

Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad

CLAUDIA SÁNCHEZ-BRAVO,^a FRANCISCO MORALES-CARMONA,^b
JORGE CARREÑO-MELÉNDEZ,^a SUSANA MARTÍNEZ-RAMÍREZ^a

RESUMEN

Objetivo: Identificar el origen de factores de riesgo como el rol de género y la asertividad en la evaluación de las disfunciones sexuales.

Método: Se estudiaron pacientes de nuevo ingreso en el Instituto Nacional de Perinatología y se conformaron dos grupos: 100 sin disfunciones y 100 con disfunciones. Se llevó a cabo un estudio de población, descriptivo, transversal, en el que la muestra se seleccionó mediante un procedimiento de selección por cuota y de observaciones independientes. Se utilizó la Historia Clínica Codificada de Sexualidad Femenina,¹⁹ y para la clasificación de los grupos: el Inventory de Masculinidad-Feminidad¹⁵ y la Escala Multidimensional de Asertividad.¹⁶

Resultados: Se encontraron diferencias significativas en la dimensión masculinidad y asertividad en situaciones cotidianas con puntaje mayor en el grupo sin disfunciones sexuales; en las dimensiones de sumisión, asertividad indirecta y no asertividad en puntaje fue mayor en el grupo con disfunciones sexuales.

Conclusiones: El rol de género de sumisión, la asertividad indirecta y la no asertividad están asociadas a la presencia de disfunciones sexuales femeninas, o sea, con un funcionamiento sexual insatisfactorio.

PALABRAS GUÍA: *Disfunción sexual femenina, rol de género, asertividad.*

INTRODUCCIÓN

El estudio de las disfunciones sexuales requiere de una delimitación clara del problema y de los objetivos a alcanzar. Rubio y Diaz¹ refieren que uno de los

obstáculos que enfrenta el estudio de la sexualidad es que ésta se manifiesta en todos los ámbitos de la existencia humana. Dos de ellos son particularmente importantes: el primero es la naturaleza de la sexualidad, pues este concepto es una abstracción de ciertas realidades percibidas, que se han ido conformando a lo largo de la historia, por lo que las formulaciones científicas han sido diversas y con múltiples definiciones; y el segundo es por la naturaleza de la ciencia, pues el estudio científico de la sexualidad requiere de la elección, por parte del investigador, de una etapa determinada de medición.

En el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) se abrió una línea de investigación por la frecuencia con la que se presentan estos problemas. En la primera

^a Investigador adscrito al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer)

^b Jefe del Departamento de Psicología del INPer.

Correspondencia:

Mtra. Psic. Claudia Sánchez Bravo, Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Perinatología, 1er piso Torre de Investigación. Montes Urales 800, Lomas Virreyes, México, D.F., C.P. 11000. Tel.: 5520-9000, Ext. 147.

Correo electrónico: clausanbra@yahoo.com.

Recibido: 10 de mayo de 2005.

Aceptado: 16 de noviembre de 2005.

etapa se estableció la prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas en nuestra población. Los resultados mostraron que 52% de la población que acude al INPer padece una o más disfunciones sexuales, con un promedio de 2.25 disfunciones por mujer.² Una vez establecida la prevalencia, se procedió a evaluar los diversos factores de riesgo que por su importancia en la conducta, pudieran estar asociados con las disfunciones sexuales, con la finalidad de contar con elementos que nos permitan generar líneas de abordaje terapéutico más eficaces y con mayor especificidad.

Este trabajo tiene como objetivo estudiar y evaluar dos factores de riesgo para ver su asociación con la presencia de disfunciones sexuales. Estos dos factores son:

1. Rol de género, en sus cuatro orientaciones (masculinidad, feminidad, machismo y sumisión).
2. Assertividad, en sus tres dimensiones (assertividad en situaciones cotidianas, assertividad indirecta y no assertividad).

La elección de los factores se hizo a partir de la observación clínica diaria y por los antecedentes encontrados en los resultados de investigaciones previas.

