

Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino

Claudia Sánchez Bravo,¹ Norma Patricia Corres Ayala,² Bertha Blum Grynberg,² Jorge Carreño Meléndez¹

Artículo original

SUMMARY

At the Department of Psychology of the Instituto Nacional de Perinatología 'Isidro Espinosa de los Reyes' (INPERIER), a hospital specialized in reproductive problems, we have detected a high proportion of couples with sexual problems. Therefore we decided to develop a line of research on human sexuality. Ever since, several exploratory studies have taken place with the aim of assessing the prevalence and the frequency of sexual dysfunction in both women and men attending the INPERIER. Our studies showed that 52% of women had one or more sexual dysfunctions and 38.8% of men had one or more sexual dysfunctions.

Objective

The main purpose of the study was to identify (in women and men) the relationship and the combination between hypoactive sexual desire disorder and some intervening variables catalogued as personality factors: gender role, self-esteem and *locus of control*. We also analysed sexual backgrounds by identifying: child sexual traumatic experience, sexual information available, sex fears, masturbation and couple problems; in order to propose a profile of the relationship between psychological factors and hypoactive sexual desire in women and men.

Material and methods

A non-experimental, retrospective, transversal, field study with a correlation-multivariate design was used, which consisted of two independent samples divided into four groups selected through intentional sampling by quotas.

This study is part of a larger research study aimed to assess risk factors for feminine and masculine sexual dysfunctions, whose original sample size was 400 participants. Out of this sample only participants with hypoactive sexual desire were selected, so in the end the groups included 58 women and 55 men. However, they were compared with the same number of participants with no sexual dysfunction. The groups were organized as follows: Group 1, women or men with no sexual dysfunction; Group 2, women or men who presented hypoactive sexual desire disorder.

The participants included in the study were INPERIER regular patients. Samples were handled individually. In order to have an accurate sample all participants had to cover the selection criteria. Additionally, in order to place participants in the right group we used the Codified Clinical History Form on Female Sexuality (CCHFFS) for

women—which also was used to examine their sexual background information—and in the case of men, we used the Male Sexuality Questionnaire. Furthermore the measurement of personality items was done by using the Inventory of Masculinity and Femininity IMAFE, the Coppersmith Self-Esteem Inventory and the Internal-External Locus of Control Scales. Sexuality questionnaires as well as other measurement instruments were applied at the External Clinic area during a single session followed by the transcription of data.

In order to analyse the results we applied measures of central tendency to describe the socio-demographic factors (such as: age, civil status and education); for the analysis of personality factors (role of gender, self-esteem and locus of control) and its relationship with hypoactive sexual desire disorder we used the Student's T-test and estimated the Eta coefficient. The analysis of sexual background (child sexual traumatic experience, sexual information, sex fears, masturbation and couple problems) and its relationship with hypoactive sexual desire disorder was calculated by χ^2 and Cramer's V. Data analysis was performed with the statistical and data management package SPSS version 11.

Results

The thrown results showed that the descriptive analysis of data from women and men had a normal distribution. Also, results indicate that women with a hypoactive sexual desire disorder present a decrease in masculinity features and in their self-esteem level, and an increase in the submissive features when compared to women with no sexual dysfunction. When we analyzed the results of the sexual background in this group, we found a relationship between hypoactive sexual desire and child sexual traumatic experience, and between sex fears and couple problems, suggesting that these variables significantly intervene in the presence of hypoactive sexual desire disorder during women's adult life. In the discriminant analysis we obtained just one factor out of the six previously isolated variables with 75% of the cases correctly classified, indicating that this proportion of women with hypoactive sexual desire disorder are related to such indicators, the variables discriminated were an approximate explanation for the disorder.

The results in the other group showed that in men with hypoactive sexual desire disorder there is a decrease in masculinity and femininity features and in the levels of self-esteem, plus an increase in the submissive features when compared to men with no sexual dysfunction. When we analyzed sexual background information, we found in the group with hypoactive sexual desire disorder that sex

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, Instituto Nacional de Perinatología, Torre de Investigación, 1er piso. Montes Urales 800, colonia Lomas de Virreyes, 11000, México, D.F. Tel. 5520 9900 ext. 147. Correo electrónico: clausanbra@yahoo.com

Recibido primera versión: 10 de mayo de 2007. Segunda versión: 24 de enero de 2008. Aceptado: 11 de agosto de 2008.

fears and couple problems significantly intervene in men's adult life. The discriminant analysis revealed a single factor with the six variables previously isolated, with 68.6% of cases correctly classified, which shows that men with hypoactive sexual desire disorder also have a relationship with the indicators, being the discriminated variables an approximate explanation.

Conclusions

When we discussed the results, we observed differences in two ways. First, for both women and men there was a decrease in masculinity features, defined as conducts directed to action, with well-defined, self-affirmed and self-reflective targets. Also there was a decrease in self-esteem, defined as the personal value judgment expressed as the individual's attitudes towards himself and the subjective experience transmitted to others; when masculinity features and self-esteem are diminished they may have an impact on sexuality, becoming a risk factor. In the group of men we also observed a decrease in the femininity features, defined as the traits aimed at feelings and abstraction, the expression of affection, the desire to provide protection as well as to experience nature feelings. When these three factors predominate they turn out to be a protective factor for an adequate practice of sexuality; both masculinity and femininity features could appear together or independently.

