

Perfiles de los indicadores relacionados con trastornos de la excitación y el orgasmo femeninos

Profile of Indicators related to female excitation and orgasm disturbances

*Claudia Sánchez Bravo¹, Jorge Carreño Meléndez¹,
Norma Patricia Corres Ayala² y Consuelo Henales Almaraz¹*

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue identificar la frecuencia, diferencia, relación y combinación del trastorno de la excitación y trastorno orgásmico femeninos y factores interventores, a fin de generar perfiles explicativos de estas disfunciones. Los factores contemplados fueron el papel de género, autoestima, experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales. Se capturó una muestra no probabilística de 32 mujeres con trastorno de la excitación y 42 con trastorno orgásmico, que se compararon con participantes que no tuvieron ninguna disfunción sexual. En el trastorno de la excitación, los resultados muestran una baja autoestima, tendencia a presentar características de machismo o sumisión, temores a la sexualidad y problemas conyugales. En el trastorno del orgasmo, una baja autoestima, características de sumisión, pobres características de masculinidad, información sexual, temores a la sexualidad y problemas conyugales.

Palabras clave: Trastorno de la excitación; Trastornos del orgasmo; Papel de género; Autoestima; Antecedentes sexuales.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the frequency, difference, relation and combination of arousal and orgasmic female orgasmic disorders, as well as intervening factors, in order to produce explicative profiles of these dysfunctions. Factors considered included gender role, self-esteem, child traumatic sexual experience, sexual information, sexuality fears, masturbation, and conjugal problems. A non-probabilistic sample of 32 women suffering from sexual arousal disorders, and a sample of 42 women with orgasmic disorders was used. These samples were compared with participants with no sexual disfunction. Concerning the sexual arousal disorder, results showed a relationship with low self-esteem, tendency to show submissive behavior or machism, sexuality fears and conjugal problems. In the case of the female orgasmic disorder, the relationship included low self-esteem, features of submissive behavior, poor masculinity features, poor sexual information, sexuality fears and conjugal problems.

Key words: Sexual arousal disorder; Female orgasmic disorder; Gender role; Self-esteem; Sexual background.

¹ Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Montes Urales 800, Torre de Investigación, 1er. Piso, Col. Lomas Virreyes, 11000 México, D.F., tel. (55)55-20-99-00, ext. 147, correo electrónico: clausanbra@yahoo.com. Artículo recibido el 21 de abril y aceptado el 23 de octubre de 2009.

² Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, México, D.F.

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos en el estudio de los fenómenos psicológicos es la búsqueda de especificidad, sobre todo dentro del campo de la clínica, pues una de las aportaciones esperadas sería el generar indicadores que permitan un abordaje terapéutico más dirigido y eficaz.

El análisis de las disfunciones sexuales se incluye en la línea de investigación de la sexualidad humana, desarrollada en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" (INPerIER), concretamente en el Departamento de Psicología. Esta fue una necesidad generada por la alta frecuencia con que las pacientes ingresadas a la institución reportan problemas en esta área. Una primera indagación mostró que la prevalencia de las disfunciones sexuales en las mujeres fue de 52% y en los hombres de 38.8% (Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez, 2005). Posteriormente, se realizaron estudios comparativos y relacionales, de los cuales forman parte los resultados que aquí se presentan.

Respecto a los estudios comparativos hasta ahora realizados con grupos de mujeres y hombres que sufren una o más disfunciones sexuales, se ha encontrado que hay una desventaja respecto a los grupos que no las presentan (Sánchez, Morales, Carreño y Cuenca, 2007). En lo que respecta a los estudios de correlación, estos se enfocan al análisis de cada una de las disfunciones sexuales y los factores asociados. En este sentido, se publicaron los perfiles de los factores relacionados con el deseo sexual hipoactivo, tanto femenino como masculino (Sánchez, Corres, Blum y Carreño, 2009).

El objetivo del presente trabajo fue identificar la frecuencia, la diferencia, la relación y la combinación de dos disfunciones sexuales femeninas: el trastorno de la excitación y el trastorno orgásmico, así como algunos factores intervinientes, con la finalidad de generar perfiles de cada una de dichas disfunciones considerando los factores relacionados, para así aportar elementos que enriquezcan las estrategias de intervención.

