

Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo. Estudio cuantitativo. Primera parte

Claudia Sánchez Bravo,¹ Jorge Carreño Meléndez,¹ Norma Patricia Corres Ayala,²
Consuelo Henales Almaraz¹

Artículo original

SUMMARY

Background

At the Department of Psychology of the National Institute of Perinatology Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER) –a medical unit specialized in reproductive problems–, a line of investigation on human sexuality was opened due to the high numbers of patients with some kind of problem in their sexual lives. We have been performing exploratory studies where we have found a high prevalence of sexual disorders, i.e. 52% in women and 38.8% in men, in addition to other comparative studies. These studies revealed that people with disturbances in their sexual life were in a disadvantageous position when considering factors such as self-concept, assertivity, levels of anxiety, marital satisfaction, style of communication and marital communication, when compared to population not showing sexual problems. This brought us to the conclusion that the presentation of one or more sexual disorders is a risk factor that deserves exhaustive studies from the psychological point of view.

Our studies, made in groups of men and women showing sexual disorders, lead to the need of studying risk factors related with every sexual disorder. We have a hypothesis that not all disorders show in a similar manner and that it is in the different combination of factors where the specificity to provide elements that can help improve intervention plans lies.

Objective

The general objective of this work was to identify the frequency, differences, relationships and combinations between the feminine sexual dysfunctions known as sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus, and some intervening variables. These were gender role and self-esteem (psychological factors) and background (child sexual traumatic experience, sexual information, sexual fears, masturbation and conjugal problems), in order to create a profile of each one of these sexual disorders so that it provides elements for intervention plans.

Material and methods

This was a non-experimental, transversal, retrospective field study with a correlational-multivariate design and an independent sample divided into three groups with individuals selected by intentional sampling according to pre-established quotas.

This work belongs to a wider research study of some risk factors found in male and female sexual dysfunctions, whose original sample

consisted of 400 participants; out of this group we selected only participants with dyspareunia and vaginismus and they were compared with the same number of participants who showed no sexual disorder. So, the sample classification remained as follows: Group 1, no sexual dysfunctions; group 2, with dyspareunia, and group 3 with vaginismus. Women participating are frequent attendees of the National Institute of Perinatology (INPerIER) and had to meet all the inclusion criteria.

For the allocation into groups and the collection of sexual background data we used the codified clinical history for female sexuality (CCHFS).

Measurement of personality factors was performed with the Masculinity and Femininity Inventory (MFI) and with Coppersmith's self-esteem inventory.

A questionnaire on sexuality and the other instruments was provided and filled in one single session at the outpatient room.

For the analysis of results, we used central tendency measurements to describe controlled socio-demographic factors such as age, civil status and schooling. The statistical analysis consisted on determining the frequency of the presence of sexual dysfunctions within the group of women with sexual dysfunctions, out of which we got the patients presenting dyspareunia and vaginismus for group allocation.

Then we made an analysis to compare the groups. The first group was set to be the one with no dysfunctions, the second one with dyspareunia and the third one with vaginismus, in order to get the significative differences and the relationship between groups and personality factors under study (gender role and self-esteem); for these we used the t-Student test and ETA coefficient. For the analysis of sexual background (child sexual traumatic experience, sexual information, sexual fears, masturbation and conjugal problems) and their relationship with dysfunctions, we used X² and Cramer's V.

Factors resulting related were used to perform a discriminant analysis so as to propose explanatory profiles; all variables found to be related, psychological factors and sexual background were included in the analysis. Statistical data analysis was made with the software SPSS version 11.

Results

The description of the samples shows a normal distribution with an average for groups of age and schooling as follows: for group 1, age 31.9 ± 5.32 , years in school 10.9 ± 3.17 ; for group 2, age 32.7 ± 5.54 , years in school 10.2 ± 2.8 ; and for group 3, age 33.7 ± 3.1 , years in school, 9.9 ± 2.5 .

¹ Investigadores del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER).