In a second way, both in women and men we observed an increase in the submissive behavior, a risk indicator for the development of sexuality, because of the presence of self-denial, dependency, conformism, shyness and the capacity to endure suffering, features all shown as particular conducts.

When it comes to sexual background in women, we found a close relationship with child sexual traumatic experience, sex fears and couple problems. In the case of men, the hypoactive sexual desire disorder was related to sex fears and couple problems.

In this respect, in the review made by Basson, she mentions a new body of evidence that confirms what we have found in this study. She indicates that there are psychological factors that inhibit sexuality in women, for example, a history of child sexual traumatic experience may have a major impact in their sexual development, particularly in desire.

As to sex fears, the same author indicates that fears to sexual response are due to fears of getting pregnant, fear of not reaching orgasm, a lack of response to the couple's expectations reinforced with a lack of experience. Thence, fear is the limit to attain an adequate sexual response. Reissing reports he found a relation between low sexual desire in women, fear of sexuality and low self-esteem, due to a negative perception of sexual self-efficacy. This could be researched in depth by exploring types of fears and the degrees of low self-esteem.

Conjugal problems were detected both in women and men. Some studies indicate that hypoactive sexual desire is conjugal dysfunction-related and that the presence of sexual desire is closely related to intimacy and is dependent upon the context and couple's satisfaction; therefore, conjugal problems turn out to be a determinant factor when treating hypoactive sexual desire. Hogan and Friedman indicate that masculine low sexual desire is usually couple problem related, because it is a way to maintain the equilibrium in a relationship with unbalanced power, and also it is a way to keep an emotional distance through a passive-aggressive behavior. These indicators are coincident with what came upon in the study: a tendency to present submissive characteristics and conjugal problems.

In conclusion, we can say that when variables are isolated for the sake of detecting factors related with hypoactive sexual desire disorder, the aim is to provide indicators both protective or risky, so as to avoid generalizations.

Investigative studies should be addressed to create profiles for every sexual dysfunction, always considering coincidences and differences of the related indicators. Such profiles should facilitate a psychological intervention when proposing more specific treatments for each of the sexual dysfunctions known.

Key words: Hypoactive sexual desire disorder, self-esteem, gender, sexual background

RESUMEN

En el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología «Isidro Espinosa de los Reyes» (INPERIER), se detectó un alto porcentaje de parejas con problemas en su vida sexual. Por ello se abrió una línea de investigación en sexualidad humana, mediante la cual se han realizado estudios exploratorios para determinar la prevalencia y frecuencia de las disfunciones sexuales de la población atendida. Los resultados muestran que 52% de las mujeres estudiadas y 38.8% de los hombres estudiados presentaron una o más disfunciones sexuales.

Objetivo

El objetivo de este estudio es identificar la relación y la combinación, entre el deseo sexual hipoactivo y algunas variables catalogadas como factores de personalidad —el papel del género, la autoestima y el locus de control— y como antecedentes sexuales —experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas de pareja— con el fin de proponer un perfil de factores relacionados con el deseo sexual hipoactivo, tanto femenino como masculino.

Material y método

Se realizó un estudio no experimental de campo, retrospectivo y transversal, con un diseño correlacional-multivariado de dos muestras independientes divididas en cuatro 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 los participantes con deseo sexual hipoactivo que fueron 58 mujeres y 55 hombres. Este grupo se comparó con el mismo número de participantes que no tuvieron ninguna disfunción sexual. Las muestras se clasificaron en dos grupos: como grupo 1 sin disfunciones sexuales y como grupo 2 con deseo sexual hipoactivo.

Tanto el grupo de mujeres como el de hombres debieron cubrir todos los criterios de inclusión. Para la clasificación de los grupos y la captura de los antecedentes sexuales se utilizaron la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF) y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres. La medición de los factores de personalidad estudiados se realizó con el Inventario de Masculinidad y Feminidad IMAFE, el Inventario de Autoestima de Coopersmith, y la Escala de locus de control interno-externo. Primero se capturó la muestra de hombres y posteriormente la de mujeres.

Resultados

Los resultados obtenidos indican que las mujeres con deseo sexual hipoactivo presentan un decremento en las características de masculinidad y en los niveles de autoestima, y un incremento en las características de sumisión. Los resultados acerca de los antecedentes sexuales, en este grupo, mostraron que el deseo sexual hipoactivo se relaciona estrechamente con la experiencia sexual infantil traumática,

los temores a la sexualidad y los problemas conyugales. En el análisis discriminante se obtuvo un solo factor por medio de las seis variables aisladas previamente, con el 75% de los casos correctamente clasificados. Los hombres con deseo sexual hipoactivo mostraron un decremento en las características de masculinidad y de feminidad, al igual que en los grados de autoestima, y un incremento en las características de sumisión. Los resultados que se obtuvieron acerca de los antecedentes sexuales mostraron que el deseo sexual hipoactivo tiene una relación estrecha con los temores a la sexualidad y los problemas conyugales. En el análisis discriminante se obtuvo un solo factor con las seis variables aisladas previamente, con el 68.6% de los casos correctamente clasificados.

Conclusiones

La investigación arrojó diferencias principalmente en dos sentidos. Por un lado tanto en las mujeres como en los hombres hay un decremento en las características de masculinidad y en la autoestima. Además, en los hombres también se presentó un decremento en los rasgos de feminidad. Este decremento muestra que estos tres factores constituyen

indicadores de riesgo para el ejercicio satisfactorio de la sexualidad. Tanto las características de masculinidad como de feminidad pueden presentarse independientes o de manera combinada.

