



Universidad de Oviedo

CENTRO INTERNACIONAL DE POSTGRADO

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

2017/2018

**DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN UNA MUESTRA DE MUJERES
USUARIAS DE UN SERVICIO DE SALUD MENTAL**

**HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE IN A SAMPLE OF WOMEN USERS OF A
MENTAL HEALTH SERVICE**

(Investigación empírica)

MARTA ARANAZ SÁNCHEZ

Oviedo, enero de 2018

Resumen

Introducción: el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo (TDSH) es la disfunción sexual más prevalente en mujeres, en cuyo origen intervienen factores de tipo biológico, psicológico y social. En este trabajo se pretende estudiar este trastorno en un grupo de mujeres usuarias de un Servicio de Salud Mental.

Método: se conformaron dos grupos, uno experimental formado por mujeres usuarias de un Centro de Salud Mental, y otro grupo control; en ambos se aplicaron pruebas para evaluar el deseo sexual y el malestar ocasionado por él, así como un cuestionario de variables sociodemográficas y clínicas.

Resultados: la prevalencia de bajo deseo es del 12.5% en el grupo control, y del 28.1% en el experimental, donde un 9.4% de las pacientes son susceptibles de padecer el TDSH. Se encuentra una correlación negativa entre la edad y el deseo sexual. También existe relación entre el nivel de deseo sexual y diagnósticos psicológicos o enfermedades somáticas (deseo más bajo en mujeres con depresión y en mujeres que padecen alguna enfermedad).

Conclusiones: el grupo de pacientes del Centro de Salud Mental tiene más riesgo de experimentar TDSH, por lo que los profesionales de salud mental sobre todo deberían poner especial atención en esta problemática y en los factores que se relacionan con ella.

Palabras clave: Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo (TDSH); Deseo sexual femenino; salud mental; Sexual Desire Inventory (SDI).

Abstract

Background: the Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) is the most prevalent sexual dysfunction among women. Biological, psychological and social factors are involved in its origin. The purpose of this research is to study this disorder in a group of female users of a Mental Health Service.

Method: two different groups were formed, one of which was experimental and composed of users of a Mental Health Centre, and one control group; in both groups, questionnaires were applied to assess sexual desire and the distress caused by it as well as several socio-demographic and clinical factors.

Results: the prevalence of low desire was 12.5% in the control group, and 28.1% in the experimental group, where 9.4% of the patients were susceptible to suffer from HSDD. A negative correlation between age and sexual desire was found. There is also a relation between sexual desire levels and psychological disorders or somatic diseases (lower desire in women diagnosed with depression or disease).

Conclusions: the group of patients of the Mental Health Centre is exposed to a higher risk of suffering from HSDD, therefore mental health professionals in particular should pay special attention to this issue and the factors related to it.

Keywords: *Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD); Female sexual desire; mental health, Sexual Desire Inventory (SDI).*

Introducción

Aproximación conceptual

La respuesta sexual de mujeres y hombres ha sido descrita a lo largo de los dos últimos siglos de diversas maneras, aunque el paradigma que ha sobresalido y marcado de forma más predominante las investigaciones en sexología es el que describe la respuesta sexual como una serie de fases o etapas. En 1966 Masters y Johnson, desde una perspectiva de corte biologicista, hablan de un ciclo de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Estos estadios corresponden a distintos niveles de excitación sexual y se refieren a las respuestas características del individuo durante el desempeño sexual (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). En 1977, Helen Kaplan introduce un nuevo modelo que divide la respuesta sexual en tres fases: deseo, excitación y orgasmo. La novedad principal de este esquema es la inclusión de una fase de deseo, previa a las anteriores, que tiene en cuenta la influencia en la respuesta sexual de percepciones subjetivas, aunque establece su origen en la activación de ciertos circuitos cerebrales; la excitación por otro lado resultaría de la vasodilatación de los vasos sanguíneos que inervan los órganos genitales y el orgasmo se produciría por la contracción de ciertos músculos genitales. Cada una de estas tres fases se podría ver afectada de forma específica por “inhibidores emocionales”, dando lugar a las diferentes disfunciones sexuales (Kaplan, 1977).

Será Schnarch en 1991 quien ponga de manifiesto un nuevo modelo de respuesta sexual que introduce la idea del deseo como un factor que se mantiene presente a lo largo de todo el proceso, que no es solo una fase previa, sino que precede y acompaña a la excitación y el orgasmo. Se trata de un modelo tridimensional, que contempla tres ejes que intervienen en la respuesta sexual: la intensidad del deseo, el nivel de excitación y el tiempo. Dicha teoría corrobora la afirmación de Kaplan en cuanto a que puede alterarse una de las fases independientemente de las demás, siendo posible la excitación o el orgasmo en ausencia de deseo (Gómez, 1995).

