

Las distintas disfunciones sexuales masculinas y su relación con la ansiedad y la depresión

CLAUDIA SÁNCHEZ BRAVO,^a JORGE CARREÑO MELÉNDEZ,^a CONSUELO HENALES ALMARAZ,^a
JOSÉ GABRIEL HERNÁNDEZ ESPÍNDOLA,^a ANA CECILIA LINARES GARCÍA^b

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre los niveles de ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y depresión con las distintas disfunciones sexuales masculinas, para contar con una mayor especificidad en la intervención clínica de las disfunciones sexuales.

Material y métodos: La investigación se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), con las parejas de las pacientes aceptadas en la institución. La muestra fue de 55 hombres con deseo sexual hipoactivo, 34 con trastorno de la erección, 15 con trastorno del orgasmo y 48 con eyaculación precoz y 50 hombres sin disfunciones sexuales. Estudio de población, descriptivo, transversal, con un diseño correlacional-multivariado de una muestra dividida en dos y de observaciones independientes. Se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y la Escala de Automedicación de la Depresión (Zung); las disfunciones sexuales se detectaron con el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres y los resultados fueron clasificados de acuerdo al DSM-IV-TR, como: deseo sexual hipoactivo, trastorno de la erección, trastorno del orgasmo y eyaculación precoz.

Resultados: En el análisis de cada disfunción sexual se obtuvieron distintos resultados. El grupo de participantes con deseo sexual hipoactivo presentó ansiedad-estado moderada; en el de trastorno de la erección se encontró ansiedad-rasgo moderada; en aquellos con trastorno del orgasmo se encontró tanto ansiedad-estado como ansiedad-rasgo con niveles moderados, y en los que tenían eyaculación precoz niveles moderados de ansiedad-rasgo, a diferencia de los participantes sin disfunción sexual. En depresión no se obtuvo relación con ninguna disfunción sexual masculina.

PALABRAS GUÍA: *Disfunciones sexuales masculinas, ansiedad-rasgo, ansiedad-estado, depresión.*

^a Investigadores adscritos al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER).

^b Psicóloga tesista.

Correspondencia:

Dra. Claudia Sánchez Bravo,
Departamento de Psicología del INPerIER,
Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes,
C.P. 11000, México, D.F.
Correo electrónico: clausanbra@yahoo.com

Recibido: 13 de septiembre de 2007.

Aceptado: 26 de febrero de 2008.

INTRODUCCIÓN

La investigación de la sexualidad humana requiere de una delimitación clara y precisa del objeto a estudiar. Los estudios sistematizados de la sexualidad humana, cuyos pioneros Masters, Johnson y Kolondy¹ generaron un modelo invaluable de la respuesta sexual humana, tanto femenina como masculina, han permitido un mejor entendimiento del funcionamiento sexual de las personas. Dichos estudiosos dividieron la

respuesta sexual en cinco fases progresivas: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución, lo que permitió una descripción y delimitación de las disfunciones sexuales inherentes, aunque no siempre presentes, de la sexualidad humana.

Las disfunciones sexuales son las alteraciones persistentes y recurrentes de la respuesta sexual humana.² Son procesos de naturaleza erótica que se consideran indeseables y se presentan en forma de síndromes, es decir, como un grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares, no así las causas que las provocan, por lo que es importante generar en los centros de atención en salud, líneas de investigación dirigidas a estudiar los factores asociados.

Como lo señala Rubio y Díaz,³ los problemas sexuales impiden, en quienes los padecen, el desarrollo de una vida erótica plena con vínculos satisfactorios, lo que con frecuencia deteriora su autoestima.

En cuanto a las disfunciones sexuales masculinas, Masters, Johnson y Kolondy⁴ señalan que para la mayoría de los hombres el funcionamiento sexual se considera un patrón con el que se mide la identidad de los individuos. Por esta razón, quienes presentan dificultades en el plano sexual, a menudo se sienten avergonzados, deprimidos y angustiados, lo que los lleva a cambiar su conducta y con el paso del tiempo impacta sus vínculos afectivos.

Los estudios sobre prevalencia de disfunciones sexuales realizados en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER) y que forman parte de la línea de investigación en sexualidad humana de la institución, han encontrado una alta prevalencia de esta problemática. En una primera investigación se encontró que de las pacientes que recibieron atención institucional, 52.2% tenían alguna disfunción sexual; mientras que sus parejas 38.8% presentaron este tipo de problemas sexuales (con una o más disfunciones sexuales). El promedio de disfunciones sexuales en las mujeres fue de 2.25 y el de los hombres de 1.48.⁵

De acuerdo con la investigación realizada, las disfunciones con mayor frecuencia en hombres fueron: disritmia 21.4% (relacionada con

problema de pareja), eyaculación precoz 16.5% y deseo sexual hipoactivo 11.8%.