El hecho de realizar estudios sistematizados sobre la sexualidad humana ha permitido entender un poco más la complejidad de la problemática sexual y sus repercusiones en el ámbito indi-

vidual, de pareja y familiar. Como antecedente, cabe mencionar que Masters, Johnson y Kolodny (1995) elaboraron el modelo de la respuesta sexual humana y sus alteraciones, o sea, las disfunciones sexuales. En el mismo sentido, los trabajos de Kaplan (1990) y de Labrador y Crespo (2001) están encaminados a conceptualizar la etiología de las disfunciones sexuales como fenómenos que se deben tanto a causas recientes como remotas, es decir, que son multicausadas.

El ciclo de la respuesta sexual humana consta de cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Esta distinción hizo posible la clasificación de las disfunciones sexuales actualmente tipificadas para diagnóstico en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association [APA], 2002).

A partir de la experiencia y la investigación clínicas, se ha observado que cuando una pareja sufre disfunción sexual como un elemento más de sus problemas maritales y no como un elemento aislado, la respuesta a la terapia sexual es poco eficaz ya que requiere de un manejo integral de la pareja y un abordaje terapéutico de sus conflictos. Lo anterior hace necesario que se analicen los factores detectados en la práctica clínica para poder ubicar las distintas combinaciones entre una disfunción sexual y otra, de modo que se pueda planear un abordaje más específico mediante el diseño de estrategias de intervención más eficaces. En esta ocasión, los factores intervinientes estudiados se dividieron en dos tipos: los de personalidad y los antecedentes sexuales.

Factores de personalidad

El rol de género es un factor de personalidad que se define como las prescripciones, normas y expectativas acordes a las reglas establecidas por la sociedad y que son introyectadas en el individuo, traducéndose en el comportamiento de hombres y mujeres, esto es, en la expresión de la masculinidad y la femineidad, las que, al polarizarse en machismo y sumisión, pueden influir negativamente en el desarrollo de la sexualidad.

La masculinidad se refiere a las conductas que están dirigidas a una acción, a la capacidad de auto-protección, autoafirmación, reflexión, abstracción

y objetividad. La feminidad alude a las características llamadas de relación, esto es, a la necesidad de involucrarse con los demás y haciendo énfasis en los sentimientos. A su vez, el machismo se refiere al culto a la virilidad, agresividad exagerada y arrogancia, y finalmente la sumisión se describe como una necesidad exagerada de mostrar una gran fuerza espiritual, con actitudes de abnegación y capacidad para soportar el sufrimiento —que además se exhibe—, y también dependencia y conformismo (Lara, 1993).

La autoestima es otro factor de personalidad, y se define como el juicio personal de valía expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo y que en gran medida determinan la conducta de las personas (Coopersmith, 1967; Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993).

Antecedentes sexuales

Estos antecedentes incluyen el reporte de haber sufrido una experiencia sexual infantil traumática, tener o no información sobre sexo, o temor a la sexualidad, practicar la masturbación durante la adolescencia y tener o no problemas conyugales.

Ahora bien, dicha división de los factores intervinientes permite proponer perfiles de los indicadores relacionados con la presencia de dos disfunciones sexuales femeninas, las cuales están clasificadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2002), a saber: *a)* trastorno de la excitación 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, y *b)* trastorno orgásmico femenino: ausen-

cia persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal.

MÉTODO

Se utilizó un diseño correlacional-multivariado, una muestra dividida en dos y observaciones independientes. Se trató de un estudio no experimental, de campo, retrospectivo y transversal.

Muestra

Se capturó una muestra no probabilística de las pacientes recién aceptadas en el INPerIER, para su atención, mediante un muestreo intencional por cuota. La muestra fue de 200 mujeres, 100 sin disfunciones sexuales (grupo 1) y 100 con disfunciones sexuales (grupo 2). En ellas se observaron el trastorno de la excitación y el trastorno orgásmico, resultados que a la vez se compararon tomando aleatoriamente 50 participantes al azar del grupo 1, con los de las participantes que no tuvieron ninguna disfunción sexual. Las participantes debieron cumplir los criterios de inclusión: edad de 22 a 45 años, educación mínima de primaria, sin diagnóstico previo de enfermedad mental o crónica que pudiera condicionar la presencia de disfunciones sexuales, y con una relación de pareja mínima de un año.

