

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de

México

México

Sánchez Bravo, Claudia; Carreño Meléndez, Jorge; Espíndola Hernández, José Gabriel; Anzures Torres, Andrea

Las Distintas Disfunciones Sexuales Femeninas y la Relación con Ansiedad Rasgo-Estado

Psicología Iberoamericana, vol. 15, núm. 1, junio, 2007, pp. 52-59

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915928007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

# **Las Distintas Disfunciones Sexuales Femeninas y la Relación con Ansiedad Rasgo-Estado**

## *Female Sexual Dysfunctions and their Relationship with Anxiety State-Feature*

**Claudia Sánchez Bravo, Jorge Carreño Meléndez,\* José Gabriel Espíndola Hernández y Andrea Anzures Torres**

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

### **Resumen**

Se analizó si hay mayores niveles en ansiedad estado y en ansiedad rasgo entre un grupo de mujeres con disfunciones sexuales y otro que no presenta disfunción sexual alguna, así como cada una de las disfunciones sexuales. La investigación se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología. La muestra fue de cien mujeres con y cien sin disfunción sexual.

Se aplicó el Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE); las disfunciones sexuales femeninas se detectaron con la *Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina*.

Las mujeres con disfunción presentan mayores niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado, los niveles más altos de ansiedad rasgo se relacionan con trastorno de la excitación y disparesunia, y la ansiedad estado con vaginismo.

**Palabras clave:** disfunciones sexuales, ansiedad-rasgo, ansiedad-estado.

### **Abstract**

Differences in the levels of anxiety feature and anxiety state were analyzed between a group of women with sexual dysfunction and a group without sexual dysfunction. The research was carried out in the National Perinatology Institute (Inper). The sample was of 100 women with sexual dysfunction and 100 women without sexual dysfunction.

The “Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)” was used for measuring anxiety, while the presence or absence of sexual dysfunction was registered using the “Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF)”.

The women with sexual dysfunction showed higher levels of anxiety feature and state; higher levels of anxiety feature are related to arousal disorder and dyspareunia, and anxiety state is related to vaginism.

**Key words:** Sexual dysfunction, anxiety-feature, anxiety-state.

### **Introducción**

Masters y Johnson (1966), con miras a establecer un panorama más conciso de la reacción fisiológica con los estímulos sexuales, dividieron las respuestas sexuales masculina y femenina en cuatro fases progresivas: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Posteriormente el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV, 2004) consideró las siguientes fases: deseo, excitación, orgasmo y re-

solución. Cuando los procesos característicos de la respuesta sexual se alteran o cuando se presenta dolor asociado con el acto sexual, se considera que existe una disfunción o trastorno sexual (APA, 2002). En la mujer pueden presentarse las siguientes disfunciones: deseo sexual hipoactivo, aversión al sexo, trastorno de la excitación, trastorno orgásmico femenino, disparesunia y vaginismo.

En diversas investigaciones se ha puesto de manifiesto que la sexualidad femenina tiene un carácter

\*Dirigir correspondencia a: Instituto Nacional de Perinatología, torre de investigación primer piso, Departamento de Psicología. Montes Urales núm. 800 col lomas de Virreyes México. D. F., CP.1100. Correo electrónico: jocame2003@yahoo.com

holístico, emocional e interpersonal (Hurlbert, Fertel, Singh, Fernandez, Menéndez y Salgado, 2005).

Se puede decir que los dos factores más importantes de la ausencia de estrés sexual son la intimidad en la relación emocional con la pareja durante la actividad sexual y el bienestar emocional general (Basson, 2005).

Además, hay circunstancias que pueden disminuir la excitación como: sentir temores sobre la seguridad (por ejemplo, miedo a un embarazo no deseado o infección de transmisión sexual o preocupaciones acerca de la seguridad física o emocional), lo apropiado de la situación o la privacidad; que la situación no sea lo suficientemente erótica, sea muy apresurada o muy tarde en el día; así como los distractores de la vida diaria o relacionados con la sexualidad (preocupación por: no excitarse lo suficiente, alcanzar el orgasmo, la eyaculación precoz o retardada de la pareja, etc.) (Basson, 2005).