Los datos anteriores muestran que hay una mayor prevalencia de disfunciones sexuales en la población femenina; no obstante, los problemas sexuales encontrados en población masculina también son significativamente preocupantes, por lo que es necesario realizar estudios que permitan encontrar los factores que se relacionan con su aparición.

Desde la época de Masters y Johnson⁴ se postulaba que la presencia de ansiedad como de depresión eran un obstáculo para lograr la excitación sexual. La primera condición se conceptualiza como un conjunto de reacciones emocionales que se presentan cuando los individuos interpretan una situación como amenazante.⁶ Otros autores, en trabajos más recientes,⁷ han apoyado esta idea al identificar la ansiedad como un mecanismo crítico que interfiere con el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, lo que evita la excitación sexual fisiológica del individuo. Zumaya⁸ señala que la ansiedad es una emoción inherente al ser humano que tiene muchas vertientes, que pueden ir desde la aparición de malestar psicológico hasta el extremo de vivir situaciones de pánico, con etiología diferente. En relación a la vida sexual, existen (en ambos sexos) resultados contradictorios sobre los efectos psicológicos y físicos causados por la ansiedad y el estrés: en algunos estudios realizados en mujeres en condiciones de ansiedad, se reportaron datos significativamente más altos de deseo sexual subjetivo, en comparación con lo reportado en mujeres en condiciones de no-ansiedad.⁹ Las conclusiones de este estudio no apoyan la idea de que la ansiedad disminuya el deseo sexual, tal y como lo asumían Masters y Johnson⁴ y Palace y Gorazalka.⁷

Otra tentativa por explicar la relación entre ansiedad y la respuesta sexual la aportaron Van Minnen y Kampman,¹⁰ quienes en vez de provocar un estado de ansiedad mediante procedimientos experimentales, analizaron el funcionamiento sexual de mujeres con altos niveles de ansiedad, como es el caso de las personas que padecen algún trastorno de ansiedad. Encontraron 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 negativa que en aquellas mujeres con niveles moderados de ansiedad.

Kaplan¹¹ hace una aportación importante al referir que la ansiedad es un factor causal de las disfunciones sexuales. Al respecto, propone un modelo psicossomático para entender las disfunciones sexuales y explica que las modificaciones fisiológicas que caracterizan a la ansiedad interfieren directamente sobre los reflejos sexuales de manera inespecífica, donde la disfunción sexual sería el resultado de la competencia entre los procesos fisiológicos de la respuesta emocional recurrente e incompatible con la excitación sexual. Para explicar la especificidad, considera tres variables:

- La intensidad de la ansiedad, (determinada por la cualidad del conflicto que la genera).
- El tiempo preciso de aparición durante el encuentro sexual en el que se provoca la reacción de ansiedad.
- La respuesta de adaptación o defensa ante la reacción de ansiedad que utilice el individuo.

Asimismo, Rubio¹² considera que la ansiedad puede ser entendida como una emoción, es decir, como una experiencia humana que tiene componentes mentales (ideas y significados) y componentes fisiológicos (tanto conscientes como inconscientes), por lo que los problemas sexuales que se relacionan con la ansiedad deben entenderse en estas dos dimensiones o niveles del fenómeno.

Algunos autores, como Spielberg,⁶ identifican la presencia de dos distintos tipos de ansiedad: la ansiedad como estado, la cual es una reacción emocional compleja que es evocada en aquellas personas que interpretan situaciones concretas como personalmente amenazantes, caracterizada por ser un estado emocional transitorio, y la ansiedad como rasgo, que es relativamente estable y es definida en términos de diferencias individuales, esto es, las personas con alta tendencia a la ansiedad como rasgo perciben situaciones que interpretan como amenazantes, con una mayor intensidad que las personas que tienen bajo nivel de ansiedad basal.