Los factores sociodemográficos controlados fueron la edad, el estado civil y la escolaridad; la variable de clasificación fue la presencia de disfunciones sexuales. El análisis descriptivo de toda la muestra indicó que tanto un grupo como los otros tenían características muy similares, al grado de ser homogéneos (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

	Sin disfunción n = 50	Con trastorno de la excitación n = 32	Con trastorno orgásmico femenino n = 42
Edad (x)	31.9 ± 5.32	33.5 ± 5.37	33.3 ± 5.62
Escolaridad (x)	10.9 ± 3.17	10.5 ± 3.32	9.3 ± 2.39
Solteras (%)	5	6.3	7.2
Casadas (%)	63	78.1	69.0
Unión libre (%)	32	15.5	23.8

Instrumentos

Para la clasificación de los grupos y con el fin de detectar el tipo de disfunciones presentadas, así como para la captura de los antecedentes sexuales, se utilizó la Historia Clínica de la Sexualidad Femenina, de Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza (1987). En cuanto a la medición del papel de género, el Inventario de Masculinidad-Feminidad (IMAFE), de Lara (1993), que mide cuatro orientaciones: Masculino, Femenino, Machismo y Sumisión. Con el objetivo de medir la autoestima, se hizo uso del Inventario de Autoestima de Coopersmith, en la validación de Lara y cols. (1993).

Procedimiento

Las participantes fueron capturadas en la consulta externa del INPerIER inmediatamente después de que se les aceptó como pacientes para su aten-

ción médica. La aplicación de los instrumentos e historias clínicas se hizo en una sola sesión de manera individual, después de haber firmado la carta de consentimiento informado requerida por el Comité de Ética de la institución. La captura duró aproximadamente un año.

RESULTADOS

La frecuencia del trastorno de la excitación fue de 32, en tanto que la del trastorno orgásmico femenino ascendió a 42. Para la comparación de los grupos, se tomaron al azar 50 participantes del grupo 1 (sin disfunción sexual), con el fin de compararlas con las participantes que presentaban trastorno de la excitación y trastorno del orgasmo (grupo 2), empleándose la prueba t para el análisis de los factores de personalidad y la X^2 en el caso de los antecedentes sexuales (Tablas 2, 3, 4 y 5).

Tabla 2. Trastorno de la excitación. Factores de personalidad.

Factores de personalidad	Punto de corte Lara (1993) Media DS	Grupo 1 sin disfunción sexual n = 50		Grupo 2 con trastorno de la excitación n = 32		Valor t	Sig.
		Media	DS	Media	DS		
Masculinidad	4.74 ± .96	4.18 ± 1.05		4.04 ± 1.00		.614	.541
Feminidad	4.74 ± 1.13	4.97 ± 1.18		4.69 ± 1.01		1.077	.285
Machismo	3.25 ± .88	2.62 ± .75		3.18 ± .83		-3.131	.002**
Sumisión	2.79 ± .72	2.48 ± .66		3.03 ± .85		-3.262	.002**
Autoestima	17 ± 5	18.52 ± 5.34		13.63 ± 5.17		4.095	.000** *

*p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001

Tabla 3. Trastorno de la excitación. Antecedentes sexuales.

Grupo 1 Sin disfunción sexual n = 50		Grupo 2 Con trastorno de la excitación n = 32		X ²	P
<i>Experiencia sexual infantil traumática</i>					
Sí presentó	7		4		
No presentó	43		28		
<i>Información sexual</i>				2.624	.118
Sí recibió	31		14		
No recibió	19		18		
<i>Temores a la sexualidad</i>				3.533	.056*
Sí presentó	7		10		
No presentó	43		22		
<i>Masturbación</i>				0.089	.956
Sí reportó	10		6		
No reportó	40		26		
<i>Problemas conyugales</i>				22.97	.000** *
Sí reportó	5		19		
No reportó	45		13		

*p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001

Tabla 4. Trastorno del orgasmo. Factores de la personalidad.

Factores de la personalidad	Punto de corte Lara (1993) Media DS	Grupo 1 Sin disfunción sexual n = 50 Media DS	Grupo 2 Con trastorno del orgasmo n = 42 Media DS	Valor t	Sig.
Masculinidad	4.74 ± 0.96	4.18 ± 1.05	3.59 ± 1.01	2.702	.008**
Feminidad	4.74 ± 1.13	4.97 ± 1.18	4.76 ± 1.23	.825	.411
Machismo	3.25 ± 0.88	2.62 ± 0.75	2.69 ± 0.95	-.367	.714
Sumisión	2.79 ± 0.72	2.48 ± 0.66	2.91 ± 0.86	-2.664	.009**
Autoestima	17 ± 5	18.52 ± 5.34	13.98 ± 5.33	4.064	.000***

*p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001

Tabla 5. Trastorno del orgasmo. Antecedentes sexuales.