El deseo es un concepto difícil de definir, para Levine (2003) podría describirse como la suma de fuerzas que nos empujan hacia el comportamiento sexual. Aunque no siempre podemos distinguir qué componentes están impulsándonos a comportarnos de manera sexual en un momento dado, según este autor podemos diferenciar tres fuerzas que interactúan generando deseo sexual: *Drive (impulso)*: componente biológico de base anatómica y neuroendocrina; *Motivación*: componente psicológico influenciado por

estados mentales como la alegría o la tristeza, por aspectos relacionales como el afecto mutuo o el respeto, y por aspectos del contexto social como la duración de la relación o la infidelidad; y *Wish (deseo)*: es el componente cultural que refleja los valores y reglas sociales sobre el comportamiento sexual que se inculcan desde la infancia, y que en gran medida se ve influido por la motivación.

Bajo deseo o interés sexual

El bajo deseo sexual, o deseo sexual hipoactivo (DSH) es el problema de salud sexual más prevalente en las mujeres, tal y como reflejan multitud de estudios realizados en distintas poblaciones y revisiones de la literatura (Abdo, Valadares, Scanavino y Afif-Abdo, 2010; Brotto, 2017; Clayton et al., 2010; Goldstein et al., 2016; Mitchell et al., 2013; Ortega y Gutiérrez, 2008; Parish y Hahn, 2016). En el año 2013 la International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) puso en marcha una comisión de expertos en la que se definió este trastorno como la deficiencia persistente o recurrente, o ausencia, de fantasías sexuales y deseo hacia la actividad sexual, que conlleva un malestar significativo o dificultades interpersonales, no explicables por una condición médica o psiquiátrica; además se incluye uno de los siguientes: 1) falta de motivación por la actividad sexual manifestada por deseo sexual espontáneo reducido o ausente, o deseo reactivo reducido o ausente ante señales eróticas y estimulación, o incapacidad para mantener el deseo o el interés durante la actividad sexual, 2) pérdida de deseo para iniciar o participar en la actividad sexual, incluyendo conductas como la evitación de situaciones que pudieran conducir a la misma, no derivadas de trastornos de dolor, y combinadas con malestar clínicamente significativo (incluyendo frustración, duelo, sentimientos de incompetencia, pérdida, tristeza, preocupación...) (Goldstein et al., 2016; Parish et al., 2016).

Cambios en los manuales diagnósticos

La definición y denominación de este trastorno en los manuales diagnósticos ha ido evolucionando a lo largo de los años, así, la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR; APA, 2000) diferenciaba entre “Trastorno de deseo sexual hipoactivo” y “Trastorno de excitación femenina”, mientras que en la última edición, el DSM-5 (APA, 2014), ambos trastornos se combinan en una categoría única: el “Trastorno de interés/excitación sexual femenina”, que concibe el deseo y la excitación como partes de un continuo, no siendo necesariamente el deseo una fase previa a la actividad sexual y pudiendo este

presentarse de forma reactiva en unas condiciones adecuadas de estimulación (deseo receptivo). Además, en los nuevos criterios las fantasías ya no son un criterio principal para el diagnóstico, aspectos como la presencia de violencia de género y otros problemas relacionales se presentan como criterios de exclusión, se incluye un criterio de frecuencia (experimentar el problema en el 75-100% de las ocasiones) y se requiere una vivencia de malestar significativo, entre otros (DSM-5; APA, 2014). En la Tabla 1 se muestran los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y el DSM-5 para este trastorno.

Algunas de las razones propuestas a favor de esta nueva definición incluyen la dificultad para definir claramente el “deseo”, la observación de que las mujeres a menudo mantienen relaciones sexuales en ausencia de deseo previo, la relativa baja frecuencia de fantasías en las mujeres, la complejidad para distinguir deseo espontáneo y deseo receptivo y el solapamiento entre deseo y excitación (Brotto, 2009). Además, según Rosemary Basson (2000) la motivación (o voluntad) de las mujeres para involucrarse en una actividad sexual se deriva a menudo de una serie de "recompensas" o "ganancias" que no son estrictamente sexuales, estas recompensas son adicionales y, a menudo, de mucha más relevancia que la necesidad o urgencia biológica. Tal y como indica esta autora, las mujeres se mueven entre la neutralidad sexual y la búsqueda de estímulos necesarios para encender el deseo, en función, entre otras cosas, de las necesidades de la pareja o los beneficios potenciales o recompensas importantes (pero no necesariamente sexuales) que se derivan de la actividad sexual. La mujer puede en ocasiones experimentar deseo espontáneo en forma de pensamientos sexuales, sueños sexuales y fantasías, pero muchas mujeres que son sexualmente funcionales y se encuentran satisfechas, no tienen los marcadores convencionales del deseo sexual espontáneo, sino que experimentan otro tipo de deseo “receptivo”, que aparece de forma simultánea a la excitación sexual, en algún punto después de que las mujeres hayan escogido experimentar una estimulación sexual; esa elección está inicialmente basada en necesidades, más que en el deseo por experimentar una excitación sexual física.