En un estudio se analizó la influencia del rol de género en la activación sexual de los grupos de hombres y mujeres que presentaban diferentes características en el papel de género: uno con características masculinas, otro femeninas, otro andróginas y los últimos, indiferenciados. Los investigadores concluyeron que las diferencias entre los diversos papeles de género introyectados por los sujetos explicaban las diferentes formas de enfrentar la activación sexual.³

En otros estudios se ha investigado el efecto que tiene la polarización del rol de género en la pareja y se ha encontrado que hay mayor insatisfacción marital por la distancia, entre lo que se espera y lo que realmente se tiene del otro.⁴ En otra investigación se revisaron las conductas consideradas dentro del papel de género, así, el machismo se percibió más como una característica de los varones, ligada a la intolerancia, violencia, egoísmo e individualismo, lo cual afecta negativamente la vida afectiva de la pareja.⁵

Los pioneros en el estudio y estructuración de la respuesta sexual humana fueron Masters, Johnson y Kolodny⁶ quienes definieron las fases de la respuesta: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Este avance llevó a describir y delimitar las disfunciones sexuales inherentes (aunque no siempre presentes) de la sexualidad humana. La descripción de las disfunciones sexuales permitió su clasificación y definición, lo cual es un factor básico para el plan de tratamiento. Las disfunciones sexuales fueron definidas como: "una serie de síndromes en las que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente o recurrente."¹ Éstas se clasifican, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR),⁷ como:

- a) Deseo sexual hipoactivo:** Ausencia o reducción de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente.
- b) Trastorno por aversión al sexo:** Aversión extrema y recurrente hacia, y con evitación de todos o casi todos, los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.
- c) Trastorno de la excitación sexual en la mujer:** Incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.
- d) Trastorno orgásmico femenino:** Ausencia persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal.
- e) Dispareunia:** Dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante y posterior a la relación sexual.
- f) Vaginismo:** Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfieren con el coito.
- g) Disritmia:** Incremento de la actividad sexual normal en uno de los miembros de la pareja, manifestada por la insatisfacción que provoca en el otro miembro de la pareja, que el otro desee, o no, demasiado las relaciones sexuales. Este último término, definido por Álvarez-Gayou.⁸

Con estos conceptos se abrió la posibilidad de ofrecer tratamientos específicos, a partir de considerar que cuando la función sexual es normal, ésta se acepta tal cual, sin que cause preocupación alguna en el individuo, pues éste ni siquiera piensa en ello; pero cuando la función sexual se convierte en un problema de cualquier tipo, es fuente de angustia y frustración que genera una sensación de malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales.

Otras aportaciones fueron las de la psiquiatra Helen S. Kaplan,⁹ quien se ha ocupado extensamente de los trastornos sexuales a través de terapias especializadas con una combinación integrada de interacciones sexuales estructuradas sistemáticamente, para resolver problemas sexuales específicos y proporcionar sesiones psicoterapéuticas que intentan modificar los impedimentos intrapsíquicos que se oponen al funcionamiento sexual.

Sin embargo, los éxitos terapéuticos son parciales, como lo refieren O'Donohue y cols.,¹⁰⁻¹¹ quienes realizaron una revisión importante de los tratamientos de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas. Este análisis dio conclusiones no muy positivas, pues reveló que no existe tratamiento alguno para las disfunciones sexuales, que haya demostrado ser lo suficientemente eficaz. Esto coincide con la experiencia institucional, en la cual se han observado que existen factores psicológicos que deben ser tratados de manera paralela a la terapia sexual. Así, las inquietudes están encaminadas a responder, el porqué algunas personas presentan este tipo de dificultades sexuales, mientras que otras no y cuáles son los factores que se asocian con la presencia de las disfunciones sexuales, esto con el propósito de alcanzar mejores estrategias de intervención. El poder ofrecer un manejo adecuado integral para solucionar los problemas de la sexualidad, en particular las disfunciones sexuales, es necesario por la alta prevalencia de disfunciones, encontrada en esta población.

En el presente trabajo entendemos el rol de género, como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a los hombres de las mujeres, como producto de un proceso histórico de construcción social.¹² También se define como las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para hombres y mujeres.¹³

Distintos estudios han demostrado que el rol de género es establecido por las distintas culturas, como lo describen Lara y Medina-Mora¹⁴, quienes analizaron si las características masculinas y femeninas son heredadas o producto de la cultura, la educación y la política. Estos autores concluyen que estos últimos factores son los que determinan dichas características y que, los aspectos considerados tradicionalmente como masculinos y femeninos, no son privativos de uno u otro sexo.