Antecedentes	Grupo 1 Sin disfunción sexual n = 50	Grupo 2 Con trastorno del orgasmo n = 42	X ²	P
<i>Experiencia sexual infantil traumática</i>			1.458	.285
Sí presentó	7	10		
No presentó	43	32		
<i>Información sexual</i>			5.220	.036*
Sí recibió	31	16		
No recibió	19	26		
<i>Temores a la sexualidad</i>			3.856	.044*
Sí presentó	7	13		
No presentó	43	29		
<i>Masturbación</i>			0.643	.725
Sí reportó	10	7		
No reportó	40	35		
<i>Problemas conyugales</i>			18.010	.000***
Sí reportó	5	21		
No reportó	45	21		

*p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001

Para establecer las relaciones de cada disfunción sexual estudiada y los factores de personalidad, se utilizó el coeficiente ETA (se transformaron en variables Dummy para su análisis), y para determinar la relación de los antecedentes sexuales se utilizó la V de Cramér con los resultados que se muestran en las Tablas 6 y 7.

Tabla 6. Relación entre los factores de personalidad y las disfunciones sexuales femeninas estudiadas.

Factores de la personalidad	Trastorno de la excitación	Trastorno del orgasmo
Masculinidad		-.274**
Feminidad		
Machismo	.330**	
Sumisión	.343**	.270**
Autoestima	-.416**	-.394**

*p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001

Tabla 7. Relación entre los antecedentes sexuales y cada una de las disfunciones sexuales femeninas.

Antecedentes sexuales	Trastorno de la excitación	Trastorno del orgasmo
Experiencia sexual infantil traumática		
Información sexual		-.238*
Temores a la sexualidad	.208*	.205*
Masturbación		
Problemas conyugales	.529***	.442***

*p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001

Como último procedimiento, se realizó un análisis discriminante para tener mayor exclusión de las variables, donde se incluyeron todas las variables que tuvieron relación, encontrando los siguientes resultados:

Trastorno de la excitación: Las variables consideradas fueron machismo, sumisión, autoestima, temores a la sexualidad y problemas conyugales.

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 (Tabla 8), la matriz

de estructura con las variables que intervienen en la explicación del trastorno de la excitación (Tabla 9) y la función de los centroides de los grupos (Tabla 10).

Tabla 8. Funciones canónicas discriminantes.

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica	Prueba de la función	Lambda de Wilks	X ²	gl	Sig.
1	.620	100	100	.619	1	.617	37.3	5	.000

Tabla 9. Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas.

	Función 1
Problemas conyugales	.793
Autoestima	-.582
Sumisión	.463
Machismo	.445
Temores a la sexualidad	.270

Tabla 10. Funciones en los centroides de los grupos.

Trastorno de la excitación	Función 1
No lo presenta	-.622
Sí lo presenta	.972

En el trastorno de la excitación se obtuvo una sola función que da un factor de cinco variables, las cuales están relacionadas a la presencia de esta disfunción en las mujeres, donde se observó que los problemas conyugales son la variable que mayor contribución tiene. La segunda variable es la baja autoestima; este factor de la personalidad es importante ya que contribuye a la presencia de la mencionada disfunción de manera importante.

Respecto a las variables consideradas dentro del papel de género, se vio que se discriminaron las variables de sumisión y machismo, por lo que hay una tendencia a presentarlas, siendo la sumi-

sión la más alta, cuyas características están presentes en las mujeres con este trastorno, aunque esto parece contradictorio en cuanto que tales papeles de género pueden ser parte de la construcción interna y manifestarse de manera combinada. La última variable discriminada en esta disfunción fue la llamada "temores a la sexualidad".

Finalmente, se encontró que las mujeres se clasificaron correctamente en 82.9% de los casos, lo que muestra que en este porcentaje las mujeres con trastorno de la excitación registran una relación con los indicadores mencionados, pues es un fenómeno multifactorial, toda vez que las variables que se discriminan ofrecen una aproximación explicativa.