Por otro lado, tanto las mujeres como los hombres muestran un incremento de las características de sumisión, lo que constituye otro indicador de riesgo. En cuanto a los antecedentes sexuales en las mujeres se encontró relación entre las experiencias sexuales infantiles traumáticas, los temores a la sexualidad y los problemas conyugales. En el caso de los antecedentes sexuales de los hombres, los temores a la sexualidad y los problemas conyugales fueron factores importantes.

El aislamiento de variables para detectar los factores relacionados con la presencia del deseo sexual hipoactivo, aporta indicadores importantes tanto protectores como de riesgo encaminados a examinar elementos que muestren una mayor especificidad en la combinación de los factores relacionados.

Palabras clave: Deseo sexual hipoactivo, autoestima, género, antecedentes sexuales.

INTRODUCCIÓN

El estudio de las disfunciones sexuales implica la incursión en una problemática que ha reportado una alta prevalencia en distintas poblaciones estudiadas¹⁻³ y que puede ser consecuencia de diversos factores. En consecuencia, la delimitación clara y precisa del área a investigar es fundamental para aislar los principales factores que generan las disfunciones sexuales y que aportan elementos para su atención.

Desde los primeros estudios sistematizados de la conducta sexual, de los cuales fue pionero Kinsey⁴ seguido por los estudios de Masters y Johnson⁴ hasta la investigación contemporánea,⁵⁻⁸ se han obtenido resultados que ayudan a esclarecer los elementos de riesgo que contribuyen al establecimiento de una disfunción sexual.

Mediante la práctica clínica que se lleva a cabo en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología «Isidro Espinosa de los Reyes» (INPERIER)—institución de cuarto nivel de atención, especializada en problemas reproductivos— se ha detectado un alto porcentaje de parejas que presentan alteraciones en su vida sexual. Por ello, fue necesario abrir una línea de investigación en sexualidad humana, la cual ha permitido realizar estudios exploratorios con el objeto de determinar la prevalencia y frecuencia de las disfunciones sexuales de la población que se atiende dentro del Instituto, tanto en hombres como en mujeres. Dichos estudios muestran que 52% de las mujeres y 38.8% de los hombres estudiados presentó una o más disfunciones sexuales.³ También se realizaron investigaciones con estudios comparativos en la población de mujeres y hombres para ver las diferencias entre grupos con y sin disfunciones sexuales. Así, se buscó alguna relación con el autoconcepto y la satisfacción marital,⁹ con la ansiedad y la depresión,¹⁰ con la comunicación marital y el estilo de comunicación,^{11,12} y con el rol de género y la assertividad.^{13,14}

En estos estudios se encontraron diferencias significativas con desventaja para los participantes que presentaban una o más disfunciones sexuales. Sin embargo, los resultados indican la necesidad de realizar investigaciones que permitan una mayor comprensión mediante el estudio de cada una de las disfunciones sexuales.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es identificar la relación y la combinación, entre el deseo sexual hipoactivo, tanto femenino como masculino, y algunas variables catalogadas como factores de personalidad: papel de género, autoestima y *locus* de control. En cuanto a antecedentes sexuales se consideraron: experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales, para proponer un perfil con los factores relacionados con el deseo sexual hipoactivo tanto femenino como masculino.

El deseo sexual hipoactivo es un fenómeno complejo, por lo que el estudio propone aportar elementos predictivos para la explicación de dicha disfunción. Esta disfunción está definida como: la disminución y ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de manera recurrente o persistente. Es importante señalar que la alteración provoca malestar psicológico acusado o dificultades interpersonales durante la vida adulta, y no se debe a una enfermedad médica. Sin embargo, puede tratarse de una pérdida de deseo continua o episódica, pues hay dos tipos de factores involucrados: los psicológicos y los relacionales, y pueden manifestarse por la falta individual de deseo sexual, por el componente subjetivo o como producto de factores relacionales manifestándose en la interacción con el otro.^{8,15}

A partir de una revisión realizada por Basson,¹⁶ se encontró que en el deseo sexual hipoactivo son importantes los siguientes factores: los incentivos o motivaciones para buscar la respuesta sexual, que es fundamental la duración e intimidad emocional en su relación, las habilidades sexuales, el tipo de estimulación y el contexto.

Otros autores^{17,18} concluyen que en el diagnóstico del deseo sexual hipoactivo no debe tomarse en cuenta la frecuencia de la actividad sexual, pues ésta no es un buen indicador de la presencia o ausencia de dicha disfunción sexual, ya que en ella influyen otros factores que hay que estudiar. LoPiccolo y Stock,¹⁹ plantean que el deseo sexual hipoactivo en hombres es especialmente interesante porque involucra un comportamiento incongruente con lo esperado socialmente. Friedman y Hogan,^{20,21} señalan que el bajo deseo sexual masculino está relacionado con la dinámica de pareja en donde la mujer es muy dominante, en estos casos la disminución del deseo sexual es una forma de agresión pasiva.