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Dra. Claudia Sánchez Bravo. INPerIER. Torre de Investigación, 1er piso. Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes. Deleg. Miguel Hidalgo, 11000 México, D.F. Tel. 5520-9900 ext. 147. Email. clausanbra@yahoo.com

Recibido primera versión: 22 de octubre de 2008. Segunda versión: 15 de octubre de 2009. Aceptado: 8 de febrero de 2010.

From every statistical analysis variables were isolated and personality factors studied, indicating women with dyspareunia showed a decrease in masculinity features and in their levels of self-esteem, and an increase in submissive features, when compared to women with no sexual dysfunctions.

As to the analysis of the results of sexual background, in the dyspareunia group we found a relationship with conjugal problems, suggesting these variables have a significant intervention in the presence of dyspareunia during women's adult life. The discriminant analysis launched a factor out of four variables, with 75.9% of the cases correctly classified, demonstrating that women with dyspareunia within this percentage have related indicators, discriminating variables constituting an explanatory approximation.

Results of the group of women with vaginismus indicate a decrease in the self-esteem feature and an increase in the submissive features. Analysis of sexual background showed a relation between women with vaginismus and sexual fears, a decrease in sexual information and presence of conjugal problems. Described background data have a significant intervention in these women's adult life. The discriminant analysis launched a factor out of five variables, with 84.1% of the cases correctly classified, demonstrating that women with vaginismus within this percentage have these related indicators, discriminating variables constituting an explanatory approximation.

Conclusion

The isolation of variables with the purpose of detecting the factors related to the presence of the two sexual disorders, dyspareunia and vaginismus, has as its main target to provide indicators of risk that facilitate the creation of intervention plans, in order to avoid making generalizations for the handling of sexual disorders.

Key words: Dyspareunia, vaginismus, self-esteem, role gender, sexual background.

RESUMEN

Antecedentes

En el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), se encontró una alta prevalencia de disfunciones sexuales: 52% en las mujeres y 38.8% en los hombres, además de que otros estudios comparativos indican que la población que presentó alteraciones en la vida sexual mostró siempre desventaja en factores como el autoconcepto, la assertividad, la satisfacción marital, el estilo de comunicación y la comunicación marital, en comparación con la población que no presenta problemas sexuales. Por esto es necesario estudiar factores de riesgo relacionados con cada una de las disfunciones sexuales, bajo la hipótesis de que no todas se comportan igual y es en la diferencia de la combinación de factores donde se encuentra la especificidad que puede aportar elementos que mejoren los planes de intervención.

INTRODUCCIÓN

Debido a la alta prevalencia de disfunciones sexuales entre la población que asiste como paciente al Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER), se diseñó en el Departamento de Psicología una línea de investigación de Sexualidad Humana,¹ cuyo objetivo principal está centrado en entre-

Objetivo

Identificar la frecuencia, la diferencia, la relación y la combinación entre las disfunciones sexuales femeninas (dispareunia y vaginismo) el papel de género y la autoestima (factores psicológicos), y algunos antecedentes sexuales (experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales) para generar un perfil de cada una de estas disfunciones sexuales que aporten elementos para los planes de intervención.

Material y método

Estudio no experimental, de campo, retrospectivo, transversal, con un diseño correlacional-multivariado de una muestra independiente dividida en tres grupos, seleccionados mediante un muestreo intencional por cuota. Este trabajo forma parte de una investigación más amplia sobre el estudio de algunos factores de riesgo en las disfunciones sexuales femeninas y masculinas, cuya muestra original constó de 400 participantes. De éstos sólo se tomaron las participantes con dispareunia y vaginismo las que se compararon con el mismo número de participantes que no presentaron ninguna disfunción sexual. Las muestras quedaron clasificadas de la siguiente manera: Grupo 1: sin disfunciones sexuales, grupo 2: con dispareunia y grupo 3: con vaginismo. Las participantes asisten al INPerIER y debieron cubrir todos los criterios de inclusión.

