y otro inhibitorio; y, tiene vastas conexiones con otras partes en el cerebro, lo que permite que el impulso sexual se encuentre integrado en la totalidad de la experiencia vital

del individuo y resulte integrado por ella.

El deseo sexual, o libido, es vivenciado como sensaciones específicas que mueven al individuo a buscar experiencias sexuales o a mostrarse receptivo a ellas. Tales sensaciones hacen que la persona esté "deseosa" (o caliente, según lenguaje popular) y es posible que perciba sensaciones genitales, que se sienta excitada, o interesada en experiencias sexuales. Estas sensaciones cesan después de la gratificación sexual o cuando el sistema neural se inactiva, entonces la persona pierde el interés en las situaciones eróticas "pierde el apetito" y se "asexualiza".

El DSM III establece las categorías diagnósticas de disfunciones psicosexuales a las inhibiciones de una o más de las fases de la respuesta sexual, en ausencia de enfermedad psiquiátrica u orgánica. Las manifestaciones particulares de cada una de estas fases y de sus disfunciones deben ser evaluadas a juicio del clínico, quien deberá tener en cuenta diversos factores, como primaria, secundaria, general, situacional etc.

JUSTIFICACION. La presente investigación se realizó para demostrar la existencia de una relación importante entre las disfunciones psicosexuales femeninas y reacciones depresivas.

La inquietud por efectuar esta investigación fué debida a la observación, en mi práctica clínica, de un número significativo de pacientes del sexo femenino que acudieron solicitando ayuda profesional manifestando sintomatología depresiva sin causa aparente, y que, en el curso del tratamiento psicoterapéutico, fué encontrado algún tipo de disfunción sexual.

Al ser consultada la bibliografía acerca del tema, inclusive en bibliotecas especializadas, encontré que es pobre, principalmente en la mujer.

Trata de sensibilizar a psiquiatras, ginecólogos y otros médicos en la importancia de reconocer las disfunciones psicosexuales, las reacciones depresivas y sus relaciones.

Así mismo, no trató de explicar la etiopatogenia de las disfunciones psicosexuales, sino únicamente demostrar la relación existente entre éstas y las reacciones depresivas.

HIPOTESIS. La hipótesis de trabajo fué que existe - una relación importante entre las disfunciones femeninas con las reacciones depresivas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. Esta investigación fué - realizada asumiendo el papel de investigador principal en mi calidad de Médico Residente de 3er año de la especialidad de Psiquiatría adscrito al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" y durante mi rotación por el Centro de Psiquiatría Social y Salud Mental de la Secretaría de Salud, en el Hospital de la Mujer durante mi paso por dicha institución - en el servicio de psiquiatría de enlace.

Fué realizada en colaboración con el departamento de investigación del Hospital de la Mujer en el servicio de consulta externa con la participación de Médicos Adscritos y Residentes.

El Hospital de la Mujer es un hospital de tercer nivel, o de concentración, que brinda sus servicios en el área de gineco obstetricia.

Se encuentra ubicado en la zona norte de la Cd. de Mé

xico, por lo que brinda servicio principalmente a ese sector.

La mayor parte de la población que cubre es de bajo - nivel socioeconómico y cultural, por lo que las pacientes - que ingresaron al estudio son de estas características.

Los médicos que participaron hicieron a sus pacientes las siguientes preguntas en forma propositiva para sospechar la existencia de disfunciones sexuales: 1). ¿Siente ganas de tener relaciones sexuales?

2). ¿ Ha disminuído el deseo de realizar actos sexuales ?

3). Describa un orgasmo.

4). ¿ (que siente después de concluir sus relaciones - sexuales ?

5). Siente alguna molestia al tener relaciones sexuales ?

A las pacientes en que se sospechó alguna disfunción sexual se les practicó exploración ginecológica y general - y los estudios necesarios para decidir si se incluían o se - excluían según los criterios previamente establecidos.