Otro factor estudiado, en relación con los problemas sexuales, es la depresión, la cual es un síndrome con diferentes matices sintomáticos que afectan a la persona, tanto por el alto grado de sufrimiento psíquico, como por las secuelas personales y sociales. Este síndrome está caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, y con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social y ocupacional.¹³ Otras características de la depresión son: sentimientos de soledad, tristeza, apatía, con un concepto negativo de sí mismo (acompañado de autoreproches y culpa), con deseos de auto-castigo, disminución de la libido con cambios significativos en la actividad (retardo o agitación).¹⁴ En relación al impacto a la relación que se ha encontrado con la vida sexual, Kaplan¹⁵ la asocia como la causa más común del deseo sexual hipoactivo, refiriendo que la pérdida del deseo sexual puede ser un indicador importante o síntoma revelador de un estado depresivo, apareciendo como uno de los primeros síntomas. Esta autora la establece como causa del bajo deseo sexual, pero también se reporta como consecuencia, como lo menciona Álvarez Gayou,² quien señala que el desempeño sexual, cuando es inadecuado, destruye la propia imagen, lo que puede llevar a depresión, baja autoestima, estados de ansiedad y miedo a las relaciones sexuales,¹ lo que inhibe la excitación sexual, por lo que también el hombre puede presentar trastorno de la erección, y cuanto más intenso e insistente es el temor al fracaso, mayores son las probabilidades de que el individuo vea cumplidos sus temores y presente incapacidad para obtener y mantener la erección. Hernández y Reyes¹⁶ también mencionan la ansiedad como causa de este trastorno por la exigencia ante el desempeño sexual del individuo mismo o de la pareja o temor ante el fracaso sexual. Los mismos autores, al hablar del trastorno del orgasmo, lo relacionan con la ansiedad, la cual bloquea e inhibe la llegada al orgasmo. Esta ansiedad puede asociarse a problemas interpersonales por presentar

ansiedad anticipatoria, derivada de fracasos sexuales previos. En cuanto a la eyaculación precoz, Kaplan¹⁷ menciona que el factor responsable de esta disfunción sexual está centrado en ciertas condiciones de tensión que se dieron durante las primeras experiencias sexuales del individuo y en las cuales se estableció un patrón de eyaculación rápida, es decir, es una condición de aprendizaje.

Distintos autores han documentado una relación entre ansiedad, depresión y disfunciones sexuales, por lo que se requiere realizar su estudio en distintas poblaciones, para ver cómo se comportan estos factores en cada una de las disfunciones sexuales masculinas, lo que dará una mayor especificidad para realizar mejores planes de tratamiento. Si bien en un principio se reconocía la ansiedad como un fenómeno unitario, ahora se sabe que se trata de una construcción multifacética: cognitiva, conductual, psicológica y con componentes afectivos.⁹

Por lo anterior, el trabajo plantea el siguiente objetivo: establecer si existen diferencias entre la ansiedad-estado, la ansiedad-rasgo y la depresión, así como determinar su relación con cada una de las disfunciones sexuales masculinas.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación se llevó a cabo en el Departamento de Psicología del INPerIER y forma parte de la línea de investigación de Sexualidad Humana que se desarrolla en el instituto, la cual se abrió por la demanda de los pacientes que presentan problemas en su vida sexual. Se realizó un estudio no experimental, de campo, retrospectivo y transversal, con un diseño correlacional-multivariado.

Participantes

Se tomó una muestra por conveniencia,¹⁸ que estuvo constituida por 200 participantes hombres, que son parejas de las pacientes mujeres que acuden a la institución por un problema de riesgo reproductivo. Se trata de una muestra no probabilística, por conveniencia, realizada mediante un muestreo intencional por cuota y de observaciones independientes, dividida en dos grupos: 100

Tabla 1
Distribución de disfunciones sexuales

| Disfunción sexual | Frecuencia | % |
|--------------------------|------------|------|
| Deseo sexual hipoactivo | 55 | 36.2 |
| Trastorno de la erección | 34 | 22.4 |
| Trastorno del orgasmo | 15 | 9.9 |
| Eyaculación precoz | 48 | 31.5 |
| Total de disfunciones | 152 | 100 |

hombres que no presentaron disfunciones sexuales (grupo 1 o grupo control) y 100 hombres que sí presentaron disfunciones sexuales (grupo 2 o grupo de casos). De los cuales, 55 presentaron deseo sexual hipoactivo, 34 trastorno de la erección, 15 trastorno del orgasmo y 48 eyaculación precoz (Tabla 1).

La inclusión a uno y otro grupo fue determinada por la presencia o ausencia de disfunciones sexuales, de acuerdo con el Cuestionario de Sexualidad Versión para Hombres.¹⁹ La muestra fue capturada a lo largo de un año hasta cubrir la cuota deseada. Los criterios de inclusión fueron: ser parejas de las pacientes recién aceptadas en el INPerIER, con rango de edad de 22 a 45 años, con educación mínima de primaria (lo que permitió asegurar una adecuada comprensión de los instrumentos), tener por lo menos un año de vivir con su pareja actual, sin un diagnóstico previo de retardo mental o trastorno psicótico, ni de alguna enfermedad orgánica que pudiera estar asociada a problemas sexuales. Para clasificar la disfunción sexual de los participantes fue necesario estar por lo menos seis meses con el reporte de presentar disfunción sexual.