Para la clasificación de los grupos y de los antecedentes sexuales se utilizó la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF). Se utilizó el inventario de Masculinidad y Feminidad (IMAF), y el inventario de Autoestima de Coopersmith. El análisis estadístico se realizó con la prueba t de Student, el coeficiente ETA, la X² y una V de Cramer. Finalmente se aplicó un análisis discriminante para proponer los perfiles explicativos. Se trabajó con el paquete estadístico SPSS versión 11.

Resultados

Se encontró una distribución normal. Los resultados indican que las mujeres con diapareunia presentan una disminución en las características de masculinidad y los niveles de autoestima y un incremento en las características de sumisión, así como relación con problemas conyugales. En el grupo de mujeres con vaginismo hay disminución en la autoestima, incremento en las características de sumisión, relación con temores a la sexualidad, con una pobre información sexual y problemas conyugales. En los demás factores no se encontró relación.

Conclusiones

El aislar variables para detectar factores relacionados con la presencia de estas dos disfunciones sexuales, tiene como objetivo final descubrir indicadores de riesgo que puedan facilitar los planes de intervención con una mayor especificidad y no hacer generalizaciones de manejo para todas las disfunciones.

Palabras clave: Dispareunia, vaginismo, autoestima, papel de género, antecedentes sexuales.

lazar la investigación clínica con la elaboración de estrategias de intervención con base en los hallazgos obtenidos en el desarrollo de dicha línea. Así se ha detectado, a través de factores estudiados con anterioridad (autoconcepto, satisfacción marital, comunicación marital, estilo de comunicación, entre otros), una desventaja en las pacientes que presentan una o más disfunciones sexuales en compara-

ción con las que no reportan este problema.^{2,3} Para llegar a una mayor especificidad es necesario, por tanto, el estudio de los factores que intervienen en cada disfunción sexual, para lo cual se requiere de un planteamiento que considere no sólo la gama sino la combinación de factores.

En este trabajo se expondrán los resultados obtenidos en el estudio de las disfunciones sexuales femeninas denominadas por el dolor, y que son la dispareunia y el vaginismo.

Abordar el estudio de la sexualidad, en particular las disfunciones sexuales, implica estudiar un concepto que va mucho más allá de la respuesta sexual humana, concepto que es resultado de múltiples estudios. Aunque ha habido intentos de definir la sexualidad con enfoques en apariencia distintos, finalmente todos coinciden en darle un significado amplio.

Los primeros estudiosos que se refirieron a la sexualidad como una dimensión completa de la personalidad del individuo y no sólo como una mera aptitud para generar una respuesta erótica, fueron Masters, Johnson y Kolondy.⁴ Si partimos de esta óptica es posible afirmar que la sexualidad comprende aspectos biológicos, psicológicos, sociales, conductuales, clínicos, morales y culturales.

Contrariamente a lo que acontecía antes, hoy en día los profesionales de la salud consideran que también la salud sexual es parte imprescindible de la salud general de todo individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su último reporte, establece una nítida distinción entre sexualidad y salud sexual: «La sexualidad es un aspecto central de la vida de todo ser humano y abarca sexo, identidad de género y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad es experimentada y expresada a través de fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas son experimentadas o son siempre expresadas, ya que la sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.» Por el contrario, la salud sexual de acuerdo con la OMS es «un estado físico, emocional, mental y de bienestar social, no solamente la ausencia de enfermedad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso hacia la sexualidad y la relación sexual, así como la posibilidad de tener placer y seguridad en la experiencia sexual, libre de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual pueda ser alcanzada y mantenida, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.»⁵

Cabe destacar que antes de los trabajos de Masters y Johnson,⁴ las disfunciones sexuales eran consideradas como síntomas pertenecientes a otras enfermedades, esto es, se abordaban con una óptica unidimensional: frigidez en la mujer e impotencia en el hombre, y considerando en su conjunto todas las alteraciones sexuales. Más tarde adqui-

rieron el carácter de entidades clínicas con tratamientos específicos, lo que llevó a que aparecieran por primera vez, en una sección aparte, en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM III, 1980).