Trastorno del orgasmo. Las variables contempladas fueron autoestima, sumisión, masculinidad, información sexual, temores a la sexualidad y problemas conyugales.

Se obtuvo una función canónica discriminante que explica la varianza. Todas las variables fueron discriminadas por la función (Tabla 11), la matriz de estructura con las variables que intervienen en la explicación del trastorno del orgasmo (Tabla 12) y la función de los centroides de los grupos (Tabla 13).

Tabla 11. Funciones canónicas discriminantes.

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica	Prueba de la función	Lambda de Wilks	X ²	gl	Sig.
1	.378	100	100	.524	1	.726	27.8	6	.000

Tabla 13. Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas.

	Función 1
Problemas conyugales	.803
Autoestima	-.697
Masculinidad	-.463
Sumisión	.457
Temores a la sexualidad	.384
Información sexual	-.364

Tabla 14. Funciones en los centroides de los grupos.

Trastorno del orgasmo	Función 1
No lo presenta	-.557
Sí lo presenta	.663

En el trastorno del orgasmo se obtuvo una sola función que proporciona un factor de seis variables, las cuales están relacionadas a la presencia

de esta disfunción en las mujeres, donde se apreció que los problemas conyugales es la variable que mayor contribución tiene. La segunda variable es la baja autoestima, factor de la personalidad importante pues contribuye a la presencia de esta disfunción.

Respecto a las variables consideradas dentro del papel de género, se discriminaron las variables de masculinidad y sumisión, pero en sentidos contrarios; es decir, los dos papeles de género pueden ser parte de la construcción interna de dicho papel, teniendo estas mujeres características disminuidas de masculinidad y una tendencia a mostrar características de sumisión. Finalmente, las dos últimas variables discriminadas por la función fueron la presencia de temores a la sexualidad y una información sexual disminuida en las mujeres con esta disfunción.

Por último, las mujeres fueron correctamente clasificadas en 71.7% de los casos, lo que muestra que en este porcentaje las mujeres con trastorno del orgasmo tienen tales indicadores relacionados al ser un fenómeno multifactorial. De este modo, las variables que se discriminan ofrecen una aproximación explicativa.

DISCUSIÓN

Los datos encontrados permiten señalar algunos aspectos respecto de las disfunciones sexuales mencionadas. En el caso del trastorno de la excitación, se vio que está involucrada una baja autoestima, una tendencia a presentar características de papel de género de machismo o sumisión, que son los extremos de la feminidad y la masculinidad, y de manera combinada con temores a la sexualidad y problemas conyugales.

En la discusión de esta disfunción sexual y la intervención de los papeles de género de machismo y sumisión, lo que puede parecer contradictorio, Katchadurian (1990) hace referencia a que son los fenómenos de carácter psicológico del género los que se convierten en masculinidad y feminidad, estereotipos que se adquieren a lo largo del proceso de socialización y que pueden aparecer de manera combinada en una sola persona, con dos polos opuestos y negativos, que son las características de machismo y las de sumisión.

Al ser opuestos, el machismo y la sumisión vienen a dar el mismo resultado, en el sentido de que en ambos se esconde o se exhibe una baja autoestima, por lo cual coinciden.

En cuanto a los temores a la sexualidad, pueden deberse al temor de no cumplir con las respuestas y comportamientos sexuales; lo anterior es reforzado por la falta de experiencia, pues la percepción de autoeficacia consiste en la creencia de que se tiene la capacidad para lograr respuestas conductuales y afectivas en un contexto sexual; esto es, que entre mayor sea la percepción de la capacidad, habrá un mayor ajuste sexual y un aumento de la frecuencia de la actividad sexual. De ahí que el temor sea un limitante para obtener una respuesta sexual adecuada (Reissing, Laliberté y Davis, 2005). Este último punto podría estudiarse más a fondo, pues habría que explorar el tipo de temores y de dónde provienen.

En relación a los problemas conyugales, estos son un indicador que señala que la sola terapia sexual se vería limitada, pues el exclusivo manejo de los ejercicios sexuales, puede no tener éxito si la intervención no se amplía a un plan en el que se combinen otros factores, para resolver primero o de manera paralela los problemas, tanto internos como externos alrededor de la respuesta sexual.

En cuanto al trastorno del orgasmo, las variables consideradas fueron autoestima, sumisión, masculinidad, información sexual, temores a la sexualidad y problemas conyugales.