También se ha establecido que las mujeres que buscan ayuda por desórdenes del deseo, muestran una baja y frágil autorregulación y autoestima, tienden a preocuparse más, ser más ansiosas, introvertidas y convencionales.¹⁸

En cuanto a los factores de personalidad considerados para el estudio, el papel de género se clasificó en cuatro tipos,²² tanto mujeres como hombres pueden tener una u otra orientación o características combinadas. Así, el papel de género presentó los siguientes rasgos: en primer lugar encontramos el rasgo masculino que son las conductas denominadas instrumentales: dirigidas a una acción, orientadas a metas, agresividad, búsqueda de dominio y autoafirmación. En segundo lugar encontramos el rasgo femenino, que se identifica con las características llamadas de relación, de involucrarse con los demás, encaminadas hacia los sentimientos y la abstracción. En tercer lugar distinguimos al machismo que se describe como el culto a la virilidad, agresividad exagerada, arrogancia y agresión sexual y la sumisión, que son las actitudes de abnegación y capacidad para soportar el sufrimiento, el cual exhibe. En cuanto a la autoestima, es definida²³ como el juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo, es también la experiencia subjetiva que se transmite a los demás por medio de reportes verbales o conducta manifiesta. El *locus* de control lo estudió Rotter²⁴ y obtuvo dos tipos fundamentales. Por un lado, el *locus* de control interno, cuando la persona percibe que el suceso es contingente a su conducta o a sus características de personalidad. Por otro lado el *locus* de control externo, cuando un esfuerzo es percibido por un individuo como no contingente a alguna de sus acciones.

En relación a los antecedentes sexuales estudiados para este trabajo, la experiencia sexual infantil traumática se refiere al reporte de los participantes de haber sufrido o no abuso sexual en la infancia; de haber tenido o no información sexual, de tener o no temores a la sexualidad, de ha-

ber practicado o no la masturbación, y de tener o no problemas conyugales.^{25,26} La intención de hacer esta propuesta es dar cuenta de algunos indicadores relacionados a este tipo de disfunción sexual que aporten elementos puntuales para la generación de modelos de intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental, de campo, retrospectivo, transversal, con un diseño correlacional-multivariado de dos muestras independientes divididas en cuatro grupos, seleccionados mediante un muestreo intencional por cuota.

Participantes

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia sobre el estudio de algunos factores de riesgo en las disfunciones sexuales masculinas y femeninas, cuya muestra original constó de 400 participantes,²⁷ de ellos sólo se tomaron los participantes con deseo sexual hipoactivo que fueron 58 mujeres y 55 hombres, y se compararon con el mismo número de participantes que no tuvieron ninguna disfunción sexual, quedando las muestras clasificadas como grupo 1 sin disfunciones sexuales y grupo 2 con deseo sexual hipoactivo, tanto para el grupo de mujeres como para el grupo de hombres.

Los participantes asisten al Instituto Nacional de Perinatología (INPERIER) para su atención médica y fueron integrados a la muestra inmediatamente después de haber sido aceptados como pacientes de la Institución, antes de iniciar tratamiento médico alguno. La investigación fue realizada por el Departamento de Psicología en el programa de Sexualidad Humana y contó con la aprobación de los participantes, la cual se obtuvo mediante la carta de consentimiento informado, requerida por el Comité de Ética de la Institución. Todo esto después de haber sido aprobada la realización del proyecto tanto por el Comité Científico como por el Comité de Ética institucional. Los sujetos de las muestras entrevistaron de manera independiente pues no es un estudio en pareja. Los participantes fueron incluidos en cada grupo dependiendo de las respuestas a los instrumentos utilizados para detectar la presencia o no de cada una de las disfunciones sexuales.^{25,26} Tanto el grupo de mujeres como el de hombres debieron cubrir todos los criterios de inclusión. Por ejemplo, haber cursado la educación primaria completa, que pertenecieran a un rango de edad de 22 a 45 años para las dos muestras, que tuvieran una relación de pareja mínima de un año. Además, las mujeres fueron pacientes que ingresaron al INPERIER por haber solicitado atención y los hombres fueron parejas de las pacientes atendidas en la institución sin ser las parejas de las mujeres seleccionadas para la muestra, la recepción de datos se realizó de manera independiente. Es importante señalar que los pacientes no

tuvieron un diagnóstico previo de retardo mental o trastorno psicótico ni de alguna enfermedad orgánica que pudiera condicionar la presencia de disfunciones sexuales.

Instrumentos

Para la clasificación de los grupos y la captura de datos acerca de los antecedentes sexuales se utilizaron la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF)²⁵ y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres.²⁶ Estos instrumentos tienen 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).¹⁵ La HCCSF consta de 170 preguntas, con un orden sistemático hasta llegar a la exploración de la sexualidad y la presencia o no de disfunciones sexuales.

El Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres consta de 90 preguntas y fue diseñado en el Instituto Nacional de Perinatología para obtener información sobre aspectos de la vida sexual del participante. Este cuestionario es una adaptación de la HCCSF.