La clasificación de las disfunciones sexuales fueron las que están determinadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR):²⁰ deseo sexual hipoactivo, trastorno de la erección, trastorno orgásmico masculino y eyaculación precoz (el trastorno de aversión al sexo se excluyó por haber pocos casos). En relación a los factores estudiados, la ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en relación a la tendencia de las personas a responder a situaciones



percibidas como amenazantes, a ver el mundo como peligroso.⁶ Por su parte, la ansiedad-estado se refiere a una condición emocional transitoria en la que se manifiesta tensión y sentimientos subjetivos de aprehensión que se perciben conscientemente, así como un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo.⁶ En cuanto a la depresión, es un cuadro clínico caracterizado por una alteración específica en el estado de ánimo, con sensación de soledad, tristeza, apatía, con un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autoreproches y culpa, deseos de autocastigo como escaparse, morir o esconderse, el nivel de actividad muestra cambios en el sujeto que pueden expresarse en agitación o retardo.¹⁴

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el estudio fueron: para el registro de la presencia o ausencia de disfunciones sexuales se usó el Cuestionario de Sexualidad Versión para Hombres, que consta de 90 preguntas y fue diseñado en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, para obtener información sobre aspectos de la vida sexual del participante (este instrumento es una adaptación de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina).¹⁹ La versión adaptada para varones se aplica al diagnóstico de disfunciones sexuales y apoyo de los protocolos de investigación llevados a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología, sus metas son fundamentalmente clínicas y se realiza a manera de entrevista para identificar y detectar las disfunciones sexuales.

La estructura de esta historia clínica es la siguiente: aspectos generales; ficha de identificación; antecedentes y comportamiento actual de la vida sexual del participante; comportamiento sexual con la pareja actual; exploración de la presencia de disfunciones sexuales; antecedentes personales patológicos; diagnóstico; recomendaciones terapéuticas; pronóstico, y comentarios y observaciones.

Para la medición de la ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), instrumento diseñado en 1964 por Spielberger y Gorsuch, de la Universidad de Vanderbilt, construido para medir, tanto la

Ansiedad-Estado como la Ansiedad-Rasgo, en adultos normales. Este instrumento fue estandarizado para población mexicana por Díaz Guerrero²¹ con propósitos clínicos y de investigación. Está constituido por dos cuestionarios de 20 reactivos cada uno, el primero mide la Ansiedad-Estado y el segundo la Ansiedad-Rasgo. Los puntos de corte de la calificación normalizada son: para la ansiedad-estado 49 y para la ansiedad-rasgo 53, con puntajes en bruto de 36.99 ± 9.07 para ansiedad-estado y 39.37 ± 9.40 para ansiedad-rasgo.

Para medir depresión se utilizó la escala de automedición de Zung (EAMD), la cual consta de 20 reactivos. El punto de corte con los puntajes normalizados es de 50 puntos o más para depresión y el puntaje en bruto de 40.²

Procedimiento

Inmediatamente después de ser aceptadas las pacientes por la institución, se invitó a los cónyuges, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión, a participar en la investigación. La captura de la muestra se realizó en el área de Consulta Externa del instituto. Se explicó a los participantes el aspecto voluntario y que podían dejar la investigación en cualquier momento si así lo deseaban, sin menoscabo de la atención clínica que recibirían en el instituto. En caso de aceptar, los participantes firmaron la carta de consentimiento informado, avalada por el Comité de Ética. Después de obtener su consentimiento, se procedió a la aplicación del Cuestionario de Sexualidad y los instrumentos, lo cual se realizó en una sola sesión –ya que la secuencia de éstos así lo requiere– que tuvo una duración de 90 minutos. Los instrumentos fueron aplicados por un psicólogo previamente capacitado para ello, los cuestionarios se invalidaron si en alguno de ellos había tres reactivos sin contestar.

En cuanto al análisis estadístico, se calcularon medidas de tendencia central para la descripción de la muestra con los factores sociodemográficos controlados: edad, estado civil y escolaridad, así como para obtener la frecuencia de cada una de las disfunciones sexuales. Para el análisis de las variables estudiadas se utilizó estadística inferencial,

además se aplicó una *t* de Student, para la comparación con cada una de las disfunciones sexuales, para lo cual se igualó el tamaño de la muestra, entre el grupo 1 o control (del cual se tomaron sólo 50 participantes de manera aleatoria), y los grupos con cada una de las disfunciones sexuales, para evitar un sesgo en los resultados. Por último, se utilizó el coeficiente ETA con el propósito de establecer, tanto la relación como la fuerza de la misma, entre cada una de las disfunciones sexuales y los factores estudiados. El estudio se realizó con el Programa estadístico SPSS para Windows, versión 10.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de la población

Para realizar este análisis se tomaron en cuenta los totales de las muestras, tanto del grupo control como de los casos. La distribución de la muestra quedó constituida por 100 hombres sin disfunciones sexuales considerados como grupo uno o grupo control y 100 hombres con disfunciones sexuales considerados como grupo dos o grupo de casos (Tabla 2).