Masters y Johnson (1966) postularon que la ansiedad era el más grande obstáculo de la excitación sexual. Posteriormente Spielberger (1972) la conceptualiza como un conjunto de reacciones emocionales que se presenta cuando los individuos interpretan una situación como amenazante, lo cual retoma Kaplan (1979) al identificar la ansiedad como un mecanismo crítico que interfiere con el funcionamiento del sistema nervioso autónomo y evita la excitación sexual fisiológica.

Sin embargo, aún no se han demostrado resultados sobre los efectos psicológicos y físicos producidos en ambos sexos a causa de la ansiedad y estrés (Elliott y O'Donohue, 1997). Estos autores realizaron un estudio en el que las mujeres en condiciones de ansiedad reportaron datos significativamente más altos de deseo sexual subjetivo con respecto a las mujeres en condiciones de no-ansiedad, sin embargo, esto no respalda que la ansiedad disminuya el deseo sexual, como lo asumían Masters y Johnson (Elliott y O'Donohue, 1997).

Otra tentativa por explicar la relación entre ansiedad y respuesta sexual fue aportada por Van Minnen y Kampman (2000), quienes, en vez de provocar un estado de ansiedad mediante procedimientos experimentales, analizaron el funcionamiento sexual en sujetos con altos niveles de ansiedad, como son las personas que padecen algún trastorno de ansiedad.

Diversos estudios proponen que si bien no hay una alta comorbilidad entre ansiedad y disfunciones sexuales, la actitud de las pacientes ansiosas con respecto a la actividad sexual y el cuerpo humano es más ne-

gativa que aquella de mujeres con niveles moderados de ansiedad (Van Minnen y Kampman, 2000).

En el caso de México, se estima que la prevalencia de disfunciones sexuales femeninas es alta, pues corresponde al 52.2% de la población, con un promedio de 2.25 disfunciones sexuales por mujer (Sánchez, Carreño, Martínez, Gómez. 2005). De acuerdo con la investigación realizada por estos autores, las disfunciones con mayor prevalencia son disritmia y deseo sexual hipoactivo (19%), seguidas por trastorno del orgasmo (18%) y dispareunia (16%).

En esta investigación se eligió la ansiedad como variable a comparar, porque es una circunstancia muy común, pero, a largo plazo, si su intensidad y duración no se moderan, puede causar diversas complicaciones.

Además es posible que el inconsistente patrón de resultados hasta ahora obtenido acerca de la relación entre ansiedad y sexualidad se deba a causas metodológicas como las características de la muestra y los factores de medición aplicados.

Si bien en un principio se reconocía la ansiedad como un fenómeno unitario, ahora se sabe que se trata de una construcción multifacético-cognitiva, conductual, psicológica y con componentes afectivos. (Elliott y O'Donohue, 1997). Por lo tanto es necesario investigar los diversos tipos de ansiedad para poder identificar cuáles son los que causan excitación o mayor deseo sexual y cuáles inhiben la respuesta sexual humana.

De manera que se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Existen diferencias entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual en los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado? ¿Existen diferencias entre las distintas disfunciones sexuales en los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado?

## Método

La investigación se realizó en el Departamento de Psicología del INPER. Se realizó un estudio no experimental, de campo, retrospectivo y transversal con un diseño correlacional-multivariado. La muestra estuvo constituida por 200 pacientes; fue una muestra no probabilística, por conveniencia, realizada mediante un muestreo intencional por cuota y de observaciones independientes, dividida en 2 grupos: 100 mujeres que no presentaron disfunción sexual (grupo 1) y 100 mujeres que sí presentaron disfunción

sexual (grupo 2). La inclusión a uno y otro grupo fue determinada por la presencia o ausencia de disfunción sexual, de acuerdo con la *Historia clínica codificada de la sexualidad femenina* (HCCSF) (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987). La muestra fue capturada a lo largo de un año hasta cubrir la cuota deseada.

Los criterios de inclusión fueron: ser paciente femenina cuya edad oscilara entre los 22 y los 45 años (para evitar que factores como la adolescencia o el climaterio afectaran los resultados); con una educación mínima de primaria, (para asegurar la adecuada comprensión de los instrumentos) y, por lo menos, un año de relación de pareja. Para clasificar la disfunción sexual de las participantes fueron necesarios por lo menos seis meses con disfunción sexual reportada.

