

REVISIONES

Disfunciones sexuales femeninas y su relación con la reproducción

Pedro Caballero Peregrín, Agustín Moreno García y Rocío Núñez Calonge

Unidad de Reproducción. Clínica Tambre. Madrid. España.

RESUMEN

La infertilidad puede actuar en la sexualidad de una pareja o de un individuo de 2 formas diferentes. Los problemas sexuales pueden ser causados por un determinado diagnóstico o por el propio manejo de la infertilidad, o pueden ser ellos mismos los determinantes de la falta de descendencia. El estudio de una pareja infértil debe incluir abierta y claramente cualquier cuestión acerca de su actividad sexual.

Palabras clave: Infertilidad. Disfunción sexual.

ABSTRACT

Female sexual dysfunction and its relationship with reproduction

Infertility may interact with a couple's or individual's sexuality and sexual expression in two main ways. Sexual problems may be caused or exacerbated by the diagnosis, investigation, and management of infertility (or subfertility), or they may be a contributory factor in childlessness. Any examination of a couple's difficulty in conceiving must include overt and clear questioning about their sexual activity.

Key words: Infertility. Sexual dysfunction.

INTRODUCCIÓN

Entre los diversos componentes que forman el complejo mundo de la pareja, la sexualidad ocupa sin duda alguna uno de los puestos más importantes. Inicialmente, la sexualidad es una forma más de relacionarse para la pareja. Tradicionalmente, el objeto último de las relaciones sexuales ha sido la procreación. La historia de la sexualidad es tan antigua como la historia del hombre, por la simple razón de que éste ha sido siempre un ser sexuado. En cada momento y en cada pueblo la sexualidad ha presentado unas características propias, por lo que las costumbres sexuales han diferido mucho de unas sociedades a otras, aunque siempre ha mantenido un denominador común, estar generalmente aceptadas y encontrarse incluidas en una norma dentro del estilo de vida y las necesidades de la comunidad. Sin embargo, con la generalización del uso de los métodos anticonceptivos en los países desarrollados se ha producido un fenómeno en el que se ha separado la sexualidad de la reproducción. Para la mayoría de los habitantes de los

países desarrollados las relaciones sexuales no persiguen, la inmensa mayoría de las veces, conseguir un embarazo. Esto hace que se produzcan pequeños cambios en dichas relaciones cuando, de repente, se realizan con objeto reproductor. Al mismo tiempo, si una pareja no logra tener relaciones sexuales adecuadamente, puede que sea ésta una causa de infertilidad. En este artículo se analizan las complejas relaciones entre la sexualidad y la infertilidad.

El acto sexual conlleva la satisfacción de un deseo que tiene su origen en la necesidad innata de conservación de la especie. Fisiología, psicología y cultura se combinan entre sí dando lugar a un complejo mundo de afectos, amores y pasiones.

La disfunción sexual puede originarse por problemas médicos, psicológicos o como resultado de una terapia con algún tipo de medicación, cirugía o radiación. Es importante reconocer que lo que constituye una "disfunción" puede variar dependiendo de las características culturales, raciales, étnicas e incluso las preferencias sexuales de la mujer.

Aunque es difícil establecer la frecuencia de estos problemas entre la población general. Con todo, a partir de los diferentes estudios realizados acerca del tema, los resultados parecen coincidir en que al menos un 35 % de las mujeres presenta algún tipo de disfun-

Correspondencia: P. Caballero Peregrín.
Unidad de Reproducción. Clínica Tambre.
Tambre, 8. 28002 Madrid. España.
Correo electrónico: p.caballero@clinicatambre.com

ción sexual, y entre las más frecuentes se encuentran la falta de interés por el sexo y los problemas de excitación, y entre los hombres aproximadamente el 40% presenta algún tipo de disfunción, y las más frecuentes son la eyaculación precoz y la impotencia¹. En el tema que nos ocupa, las relaciones entre las disfunciones sexuales femeninas y la infertilidad adquieren papel predominante las que tienen relación directa con problemas que ocasionan dolor durante la relación sexual: el vaginismo y la dispareunia o coito doloroso.