A las pacientes que se descartó causa orgánica ginecológica, metabólica, neoplásica maligna, etc. se le canalizó al servicio de consulta externa de psiquiatría, en donde mediante entrevista clínica y examen mental se les ratificó o

rectificó el dx de disfunción psicosexual y se establecieron las fases o fase inhibidas.

A las pacientes seleccionadas les fué aplicada por mi la escala para la medición de depresión del Dr. Zung (EMD) - para tener la seguridad de que todos los reactivos fueron - comprendidos.

La escala de Zung consiste en un enlistado de 20 aseveraciones los cuales pueden ser reafirmados de cuatro formas diferentes: muy pocas veces; algunas veces; la mayor parte del tiempo; o, continuamente.

Las aseveraciones son las siguientes:

1. Me siento abatido y melancólico
2. En la mañana me siento mejor
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche
5. Como igual que antes solía hacerlo
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales
7. Noto que estoy perdiendo peso
8. Tengo molestias de constipación
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre
10. Me canso sin hacer nada
11. Tengo la mente tan clara como antes
12. Me resulta facil hacer las cosas que acostumbro
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto



14. Tengo esperanza en el futuro
15. Estoy más irritable de lo usual
16. Me resulta fácil tomar decisiones
17. Siento que soy útil y necesario
18. Mi vida tiene bastante interés
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome
20. Todavía disfruto de las mismas cosas

Al calificar esta escala nos reporta el índice EMD; - un índice EMD menor de 40 es considerado normal; un índice - no mayor de 53 indica reacciones de ansiedad; un índice mayor de 54 indica depresión.

En un principio se trató de formar un grupo problema formado por 50 pacientes, solamente fué de 25 pacientes.

El grupo control, o testigo fué constituido por 50 pacientes del mismo hospital, en puerperio mediano, con partos eutócicos las cuales fueron citadas de una a dos semanas posteriores al parto al servicio de psiquiatría para la aplicación de la escala de Zung.

METODOLOGIA. Las pacientes en que se sospechó que presentaban disfunción sexual y se les descartó enfermedad ginecológica capaz de producirla, enfermedad neoplásica maligna, metabólica, degenerativa o infecciosa crónica fueron canalizadas al servicio de psiquiatría, en donde, por medio de entrevista psiquiátrica y examen mental, se seleccionaron a las pacientes con disfunción psicosexual y se les aplicó la escala de zung, esto último por el autor, con la finalidad de tener la certeza de que todos los reactivos fueran comprendidos.

El grupo problema, este es, el que tenía diagnósticos de disfunción psicosexual bajo los criterios del DSM III, estuvo formado por 25 pacientes que llenaron los criterios de inclusión y que no cumplieron con ninguno de los criterios de exclusión que se describirán adelante.

El grupo testigo, o grupo control fué formado con 50 pacientes del servicio de obstetricia que tuvieron partos eutócicos una o dos semanas previas a la aplicación del cuestionario de Zung en el servicio de psiquiatría y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION.

sexo: femenino

edad: mayores de 14 y menores de 65 años

sexualidad: con vida sexual activa y regular

estado de salud mental: sin enfermedad psiquiátrica,

incluyendo trastorno afectivo menor previo a la -

instalación de la disfunción psicosexual

estado de salud físico: sin enfermedad ginecológica -

causante de disfunción sexual y/o crónica. Sin en-

fermedad neoplásica maligna, metabólica, degenera-

tiva o infecciosa crónica.

paciente del Hospital de la Mujer

aceptación de participación en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSION.

edad: menores de 15 y mayores de 65 años

sexualidad: sin vida sexual activa y regular

estado de salud mental: con cualquier enfermedad psi-

quiátrica.

estado de salud física: con cualquier enfermedad gine

cológica crónica y/o potencial productora de dis-  
función sexual. Enfermedad neoplásica maligna, me-  
tabólica, degenerativa o infecciosa crónica.

paciente que no sea del Hospital de la Mujer

paciente que no acepte participar en el estudio.