Entre los factores que intervienen, y que no han sido analizados antes, un indicador importante es la poca o inadecuada información sexual porque limita la respuesta sexual y afecta su culminación con el orgasmo. Ello confirma que la falta de una educación sexual de calidad, si bien no influye en que haya deseo y excitación, sí contribuye a la presencia del trastorno del orgasmo.

Al respecto, autores como Gruszecki, Forchuk, y Fisher (2005) señalan la importancia del nivel educativo en la respuesta sexual, pues las mujeres con poca educación pueden percibir menor placer sexual, tener una actitud menos liberal que las mujeres con un mayor nivel educativo (ya que estas últimas pueden iniciar el ejercicio de su sexualidad desde antes del matrimonio) o practicar la masturbación.

También Kinsey, Pomeroy y Martin (1953) señalan que se necesita del aprendizaje y la confianza en la pareja sexual para llegar al orgasmo, lo cual se logra con el tiempo de convivencia y con un desarrollo adecuado de la sexualidad. Esto último se corrobora en el presente trabajo al apuntar el factor de los problemas conyugales. Al respecto, cabe mencionar que se antoja un estudio más detallado de lo que las parejas entienden por “problemas conyugales”, comparados con las concepciones que tienen los hombres.

En cuanto a los temores a la sexualidad, Basson (2005) refiere que la inhibición de la respuesta sexual muchas veces se debe al temor al embarazo, a no alcanzar el orgasmo o a no responder debidamente a las expectativas del otro. Sin embargo, los temores pueden ser de otra índole y probablemente se gestan en épocas tempranas de la vida y se actualizan ante situaciones que provocan angustia. También es posible que se trate de temores que se adquirieron en la adolescencia debido a la represión, a prohibiciones rígidas hacia todo lo que implica desarrollo de la sexualidad o a la incapacidad de los padres para dar una educación sexual adecuada, así como otros aspectos de

género en los que se responsabiliza a la mujer de la satisfacción del hombre, lo que genera temor a no cumplir con esa expectativa. Otro temor es el relacionado con el temor en el varón a perder el control de la situación que involucra la relación sexual, o el temor de la mujer a manifestar abiertamente el placer por la relación sexual, lo que puede ser mal visto, según el pensamiento conservador.

La combinación de los indicadores estudiados que muestran tales disfunciones sexuales femeninas (Figuras 1 y 2) es lo que proporciona la especificidad esperada. Dichos indicadores contribuyen a un inadecuado ejercicio de la sexualidad, lo que se considera un síntoma que hay que explorar, ya que la presencia de una disfunción sexual puede ser consecuencia de una compleja construcción interna que tiene que ver con situaciones multifactoriales de las cuales se han aislado algunos factores, mismos que pueden considerarse para la generación de modelos de intervención con mayor especificidad.

Para concluir, los perfiles finales quedaron conformados de la siguiente manera:

Figura 1. Perfil de los factores de personalidad y el trastorno de la excitación femenina.