En el caso del vaginismo, su incidencia entre la población de mujeres adultas puede estimarse entre el 2 y el 3%², mientras que la dispareunia presenta una incidencia de mujeres con dolor de forma regular entre el 1 y 2%, aunque se estima que al menos el 15% de las mujeres adultas experimenta molestias coitales algunas veces al año, según los mismos autores².

En principio, el obstáculo inicial que hay que resolver es el reconocimiento del problema. La mayoría de las pacientes se presenta en la consulta de reproducción sin que realmente reconozcan que hay un problema sexual previo, y muchas veces ni siquiera ofrecen información acerca de este tipo de alteración, sobre todo cuando es de carácter psicológico. Por eso, el ginecólogo debe realizar una exhaustiva anamnesis y preguntar a la paciente acerca de sus hábitos y costumbres sexuales, hasta llegar, si existe, al fondo del problema. No es raro encontrarse a parejas que acuden al centro de reproducción con la idea de quedar gestantes, sin que se hayan consumado las relaciones sexuales. Y, aunque no son demasiado frecuentes estas situaciones, no por ello dejan de ser preocupantes y pueden resolverse de una manera sencilla, conociendo previamente los antecedentes de la pareja.

LA DISFUNCIÓN SEXUAL COMO CAUSA DE INFERTILIDAD

La disfunción sexual es la incapacidad de mantener relaciones sexuales plenas satisfactorias entre personas adultas. La calificación más habitual de las disfunciones sexuales tiene que ver con el momento en que se presentan dentro del ciclo de actividad de la respuesta sexual humana³.

Como se sabe, el ciclo de respuesta sexual se puede dividir en 5 estados (tabla 1).

– El primero de ellos es el deseo que conduce al inicio de la relación sexual. Aunque probablemente conlleva una base genética, su naturaleza es múltiple con componentes subjetivopsicológicos y fisiológicos a la vez.

– El segundo estado de la respuesta sexual es la excitación, en la cual la estimulación psicológica y física conduce a la vasodilatación en las mamas y órganos genitales. En la mujer se produce la lubricación de la vagina y el ensanchamiento del tercio distal de ésta, con elevación del útero.

– El tercer estado es el orgasmo, o pico de la excitación, y se manifiesta por una serie de contracciones rítmicas involuntarias a intervalos de 0,8 s, que resultan en la contracción de los músculos uterinos en la mujer.

– El cuarto estado es la resolución, durante el cual la tensión muscular cede a niveles normales desde unos pocos segundos hasta, en algunos casos, 1 h.

– Por último, una vez concluida la respuesta fisiológica, cabe extenderla hasta incluir una nueva fase, que se denomina de satisfacción sexual, de componente estrictamente subjetivo y que evalúa, en términos del grado de satisfacción psicológica, positiva o negativa, la satisfacción experimentada por el sujeto después de la actividad sexual.

La disfunción sexual puede ocurrir por la interrupción de alguno de estos estados de la respuesta sexual, por factores orgánicos o psicológicos⁴ (tabla 2).

La frecuencia real de este tipo de problemas entre la población general es difícil de conocer, aunque la mayoría de los autores que ha estudiado el tema parece situarla, para el conjunto de las disfunciones sexuales, en el 35% en el caso de las mujeres y al menos en el 40% en el caso de los hombres^{1,4} (tabla 3).

A continuación se presentan distintos factores que pueden alterar la función sexual: medicación; trastornos específicos de la mujer, y problemas de la pareja masculina.