Se excluyeron aquellas pacientes con diagnóstico de retraso mental o trastorno psicótico, así como aquellas que padecieran alguna enfermedad orgánica que pudiera condicionar la presencia de disfunción sexual, por ejemplo: algún síndrome neurológico o endocrino, cardiopatía, problema vascular o infección genital.

Se controlaron tres factores sociodemográficos: edad, estado civil y escolaridad (tabla 1). Las pacientes se incluyeron en la muestra una vez que fueron aceptadas por el Instituto, pero, antes de haber recibido tratamiento médico.

En cuanto al análisis estadístico, se obtuvieron las medidas de tendencia central para la descripción de la muestra. Para el análisis de las variables estudiadas se utilizó estadística inferencial se aplicando una *t* de Student. Se compararon los dos grupos, posteriormente se hizo el análisis con cada una de las disfunciones sexuales, para lo cual, se igualaron las muestras tomando aleatoriamente 50 participantes del grupo 1 y así evitar que la diferencia en el número de participantes entre un grupo y los demás sesgaran los resultados. El estudio se realizó con el programa estadístico SPSS para Windows, versión 10.

## Instrumentos

El registro de la presencia o ausencia de disfunciones sexuales, se midió de acuerdo con la Historia clínica codificada de la sexualidad femenina (HCCSF), (Souza, et.al., 1987) con el objeto de desarrollar una entrevista que reduzca la posibilidad de juicios de valor y asegure el profesionalismo en un tema que, por lo general, resulta difícil de abordar. Su validez fue de-

sarrollada en la Clínica de Marina Nacional del ISSSTE, con el objeto de determinar el índice de problemas sexuales de mujeres en edad fértil; de manera que se aplicó a 306 pacientes y se validó por medio de jueces independientes. La aplicación de la HCCSF tiene una duración aproximada de una hora. Consta de 170 reactivos divididos en 15 capítulos cuya secuencia va de lo superficial hacia lo profundo y de lo sano hacia lo patológico, hasta derivar en la exploración de la sexualidad y evaluar la presencia o ausencia de disfunciones sexuales.

Los capítulos son: Datos generales del entrevistador, Datos generales del entrevistado, Motivo de estudio, Antecedentes familiares patológicos, Antecedentes personales patológicos, Antecedentes personales no patológicos, Problemas recientes, Antecedentes biopsicosociales de la sexualidad, Comportamiento sexual actual, Antecedentes terapéuticos, estado actual de salud, Diagnóstico, Recomendaciones terapéuticas, Pronóstico, comentarios y observaciones.

Para la medición de la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, se utilizó el Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE). Este instrumento fue desarrollado por Spielberger y Gorsuch en 1964, en la Universidad de Vanderbilt, para medir la Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo en adultos normales, aunque más adelante se incluyó su utilización en individuos con alteraciones emocionales, tanto para propósitos clínicos como de investigación. Fue estandarizado para la población mexicana por Díaz Guerrero (1970).

El IDARE está constituido por dos cuestionarios con 20 reactivos cada uno. El primero mide la ansiedad como estado (Estado), que refiere una condición emocional transitoria en la que se manifiestan tensión y sentimientos subjetivos de aprehensión que se perciben conscientemente, así como un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo; el segundo, como rasgo (Rasgo), que mide las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad, es decir, si existe una tendencia a ver el mundo como peligroso. El punto de corte es de 47 para ansiedad rasgo y 43 para ansiedad estado (Morales y González, 1990).

Previamente al inicio del procedimiento, el comité de ética del Instituto revisó la propuesta de investigación y determinó el contenido de la carta de consentimiento informado, por medio de la cual las participantes manifiestan que desean participar en la investigación.

La invitación a participar en la investigación se realizó en el área de consulta externa del instituto, explicando que la participación es voluntaria, no afecta la

atención que recibirán en el instituto y que pueden dejar la investigación en el momento que lo deseen. En caso de que la paciente aceptara, firmaba la carta de consentimiento informado y se procedía a la aplicación de los instrumentos. El beneficio que reciben las participantes de esta investigación es atención psicológica sin costo para ellas y sus parejas en caso de requerirlo o desearlo.