En el caso de la medición de los factores de personalidad estudiados se utilizaron: el Inventario de Masculinidad y Feminidad, IMAFE,²² para medir el papel de género que consta de 60 reactivos Likert, agrupados en cuatro escalas: Masculino (Masc), Femenino (Fem), Machismo (Mach) y Sumisión (Sum) y que pueden presentarse de manera combinada, con 15 reactivos para cada escala. Los valores más altos que el participante obtenga dan como resultado la orientación de género que prevalece en él. La autoestima se midió con el Inventario de Autoestima de Coopersmith,²³ estandarizado para población mexicana, por la importancia que tiene la autoestima en la vida de las personas. Este inventario 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 puntos o más a una autoestima promedio. El *locus* de control se midió mediante la Escala de Locus de control interno-externo,²⁴ diseñada para medir de manera unidimensional y bipolar la internalidad y externalidad; la escala comprende un total de 29 reactivos, el punto de corte es de 11 puntos o menos para el *locus* de control interno y de 12 puntos o más para el *locus* de control externo.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variables	Mujeres		Hombres	
	Sin disfunción n=50	Con DSH* n=58	Sin disfunción n=50	Con DSH* n=55
Edad (X)	31.9 ± 5.32	34.0 ± 5.44	32.0 ± 4.97	34.2 ± 5.4
Escolaridad (X)	10.9 ± 3.17	10.1 ± 2.5	11.7 ± 2.88	11.6 ± 3.7
Solteros (%)	5.0	5.2	0.0	0.0
Casados (%)	63.0	65.5	80.0	82.0
Unión libre (%)	32.0	29.3	20.0	18.0

*DSH = deseo sexual hipoactivo.

Procedimiento

La aplicación de los cuestionarios de sexualidad y de los instrumentos se realizó en una sola sesión, la cual tuvo una duración aproximada de una hora. Los cuestionarios se aplicaron en el área de consulta externa de la Institución, por medio de psicólogos capacitados. La captura de datos duró un año, primero se capturó la muestra de hombres y posteriormente la de mujeres.

Análisis estadístico

En el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central para la descripción de los factores sociodemográficos controlados, los cuales fueron: edad, estado civil y escolaridad. Para el análisis de los factores de la personalidad (papel de género, autoestima y *locus* de control) y su relación con el deseo sexual hipoactivo se utilizó una *t* de Student para encontrar las diferencias y el coeficiente ETA para precisar la fuerza de la asociación. Para el análisis de los antecedentes sexuales (experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales) y su relación con el deseo sexual hipoactivo 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. En este análisis se incluyeron todas las variables relacionadas, tanto los factores psicológicos estudiados como los antecedentes, que son variables dicotómicas, para lo cual tuvieron que recodificarse a valores de 0 y 1 con el fin de cubrir la condición que requiere la prueba. Los datos se trabajaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.

RESULTADOS

Características de las muestras

La descripción de las muestras indica que se encontró una distribución normal (cuadro 1).

Cuadro 2. Diferencias entre factores de personalidad y deseo sexual hipoactivo. Mujeres

Factores de personalidad	Grupo 1 ^a Media ± DE n=50	Grupo 2 ^b Media ± DE n=58	Valor t	Sig.
Masculinidad	4.27 ± 1.10	3.84 ± 1.11	2.01	.047*
Feminidad	5.11 ± 0.99	4.73 ± 1.19	1.76	.080
Machismo	2.52 ± 0.84	2.83 ± 0.98	-.74	.084
Sumisión	2.39 ± 0.66	2.97 ± 0.83	-4.00	.000**
Autoestima	18.86 ± 4.58	13.59 ± 5.60	5.37	.000**
Locus de control	8.98 ± 3.33	10.12 ± 2.79	-1.93	.056

*p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001

^aGrupo 1 = Grupo sin disfunción sexual, ^bGrupo 2 = Grupo con deseo sexual hipoactivo.

Mujeres

De cada análisis estadístico se aislaron variables tanto de los factores de personalidad como de los antecedentes sexuales para analizar las diferencias entre sí, así como su interrelación. Los resultados obtenidos indican que las mujeres con deseo sexual hipoactivo presentan un decremento en las características de masculinidad, así como en los niveles de autoestima, y un incremento en las características de sumisión en relación a las mujeres que no presentan ningún tipo de disfunción sexual. En cuanto al aná-

Cuadro 3. Relaciones entre los factores de personalidad y el deseo sexual hipoactivo. Mujeres

	Coeficiente ETA
Maculinidad	-.192
Feminidad	no sig.
Machismo	no sig.
Sumisión	.357
Autoestima	-.458
Locus de control	no sig.

Cuadro 4. Antecedentes y deseo sexual hipoactivo. Mujeres

Antecedentes sexuales	Grupo 1 ^a n=50	Grupo 2 ^b n=58	χ^2	P
Experiencia sexual infantil traumática				
Sí presentó	8	18	3.320	.050*
No presentó	42	40		
Información sexual			0.514	.562
Sí recibió	25	25		
No recibió	25	33		
Temores a la sexualidad			7.080	.009**
Sí presentó	5	18		
No presentó	45	40		
Masturbación			4.880	.087
Sí reportó	3	12		
No reportó	47	46		
Problemas conyugales			9.850	.002**
Sí reportó	9	27		
No reportó	41	31		

*p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001

^aGrupo 1 = Grupo sin disfunción sexual, ^bGrupo 2 = Grupo con deseo sexual hipoactivo.

lisis de los resultados de los antecedentes sexuales, en este grupo se encontró relación entre el deseo sexual hipoactivo, la experiencia sexual infantil traumática, los temores a la sexualidad y los problemas conyugales (cuadros 2-5).