Medicación

Más de las dos terceras partes de las mujeres que acuden a la consulta de esterilidad están medicadas de una u otra manera en otros centros. También hay un incremento en la utilización de nuevas medicaciones, remedios de herbolario, drogas ilícitas, alcohol y taba-

TABLA 1. Estados de la respuesta sexual

Ciclo de respuesta de la actividad sexual humana					
Componente psicofisiológico	Fisiología de la respuesta sexual			Componente subjetivo psicológico	
Respuesta sexual normal	Deseo sexual	Excitación y meseta	Orgasmo	Resolución	Satisfacción sexual

TABLA 2. Disfunción sexual por interrupción de la respuesta sexual

Sistema descriptivo multiaxial para las disfunciones sexuales (Schover, Friedman, Séller, Herman y LoPicolo) (resumido)	
Fase de deseo	Fase de excitación
Bajo deseo sexual	Excitación subjetiva inhibida
Aversión hacia el contacto sexual	Dificultad para lograr la erección Dificultad para mantener la erección Excitación fisiológica inhibida en la mujer
Fase de orgasmo	Dolor coital
Eyaculación precoz	Vaginismo
Eyaculación inhibida	Dispareunia
Anorgasmia	Dolor al eyacular Dolor después de eyacular
Insatisfacción con la frecuencia de la relación	Otros problemas
Desea una frecuencia menor que la actual	Condición médica que afecta a la conducta sexual
Desea una frecuencia mayor que la actual	Toma de medicación que afecta a la conducta sexual Presenta o tiene antecedentes de abuso de sustancias Estrés marital severo, etc.

co. Muchas de estas sustancias tienen un potencial negativo sobre la función sexual femenina. De todas formas, aunque muchas medicaciones ya están reconocidas como productoras de disfunción sexual, muchas otras son subsidiarias de investigación acerca de cómo afectan en este sentido a la capacidad sexual. Aquí se presenta una lista de las más frecuentes, aunque no es exhaustiva sino meramente representativa.

Fármacos psicotrópicos

Casi toda la medicación psicotrópica produce disfunción sexual. Los antidepresivos tricíclicos pueden producir disfunción erétil en el varón y un descenso de la libido y/o anorgasmia en la mujer. Lo mismo ocurre con los ansiolíticos como la benzodiacepina, que afectan negativamente al orgasmo, así como con los inhibidores de la monoaminoxidasa y el litio⁵.

Medicación miscelánea

Diversos medicamentos pueden causar disfunciones sexuales, tanto en el varón como en la mujer. Todos ellos afectan a la libido y la consecución del orgasmo, y entre los más frecuentes se encuentran: antiulceró-

sos como la cimetidina, antifúngicos como el ketocanazol, antihiperlipidémicos como la niacina, etc.⁶.

En ocasiones, también se pueden encontrar remedios de hierbas que contienen sustancias que afectan a la función sexual. Por eso es importante preguntar a las pacientes acerca de la utilización de medicación convencional y remedios alternativos.

Abuso de drogas, tabaco y alcohol

El abuso del alcohol produce varias formas de disfunción sexual que incluyen pérdida de la libido en la mujer e impotencia en el varón. El alcoholismo crónico puede producir hipogonadismo, ginecomastia, defectos nutricionales y sedación⁷.

El tabaco produce una vasodilatación que puede también afectar a la función sexual⁸.

El uso crónico de drogas como la cocaína y tranquilizantes puede disminuir la libido, así como las anfetaminas y la marihuana⁹.

Trastornos sexuales específicos de la mujer

Aunque son muchas las disfunciones sexuales en la mujer, las más importantes para el tema que nos ocu-

TABLA 3. Frecuencia media de trastornos sexuales femeninos

Frecuencia media de trastornos sexuales femeninos según varios autores	
Deseo sexual inhibido	40%
Disfunción orgásica	30%
Vaginismo/dispareunia	14%
Otros	16%
Total pacientes estudiados: 2.600	

pa, las relaciones entre disfunciones sexuales e infertilidad, son las que provocan reacciones dolorosas durante la actividad sexual, vaginismo y la dispareunia. En el varón, la disfunción eréctil de cualquier causa puede ser motivo de infertilidad.