La realización de la *Historia clínica* y aplicación del instrumento se realizó en una sola sesión, ya que la secuencia de éstos así lo requiere; la aplicación de ambos fue aproximadamente de una hora de duración. Tanto la *Historia clínica* como el IDARE fueron aplicados por un psicólogo previamente capacitado para ello.

En cuanto al análisis estadístico se utilizaron análisis de frecuencia y medidas de tendencia central para la descripción de la muestra y de los factores sociodemográficos controlados. Se determinó la frecuencia de disfunciones sexuales. Para establecer las diferencias entre los grupos en relación con la variable ansiedad rasgo y estado se utilizó una prueba *t* de Student, al igual que para el análisis de la relación de cada una de las disfunciones con los niveles de ansiedad estado y rasgo. Los procedimientos se realizarán utilizando el programa estadístico SPSS para Windows versión 10.

## Resultados

La distribución de la muestra quedó constituida por 100 mujeres sin disfunciones sexuales, consideradas como grupo 1 y 100 mujeres con disfunciones sexuales, consideradas como grupo 2. El rango de edad del grupo 1 es de 23 a 45 años, con un promedio de 31.9 ( $\pm 5.32$ ), mientras que el rango de edad del grupo 2 va de los 23 a los 44 años, su promedio es de 33.1 años ( $\pm 5.33$ ). La distribución de la muestra por estado civil en el grupo 1 fue de 5% solteras, 63% casadas y 32% en unión libre; y en el grupo 2 hubo un 5% de mujeres solteras, 68% casadas y 27% viviendo en unión libre, los años de escolaridad se distribuyeron de la siguiente manera: en el grupo 1 el 16% tiene educación primaria, el 31% secundaria, el 47% bachillerato y 6% licenciatura. Esto da un promedio de 10.9 años de escolaridad ( $\pm 3.17$ ), lo que equivale al primer año de bachillerato. En el grupo 2 el 17% educación primaria, 47% secundaria, 34% bachillerato y 2% licenciatura. El promedio fue de 10.1 años de

escolaridad ( $\pm 2.69$ ), lo que corresponde al primer año de bachillerato.

En cuanto a la frecuencia de las disfunciones sexuales presentadas en el grupo 2, el 52% presentó una disfunción sexual; 25% presentó dos; 14%, tres; 7% tuvo cuatro; y 2% cinco. Esto da un total de 182 disfunciones, es decir, un promedio de 1.82 disfunciones por mujer. Las disfunciones más frecuentes fueron: deseo sexual hipoactivo, trastorno orgásmico femenino, dispareunia y trastorno de la excitación sexual (tabla 1).

**Tabla 1.**  
**Distribución de disfunciones sexuales**

Disfunción sexual	Número	Porcentaje
Deseo sexual hipoactivo	58	31.87%
Aversión al sexo	4	2.20%
Trastorno de la excitación	32	17.58%
Trastorno del orgasmo	42	23.08%
Dispareunia	33	18.13%
Vaginismo	13	7.14%
Total de disfunciones	182	100.00%

La comparación de los niveles de ansiedad rasgo y estado entre los grupos con y sin disfunción sexual muestra que existen diferencias significativas para ambos factores psicológicos. El grupo sin disfunción sexual muestra niveles relativamente bajos de ansiedad estado; mientras que el grupo con disfunción sexual la presenta un mayor grado, ligeramente por encima del punto de corte. En cuanto a ansiedad rasgo, si bien ambos grupos están por debajo del punto de corte, el grupo 2 presenta niveles significativamente más altos (tabla 2).

Al analizar el grupo sin disfunciones sexuales con el grupo que presenta deseo sexual hipoactivo, se encontraron diferencias igualmente significativas en los niveles de ansiedad estado y de ansiedad rasgo, siendo mayores los niveles de ambos en el grupo con deseo sexual hipoactivo (tabla 3).

En comparación con el grupo sin disfunción sexual, se encontró un monto de ansiedad rasgo y estado significativamente mayor y por encima del punto de corte en el grupo que presenta trastorno de la excitación sexual, siendo más fuerte la significancia en el factor ansiedad rasgo (tabla 4).