Hoy en día existen diferentes descripciones sobre los distintos roles: por un lado, las características masculinas son también denominadas como instrumentales, o sea, dirigidas a una acción u oficio, de autoprotección, básicamente orientadas a la obtención de metas, con agresividad, búsqueda de dominio, autoafirmación, reflexión, razón, respeto por el orden, abstracción y objetividad. La adopción rígida del rol masculino lleva a los varones a restringir sus expresiones emocionales, con dificultades en el manejo de sus sentimientos, llegando incluso a no permitir que los demás los expresen; además, basan sus relaciones principalmente en el control, el poder y la competencia, manteniendo su autoridad a toda costa, los cuales varían los rasgos característicos del machismo.

Los rasgos femeninos están descritos como las características denominadas de relación: en donde predomina la necesidad de involucrarse con los demás, más que con las ideas; además de estar enfocadas hacia los sentimientos y la abstracción; pasivas, dóciles, expresivas, protectoras, orientadas a la crianza. Cuando hay un apego excesivo a su rol, las mujeres pueden contar con poca conciencia respecto de ellas mismas, con poca capacidad de expresar lo que quieren para que las entiendan; teniendo generalmente como únicas metas el matrimonio y la maternidad, pues lo consideran su destino, sin posibilidades de elegir, pues están limitadas en su independencia, su poder de decisión y su autosuficiencia, siendo estos rasgos los característicos de la sumisión.

En cuanto a los rasgos de personalidad de las mujeres asociados al género, se concluyó que los aspectos negativos (como son el comportamiento pasivo, sumiso y dependiente) están asociados con una mayor frecuencia a síntomas depresivos.¹⁵

Por otro lado, la asertividad se define como la habilidad verbal de expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones, tanto positivas como

negativas, así como también, incluye la capacidad de establecer límites de manera honesta y oportuna, respetándose a sí mismo como individuo y a los demás durante la interacción social.¹⁶

Las conclusiones de estos estudios (realizados en población mexicana) muestran tres dimensiones principales en las que se puede dividir este constructo y que nos proporcionan información sobre comportamientos ligados a la presencia o ausencia de la asertividad.

- La primera dimensión es la asertividad indirecta, la cual se refiere a la inhabilidad del individuo para poder tener enfrentamientos directos, cara a cara, con otras personas.
- La segunda dimensión es la asertividad en situaciones cotidianas y da cuenta de la habilidad del individuo para poder hacer valer sus derechos en diferentes situaciones de la vida cotidiana.
- La tercera dimensión es la no asertividad, la cual manifiesta la falta de capacidad del individuo para expresar sus opiniones, necesidades y sentimientos, es decir, de hacer valer sus derechos, para decir “no”, o bien, de negarse a realizar alguna actividad.

El manejo de la asertividad es necesario para el establecimiento adecuado de las relaciones humanas en sus diversas modalidades, por lo que es importante ver cómo todo esto repercute o favorece la relación de pareja y con ella la vida sexual. Granero¹⁷⁻¹⁸ realizó dos investigaciones: una con mujeres orgásmicas y anorgásmicas, donde los resultados obtenidos en esta área fueron que las mujeres orgásmicas fueron significativamente más asertivas que las anorgásmicas. En la segunda investigación, los resultados obtenidos corroboraron las hipótesis planteadas con un alto nivel de significancia: los hombres con trastorno de la erección y las mujeres con trastorno del orgasmo, tuvieron puntuaciones por debajo de lo normal en asertividad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio en la población que asiste al INPer, confirmatorio, comparativo, con un diseño no experimental, transversal y de una sola muestra no probabilística. El estudio se realizó en el Departamento de Psicología del INPer en la población

que ingresa al hospital para su atención médica, y donde la atención psicológica se da como un servicio especial a las pacientes, las cuales se integraron a la muestra, luego de haber sido aceptadas en la institución y antes de iniciar tratamiento médico alguno. La investigación contó con la aceptación de las pacientes, la cual se obtuvo luego de haber firmado la carta de consentimiento informado requerida por el Comité de Ética de la institución.