En la actualidad, las disfunciones sexuales se definen como resultado de procesos multidimensionales,⁶ esto es, como aquellas alteraciones (esencialmente inhibiciones) que se producen en cualesquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad y que no tienen causa orgánica.⁷ Como se mencionó anteriormente, dos de ellas son las disfunciones sexuales femeninas denominadas trastornos sexuales por dolor: la dispareunia y el vaginismo. La primera se define como el dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante o después de la relación sexual; la segunda como la aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfieren en el coito.⁸ Estas disfunciones pueden presentarse como una respuesta a condiciones orgánicas, siendo la más común la que se presenta en la mujer menopáusica o pre-menopáusica por la resequedad de la vagina debido a los bajos niveles de estrógeno,⁹ presentando de manera más frecuente la vaginitis atrófica, la cistitis intersticial y la endometriosis, entre otras, que en el DSM-IV-TR se clasifican como trastornos sexuales debido a enfermedad médica.⁸ Sin embargo en este estudio sólo se consideraron aquellos sin causa orgánica. Los estudios realizados en torno a la complejidad de las causas de las disfunciones sexuales, específicamente las femeninas, coinciden en que gran parte de los casos se deben a factores experienciales; no obstante, existe una amplia gama de factores asociados.¹⁰

Como se mencionó al principio, se abrió la línea de investigación de sexualidad humana por la alta prevalencia encontrada en los pacientes que asisten al INPerIER (52% en mujeres y 38.8% en hombres).¹ A partir de ello, se han realizado estudios comparativos de grupos de mujeres y de hombres con y sin disfunciones sexuales, y como tales, se han detectado diferencias significativas en el estilo negativo y reservado de comunicación, con desventaja en cuanto a la comunicación marital en distintas áreas,² con un bajo autoconcepto y mayores niveles de ansiedad en mujeres y en hombres con disfunción sexual. Por tanto, la conclusión a la que se ha llegado es que la presencia de disfunción sexual es un indicador importante para la intervención psicológica.

Cabe observar que este trabajo forma parte de una investigación más amplia sobre el estudio de factores de riesgo de cada una de las disfunciones sexuales masculinas y femeninas, cuya muestra original constó de 400 participantes.¹¹ Para la investigación se consideró a las participantes con disfunciones femeninas denominadas por el dolor (dispareunia y vaginismo).

Objetivo

Determinar la frecuencia, la relación y la combinación entre la dispareunia y el vaginismo, y algunas variables interviniéntes que se dividen en factores psicológicos y antecedentes, cuyo propósito, en última instancia, fue generar perfiles de estas dos disfunciones sexuales. Los factores interviniéntes considerados para el estudio de las disfunciones, son: el papel de género y la autoestima (factores psicológicos), la experiencia sexual infantil traumática, la información sexual, los temores a la sexualidad, la masturbación y los problemas conyugales (factores antecedentes), además de observar cómo contribuye cada variable y en qué proporción se constituyen en un factor participante.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio no experimental, de campo, retrospectivo, transversal, con un diseño correlacional-multivariado de dos muestras independientes divididas en tres grupos.

Muestra

Se seleccionaron dos muestras de mujeres, una de 100 participantes sin disfunciones sexuales y otra de 100 participantes con ellas, mediante un muestreo intencional por cuota y de observaciones independientes, las cuales fueron divididas por cada disfunción sexual clasificada en el DSM-IV-TR,⁸ y de las cuales se extrajeron las que presentaron dispareunia y vaginismo.

Participantes

Los participantes son mujeres que asisten al Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER) para su atención médica, que presentaron dispareunia o vaginismo, 33 participantes con dispareunia y 13 con vaginismo se compararon con mujeres que no tuvieron ninguna disfunción sexual, las que fueron elegidas aleatoriamente de la muestra amplia de participantes que no las presentaron. Los grupos quedaron clasificados como sigue: Grupo 1: sin disfunciones sexuales; Grupo 2: con dispareunia; Grupo 3: con vaginismo. Un primer criterio de inclusión fue que estas alteraciones sexuales no tuvieran causa orgánica reportada por los médicos de la Institución.