En el análisis discriminante se obtuvo una función canónica discriminante que explica el 100% de la varianza, con una significancia de p=.000. Todas las variables fueron discriminadas por la función, relacionadas a la presencia de deseo sexual hipoactivo en las mujeres, donde observamos que las mujeres con esta disfunción tienen una baja autoestima, que es la variable que tiene mayor contribución. En relación con las variables contempladas en el papel de género, observamos que se discriminaron las variables sumisión y masculinidad, pero en sentidos opuestos. La sumisión, es la más alta de las dos con una introyección de este papel que se manifiesta fundamentalmente en actitudes de abnegación y es la capacidad para soportar el sufrimiento, las cuales se presentan como una tendencia en las mujeres con esta disfunción sexual y sin duda representan un indicador importante. En relación con la masculinidad, cuyas características son las conductas denominadas instrumentales, dirigidas a una acción, en estas mujeres es baja. De los antecedentes sexuales se discriminaron tres variables. La que tiene una mayor contribución fue el reporte de problemas conyugales, los cuales pueden darse como causa o como consecuencia, seguido por los temores a la sexualidad, y por último la relación de esta disfunción con la experiencia sexual infantil traumática.

Por esto se puede concluir que las mujeres con deseo sexual hipoactivo tienen indicadores específicos que intervienen significativamente en la presencia de deseo sexual hipoactivo en su vida adulta (cuadro 6).

Cuadro 5. Relaciones entre los antecedentes estudiados y el deseo sexual hipoactivo. Mujeres

	V de Cramér
Experiencia sexual infantil traumática	.175
Información sexual	no sig.
Temores a la sexualidad	.256
Masturbación	no sig.
Problemas conyugales	.302

Cuadro 6. Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Autoestima	-.848
Sumisión	.630
Problemas conyugales	.522
Temores a la sexualidad	.437
Masculinidad	-.322
Experiencia infantil sexual traumática	.294

Hombres

De cada análisis estadístico se aislaron variables tanto de los factores de personalidad como de los antecedentes sexuales. Las relaciones obtenidas indican que los hombres con deseo sexual hipoactivo presentan un decremento en las características de masculinidad y de feminidad, y en los niveles de autoestima, además de un incremento en las características de sumisión en relación a los hombres que no presentan ningún tipo de disfunción sexual. En cuanto a los antecedentes sexuales, en este grupo se encontró relación entre el deseo sexual hipoactivo, los temores a la sexualidad y los problemas conyugales, lo que indica que estas variables intervienen significativamente en la presencia de deseo sexual hipoactivo en su vida adulta (cuadros 7-10).

En el análisis discriminante se obtuvo una función canónica que explica el 100% de la varianza, con una significancia de $p=.001$, y en el cual se obtuvo una sola función que da un factor de seis variables, las cuales están relacionadas con la presencia de deseo sexual hipoactivo en los hombres. Además observamos que los hombres con esta disfunción tienen una baja autoestima y esta variable fue la que tuvo mayor contribución, mientras que la segunda variable discriminada fue el reporte de problemas conyugales. Respecto a las orientaciones contempladas dentro del papel de género, observamos que se discriminaron las siguientes variables: masculinidad, sumisión y feminidad. Sin embargo, la sumisión se distinguió en sentido opuesto. Además, la masculinidad fue la más alta de las tres. Así, estos hombres presentan niveles bajos tanto de masculinidad como de feminidad —que se pueden presentar o no,

Cuadro 8. Relaciones entre los factores de personalidad y el deseo sexual hipoactivo. Hombres

	Coeficiente ETA
Maculinidad	-.29
Feminidad	-.23
Machismo	no sig.
Sumisión	.23
Autoestima	-.41
Locus de control	no sig.

de manera combinada— y tienen una tendencia a presentar características de sumisión, que es un indicador importante en la presencia de esta disfunción. También se discriminó la variable temores a la sexualidad.

Cuadro 9. Antecedentes y deseo sexual hipoactivo. Hombres

Antecedentes sexuales	Grupo 1 ^a n=50	Grupo 2 ^b n=58	χ^2	P
Experiencia sexual infantil traumática				
Sí presentó	1	5	2.44	.20
No presentó	49	50		
Información sexual			0.559	.52
Sí recibió	33	40		
No recibió	17	15		
Temores a la sexualidad			3.81	.05*
Sí presentó	6	15		
No presentó	44	40		
Masturbación			2.24	.20
Sí reportó	38	48		
No reportó	12	7		
Problemas conyugales			9.66	.002**
Sí reportó	4	18		
No reportó	46	37		

* $p\le.05$ ** $p\le.01$ *** $p\le.001$

^aGrupo 1 = Grupo sin disfunción sexual, ^bGrupo 2 = Grupo con deseo sexual hipoactivo.

Cuadro 10. Antecedentes y deseo sexual hipoactivo. Hombres

	V de Cramér
Experiencia sexual infantil traumática	no sig.
Información sexual	no sig.
Temores a la sexualidad	.19
Masturbación	no sig.
Problemas conyugales	.30

Cuadro 7. Diferencias y relaciones entre factores de personalidad y deseo sexual hipoactivo. Hombres

Factores de personalidad	Grupo 1 ^a Media ± DE n=50	Grupo 2 ^b Media ± DE n=58	Valor t	Sig.
Masculinidad	5.10 ± 0.77	4.53 ± 1.07	3.12	.002***
Feminidad	5.12 ± 0.78	4.64 ± 1.15	2.52	.013**
Machismo	3.20 ± 1.02	3.11 ± 0.89	.482	.631
Sumisión	2.30 ± 0.68	2.67 ± 0.84	-2.49	.014**
Autoestima	20.84 ± 2.97	16.89 ± 5.40	4.69	.000***
Locus de control	7.40 ± 3.01	8.25 ± 3.28	-1.38	.169

* $p\le.05$ ** $p\le.01$ *** $p\le.001$

^aGrupo 1 = Grupo sin disfunción sexual, ^bGrupo 2 = Grupo con deseo sexual hipoactivo.