RESULTADOS. Como puede apreciarse en la tabla 1, que muestra a las 25 pacientes del "grupo problema" por orden progresivo de edades, divididas por períodos de cinco años y mostrando la disfunción psicosexual así como el índice EMD, demuestra que solamente hay un aumento en el grupo de 25 a - 29 años con 6 pacientes que representan el 24 % de la población, los grupos de 15 a 44 años son de 3 pacientes cada uno que representan el 12 % cada uno. Los grupos de 45 a 59 años decaen a un paciente que representa el 4 % cada uno, en el grupo de 60 a 65 años no hubo ningún paciente, 0 % (ver - tabla 1). (ver gráfica 1).

En la gráfica 2 se pone de manifiesto el porcentaje - de disfunciones psicosexuales, siendo del 32 % para cada una de las inhibiciones de deseo y de orgasmo por separadas (8 - pacientes cada una). El 28 % (7 pacientes) presentaron inhibición de deseo y de orgasmo combinadas. En una paciente (4%) se presentó inhibición de deseo y vaginismo y en otra paciente, (4 %) inhibición de deseo y dispareunia. (ver gráfica 2).

La gráfica 3 muestra los diagnósticos en porcentaje - en lo que al índice EMD se refiere en el "grupo problema", siendo para "depresión" el 68 % (17 pacientes), y el 16 % para "ansiedad" y 16 % para "normal" (4 pacientes c/u).

La gráfica 4 muestra los porcentajes de acuerdo al índice EMD del grupo testigo, siendo del 58 % (29 pacientes) para "normal", 32 % (16 pacientes) para "ansiedad" y el 10 % (5 pacientes) para depresión.

TABLA 1

EDAD	# PAC	DISF. PSICOSEX.	iEMD	Dx EMD
15 a 19	1	1. Orgasmo	66	"D"
12%	2	1. Orgasmo	64	"D"
	3	1. Deseo	50	"A"
20 a 24	4	1. Deseo - Vag	74	"D"
12%	5	1. Deseo	64	"D"
	6	1. Deseo	40	"N"
25 a 29	7	1. Orgasmo	69	"D"
24%	8	1. Orgasmo	76	"D"
	9	1. Orgasmo-Deseo	78	"D"
	10	1. Orgasmo-Deseo	80	"D"
	11	1. Orgasmo-Deseo	72	"D"
	12	1. Deseo-Dispareu.	55	"A"
30 a 34	13	1. Deseo	35	"N"
12%	14	1. Orgasmo	71	"D"
	15	1. Deseo-Orgasmo	81	"D"
35 a 39	16	1. Orgasmo	68	"D"
12%	17	1. Deseo	80	"D"
	18	1. Orgasmo	53	"A"

Continúa...

...continúa

TABLA 1

40 a 44	19	1. Deseo-Orgasmo	50	"A"
16%	20	1. Orgasmo	65	"D"
	21	1. Deseo	73	"D"
	22	1. Deseo	76	"D"
45 a 49	23	1. Deseo-Orgasmo	45	"N"
4%				
50 a 54	24	1. Deseo	32	"N"
4%				
55 a 59	25	1. Deseo-Orgasmo	71	"D"
4%				
60 a 65				
0%				

Acotaciones:

Disf. Psicosex. - disfunción psicosexual

iEMD - índice Escala Medición de Depresión

DXEMD - diagnóstico Escala Medición de Depresión

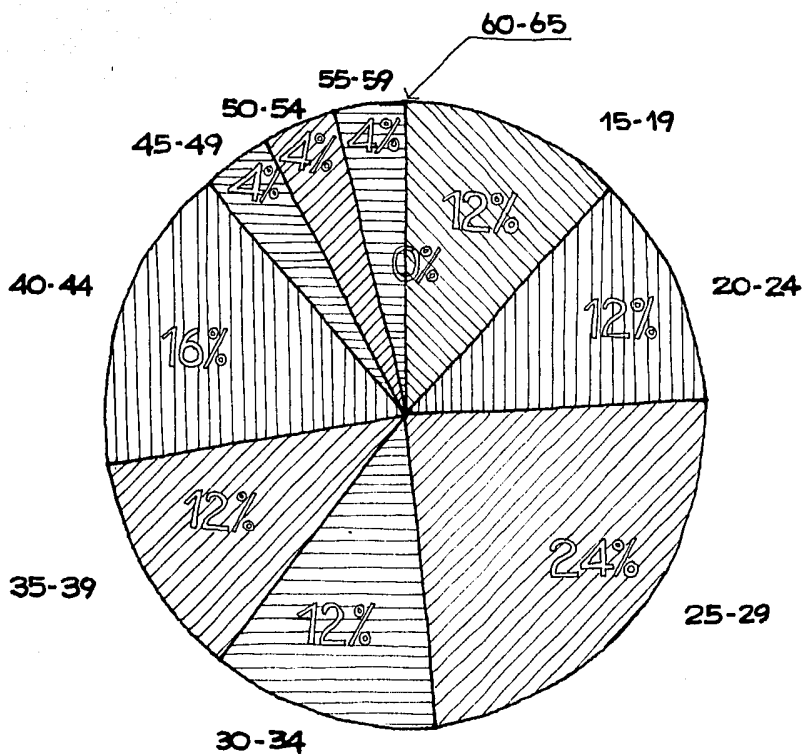
1. - Inhibición

Vag - Vaginismo

Dispareu - Dispareunia

"D" Depresión "A" Ansiedad "N" Normal

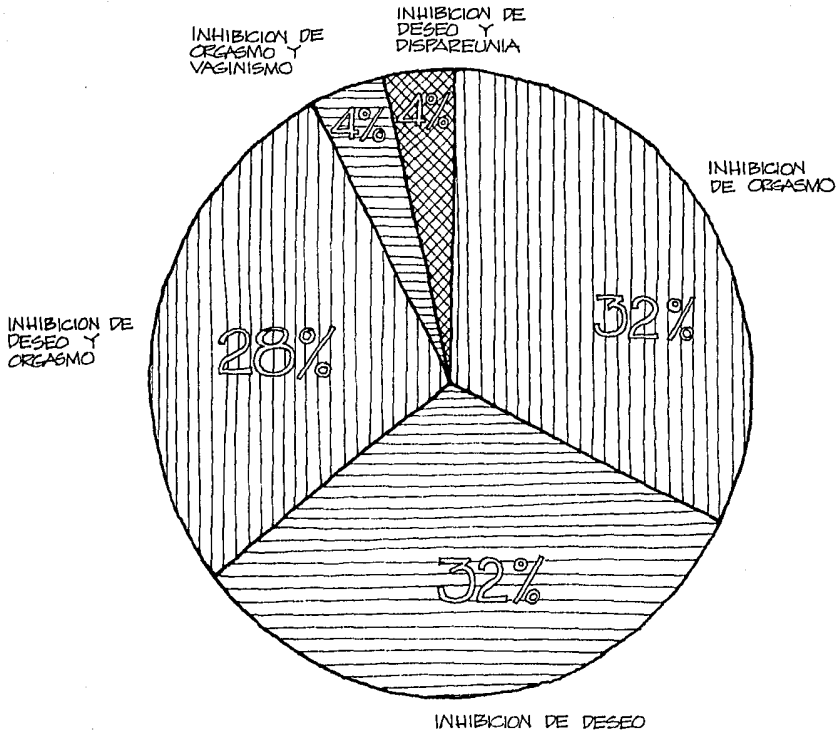




GRAFICA

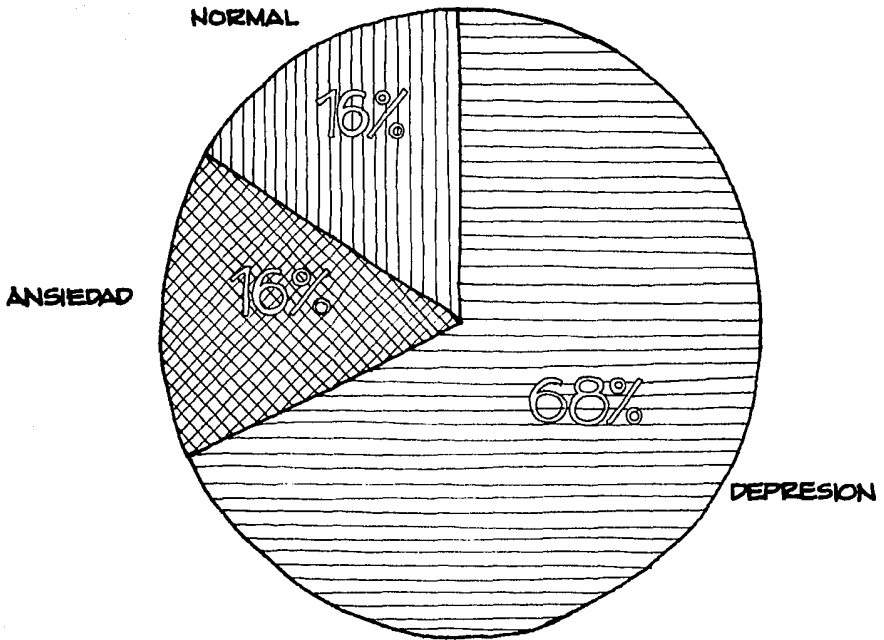
1

PORCENTAJE POR EDADES DEL GRUPO ESTUDIO



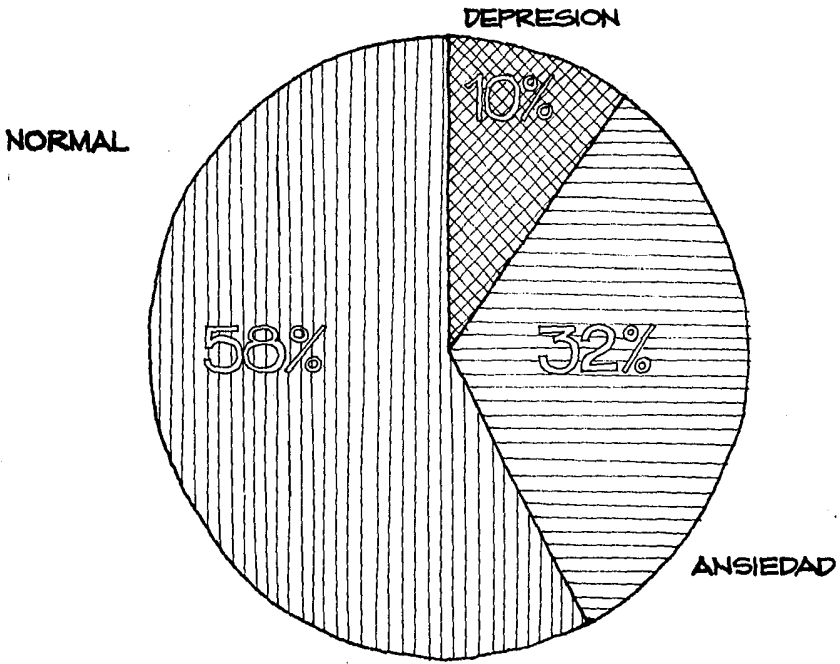
GRAFICA  
2

## RESULTADOS DE EMD POR Dx DE DISFUNCIONES PSICOSEXUALES



GRÁFICA  
3

PORCENTAJE DE  $D_x$  EN  
CUANTO AL INDICE EMD



GRAFICA  
4

PORCENTAJE DE Dx EN CUANTO AL INDICE EMD

CONCLUSIONES: Observando los resultados obtenidos en la investigación, la conclusión principal es que la hipótesis de trabajo conque la iniciamos queda demostrada; existe una relación significativa entre las disfunciones psicosexuales femeninas y reacciones depresivas, aunque no fué posible demostrar que estas reacciones son causa directa de tales disfunciones, pues hubo pacientes que a pesar de tener serias disfunciones psicosexuales, no manifestaron reacciones depresivas.