En cuanto a la frecuencia de las disfunciones sexuales presentadas en el grupo dos, se obtuvo un promedio de 1.52 disfunciones por hombre,

pues algunos participantes reportaron presentar más de una disfunción sexual, la frecuencia puede observarse en la tabla 1.

De los cuales 56 tuvieron una disfunción sexual, 33 presentaron dos disfunciones sexuales, 10 tuvieron tres y uno, cuatro.

Comparación con cada una de las disfunciones sexuales

Al analizar el grupo sin disfunciones sexuales con el grupo que presenta deseo sexual hipoactivo, se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad-estado (por arriba del punto de referencia) y de ansiedad-rasgo (en el límite de acuerdo al punto de referencia), siendo mayores los niveles en el grupo con deseo sexual hipoactivo (Tabla 3).

En comparación con el grupo sin disfunción sexual, en el grupo con trastorno de la erección se encontraron diferencias significativas en la ansiedad-rasgo con puntajes arriba del valor de referencia, lo que indica que los hombres con trastorno de la erección presentan sintomatología moderada de ansiedad-rasgo (Tabla 4).

Al comparar el grupo sin disfunción con el grupo que presenta trastorno del orgasmo, se encontraron niveles significativamente más altos de ansiedad-estado y de ansiedad-rasgo, con niveles mayores al valor de referencia, lo que

Tabla 2
Características sociodemográficas de los grupos

| | Grupo 1 (control) Sin disfunciones sexuales | Grupo 2 (casos) Con disfunciones sexuales |
|---------------------------|--|--|
| Edad | | |
| Promedio (DE) | 32 ± 4.97 | 33.1 ± 5.20 |
| Mediana | 31 | 33 |
| Moda | 31 | 32 |
| Rango | 22-44 | 23-45 |
| Escolaridad (años) | | |
| Promedio (DE) | 11.7 ± 2.88 | 11 ± 3.33 |
| Mediana | 12 | 11 |
| Moda | 12 | 9 |
| Rango | 6-19 | 6-20 |
| Estado civil | | |
| Solteros | 0% | 1% |
| Casados | 80% | 78% |
| Unión libre | 20% | 21% |



indica que los hombres con trastorno del orgasmo presentan sintomatología grave en ansiedad-estado y moderada en ansiedad-rasgo (Tabla 5).

En el análisis del grupo sin disfunción con el grupo que presenta eyaculación precoz, se encontraron niveles significativamente más altos de ansiedad-rasgo, con niveles mayores al valor de referencia, lo que indica que los hombres

con eyaculación precoz presentan sintomatología grave en ansiedad-rasgo. En los otros dos factores no se encontraron diferencias significativas (Tabla 6).

El segundo procedimiento de análisis estadístico, consistió en revisar las variables aisladas, para ver la fuerza de la relación de las variables estudiadas con cada una de las disfunciones sexuales, lo cual se realizó con

Tabla 3
Deseo sexual hipoactivo y ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y depresión

| Factor psicológico | Valor de referencia del instrumento | | Grupo control sin disfunción sexual (n = 50) | | Grupo casos con deseo sexual hipoactivo (n = 55) | | Valor t | Nivel de significancia |
|--------------------|-------------------------------------|--------|--|--------|--|---------|---------|------------------------|
| | Media | DS | Media | DS | Media | DS | | |
| Ansiedad-estado | 36.99 | ± 9.07 | 34.80 | ± 8.02 | 39.95 | ± 11.27 | -2.522 | 0.013** |
| Ansiedad-rasgo | 39.37 | ± 9.40 | 35.18 | ± 7.23 | 39.22 | ± 10.22 | -2.086 | 0.039* |
| Depresión | 40 | | 33.10 | ± 7.04 | 36.33 | ± 9.59 | -1.851 | 0.067 |

* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$.