Por lo que se concluye que, en esta proporción, los hombres tienen indicadores específicos que intervienen significativamente en la presencia de deseo sexual hipoactivo en su vida adulta (cuadro 11).

DISCUSIÓN

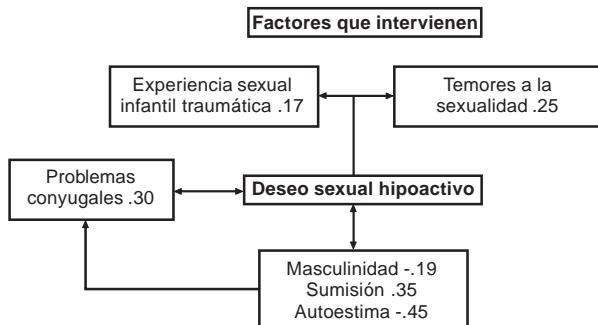
En el análisis de los resultados acerca del deseo sexual hipoactivo, tanto de mujeres como de hombres y su relación con los factores psicológicos estudiados, se observan diferencias en dos sentidos. En el primero hay un decremento en las características de masculinidad que se relacionan con conductas dirigidas a la acción, metas definidas, autoafirmadas y autoreflexivas y que, al no predominar, constituyen un factor de riesgo para el deseo sexual. Lo mismo sucede con la autoestima, la cual se traduce en el grado de valor que el individuo se da, expresado en las actitudes que tiene hacia sí mismo, así como en la experiencia subjetiva que se transmite a los demás y que, cuando es baja, complica el desempeño de la respuesta sexual. Además, en el grupo de hombres se observa un decremento en las características de feminidad, que son las encaminadas hacia los sentimientos y la abstracción, que están relacionadas con la expresividad de los afectos, con el deseo de dar protección, y están orientadas a la crianza. Cuando éstas se encuentran presentes de manera significativa favorecen el desempeño sexual. Tanto las características de masculinidad como las de feminidad pueden presentarse o no de manera combinada. Por otro lado, tanto en mujeres como en hombres, el incremento de las características de sumisión resulta ser un indicador de riesgo para el ejercicio de la sexualidad, por las actitudes de abnegación, dependencia, conformismo, timidez y la capacidad para soportar el sufrimiento.

En cuanto a los antecedentes sexuales, en las mujeres se encontró relación con la experiencia sexual infantil traumática, con los temores a la sexualidad y con los problemas conyugales. En el caso de los hombres hubo relación con los temores a la sexualidad y los problemas conyugales. Ésto coincide en algunos aspectos con lo encontrado por Basson,¹⁶ quien señala que hay un nuevo cuerpo de evidencia pues los factores psicológicos que inhiben el deseo sexual de las mujeres son principalmente los antecedentes de expe-

Cuadro 11. Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Autoestima	.865
Problemas conyugales	-.611
Masculinidad	.581
Sumisión	-.472
Feminidad	.470
Temores a la sexualidad	-.373

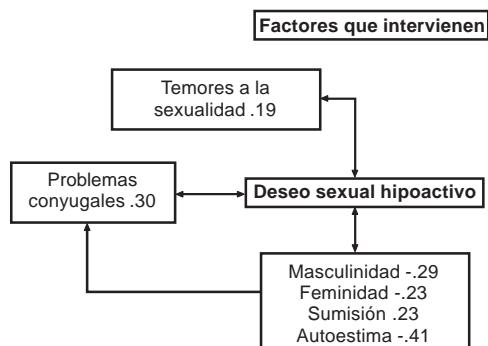
Cuadro 12. Perfil del deseo sexual hipoactivo en mujeres



riencias traumáticas sexuales infantiles, lo cual se relaciona con el funcionamiento sexual, específicamente el impacto en el deseo sexual. En cuanto a los temores a la sexualidad, dicha autora indica que los temores en la respuesta sexual de las mujeres se deben al miedo al embarazo, a no alcanzar el orgasmo, a no responder debidamente a las expectativas del otro. Todos estos factores están reforzados por la falta de experiencia. Así, el temor es una limitante importante para obtener una respuesta sexual adecuada. Reissing,²⁸ reporta que existe una relación directa entre el bajo deseo sexual, los temores a la sexualidad y la autoestima baja, debido a una percepción negativa de la autoeficacia sexual, lo que provoca temor al fracaso y bloquea la posibilidad de un desempeño sexual satisfactorio. Esto mismo podría estudiarse más a fondo si se explorara el tipo de temores y el por qué del bajo nivel de autoestima.

En cuanto a los problemas conyugales relacionados tanto en mujeres como en hombres, hay estudios que señalan que el deseo sexual hipoactivo femenino está vinculado a un mal funcionamiento con la pareja, por lo que se convierte en un factor determinante para su tratamiento.^{19,29} De la misma forma, Hogan y Friedman²¹ señalan que una de las causas que provoca el bajo deseo sexual masculino tiene que ver con la dinámica de pareja, ya que el deseo sexual está estrechamente relacionado con el poder excesivo de la mujer en la relación. Ante esto, los hombres responden con un bajo deseo sexual, para así mantener distancia emocional con su pareja, como una manifestación

Cuadro 13. Perfil del deseo sexual hipoactivo en hombres



agresiva y pasiva. Estos indicadores coinciden con lo encontrado en el presente trabajo, en cuanto a la tendencia de los hombres a presentar características de sumisión y problemas conyugales.