Al comparar el grupo sin disfunción con el grupo que presenta trastorno orgásmico femenino, se encontraron niveles más altos de ansiedad estado y de

**Tabla 2. Diferencias por grupos en ansiedad rasgo y ansiedad estado**

Factor psicológico	Punto de corte	Grupo 1 Sin disfunción sexual N=100		Grupo 2 con disfunción sexual N=100		Valor t	Sig.
		Media	DS	Media	DS		
Ansiedad estado	43	8.25	38.31	10.855	43.48	9.747	-3.544 .000***
Ansiedad rasgo	47	9.29	37.93	9.609	46.07	10.88	-5.607 .000***

\*p≤.05 \*\*p≤.01 \*\*\*p≤.001

**Tabla 3. Ansiedad estado y ansiedad rasgo en deseo sexual hipoactivo**

Factor psicológico	Punto de corte	Grupo 1 Sin disfunción sexual N=50		Grupo 2 Con deseo sexual hipoactivo N=58		Valor t	Sig.
		Media	DS	Media	DS		
Ansiedad estado	43	8.25	38.74	9.951	45.36	8.184	-3.740 .000***
Ansiedad rasgo	47	9.29	37.86	9.624	46.76	10.668	-4.556 .000***

\*p≤.05 \*\*p≤.01 \*\*\*p≤.001

**Tabla 4. Ansiedad estado y ansiedad rasgo en trastorno de la excitación**

Factor psicológico	Punto de corte	Grupo 1 Sin disfunción sexual N=50		Grupo 2 Con transtorno de la excitación N=32		Valor t	Sig.
		Media	DS	Media	DS		
Ansiedad estado	43	8.25	37.40	10.652	44.69	9.050	-3.316 .001**
Ansiedad rasgo	47	9.29	38.18	10.195	49.69	10.947	-4.768 .000***

\*p≤.05 \*\*p≤.01 \*\*\*p≤.001

**Tabla 5. Ansiedad estado y ansiedad rasgo en trastorno del orgasmo**

Factor psicológico	Punto de corte	Grupo 1 Sin disfunción N=50		Grupo 2 Con inhibición del orgasmo N=42		Valor t	Sig.
		Media	DS	Media	DS		
Ansiedad estado	43	8.25	37.40	10.652	43.74	11.576	-2.712 .008***
Ansiedad rasgo	47	9.29	18.18	10.195	47.57	11.245	-4.163 .000***

\*p≤.05 \*\*p≤.01 \*\*\*p≤.001

ansiedad rasgo, siendo más fuerte la significancia en el caso de la ansiedad rasgo (tabla 5).

Se encontraron diferencias significativas entre el grupo sin disfunción sexual y el grupo con disparesunia, manifestando éste último un mayor grado tanto de ansiedad estado como de ansiedad rasgo (tabla 6).

El grupo con vaginismo presentó una mayor ansiedad estado y ansiedad rasgo, a pesar de que ésta última no está por encima del punto de corte, siendo estas diferencias significativas con respecto al grupo sin disfunción sexual (tabla 7).

La comparación del grupo que presenta aversión al sexo se omitió porque el número de casos no permite el procedimiento estadístico.

## Discusión

La frecuencia de disfunciones sexuales encontrada en este estudio muestra una alta prevalencia de disfunciones sexuales, similar a la encontrada con anterioridad (Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez, 2005) en investigaciones realizadas con población mexicana. Esto pone de manifiesto que se trata de un proble-

ma muy frecuente en las mujeres mexicanas, por lo que es muy importante realizar investigación en torno a este tema.

Los resultados muestran que, en general, la tendencia a responder ante situaciones percibidas como amenazantes con un aumento en ansiedad (Spilberger y Díaz-Guerrero, 1975) es un factor relevante en la presencia de disfunciones sexuales. De la misma forma, sugieren que las mujeres que presentan disfunción sexual presentan también un mayor grado de ansiedad como estado transitorio, caracterizado por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos (Spilberger y Díaz-Guerrero, 1975).