Instrumentos

Para la clasificación de los grupos y la captura de los antecedentes sexuales se utilizaron los siguientes instrumentos:

Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF),¹² instrumento que tiene como objetivo determinar la presencia o ausencia y el tipo de disfunción sexual que se

presenta de acuerdo al Manual de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR).⁸ La HCCSF consta de 170 preguntas, con un orden sistemático hasta llegar a la exploración de la sexualidad y de la presencia o no de disfunciones sexuales.

Para la medición de los factores de personalidad estudiados se utilizó el Inventory de Masculinidad y Feminidad, IMAFE,¹³ el cual mide el papel de género y que consta de 60 reactivos Likert, agrupados en cuatro escalas: Masculino (Masc), Femenino (Fem), Machismo (Mach) y Sumisión (Sum), que pueden presentarse de manera combinada. Hay 15 reactivos para cada escala. La autoestima se midió con el Inventory de Autoestima de Coopersmith^{14,15} estandarizado para población mexicana. Consta de 25 reactivos, el punto de corte es de 17±5 puntos con dos intervalos, 16 puntos o menos corresponde a un nivel de autoestima baja, 17 o más a una autoestima promedio.

Procedimiento

Los participantes son pacientes del INPerIER y fueron integradas a esta investigación inmediatamente después de haber sido aceptadas y antes de iniciar tratamiento médico alguno. Se contó con la aprobación de las participantes, la cual se obtuvo mediante la carta de consentimiento informado requerida por el Comité de Ética del Instituto. Las participantes fueron incluidas en cada grupo dependiendo de las respuestas que proporcionaron en la HCCSF y con la cual se detectó la presencia o no de dispareunia o vaginismo. Todas las participantes debieron de cubrir con todos los criterios de inclusión: haber cursado la educación primaria completa, con un rango de edad de 22 a 45 años, con una relación de pareja mínima de un año; que fueran pacientes del INPerIER, que no tuvieran un diagnóstico previo de retardo mental o trastorno psicótico, ni de enfermedad orgánica que pudiera condicionar la presencia de disfunciones sexuales. La aplicación de los cuestionarios de sexualidad y de los instrumentos se realizó en una sola sesión que tuvo una duración aproximada de una hora. La sesión se llevó a cabo en la consulta externa de la institución. La captura de la muestra total duró un año. De esta muestra global se obtuvieron submuestras de cada disfunción sexual. En este trabajo se presentan sólo las que presentaron las disfunciones sexuales anteriormente descritas.

Análisis estadístico

Para el análisis de los resultados se compararon los tres grupos. Se utilizaron medidas de tendencia central para la descripción de los factores sociodemográficos controlados, que fueron edad, estado civil y escolaridad; para el análisis de los factores de la personalidad (papel de género y autoestima), y para establecer su relación con la dispareunia y el vaginismo, se utilizó una t de Student y el coeficiente ETA; para el análisis de los antecedentes sexuales (expe-

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la muestra

	Sin disfunción (N=50)	Con dispareunia (N=33)	Con vaginismo (N=13)
Edad (X)	31.9±5.32	32.7±5.54	33.7±3.10
Escolaridad (X)	10.9±3.17	10.2±2.80	9.9±2.50
Solteras (%)	5.0	9.1	7.7
Casadas (%)	63.0	60.6	76.9
Unión libre (%)	32.0	30.3	15.4

riencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales) se utilizó una χ^2 y una V de Cramer. A los factores que resultaron relacionados se les aplicó un análisis discriminante con la finalidad de proponer los perfiles teóricos. Los datos se trabajaron mediante el paquete estadístico SPSS, versión 11.

RESULTADOS

Características de las muestras

En relación con la descripción de los factores sociodemográficos controlados de los grupos, observamos una distribución normal (cuadro 1).