Tabla 4
Trastorno de la erección y ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y depresión

| Factor psicológico | Valor de referencia del instrumento | | Grupo control sin disfunción sexual (n = 50) | | Grupo casos con trastorno de la erección (n = 34) | | Valor t | Nivel de significancia |
|--------------------|-------------------------------------|--------|--|--------|---|---------|---------|------------------------|
| | Media | DS | Media | DS | Media | DS | | |
| Ansiedad-estado | 36.99 | ± 9.07 | 34.80 | ± 9.43 | 39.15 | ± 11.07 | -1.930 | 0.057** |
| Ansiedad-rasgo | 39.37 | ± 9.40 | 35.18 | ± 9.54 | 40.62 | ± 11.23 | -2.385 | 0.019* |
| Depresión | 40 | | 33.10 | ± 8.11 | 36.62 | ± 9.99 | -1.775 | 0.080 |

* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$.

Tabla 5
Trastorno del orgasmo y ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y depresión

| Factor psicológico | Valor de referencia del instrumento | | Grupo control sin disfunción sexual (n = 50) | | Grupo casos con trastorno del orgasmo (n = 15) | | Valor t | Nivel de significancia |
|--------------------|-------------------------------------|--------|--|--------|--|---------|---------|------------------------|
| | Media | DS | Media | DS | Media | DS | | |
| Ansiedad-estado | 36.99 | ± 9.07 | 34.80 | ± 9.43 | 42.33 | ± 7.72 | -2.816 | 0.006** |
| Ansiedad-rasgo | 39.37 | ± 9.40 | 35.18 | ± 9.54 | 42.93 | ± 10.19 | -2.718 | 0.008* |
| Depresión | 40 | | 33.10 | ± 8.11 | 37.47 | ± 7.23 | -1.817 | 0.066 |

* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$.

Tabla 6
Eyacuación precoz y ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y depresión

| Factor psicológico | Valor de referencia del instrumento | | Grupo control sin disfunción sexual (n = 50) | | Grupo casos con eyacuación precoz (n = 33) | | Valor t | Nivel de significancia |
|--------------------|-------------------------------------|--------|--|--------|--|---------|---------|------------------------|
| | Media | DS | Media | DS | Media | DS | | |
| Ansiedad-estado | 36.99 | ± 9.07 | 34.80 | ± 9.43 | 38.19 | ± 11.45 | - 1.601 | 0.113** |
| Ansiedad-rasgo | 39.37 | ± 9.40 | 35.18 | ± 9.54 | 40.50 | ± 11.78 | - 2.461 | 0.016* |
| Depresión | 40 | | 33.10 | ± 8.11 | 36.06 | ± 10.22 | - 1.593 | 0.115 |

* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$.

Tabla 7
Relaciones encontradas entre los factores psicológicos y cada una de las disfunciones sexuales masculinas

| Factores psicológicos | Deseo sexual hipoactivo | Trastorno de la erección | Trastorno del orgasmo | Eyacuación precoz |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------|
| Ansiedad-estado | 0.241* | | 0.334* | |
| Ansiedad-rasgo | 0.201* | 0.255* | 0.324* | 244* |
| Depresión | | | | |

* $p \leq 0.05$.

el coeficiente ETA por el nivel de medición. Los resultados encontrados muestran una relación positiva y significativa pero moderada para el trastorno de deseo sexual hipoactivo con ansiedad, tanto estado como rasgo. Por su parte, el trastorno de la erección sólo se relacionó con ansiedad-rasgo; el trastorno del orgasmo lo fue con ansiedad tanto estado como rasgo; mientras que la eyacuación precoz con ansiedad-rasgo. Como puede observarse, la depresión no se relacionó con ninguna disfunción sexual masculina (Tabla 7).

DISCUSIÓN

En relación con la frecuencia de disfunciones sexuales, se observa que la frecuencia observada fue de 152 disfunciones, es decir, un promedio de 1.52 disfunciones por hombre, lo cual indica que la población masculina presenta una menor prevalencia de este tipo de problemas que la población femenina,⁵ pues en un estudio sobre disfunciones sexuales femeninas se encontró que el promedio encontrado para mujeres fue

de 1.82, además de que ellas tenían más factores relacionados. Esta diferencia es significativa y constituye un fenómeno que debe estudiarse y abordarse.

La disfunción sexual más frecuente encontrada fue el deseo sexual hipoactivo, seguida de la eyacuación precoz. La primera, se presentó en más de la mitad de la población estudiada, lo cual es relevante, porque es precisamente esta disfunción la que tiene un mayor impacto en la posibilidad de construir una relación de pareja, la intimidad,²³ además de que puede contribuir a empobrecer la vida en pareja, como lo han estudiado autores como Basson²³ y que impactan tanto a hombres como a mujeres.