Trastornos por dolor

Vaginismo. Se entiende como tal la contracción involuntaria recurrente o persistente de los músculos del periné, los que rodean al tercio más externo de la vagina (vulvovaginales) cuando se intenta la penetración. Atendiendo al tipo, el vaginismo puede ser global (incapacidad de introducir ningún objeto en la vagina, ya sea el dedo, un tampax, etc.) o situacional (se puede introducir un dedo o un tampax, pero no es posible la penetración durante el acto sexual).

Como se ha mencionado anteriormente, aunque la incidencia del vaginismo, como la de casi todas las disfunciones sexuales, es difícil de conocer, los estudios lo sitúan en torno al 2-3% del conjunto de mujeres adultas, y es algo más frecuente el que es motivo de consulta en la actividad clínica, que se sitúa en torno al 10-19%¹⁰.

En general, la etiología del vaginismo es psicológica, y su origen es más probable un reflejo aprendido y condicionado por alguna situación anterior en la biografía de la paciente. Suele ser habitual que la persona haya asociado alguna experiencia de dolor en alguna relación sexual anterior, no necesariamente durante el coito. Aunque en ocasiones el vaginismo puede ser la consecuencia de un trauma sexual como violación, intento de abusos, etc. Dado que esta respuesta refleja escapa al control voluntario de la mujer, es difícil que de forma espontánea pueda poner fin a su problema. El tratamiento de elección dada la causa suele ser la intervención psicológica.

Es un error intentar aumentar el tamaño del introito con métodos quirúrgicos, aunque se trate de un himen imperforado. Esto último solamente podría hacerse si se constata que es la única causa de vaginismo y que no hay ningún otro problema psicológico latente, ya que de lo contrario puede inducirse una depresión reactiva por la pérdida de la virginidad.

La finalidad del tratamiento es evitar el espasmo vaginal involuntario. Algunas medidas han demostrado ser útiles y tener buenos resultados, como el siguiente protocolo de tratamiento¹¹:

1. Ayudar a la mujer a familiarizarse con su anatomía.
2. Enseñarle técnicas de relajación, que podrá aplicar cuando vaya a producirse la penetración.

3. Enseñarle los ejercicios de Kegel para controlar los músculos que rodean al introito.

4. Intervención psicológica para que afloren traumas o problemas psicológicos latentes. Así, por ejemplo, es necesario en la mayoría de los casos eliminar el componente fóbico a la penetración, que suele estar presente, ya que mientras persista el tratamiento no progresará.

5. Si el problema es el de una vagina pequeña, pueden ser útiles los dilatadores vaginales progresivos. Puede aliviarse la ansiedad inicial, que puede producir el uso de estos dilatadores, con propanolol o alprazolam. Este tratamiento puede hacerlo ayudada por su pareja.

Dispareunia. Se entiende como tal el dolor que se produce durante el acto sexual después de la penetración. Por tanto, es diferente del vaginismo, ya que, en general, no hay problema con la penetración, sino después. Esta experiencia repetida puede producir tensión, ansiedad, tristeza y puede acabar produciendo una imagen negativa de las relaciones sexuales, un rechazo de la pareja y una inhibición sexual, que puede afectar incluso al deseo.

La frecuencia con que se presenta el coito doloroso es muy variada, ya que en ocasiones puede presentarse en todos los intentos de coito, mientras que en otras aparece esporádicamente o sólo en determinadas posturas. En algunos estudios¹², alrededor del 1-2% de las mujeres adultas presentaba coito doloroso con regularidad, y se considera que al menos un 15% de la población femenina presenta molestias coitales unas pocas veces al año.