La muestra estuvo constituida por 200 pacientes, dividida en dos grupos: 100 pacientes mujeres que no presentaron disfunción sexual (grupo control o grupo 1) y 100 pacientes mujeres que presentaron disfunción sexual (grupo de casos o grupo 2). La muestra fue capturada durante ocho meses, por psicólogos capacitados previamente para la aplicación de los instrumentos, con un procedimiento de selección por cuota y de observaciones independientes.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes entre los 25 y 45 años, que no tuvieran un diagnóstico de retardo mental o trastorno psicótico ni que tuvieran un diagnóstico de enfermedad orgánica que pudiera condicionar la presencia de disfunción sexual. La inclusión, a uno u otro grupo, fue determinada por la presencia o ausencia de disfunción sexual, medida por las respuestas afirmativas consignadas en la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF),¹⁹ la cual es una historia clínica diseñada con la finalidad de explorar la psicosexualidad femenina, convenciones técnicas prácticas que reducen la posibilidad de emitir juicios de valor. Su estructura permitió obtener información clara y precisa, empezando por los datos sociodemográficos en un orden sistemático, hasta llegar a la exploración de la sexualidad. La validez fue realizada en la clínica Marina Nacional del ISSSTE, su objetivo principal fue detectar la presencia de disfunciones sexuales definidas según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR,⁷ como: deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno orgásmico femenino, dispareunia, vaginismo y disritmia (este último definido por Álvarez-Gayou)⁸ y que se refieren al desarrollo psicosexual.

El rol de género se midió mediante el Inventory de Masculinidad y Feminidad (IMAFE), cuyo objetivo principal es medir las características femeninas y masculinas de la personalidad basado en los aspectos más representativos de los papeles y estereotipos de la cultura mexicana, incluidos aspectos de machismo

y sumisión. El cuestionario midió cuatro orientaciones de género, divididas en cuatro escalas, Masculino (Masc), Femenino (Fem), Machismo (Mach) y Sumisión (Sum), el cual fue validado en población mexicana.¹⁵ Se trata de un cuestionario de tipo Likert de 60 preguntas, 15 reactivos para cada escala, las cuales se califican de manera independiente: el valor más alto que el sujeto obtenga en las cuatro escalas, da como resultado la orientación de género del sujeto.

La asertividad se midió mediante la Escala Multidimensional de Asertividad, que mide la asertividad en la cultura mexicana en tres dimensiones: no asertividad, asertividad indirecta y asertividad en situaciones cotidianas; esta escala fue validada en población mexicana.¹⁶ El cuestionario es de tipo Likert con 92 reactivos, la calificación da un puntaje a cada dimensión, la cual es independiente para cada escala: la dimensión donde se encuentre el puntaje más alto es la que se considera como el tipo de asertividad del sujeto.

Tanto la aplicación de la historia clínica, como la de los instrumentos, se realizaron en una sola sesión. La historia clínica fue aplicada por un psicólogo

previamente capacitado para ello, las escalas fueron autoaplicables, sin límite de tiempo. En promedio la aplicación completa duró alrededor de una hora. En cuanto al análisis estadístico, se utilizaron análisis de frecuencia y medidas de tendencia central para la descripción de la muestra y de las variables sociodemográficas, así como una prueba no paramétrica para detectar diferencias en estas variables. En cuanto al rol de género y la asertividad, se aplicó la prueba *t de Student* para ver si existían diferencias entre los grupos. Las diferencias en las variables sociodemográficas se exploraron con la U de Mann-Whitney. El trabajo se procesó en el programa estadístico SPSS para Windows, versión 10.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de la población

En primer lugar se describen y analizan las diferencias encontradas en las variables sociodemográficas de la muestra, y después la frecuencia encontrada en cada una de las disfunciones sexuales (Tabla 1).

La única variable en donde se encontraron diferencias significativas fue en los años de escolaridad, en las demás variables sociodemográficas no se encontraron diferencias.

En relación con la frecuencia y porcentaje de las disfunciones sexuales y la distribución de cada una de ellas, éstas se presentan en la tabla 2.

En las mujeres con disfunciones, se registraron un total 254 eventos. Es decir, un promedio de 2.54 disfunciones por mujer, siendo las más frecuentes el deseo sexual hipoactivo, el trastorno orgásmico y la disritmia.