Esta investigación coincide con el estudio de Andersen y Cyranowski (1995), que plantea que la sexualidad está fuertemente vinculada a las emociones, ya sea positivas, como la cercanía romántica y el amor, o negativas como la ansiedad, la culpa con respecto a la sexualidad, ser demasiado autocritica o autoconsciente en relación con lo sexual; y confronta los resultados obtenidos por diversas investigaciones, de acuerdo con los cuales la ansiedad puede intensificar la respuesta sexual, o bien, afectarla (Van Minnen y Kampman, 2000) (Palace y Gorzalka, 1990).

**Tabla 6. Diferencias en ansiedad estado y ansiedad rasgo en disparesunia**

<i>Factor psicológico</i>	<i>Punto de corte</i>	<i>Grupo 1</i> <i>Sin disfunción sexual</i> <i>N=50</i>		<i>Grupo 2</i> <i>Con disparesunia</i> <i>N=33</i>		<i>Valor t</i>	<i>Sig.</i>
		<i>Media</i>	<i>DS</i>	<i>Media</i>	<i>DS</i>		
Ansiedad Estado	43	8.25	37.40	10.652	45.15	7.259	-3.654 <b>.000***</b>
Ansiedad Rasgo	47	9.29	18.18	10.195	48.30	9.469	-4.623 <b>.000***</b>

\*p≤.05 \*\*p≤.01 \*\*\*p≤.001

**Tabla 7. Diferencias en ansiedad estado y ansiedad rasgo en vaginismo**

<i>Factor psicológico</i>	<i>Punto de corte</i>	<i>Grupo 1</i> <i>Sin disfunción sexual</i> <i>N=50</i>		<i>Grupo 2</i> <i>Con vaginismo</i> <i>N=13</i>		<i>Valor t</i>	<i>Sig.</i>
		<i>Media</i>	<i>DS</i>	<i>Media</i>	<i>DS</i>		
Ansiedad Estado	43	8.25	37.40	10.652	47.23	9.139	-3.334 <b>.003***</b>
Ansiedad Rasgo	47	9.29	38.18	10.195	46.31	9.733	-2.656 <b>.015***</b>

\*p≤.05 \*\*p≤.01 \*\*\*p≤.001

En cuanto al análisis por disfunción, las diferencias no son amplias, sin embargo, cada una presenta características particulares respecto a los niveles de ansiedad: conocerlas abre la posibilidad de explorar los distintos factores psicológicos interviniientes.

Ambos tipos de ansiedad se relacionan significativamente y de la misma forma con la dispareunia y el deseo sexual hipoactivo. Esto coincide con los hallazgos de Hartmann, Heiser, Rüffer-Hesse y Kloth (2002), quienes encontraron una alta relación entre quejas sobre la falta de deseo sexual y una tendencia a la preocupación y ansiedad; y confronta los resultados obtenidos por Elliott y O'Donohue (1997) quienes reportaron que las mujeres en condiciones de ansiedad mostraron deseo sexual subjetivo significativamente mayor con respecto al de mujeres en condiciones de no-ansiedad.

En cambio, las mujeres con trastorno de la excitación y trastorno orgásmico femenino, en comparación con el grupo sin disfunción sexual, presentaron niveles significativamente mayores en ambos tipos de ansiedad, pero esta significancia es más fuerte en el caso de la ansiedad rasgo.

Estos resultados verifican el postulado de Masters y Johnson (1966) para quienes la ansiedad era el más grande obstáculo de la excitación sexual, y lo afinan al señalar que esto se incrementa cuando existe una tendencia a responder con un aumento en ansiedad ante situaciones percibidas como amenazantes (Spilberger y Díaz-Guerrero, 1975).

Finalmente, en el caso del vaginismo, ambos tipos de ansiedad muestran una significancia menor que en las demás disfunciones, por lo que se sugiere que en el caso de esta disfunción la ansiedad juega un papel importante pero no crucial, o bien, se trata de una disfunción influida por un mayor número de factores. En un estudio anterior se relacionó un aumento en la ansiedad estado, asociado a alteraciones en la respuesta sexual femenina por temores a la sexualidad (Sánchez, Morales, González, Souza, y Romo, 1997); también en la propuesta de Basson (2005), quien considera que sentir ansiedad acerca de la seguridad (por ejemplo: miedo a un embarazo no deseado o infección de transmisión sexual o preocupaciones acerca de la seguridad física o emocional), lo apropiado de la situación o la privacidad, así como los distractores de la vida diaria o relacionados con la sexualidad (preocupación por: no excitarse lo suficiente, alcanzar el or-

gaso, la eyaculación precoz o retardada de la pareja) pueden inhibir la excitación en la mujer.