La dispareunia puede ser primaria (hay dolor con la penetración desde que se iniciaron las relaciones sexuales) o secundaria (se pueden mantener relaciones sexuales sin problemas hasta que aparece el dolor). Esta última es más frecuente. Atendiendo a cuándo se produce, puede ser global (se produce siempre) o situacional (solamente se produce en determinados momentos, o con determinadas posturas durante el coito).

La dispareunia es un problema que en origen puede ser orgánico, pero que puede acabar siendo psicológico. Otras veces la causa única es psicológica. Es importante, al hacer la historia clínica, tener en cuenta preguntar detalladamente cuándo empieza a experimentar dolor, en qué situación, si se repite siempre, etc.

En la exploración física hay que intentar localizar puntos dolorosos, masas en la pelvis o cualquier otra causa que pueda justificarla. Pueden ser causa los quistes de Bartholino (algunos inaparentes, pero que se ponen tumefactos durante el coito), la presencia de

TABLA 4. Causas orgánicas de la disparesunia

Apertura de la vagina	Himen imperforado Episiotomía Pérdida de elasticidad por la edad Abcesos de los labios Bartholinitis Vestibulitis vulvar Vulvitis Otras lesiones
Clítoris	Irritaciones Infecciones
Vagina	Infecciones Reacciones sensibles Reacciones atróficas Disminución de la lubricación Condilomas
Útero, trompas, ovarios	Endometriosis Enfermedad inflamatoria pélvica Adherencias Miomas Embarazo ectópico
Otras	

un anillo himeneal rígido, una cicatriz de episiotomía, una malformación de la vagina (tabique vaginal, etc.), una vaginitis, el síndrome vestibular vulvar, la sequedad vaginal (por falta de inadecuada excitación sexual, o por una inadecuada producción de estrógenos). La vestibulitis vulvar es un desorden de etiología desconocida que resulta en inflamación del área entre el halo del clítoris y el periné que origina disparesunia. Otras causas difíciles de detectar son la vulvitis crónica o la hipersensibilidad dolorosa del clítoris.

A veces la causa se encuentra más profunda en la vagina (vagina corta, estrechez vaginal media, cistitis intersticial o uretritis) o en la pelvis (enfermedad inflamatoria pélvica, adherencias pélvicas, endometriosis, útero fijo en retroversión, enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable, miomas uterinos, adenomiosis, etc.). En la tabla 4 se resume algunas de las principales causas orgánicas de la disparesunia¹³.

Entre los factores psicológicos que determinan la presencia de disparesunia se encuentran:

- Factores del desarrollo: sentimiento de culpa ante el sexo.
- Factores traumáticos: abusos sexuales durante la infancia, intento de violación, etc.
- Factores de relación: en los que se incluyen los factores que tienen que ver con la relación y situación de la pareja, como el tiempo dedicado a los juegos amorosos o las actitudes y sentimientos de ambos con respecto a su relación: ira, odio o resentimiento hacia la pareja, etc.

El tratamiento, cuando se detecta una causa orgánica, es corregirla. Cuando se descarta una causa orgánica es necesaria la intervención psicológica y centrar el tratamiento en función de la causa que se sospecha¹⁴.

Menopausia

Además de los problemas psicológicos que puede ocasionar la menopausia en relación con alteraciones sexuales, la deficiencia estrogénica causa alteraciones vasomotoras, fatiga, alteraciones del comportamiento, sequedad vaginal que contribuye a la disminución de la libido, disparesunia y disminución de la excitación. La sequedad vaginal y el adelgazamiento del epitelio vaginal pueden originar dolor e irritación. En todos los estudios se ha encontrado una relación clara entre la presencia de “síntomas perimenopáusicos”, mala salud mental y afectación del estado general. Es natural que el deseo sexual, la frecuencia del coito y la satisfacción del éste disminuyan en mujeres con frecuentes sofocos, trastornos vegetativos, insomnio y fatiga, inducidos por cambios hormonales inherentes al agotamiento ovárico, tanto más si hay irregularidades menstruales o pérdidas excesivas¹⁵.