Tabla 1
Distribución por grupo de las variables sociodemográficas

Variable	Grupo	
	Control N = 100	Casos N = 100
Edad promedio (años)	28.6 ± 4.45	27.8 ± 4.53
Casadas (%)	77	67
Unión libre (%)	23	33
Nivel de escolaridad (años)	12.3 ± 3.27	9.6 ± 3.11*

U de Mann-Whitney 3203; p<0.001

Tabla 2
Distribución y frecuencia de disfunciones sexuales Grupo casos n = 100

Disfunciones sexuales más frecuentes	Núm. de casos	% en la población estudiada	Disfunciones sexuales menos frecuentes	Núm. de casos	% en la población estudiada
Deseo sexual hipoactivo	57	57	Dispareunia	36	36
Trastorno orgásmico	55	55	Aversión al sexo	29	29
Disritmia	49	49	Trastorno excitación	22	22
			Vaginismo	6	6

Tabla 3
Descripción de la Escala de Masculinidad y Feminidad Inventory IMAFE (Rol de Género)

Variables	Valores de referencia	Grupo control	Grupo casos	Valor t	p
		sin disfunciones sexuales	con disfunciones sexuales		
		Media ± D.E.	Media ± D.E.		
Masculinidad	4.69 ± 0.97	3.974 ± 1.12	3.556 ± 1.07	2.687	0.008*
Feminidad	5.23 ± 1.02	5.013 ± 1.06	4.807 ± 1.04	1.382	0.168
Machismo	3.05 ± 0.86	2.661 ± .840	2.649 ± 0.902	0.097	0.923
Sumisión	2.96 ± 0.73	2.409 ± 0.644	2.871 ± 0.726	-4.759	0.000*

* Nivel de significancia: ≤ 0.05

Tabla 4
Descripción de Escala Multidimensional de Asertividad y sus tres dimensiones

Variables	Valor de Referencia	Grupo control	Grupo casos	Valor t	p
		sin disfunciones sexuales	con disfunciones sexuales		
		Media ± D.E.	Media ± D.E.		
Asertividad indirecta	2.44	2.530 ± 0.415	2.776 ± 0.519	-3.537	0.000*
Asertividad en situaciones cotidianas	3.92	3.831 ± 0.488	3.533 ± 0.703	3.474	0.001*
No asertividad	2.50	2.543 ± 0.585	2.813 ± 0.563	-3.545	0.000*

* Nivel de significancia: ≤ 0.05

Análisis de los resultados de los instrumentos de medición

Los resultados de la Escala de Masculinidad y Feminidad, el análisis estadístico de la comparación de grupos y las diferencias en relación con las cuatro orientaciones de género que mide la escala (masculinidad, feminidad, machismo y sumisión) se presentan a continuación (Tabla 3):

Tanto en masculinidad como en sumisión, se encontraron diferencias significativas entre un grupo y otro. Sin embargo, en la escala de masculinidad se observó un valor promedio mayor en el grupo sin disfunciones sexuales, aunque en los dos grupos se encontraron valores menores en relación con el valor de referencia. El grupo de casos presenta una reducción mayor, lo que sí marca diferencias significativas en cuanto a contar con las características de masculinidad que mide la escala. En cuanto a sumisión encontramos que el grupo

control está por debajo del valor de referencia y también del grupo de casos, lo que dio diferencias significativas entre un grupo y otro. Se encontró que este grupo presenta más características de este rol de género que el grupo control. En las otras dos escalas (feminidad y machismo) los resultados indicaron que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro.

Al analizar los resultados obtenidos en la Escala Multidimensional de Asertividad, los resultados se presentan en las tres dimensiones que mide la escala (Tabla 4).

Al analizar los resultados obtenidos en esta escala se encontró que existían diferencias significativas, entre un grupo y otro, en las tres dimensiones de la escala. Se observó que tanto en asertividad indirecta, como en no asertividad, hubo un mayor nivel en el grupo con disfunciones sexuales, las dos por arriba del valor de referencia. En relación con la asertividad

en situaciones cotidianas, el mayor nivel se encontró en el grupo sin disfunciones sexuales, muy cerca del valor de referencia.

DISCUSIÓN

La muestra total de este estudio fue de 200 sujetos femeninos, del grupo con disfunciones sexuales, o sea, el grupo de casos (100 pacientes), se encontraron 254 disfunciones, es decir, hubo un promedio de 2.54 disfunciones por mujer. Las más frecuentes fueron deseo sexual hipoactivo, trastorno orgásmico y disritmia.