También es posible que esta situación se deba a que existiendo alguna problemática sexual, las cogniciones sean negativas, por ejemplo, miedo al fracaso, centrando la atención en el propio desempeño sexual y en señales no-eróticas, provocando un fracaso en el desempeño sexual (Barlow, 1986). Sin embargo, los alcances de este trabajo no permiten establecer relaciones causales.

## Conclusiones

El análisis realizado en esta investigación clarificó la importancia de los niveles de ansiedad en la presencia o ausencia de disfunciones sexuales.

La distinción entre ansiedad-estado, respuesta reactiva de tipo temporal ante una situación ansiógena y ansiedad-rasgo, una respuesta permanente, permitió identificar la particular relación que guarda ésta última con el trastorno de la excitación y el trastorno orgásmico femenino.

Extraer y diferenciar el papel que juega la ansiedad en cada una de las disfunciones contribuye a una comprensión más clara de los factores que ejercen influencia en la instauración, mantenimiento y curación de las disfunciones sexuales.

Sin embargo, antes de hacer generalizaciones es necesario considerar que este estudio se realizó con una población cautiva, que asiste al INPER para su atención médica y presenta algún tipo de complicación gineco-obstétrica. Por lo que es recomendable realizar investigaciones en población abierta.

Para estudios posteriores podría analizarse cómo interactúan las distintas combinaciones de disfunciones sexuales, pues de acuerdo con los datos obtenidos en esta investigación, es frecuente que una mujer presente más de una.

Asimismo es necesario ampliar el conocimiento respecto a la aversión al sexo, lo que en este estudio no fue posible ya que es una disfunción que no se presenta frecuentemente.

Como conclusión final podemos decir que, independientemente de que la disfunción sexual en una mujer tenga su origen en causas remotas orecientes, dentro del plan de tratamiento debe incluirse el manejo de la ansiedad, en sus diferentes expresiones.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2002) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Masson: Barcelona.
- Andersen, B. y Cyranowski, J. (1995) Women's sexuality: behaviors, responses, and individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6), 891-906.
- Barlow, D. (1986). Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 140-148.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172 (10), 1327-1333.
- Díaz, G., Spielberg, C. (1975). *IDARE. Inventario de Ansiedad Rasgo Estado*. México D.F.: Manual Moderno.
- Elliott, A. y O'Donohue, W. (1997). The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a nonclinical sample of heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 26 (6), 607-624.
- Hartmann, U., Heiser, K., Rüffer-Hesse, C., Kloth, G. (2002). Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World Journal of Urology*, 20 (2). 79-88.
- Hurlbert, D., Fertel, E., Singh, D., Fernández, F., Menendez, D.A., Salgado, C. (2005). The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychological adaptation of women with hypoactive sexual desire. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14 (1-2), 15-30.
- Kaplan, H. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Brunner Mazel.
- Masters, W. y Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Company.
- Morales, F., González G. (1990) Normalización del instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. *Revista Mexicana de Psicología*, 7 (1-2), 75-80.
- Palace, E., Gorazalka, B. (1990). The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (4), 403-411.
- Sánchez, C., Morales, F., González, G., Souza, M., Romo, M.C. (1997) Prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina. *Psicopatología*, 17,(4), 174-178.
- Sánchez, C., Meléndez, J., Martínez, S., Gómez, M. (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 28 (4), 74-80.
- Spielberg, C. y Díaz, G. (1970), *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)*. México: Ed. Manual Moderno.
- Spielberger, C. (1972). *Anxiety: current trends in theory and research*. New York: Academia Press.
- Souza, M., Cárdenas, J., Montero M.C., Mendoza, L., (1987). Historia clínica codificada de la sexualidad femenina. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, 55, 77-87.
- Van Minnen, A. y Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 15 (1), 47-57.