En los procedimientos realizados para el análisis de dispareunia se aislaron variables. Las que se relacionaron de manera significativa se incluyeron en el análisis final, donde se obtuvo una sola función que da un factor de cuatro variables, con una función canónica discriminante que explica 100% de la varianza, y con una significancia de $p=.000$, las cuales están relacionadas a la presencia de esta disfunción, donde observamos que los factores relacionados son: autoestima, sumisión, masculinidad y problemas conyugales. Los problemas conyugales son la variable que mayor contribución tiene, la segunda variable es la baja autoestima; en las variables contempladas dentro del papel de género, observamos que hay un decremento de las características de masculinidad, que tienen que ver con las conductas denominadas instrumentales, principalmente con autoprotección y autoafirmación.¹³ Observamos un incremento en las características de sumisión, las cuales tienen que ver con conductas de abnegación y sufrimiento.

Finalmente, encontramos que los casos fueron correctamente clasificados en 75.9%, lo que muestra que en este porcentaje las mujeres con dispareunia tienen estos indicadores relacionados con la disfunción. Los factores discriminados nos dan una aproximación explicativa (cuadros 2, 3 y 4).

Respecto al análisis de las mujeres con vaginismo, en los resultados finales se obtuvo una sola función que da un factor con cinco variables, las cuales están relacionadas con la presencia de esta disfunción. Se observa que la sumisión es la

Cuadro 2. Relaciones entre los factores de personalidad y dispareunia

	Coeficiente ETA
Maculinidad	-.217*
Feminidad	No sig.
Machismo	No sig.
Sumisión	.361**
Autoestima	-.418**

Cuadro 3. Relaciones entre los antecedentes estudiados y dispareunia

	V de Cramer
Experiencia sexual infantil traumática	No sig.
Información sexual	No sig.
Temores a la sexualidad	No sig.
Masturbación	No sig.
Problemas conyugales	.433***

Cuadro 4. Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas. Dispareunia

	Función 1
Problemas conyugales	.774
Autoestima	-.741
Sumisión	.624
Masculinidad	-.358

variable que más contribuye, los problemas conyugales fueron la segunda variable que fue discriminada, seguida de una pobre información sexual, lo mismo que la baja autoestima; y por último, la presencia de temores a la sexualidad.

Finalmente, encontramos que los casos fueron correctamente clasificados en 84.1%, lo que muestra que en este porcentaje las mujeres con vaginismo tienen estos indicadores y las variables que se discriminan nos dan una aproximación explicativa (cuadros 5, 6, y 7).

Cuadro 5. Relaciones entre los factores de personalidad y vaginismo

	Coeficiente ETA
Masculinidad	No sig.
Feminidad	No sig.
Machismo	No sig.
Sumisión	.384**
Autoestima	-.295*

Cuadro 6. Relaciones entre los antecedentes estudiados y vaginismo

	V de Cramer
Experiencia sexual infantil traumática	No sig.
Información sexual	-.316*
Temores a la sexualidad	.322**
Masturbación	No sig.
Problemas conyugales	.315*

Cuadro 7. Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas. Vaginismo

	Función 1
Sumisión	.729
Problemas conyugales	.582
Información sexual	-.549
Autoestima	-.541
Temores a la sexualidad	.456

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permitieron la construcción de los perfiles con la combinación de los factores que se relacionaron en cada disfunción sexual estudiada. Sin embargo estos factores pueden ser tanto un factor causal como un factor consecuente de la presencia de tales disfunciones, sin que se pueda determinar una direccionalidad. Estos factores son sólo indicadores que pueden permitir una mayor especificidad en cuanto a los elementos que se deben tomar en cuenta para los planes de tratamiento; sin embargo esta especificidad sólo ocurre en un número determinado de casos que presenten ambas disfunciones. No obstante, no se pretende con esto dar por terminada la búsqueda de nuevos elementos relacionados que puedan darnos una mayor claridad en un fenómeno tan complejo, o que se pretenda hacer generalizaciones.

En el caso de la dispareunia los factores interviniéntes son: disminución de la autoestima, sumisión, un decremento en masculinidad y problemas conyugales.