El análisis realizado para cada disfunción sexual mostró que en cada una de ellas hay pequeñas diferencias en el comportamiento de las variables estudiadas. En el deseo sexual hipoactivo hay diferencias significativas entre el grupo control y el grupo caso, en los dos tipos de ansiedad; sin embargo, sólo en la ansiedad-estado el puntaje está por arriba del punto de referencia presentando ansiedad-



estado moderada. En el trastorno de la erección y la eyaculación precoz sólo están relacionados con la ansiedad-rasgo (por arriba del punto de referencia), que es el tipo de ansiedad relativamente estable. Las personas con alta tendencia a presentar este tipo de ansiedad perciben situaciones que interpretan como amenazantes, con una mayor intensidad que las personas que tienen bajo este tipo de ansiedad. Esto coincide con lo encontrado por Kaplan,¹⁷ en relación a los hallazgos encontrados sobre su relación con las disfunciones sexuales. En el trastorno del orgasmo se encontró relación con los dos tipos de ansiedad, tanto rasgo como estado, por arriba del punto de corte, con niveles moderados, siendo esta disfunción la que más complicaciones tienen en cuanto a los factores estudiados, pues presentan los dos tipos de ansiedad, la cual es una reacción emocional compleja, pues una situación actual se complica por un aumento en la intensidad al interpretar situaciones concretas como amenazantes. Estudios sobre disfunciones sexuales y su relación con otros factores han demostrado una desventaja, tanto en grupos de hombres con disfunciones sexuales como de mujeres, una desventaja sobre las personas que no presentan alteraciones sexuales, por lo que podemos concluir que la presencia de una disfunción sexual es un indicador de peso.^{24,25}

Algunos autores^{21,26,27} reportan en estudios llevados a cabo en mujeres, una alta relación entre quejas sobre la falta de deseo sexual y una tendencia a la preocupación y ansiedad, señalando que hay una tendencia a responder ante situaciones percibidas como amenazantes con un aumento en la ansiedad, lo que permite inferir que los hombres con algún tipo de disfunción sexual perciben la vida sexual como amenazante. Estos resultados coinciden con lo planteado por varios estudiosos de la sexualidad,^{4,7,9,12,23} para quienes la ansiedad es un obstáculo importante para obtener una respuesta sexual satisfactoria por causas como: miedo al fracaso, miedo al rechazo de la pareja, temores a la sexualidad, experiencia sexual infantil traumática, problemas conyugales, pobre comunicación marital.^{5,24,25,28} Finalmente,

observamos que la sintomatología depresiva no resultó significativa en ninguna disfunción sexual, lo que contradice lo encontrado en estudios anteriores,^{1,11} por lo que se puede inferir que su relación con depresión puede encontrarse en casos graves y como reacción a la problemática sexual.

CONCLUSIÓN

Lo que se puede concluir es que la presencia de una disfunción sexual en un hombre es un indicador de alarma importante, la especificidad la dan los resultados obtenidos en el análisis de distintos factores (en este caso la ansiedad-rasgo, la ansiedad-estado y la depresión) con cada una de las disfunciones sexuales. Esta investigación coincide con el estudio de Andersen y Cyranowski, y Sánchez, Carreño, Espíndola y Anzures,^{27,29} que plantean que la sexualidad está fuertemente vinculada a las emociones, ya sean positivas (como la cercanía romántica y el amor) o negativas (como la ansiedad, la culpa y la excesiva autocrítica en relación con la sexualidad). En las mujeres la ansiedad también se relaciona con algunas disfunciones sexuales y confronta los resultados obtenidos por diversas investigaciones, de acuerdo con los cuales la ansiedad puede intensificar la respuesta sexual, o bien, afectarla.^{7,10}

El análisis realizado en esta investigación hace evidente la importancia del estudio de la ansiedad en la presencia o ausencia de disfunciones sexuales. La distinción entre ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, permitió identificar las relaciones particulares con cada disfunción sexual masculina. También es importante el estudio de otras variables para aportar más elementos relacionados con cada disfunción sexual para poder generar planes de tratamiento integrales, tomando en cuenta estas variables, lo que permitirá un mayor éxito en el manejo de estas alteraciones.

Como conclusión final podemos decir que, independientemente de que la disfunción sexual en un hombre tenga su origen en causas remotas o recientes, en el plan de tratamiento debe incluirse el manejo de la ansiedad, en sus diferentes expresiones.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship existing between the levels of trait anxiety, state anxiety, depression and male sexual dysfunction, in order to get more specificity in sexual dysfunctions interventions.

Material and methods: This study was performed at the Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER); the participants were the male couples of the patients accepted at this institution. The sample group consisted of 55 men with hypoactive sexual desire, 34 with erection problems, 15 with orgasmic disorder, 48 with precocious ejaculation and 50 men with no sexual dysfunction. A transversal, descriptive, multivariate correlational study, consisting of one sample divided into two with independent observations. We applied the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Zung Depression Status Inventory (DSI). Sexual dysfunctions were detected by applying the Male Sexuality Questionnaire and they were classified accordingly to the DSM-IV-TR as: hypoactive sexual desire, erection problem, orgasmic disorder, or precocious ejaculation.