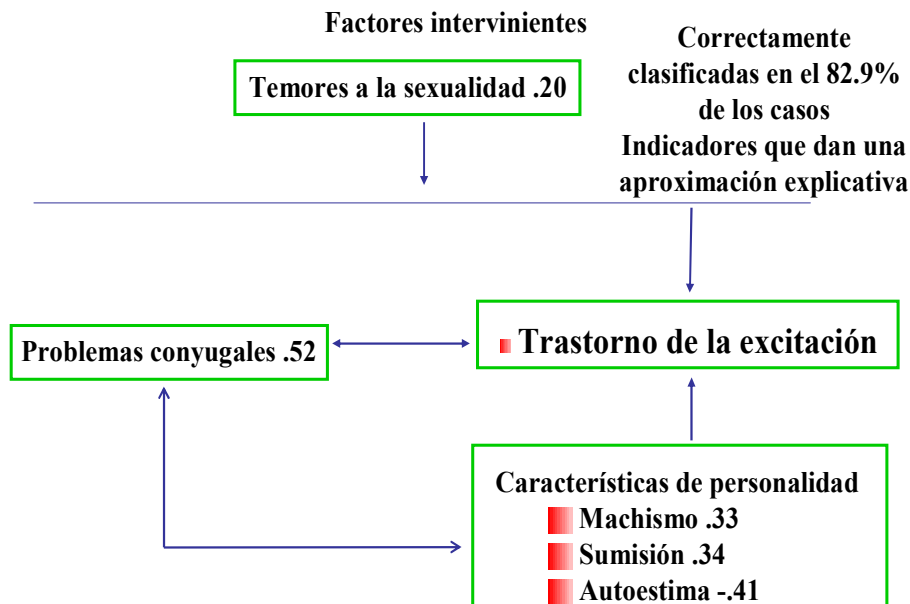
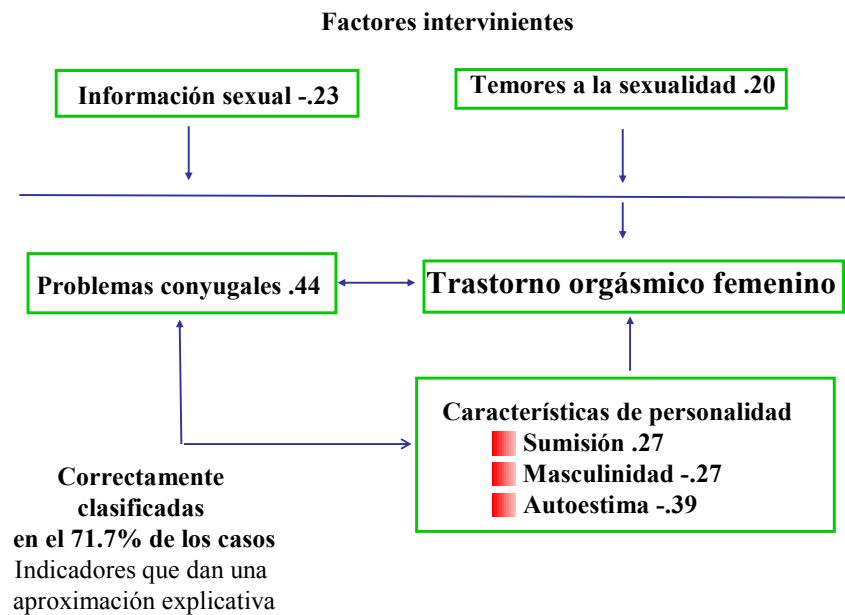


Figura 2. Perfil de los factores de personalidad y el trastorno orgásmico femenino.

Como puede verse en ambas figuras, el factor titulado “problemas conyugales”, así como también el denominado “autoestima”, alcanzan un alto índice, lo que los hace merecedores de una atención es-

pecial en estudios posteriores; aun así, destaca el primero, el cual, como ya se dijo, requiere de un análisis más específico considerando lo que mujeres y hombres señalan al respecto.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Madrid: Masson.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172, 1327-1333.
- Coopersmith, S. (1967). A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(1), 87-94.
- Gruszecki, L., Forchuk, Ch. y Fisher, W. (2005). Factors associated with common sexual concerns in women: new findings from the Canadian contraceptions study in women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14(1-2), 1-11.
- Kaplan, H. (1990). *La nueva terapia sexual*. México: Alianza Editorial.
- Katchadurian, H. (1990). *Sexuality*. En S. S. Feldman y G. R. Elliott (Eds.): *At the threshold. The developing adolescent*. Cambridge, MA: The Harvard University Press.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. y Martin, C. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Labrador, F.J. y Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13(3), 428-441.
- Lara, A. (1993). *Inventario de Masculinidad y Femenidad*. México: El Manual Moderno.
- Lara, C., Verduzco, M., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247-255.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1995). *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo.
- Reissing, E., Laliberté, G. y Davis, H. (2005). Young women's sexual adjustment: The role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion, and body attitudes. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14(3-4), 77-83.
- Sánchez, C., Carreño, J., Martínez, S. y Gómez, M.E. (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: Comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Revista de Salud Mental*, 28(4), 74-80.

- Sánchez B., C., Corres, P., Blum, B. y Carreño, J. (2009). Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Revista de Salud Mental*, 32(1), 43-51.
- Sánchez B., C., Morales, F., Carreño, J. y Cuenca, J. (2007). Disfunciones sexuales masculinas: su asociación con el malestar psicológico y los problemas conyugales en una población de la ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, 15(1), 60-67.
- Souza, M., Cárdenas, J., Montero, M.C. y Mendoza, L. (1987). Historia clínica de la sexualidad femenina. *Ginecología y Obstetricia de México*, 55, 277-287.