A pesar de tratar de descartar la existencia de trastornos depresivos de una forma cuidadosa, que en ocasiones requirió más de dos o tres entrevistas, que ante la duda, no se incluyeron en el estudio, no podría asegurar que alguna paciente presentara un trastorno afectivo previo, ya que en ocasiones resultó muy difícil, si no imposible, descartarlo,

Es notorio que tanto la inhibición de deseo y la inhibición de orgasmo tuvieron el mismo porcentaje en la prevalencia de la muestra estudiada, y la combinación de ambas inhibiciones ligeramente menor.

En el curso de las entrevistas realizadas fueron encontradas muchas disfunciones de pareja, y un número significativo de varones con eyaculación precoz.

No se incluyeron estas situaciones en esta investigación porque no se contemplaron desde su diseño, aunque pueden dar paso a nuevas investigaciones.

Es de llamar la atención el hecho de la similitud en las disfunciones por edades, exceptuando el grupo de 25 a 29 años en que aumenta el porcentaje al doble, y disminuye a partir de los 45 años en forma significativa, esto pudiera ser debido a que socialmente se le brinda mayor importancia a la sexualidad en la edad adulta y menor cuando suponen iniciarán con la menopausia.

No se logró el número de pacientes planeado para el grupo problema quizá por falta de tiempo o interés de los médicos que canalizarían a las pacientes.

Para finalizar, deseo hacer incapié, en que la sexualidad humana es imposible de estudiar como un hecho aislado, ya que intervienen en ella un gran número de factores.

Dr. Alberto Arroyo Rodríguez

Médico Residente Zero

Invierno 1986-87

## BIBLIOGRAFIA.

- Kolodny R.C.; Masters W.H., Johnson V.E.; Tratado de Medicina Sexual; Salvat Editores S.A.; 1983.
- Masters W.H., Johnson V.E.; Incompatibilidad Sexual - Humana; Ed Intermédica S.A.; 1978.
- Masters W.H. Johnson V.E.; Human Sexual Response; Boston: Little, Brown and Co; 1966.
- Kaplan H.S., Trastornos del Deseo Sexual; Ed. Grijalbo S.A.; 1985.
- Kaplan H.S., La Nueva Terapia Sexual; Alianza Editorial; Vols. I y II; 1974.
- Bancroft J; Human Sexuality And Its Problems; Churchill Livingstone; 1983.
- Freud S.; Obras Completas; Ed. Biblioteca Nueva, 4a Ed. 1981.
- Sholty M. J & cols; Female Orgasmic Experience: A Subjective Study, Archives of Sexual Behavior; vols 13, 155-164; 1984.
- Kilmann & cols; The Sexual interaction of Women with Secondary Orgasmic Dysfunction and Their Partners; Archives of Sexual Behavior; vol. 13, 41-49; 1984.
- Mathew & cols; Sexual Dysfunctions yn Depression; Archives of Sexual Behavior, vol 11, No 4, 323-328, 1982.
- Witten Born J R, Buhler R, Somatic Discomforts Among Depressed Women, Arch Gen Psychiatry, 36: 465-471 -

April 1979.

- Heiman J R, Female Sexual Response Patterns. Interaction of Physiological, Affective and Contextual Cues; Arch Gen Psychiatry, 37: 1311-1316; Nov 1980.
- DSM III, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Masson S.A., 1983.
- Stephen B L ; Marital Sexual Dysfunction: Female Dysfunctions  
Annals of Internal Medicine; vol 86; No 5,  
Mayo 1977.
- Heimann J; Female Sexual Response Patterns; Arch Gen Psychiatry, vol. 37, nov 1980.
- Swieczkowskyj J, Walker C E; Sexual Behavior Correlates of Female Orgasm and Marital Happiness; Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 165, No 5, 1978.