El análisis de las variables sociodemográficas permitió observar que el promedio de edad del grupo control fue de 28.6 y en el grupo casos de 27.8 años. En ambos grupos, sólo la tercera parte vivía en unión libre, el resto de la población eran casadas. Con respecto a los años de escolaridad, se encontró una asociación con el desarrollo de una vida sexual satisfactoria, pues el grupo que no presentó disfunciones sexuales tuvo un nivel mayor de escolaridad (nivel medio superior), a diferencia del encontrado en las pacientes del grupo con disfunciones sexuales, donde el nivel fue sólo de educación media. Por lo que respecta al grupo sin disfunciones sexuales o grupo control, éste presentó más años de estudio, lo cual indica que a mayor escolaridad las alternativas del sujeto se incrementan, por lo que puede contar con acceso a mayor información, lo que puede constituirse en un factor protector que favorece el desarrollo de la sexualidad. Esto coincide con lo informado en investigaciones anteriores, en donde se midió la variable información sobre sexualidad, que proporciona datos si el sujeto tuvo acceso a la información sexual, y el resultado muestra la asociación entre esta variable y el grupo de mujeres que no presentó disfunciones sexuales.²

En cuanto al análisis del rol de género, la asertividad y su relación con la presencia de disfunciones sexuales, los resultados muestran que en masculinidad y sumisión se encontraron diferencias significativas entre los grupos; aunque en masculinidad se encontró un mayor nivel en el grupo sin disfunciones sexuales. Las características de este rol son las denominadas instrumentales, o sea, están dirigidas a una acción u oficio de autoprotección, básicamente orientados a metas, con agresividad, búsqueda de dominio, autoafirmación, reflexión, razón, respeto por el orden, abstracción y objetividad, aunque la dimensión

de masculinidad no está en el extremo rígido de la orientación. En cambio, la característica sumisión (el extremo rígido de la orientación femenina), fue el mayor nivel en donde se encontraba el grupo con disfunciones sexuales, cuyas características son los rasgos negativos de la feminidad: apego excesivo al rol, poca conciencia de las mujeres respecto a ellas mismas; poca capacidad de expresar lo que quieren para ser entendidas; tener como únicas metas el matrimonio y la maternidad, (pues lo consideran su destino); y, escasas posibilidades de elección, ya que están limitadas en su independencia, su poder de decisión y su autosuficiencia.¹⁰ En las otras dos dimensiones, feminidad y machismo, no se encontraron diferencias significativas.

En cuanto a asertividad, la cual fue evaluada en sus tres dimensiones, los resultados indican que en éstas hubo diferencias significativas entre los grupos. La dirección de estas diferencias no mostró en qué medida ser no asertivo o contar con asertividad indirecta, se encuentra asociado con la presencia de tener disfunción sexual. Lo anterior puede relacionarse con lo mencionado por Fahmer,²⁰ quien encontró en un estudio sobre disfunciones sexuales que la no asertividad puede ser sintomática de un patrón conductual específico de algunos trastornos sexuales. Bourne²¹ señala la presencia de estilos de comportamiento, donde plantea que la no asertividad es similar a la sumisión, pues refiere que este comportamiento significa ceder a las preferencias de alguien más, devaluando los propios derechos y necesidades. La conducta sumisa también incluye la existencia de sentimientos de culpa cuando no se intenta pedir lo que se quiere. El sujeto sumiso no se siente satisfecho, se muestra inseguro y poco aceptado por los otros. Su objetivo es evitar conflictos a toda costa, aunque es común que el sujeto no asertivo o sumiso, termine por presentar conductas explosivas.

En la otra dirección encontramos diferencias en asertividad en situaciones cotidianas, donde el grupo sin disfunción sexual es el que tuvo los puntajes más elevados, refiriéndose esta característica como la capacidad de poder expresar deseos, creencias, necesidades y opiniones; también como la habilidad del individuo para poder hacer valer sus derechos en diferentes situaciones de la vida cotidiana,¹⁶ por lo que estas características están asociadas a una vida sexual satisfactoria.

Uno de los propósitos de la investigación en psicología es aislar variables que permitan generar estrategias de intervención más focalizadas y dirigidas hacia una atención de mayor calidad en un menor tiempo. De ahí que podamos concluir que mediante la detección de algún tipo de disfunción sexual en la mujer, podamos inferir la necesidad de realizar una evaluación en psicología, para detectar si cuenta con una orientación de género del tipo de la sumisión, no ser assertiva o contar con una assertividad indirecta, sea un indicador de riesgo para presentar problemas en el funcionamiento sexual. Pero también la

presencia de disfunciones sexuales es un indicador de la manera en cómo enfrentar las diferentes áreas de la vida, tanto en la sexual, como los problemas que se generan a partir de la presencia de estos factores.