Es importante señalar que no se encontró relación con el *locus* de control y que los grupos —tanto el de mujeres como el de hombres— sin y con deseo sexual hipoactivo presentan un *locus* de control interno. Aunque en el grupo de mujeres con esta disfunción sí hay una tendencia a la externalidad sin que rebase el punto de corte, la discusión puede darse desde lo cualitativo, pues podemos inferir que la tendencia a la externalidad se debe principalmente a que las mujeres tienen una tendencia a depositar su desempeño sexual como responsabilidad del otro, pero esto hay que someterlo a otros estudios.

En conclusión, el aislar variables en este estudio para detectar los factores relacionados con la presencia del deseo sexual hipoactivo tiene el objetivo de aportar indicadores de riesgo que puedan facilitar los planes de intervención con una mayor especificidad. Principalmente para no hacer generalizaciones de manejo para todas las disfunciones sexuales. Los estudios deberán estar encaminados a generar perfiles para cada disfunción sexual con sus coincidencias y sus diferencias por medio de los indicadores relacionados (cuadros 12 y 13).

REFERENCIAS

1. Belén R, García J, Fiallos L. Prevalencia de las disfunciones sexuales masculinas. Ciencias Médicas-Córdoba 2000;57:10-12.
2. Charnay M, Henríquez E. Prevalencia del deseo sexual hipoactivo en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Ciencia Enfermería 2003;9:55-64.
3. Sánchez C, Carreño J, Martínez S, Gómez E. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. Salud Mental 2005;28:74-80.
4. Masters W, Johnson V, Kolodny R. La sexualidad humana. Barcelona: Grijalbo; 1995.
5. Labrador FJ, Crespo M. Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. Psicothema 2001;13:428-441.
6. O'Donohue W, Dopke C, Swingen D. Psychotherapy for female sexual dysfunction. A review. Clinical Psychology Review 1997;17:537-566.
7. O'Donohue W, Swingen D, Dopke C, Regev L. Psychotherapy for male sexual dysfunction. A review. Clinical Psychology Review 1999;19:591-630.
8. Rosen RC, Leiblum SR. Assessment and treatment of desire disorders. En: Lieblum SR, Rosen RC (eds). Principles and practice of sex therapy. USA: The Guilford Press; 1988.
9. Sánchez C, Carreño J, González G, González I. Autoconcepto y satisfacción marital en mujeres con disfunción sexual. Revista Perinatología Reproducción Humana 1997;11:190-197.
10. González G, Sánchez C, Morales F, Díaz R, Valdez A. Niveles de ansiedad y depresión en mujeres con y sin disfunción sexual. Estudio comparativo. Revista Mexicana Psicología 1999;16:17-24.
11. Sánchez C, Carreño J, Martínez S, Gómez E. Comunicación marital y estilo de comunicación en mujeres con disfunción sexual. Revista Perinatología Reproducción Humana 2003;17:91-101.
12. Sánchez C, Morales F, Pimentel D, Carreño J, Guerra G. Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. Un estudio comparativo. Revista Perinatología Reproducción Humana 2002;16:16-25.
13. Sánchez C, Carreño J, Martínez S. Disfunción sexual masculina y su relación con el rol de género y asertividad. Revista Perinatología Reproducción Humana 2002;16:123-131.
14. Sánchez C, Morales F, Carreño J, Martínez S. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. Revista Perinatología Reproducción Humana 2005;19:152-160.
15. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Madrid: Masson; 2002.
16. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. Canadian Medical Association 2005;172:1327-1333.
17. Hartmann U, Heiser K, Rüffer-Hesse C, Kloth. Desórdenes del deseo sexual femenino. Subtipos, clasificación, factores de personalidad y nuevas indicaciones de tratamiento. World J Urol 2002;20:79-88.
18. Hurlbert D, Fertel E, Singh D, Fernández F et al. The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of women with hypoactive sexual desire. Canadian J Human Sexuality 2005;14:15-30.
19. LoPiccolo J, Stock W. Treatment of sexual dysfunction. J Consulting Clinical Psychology 1986;54:158-167.
20. Friedman J. Treatment program for low sexual desire. Unpublished doctoral dissertation. New York: Stony Brook; 1983.
21. Hogan D, Friedman J. Treatment of low sexual desire. Behavioral treatment of adult disorders. New York: Guilford Press; 1986.
22. Lara A. Inventario de masculinidad y femineidad. México: El Manual Moderno; 1993.
23. Coopersmith S. A meted for determining types of self-esteem. J Abnormal Social Psychology 1967;59:87-94.
24. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs 1966;80:609.
25. Souza M, Cárdenas J, Montero C, Mendoza L. Historia clínica de la sexualidad femenina. Ginecología Obstetricia 1987;55:277-287.
26. Morales F, Pimentel D, Aranda C. Sexualidad en pacientes con cáncer ginecológico. Perinatología Reproducción Humana 1998;12:8-17.
27. Sánchez C. Perfiles y factores explicativos de las disfunciones sexuales. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.
28. Reissing E, Laliberté G, Davis H. Young women's sexual adjustment: The role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes. Canadian J Human Sexuality;14:77-83.
29. Drex E. Female dysfunction called complex, individual problem. Urology Times 2003;31:37-38.