Por otra parte, varios estudios han demostrado que el mantenimiento de una buena sexualidad durante la madurez se basa, esencialmente, en una práctica frecuente, buen estado físico y, sobre todo, buena armonía conyugal.

El tratamiento hormonal sustitutivo y el entendimiento de los hechos fisiológicos que determinan la

perimenopausia, suelen ser ayudas valiosas, pero las actitudes hacia la sexualidad son fundamentales para una buena evolución hacia la menopausia.

Cáncer y terapia oncológica

Entre las supervivientes de los cánceres ginecológicos, alrededor de la mitad de las mujeres presenta disfunción sexual¹⁶. Además de las alteraciones psicológicas y cambios en la imagen corporal que tienen estas mujeres, hay otros problemas asociados con la terapia que pueden afectar a la función sexual. Los procedimientos quirúrgicos en la pelvis pueden dañar los nervios del sistema autónomo, al aporte sanguíneo de los genitales o a los genitales directamente. La radiación puede ocasionar atrofia vaginal, que a veces puede tratarse con dilatadores. La radiación a veces también puede dañar la pelvis o los ovarios ocasionando un hipoesrogenismo que, a su vez, ocasiona disfunción sexual. La quimioterapia puede causar, aparte de los trastornos psicológicos derivados de la caída del cabello, etc., pérdida de actividad ovárica. Además, la pareja puede tener problemas, ya que muchas veces no sabe en qué momento puede ser adecuado mantener relaciones sexuales sin producir lesiones en la mujer.

Problemas en la pareja masculina

La disfunción sexual en la mujer puede estar ocasionada por disfunción sexual en el varón. La disfunción eréctil puede originar un rechazo o un comportamiento inadecuado en la mujer, que a su vez causa una insatisfacción sexual, con pérdida de deseo, excitación, orgasmo y, al final, pérdida de las relaciones sexuales. Es relativamente frecuente que acudan a la consulta de reproducción parejas con este tipo de trastornos, en los que la disfunción femenina, y como consecuencia la imposibilidad de conseguir una gestación, se origina por una impotencia o disfunción eréctil del varón.

INFERTILIDAD COMO CAUSA DE DISFUNCIÓN SEXUAL

El simple hecho de cambiar la intencionalidad de las relaciones sexuales hace que cambie la disposición de la pareja. Pueden aflorar conflictos latentes y desacuerdos acerca de la conveniencia o no del embarazo que se busca. Por ejemplo, en ocasiones un hombre que no desea el embarazo mostrará un menor interés por las relaciones sexuales. En la mujer que desea intensamente el embarazo la situación puede ser la contraria, es decir, una mayor disposición a las relaciones sexuales. En ambos casos puede haber conflicto en la relación de pareja.

Si el embarazo tarda en conseguirse, esa situación mantenida de “relaciones para el embarazo” puede ser perjudicial, ya que el objeto que se persigue no se ha conseguido. Cada vez que la pareja va a mantener relaciones aflora el miedo a no producirse el embarazo. Con la menstruación, se producirá una pequeña depresión porque se vive como un fracaso. Le cuesta asumir el llamado “síndrome de la menstruación incansante” que vive la mujer cada mes cuando llega la regla y vive una situación de intensa pérdida, y que afecta de manera importante a las relaciones de pareja.