Lo importante de estos estudios es poder establecer modelos de detección de disfuncionalidad para generar estrategias de intervención con una mayor especificidad como producto de la investigación. Esto permitirá trabajar las distintas áreas de conflicto detectadas para posteriormente o de manera complementaria, proporcionar terapia sexual.

ABSTRACT

Objective: To appraise risk factors, gender role and assertivity, in order to evaluate sexual dysfunctions.

Methods: From the first ingress patients, there were taken two groups: 100 patients without sexual dysfunction and 100 with sexual dysfunction. The study was retrospective, transversal descriptive study, not experimental comparative design. It was used the Codified Female Sexual Clinical History, for classifying the groups, The Masculinity-Femininity Inventory and the Multidimensional Assertivity Scale.

Results: There were found differences in masculinity dimension and assertivity in daily situations with greater score in group without sexual dysfunction; in submission, indirect assertivity and non-assertivity dimensions, the score was great in the group with sexual dysfunctions.

Conclusions: Submission, indirect assertivity and not assertivity is associated to the presence of female sexual dysfunctions.

KEY WORDS: Female sexual dysfunction, gender role, assertivity.

REFERENCIAS

1. Rubio E, Díaz J. Las disfunciones sexuales. En: CONAPO (Ed.) Antología de la sexualidad humana. Tomo 3. México: Miguel Ángel Porrúa; 1994: p. 203-46.
2. Sánchez C, Carreño J, Martínez S, Gómez ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. Rev Sal Ment 2005; 28: 74-80.
3. Carvajal F, Sebastián J, Cornide E, Delgando A, Castellote I, Blanco C. Implicaciones del modelo de la androginia en el comportamiento sexual: arousal subjetivo y fantasías sexuales. Rev Psicol Soc 1990; 5: 23-42.
4. Díaz R, Rivera S, Sánchez R. Género y pareja. Psicología Contemporánea 1994; 1: 4-15.
5. Díaz-Loving R, Rivera S, Sánchez R. Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos), normativos (típicos e ideales) en México. Rev Latin Psicol 2001; 33: 131-9.
6. Masters W, Johnson V, Kolondy R. La sexualidad humana. 13a. ed. Vols. 1-3. Barcelona: Grijalbo; 1995.
7. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Madrid: Masson; 2000.



8. Álvarez-Gayou J. Sexoterapia integral. México: Interamericana; 1986.
9. Kaplan H. La nueva terapia sexual. México: Alianza Editorial; 1990.
10. O'Donohue W, Dopke C, Swingen D. Psychotherapy for female sexual dysfunction. A review. *Clin Psychol Rev* 1997; 17: 537-66.
11. O'Donohue W, Swingen D, Dopke C, Regev L. Psychotherapy for male sexual dysfunction. A review. *Clin Psychol Rev* 1999; 19: 591-630.
12. Benería L. Reproducción, producción y división sexual del trabajo. Santo Domingo: Ed. CIPAF; 1984.
13. Lara A. Masculinidad, feminidad y salud mental. Aspectos no deseables de los roles de género y vulnerabilidad. 1er. Congreso Internacional de Psicología y Salud. Memorias. México; 1993.
14. Lara A, Medina-Mora E. Estudio sobre características de personalidad: masculinas y femeninas. Idea. Investigación y desarrollo aplicados 1988; 2: 9-17.
15. Lara A. Masculinidad, feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental* 1991; 14: 12-8.
16. Flores M. Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables. Tesis doctoral, UNAM Facultad de Psicología. México; 1994.
17. Granero M. Diferencias entre mujeres orgásmicas y anorgásmicas. *Rev Latin Psicol* 1987; 19: 71-81.
18. Granero M. La investigación sexológica: Asertividad y disfunciones sexuales. *Rev Psicol Contempo* 1994; 1: 74-9.
19. Souza M, Cárdenas J, Montero MC, Mendoza L. Historia clínica de la sexualidad femenina. *Ginecol Obstet Mex* 1987; 55: 277-87.
20. Fahmer EM. Assertiveness: A general symptom of sexual disorders. *Zeitschrift Fuer Klinische Psychologie. Forschung und Praxis*. 1983; 12: 1-11.
21. Bourne J. The anxiety and phobia workbook. 2th ed. USA: New Harbinger Publications, Inc; 1995.