Results: The analysis of every sexual dysfunction revealed different results. The group of participants with hypoactive sexual desire presented moderate state anxiety; we found moderate trait anxiety in men with erection problems; in the orgasmic disorder group we found both state-trait anxiety in moderate levels and for the group of precocious ejaculation we detected moderate trait-anxiety, different to the men without sexual dysfunction. We found no relationship between depression and no sexual dysfunction.

KEY WORDS: *Male sexual dysfunction, trait-anxiety, state-anxiety, depression.*

REFERENCIAS

1. Masters W, Johnson V, Kolodny R. La Sexualidad Humana. Barcelona: Grijalbo; 1995.
2. Álvarez-Gayou JL, Sánchez D, Delfín L. Sexoterapia Integral. México: El Manual Moderno; 1986.
3. Rubio E, Díaz J. Las Disfunciones Sexuales. En: CONAPO (ed.). Antología de la Sexualidad Humana. México: Miguel Ángel Porrúa; 1994, t. 3, p. 17-46.
4. Masters W, Johnson V. Human Sexual Response. Boston: Little, Brown and Company; 1966.
5. Sánchez BC. Perfiles y factores explicativos de las disfunciones sexuales. Tesis de Doctorado. México: Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.
6. Spielberger C. Anxiety: current trends in theory and research. New York: Academic Press; 1972.
7. Palace E, Gorazalka B. The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. J Abnormal Psychol 1990; 99(4): 403-11.
8. Zumaya M. Fisiología y Fisiopatología. En: Manual Clínico de la ansiedad. México: Ciencia y Cultura Latinoamericana; 1999.
9. Elliott A, O'Donohue W. The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a nonclinical sample of heterosexual women. Arch Sex Behavior 1997; 26(6): 607-24.
10. Van Minnen A, Kampman M. The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. Sexual and Relationship Therapy 2000; 15(1): 47-57.



11. Kaplan H. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. New York: Brunner Mazel; 1979.
12. Rubio E. La angustia y los problemas sexuales. En: Manual Clínico de la Ansiedad. México: Ciencia y Cultura Latinoamericana; 1999.
13. Rojtenberg S. Depresiones y Antidepresivos: de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2001.
14. Zung WW, Durham NC. La medición de la depresión. Arch Gen Psych 1965.
15. Kaplan H. La nueva terapia sexual. México: Alianza Editorial; 1990, Vol. 1 y 2.
16. Hernández V, Reyes C. Disfunciones sexuales no orgánicas. Apsique. Disponible en: www.File//A//disfunciones sexuales no orgánicas.htm [Consultado el 14 de diciembre de 2004].
17. Kaplan H. Trastornos del deseo sexual. 1a Ed. Barcelona: Grijalbo; 1982.
18. Kerlinger F. Investigación del comportamiento: técnicas y metodología. México: McGraw-Hill; 1992.
19. Souza M, Cárdenas J, Montero MC, Mendoza L. Historia Clínica de la Sexualidad Femenina. Ginecología y Obstetricia de México 1987; 55: 277-87.
20. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
21. Díaz G, Spielberg C. IDARE. Inventario de Ansiedad Rasgo Estado. México: El Manual Moderno; 1975.
22. Zung W, Dhuram C. Self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1991; 13: 508.
23. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. Canad Med Assoc J 2005; 172(10): 1327-33.
24. Sánchez BC, Carreño MJ, Martínez RS. Disfunción sexual masculina y su relación con el rol de género y asertividad. Perinatol Reprod Hum 2002; 16(3): 123-31.
25. Sánchez C, Morales F, Pimentel D, Carreño J, Guerra G. Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. Un estudio comparativo. Perinatol Reprod Hum 2002; 16(1): 16-25.
26. Hartmann U, Heiser K, Rüffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. World J Urol 2002; 20(2): 79-88.
27. Sánchez C, Carreño J, Espíndola JG, Anzures A. Las distintas disfunciones femeninas y la relación con ansiedad rasgo-estado. Psicol Iberoamer 2007; 15: 52-9.
28. Sánchez C, Morales F, Carreño J, Cuenca J. Disfunciones sexuales masculinas: su asociación con el malestar psicológico y los problemas conyugales en una población de la Ciudad de México. Psicol Iberoamer 2007; 15: 60-7.
29. Andersen B, Cyranowski J. Women's sexuality: behaviors, responses, and individual differences. J Consult Clin Psychol 1995; 63(6): 891-906.