Cuando se deciden a solicitar ayuda profesional entra en juego el estrés que supone el estudio de esterilidad y, posteriormente, el tratamiento. Algunas pruebas del estudio suponen unas modificaciones en la pauta de conducta sexual, y hacen que la espontaneidad de la relación se pierda. Por ejemplo, en el test poscoital se le pide a la pareja que mantenga relaciones sexuales en un momento determinado, independientemente del deseo que puedan tener en ese momento. Con el seminograma ocurre lo contrario: se les pide que no mantengan relaciones sexuales durante unos días previos a la recogida de la muestra. Con las relaciones sexuales dirigidas, por ejemplo, somos nosotros los que les decimos cuándo deben tener relaciones coitales. Al hacer una inseminación o una fecundación *in vitro*, se le pide al varón que dé una muestra de semen por masturbación, lo cual puede ser muy estresante por varias razones: falta de costumbre con la masturbación, ambiente poco favorable, necesidad de “tener que hacerlo”, etc., hasta el punto que, con cierta frecuencia, les resulta imposible hacerlo, planteándose graves problemas para la técnica en reproducción programada.

CONCLUSIONES

Por tanto, se ve que las relaciones sexuales han pasado de ser sin finalidad procreadora, espontáneas y dirigidas por el deseo, a ser con finalidad procreadora, no espontáneas y dirigidas por el médico.

Son muchos los trabajos que valoran la presencia de un estrés psicológico en las parejas que tienen infertilidad. Y en parte ese estrés se manifiesta como problemas con las relaciones sexuales. Se ha visto, por ejemplo, que en parejas que buscan un embarazo, la incidencia de falta de deseo sexual, eyaculación precoz y disfunción eréctil aumenta significativamente con respecto a otras parejas que no desean embarazo¹⁷.

Sin embargo, en pocos estudios se proponen métodos para poder superar estas situaciones. Creemos que es importante advertir e informar a las parejas

acerca del proceso que van a seguir, ya sea de estudio o de tratamiento, e intentar interferir lo menos posible en la espontaneidad de las relaciones sexuales. También es muy importante la intervención psicológica. El trabajo de un terapeuta con ambos miembros ayudará a identificar y tratar estos problemas, así se evitará el deterioro de la relación de pareja.

Bibliografía

1. Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual dysfunctions: classifications and definitions. *J Sex Med.* 2007;4:241-50.
2. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1:40-8.
3. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ.* 2005;10172:1327-33.
4. Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian W. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med.* 2005;2:291-300.
5. Haefliger T, Bonsack C. Atypical antipsychotics and sexual dysfunction: five case-reports associated with risperidone. *Encephale.* 2006;32:97-105.
6. Hartmann U, Rüffer-Hesse C. Sexuality and pharmacotherapy. Medication-induced disorders of sexual response and pharmacotherapeutic options for the treatment of sexual dysfunctions. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2007;50:19-32.
7. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *Eur Urol.* 2005;47:366-74.
8. Polksky JY, Aronson KJ, Heaton JP, Adams MA. Smoking and other lifestyle factors in relation to erectile dysfunction. *BJU Int.* 2005; 96:1355-9.
9. Saso L. Effects of drug abuse on sexual response. *Ann Ist Super Sanita.* 2002;38:289-96.
10. Hurwitz MB. Sexual dysfunction associated with infertility: a comparison of sexual function during fertile and the non-fertile phase. *S Afr Med J.* 1989;76:58-61.
11. Wurn LJ, Wurn BF, King CR, Roscow AS. Increasing orgasm and decreasing dyspareunia by a manual physical therapy technique. *Med Gen Med.* 2004;14:47.
12. Woodhouse CRJ. The sexual and reproductive consequences of congenital genitourinary anomalies. *J Urol.* 1994;152:645-51.
13. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med.* 2004;1:66-8.
14. Moller A, Fallstrom K. Psychological factors in the etiology of infertility: a longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1991;12:13-26.
15. Graziottin A, Basson R. Sexual dysfunction in women with premature menopause. *Menopause.* 2004;11:766-77.
16. Schover LR. Sexuality and fertility after cancer. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2005:523-7.
17. Hull MGR, Glazener CMA, Kelly NJ, Conway DI, Foster PA, Hinton RA, et al. Population study of causes, treatment and outcome of infertility. *Br J Med.* 1985;291:1693-7.