Aquí pueden influir las características psicológicas de la mujer que impiden el establecimiento de relaciones adecuadas, manifestadas de manera más aguda en la relación de pareja como sería la baja autoestima, que es el juicio personal de valía y que se manifiesta en actitudes hacia sí mismo, combinada con características de sumisión que es la necesidad exagerada de mostrar gran fuerza espiritual y de capacidad para soportar el sufrimiento, aunado al decremento de las características de autoafirmación y autoprotección, características denominadas de masculinidad, que en estas participantes están disminuidas. O estas características podrían incrementarse como consecuencia de los problemas de pareja, lo que de manera palpable puede derivar en la presencia de dispareunia que será el dolor genital por miedo al encuentro sexual, y en la evitación de las relaciones sexuales (figura 1).

En el caso del vaginismo los factores interviniéntes son: disminución de la autoestima, sumisión, falta de información sexual, temores a la sexualidad y problemas conyugales.

Esta disfunción consiste en el obstáculo físico debido al espasmo que impide la relación sexual, por lo que limita la actividad sexual y afecta la relación de pareja. Se reportan, asociados al problema, casos de matrimonios no con-

Factores interviniéntes

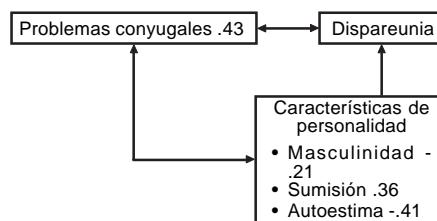


Figura 1. Perfil de dispareunia

Factores interviniéntes

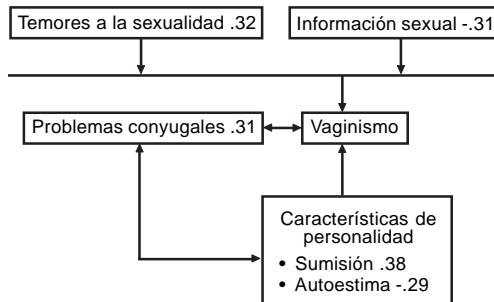


Figura 2. Perfil de vaginismo

sumados e infertilidad. Las causas de esta disfunción, tal y como lo señalan algunos autores como Basson¹⁶ y Labrador y Crespo,⁷ y que coinciden con lo encontrado en esta disfunción, como factores que pueden facilitarla son: el haber recibido una educación que genera culpa ante las relaciones sexuales y temores diversos ante su ejercicio. Agregado a lo anterior, la disminución en la autoestima y la falta de información sexual pueden favorecer su desarrollo. Esta situación es compleja por las repercusiones y las frustraciones que genera tanto en la pareja como en la mujer que la padece (figura 2).

Los factores encontrados en este trabajo presentan coincidencias y discrepancias con algunos autores. Por ejemplo, Tharinger¹⁷ refiere que el abuso sexual infantil, llamado también experiencia sexual infantil traumática, se relaciona con estas disfunciones. Sin embargo, este factor presenta varias vertientes que es necesario estudiar de manera más completa pues hay diferentes circunstancias que pueden agravar o no este tipo de experiencia, lo que ameritaría un trabajo específico con esta variable. Podemos decir que las características encontradas relacionadas con cada una de las disfunciones sexuales son indicadores de importancia, pues si bien estas características no se van a presentar en todas las personas que tengan alguna de estas disfunciones sexuales, sí es importante considerarlas para poder entender este fenómeno.

Encontramos coincidencias con otros estudios, como el de Basson,¹⁶ quien refiere que las motivaciones en la

mujer, para el ejercicio de la sexualidad, son complejas, pues son fundamentales la relación emocional con la pareja y el estado estable de la relación. Gruszecki, Forchuk y Fisher,¹⁸ refieren que las mujeres casadas pueden tener problemas sexuales por estar enfrentando mayor estrés debido a las presiones diarias del matrimonio. Algunos autores,^{19,20} observaron asociaciones entre las diferentes disfunciones sexuales y la insatisfacción tanto física, como con la pareja, lo que coincide con nuestro estudio, pues en las dos disfunciones estudiadas se encontró relación con los problemas conyugales por lo que es necesaria una evaluación integral de la relación de pareja, puesto que estos problemas pueden ser consecuencia de la vida sexual disfuncional, o bien pueden ser la causa de que ésta se deteriora, por lo que es fundamental determinar el lugar que ocupa la vida sexual en la pareja y así tener herramientas para los planes de tratamiento. Además se ha observado que la terapia sexual sin un manejo complementario está, incluso, contraindicada, cuando existe esta asociación.^{9,21}

Respecto a algunas consideraciones generales, podemos citar que en un artículo de Drex Earle²² se citan las conclusiones de la doctora Leiblum, Directora del Centro para Salud Sexual y Marital, donde indica que se deben considerar varios factores en la disfunción sexual femenina como la edad, el estado físico y la relación de pareja. La satisfacción sexual no depende tanto del orgasmo en la mujer sino del deseo de lograr mayor intimidad, por lo que el desempeño sexual femenino es más dependiente del contexto y está basado en la satisfacción con su pareja, un hecho central para la vida sexual. Esto coincide con lo encontrado en estos perfiles pues las características de sumisión y baja autoestima pueden impedir la construcción de la intimidad en la relación de pareja, y es en la combinación de factores donde se encuentra la especificidad, la que contribuirá a poder generar planes de tratamiento más integrales, sin tratar los problemas sexuales por igual y sin hacer un manejo reduccionista del problema, lo cual podría resultar contraproducente.

REFERENCIAS

1. Sánchez BC, Carreño J, Martínez S, Gómez ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2005;28:74-80.
2. Sánchez BC. Estudio comparativo e identificación de algunos factores de riesgo individuales y de pareja en mujeres con disfunción sexual. Tesis de maestría. México: Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México; 2001.
3. Sánchez BC, Carreño J, González I. Autoconcepto y satisfacción marital en mujeres con disfunción sexual. *Revista Perinatología Reproducción Humana* 1997;11:190-197.
4. Masters W, Johnson V, Kolodny R. *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo; 1995.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health. Ginebra: 28-31 enero 2002 en http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html
6. Bancroft JH. *Human sexuality and its problems*. New York: Churchill Livingstone; 1983.
7. Labrador FJ, Crespo M. Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema* 2001;13:428-441.
8. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Madrid: Masson; 2002.
9. International Society for Sexual Medicine (ISSM). *Sexual pain disorders in women*. Segunda Consulta Internacional sobre Medicina Sexual; Febrero 2009.
10. Kaplan H. *La nueva terapia sexual*. México: Alianza Editorial; 1990.
11. Sánchez BC. Perfiles y factores explicativos de las disfunciones sexuales. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.
12. Souza M, Cárdenas J, Montero MC, Mendoza L. Historia clínica de la sexualidad femenina. *Ginecología Obstetricia* 1987;55:277-287.
13. Lara A: *Inventario de masculinidad y femineidad*. México: El Manual Moderno; 1993.
14. Coopersmith S. A meted for determining types of self-steem. *J Abnormal Social Psychology* 1967;59:87-94.
15. Lara C, Verduzco M, Acevedo M, Cortés J. Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, en Población Mexicana. *Revista Latinoamericana Psicología* 1987;25(2):247-255.
16. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association* 2005;172:1327-1333.
17. Tharinger D. Impact of child sexual abuse on developing sexuality. *Professional Psychology: Research Practice* 1990;21:331-337.
18. Gruszecki L, Forchuk CH, Fisher W. Factors associated with common sexual concerns in women. New findings from the Canadian contraceptions study in women. *Canadian J Human Sexuality* 2005;14(1-2):1-11.
19. Laumann E, Paik A, Rosen, R. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281(6):537-544.
20. LoPiccolo J, Stock W. Treatment of sexual dysfunction. *J Consulting Clinical Psychology* 1986;54(2):158-167.
21. Sánchez BC, Carreño J. Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. *Revista Perinatología Reproducción Humana* 2007;21(1):33-43.
22. Drex E. Female dysfunction called complex, individual problem. *Urology Times* 2003;31:37-38.

Artículo sin conflicto de intereses