Tabla 1
Criterios diagnósticos del trastorno

DSM-IV-TR	DSM-5
<p><u>F52.0 Deseo sexual hipoactivo</u></p> <p>A. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual.</p> <p>B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.</p> <p>C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.e. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.</p> <p>Especificar tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De toda la vida - Adquirido - General - Situacional - Debido a factores psicológicos - Debido a factores combinados <p><u>F52.2. Trastorno de la excitación sexual en la mujer</u></p> <p>A. 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</p> <p>B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales</p> <p>C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.e. drogas o fármacos) o a una enfermedad médica</p> <p>Especificar tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De toda la vida - Adquirido - General - Situacional - Debido a factores psicológicos - Debido a factores combinados 	<p><u>F52.22. Trastorno de interés/excitación sexual femenino</u></p> <p>A. Ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina, que se manifiesta por lo menos por una de las tres siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interés ausente o reducido de actividad sexual 2. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos 3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla 4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aprox. 75-100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada en todos los contextos). 5. Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica interna o externa (p.e. escrita, verbal, visual). 6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas las ocasiones (aprox. 75%-100%) de la actividad sexual en pareja o en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos. <p>B. los síntomas del criterio A ha persistido durante unos seis meses como mínimo.</p> <p>C. Los síntomas del criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.</p> <p>D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p.e. violencia de género) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación u otra afección médica.</p> <p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De por vida - Adquirido - Generalizado - Situacional <p>Especificar la gravedad actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leve: Evidencia de malestar leve a causa del criterio A. - Moderado - Grave

A pesar del avance que suponen estos cambios, esta nueva clasificación que implica unir los trastornos de deseo y excitación en una única entidad, ha generado controversia entre los grupos de expertos, debido al reducido soporte empírico de los nuevos criterios diagnósticos en la investigación clínica (Goldstein et al. 2016), quizás por ello la mayor parte de la investigación sobre epidemiología, manejo clínico y tratamiento de este trastorno se ha basado en los criterios del DSM-IV-TR (Parish y Hahn, 2016).

Para seguir en la línea de las investigaciones más actuales, y de acuerdo con las conclusiones obtenidas en el panel de expertos de la ISSWSH, en este estudio se trabajará con la concepción del trastorno que contempla como criterio la falta de “deseo receptivo”, examinando, además del deseo sexual espontáneo, el deseo que experimentan las mujeres como respuesta a estímulos sexuales internos y externos o acercamientos de la pareja sexual.

Prevalencia y etiología

Los estudios epidemiológicos sobre las disfunciones sexuales femeninas revelan una gran variabilidad en cuanto a la prevalencia de las mismas, tal y como puede verse reflejado en la Tabla 2, en la que figuran las prevalencias del bajo deseo sexual femenino y del trastorno de deseo sexual hipoactivo, halladas en cinco estudios realizados en diferentes poblaciones y utilizando distintos instrumentos.

Tabla 2
Estudios epidemiológicos

Autores	Prevalencia de bajo deseo	Prevalencia del trastorno de deseo sexual hipoactivo
Leiblum et al. (2006)	24-36 %	9-14%
Shifren et al. (2008)	38.7%	**
West et al. (2008)	26.1-53.7%	6.6-19.8%
Abdo et al. (2010)	**	9.5%
Raigosa y Echeverri (2012)	**	20.3%

Nota. ** No reportado

Estas discrepancias podrían ser atribuidas a las diferencias entre las muestras en las que se estudia, los instrumentos utilizados y los criterios diagnósticos aplicados, así como a diferencias culturales en cómo se definen el deseo sexual y los problemas de

deseo. Se observa que, a pesar de la variabilidad, las cifras de prevalencia son elevadas, y podrían serlo más aún, ya que este trastorno es con frecuencia infradiagnosticado (Goldstein et al., 2016) debido a que son pocas las mujeres que solicitan asistencia médica por problemas sexuales y los médicos suelen mostrarse reacios a hablar estos temas con sus pacientes (Cabello-Santamaría y Palacios, 2012). Ambas partes pueden tener actitudes, creencias y comportamientos que interfieren con una comunicación efectiva y frustran la detección y el diagnóstico de los problemas sexuales, por lo que la comunicación entre el paciente y los proveedores de cuidados sanitarios resulta esencial para el tratamiento efectivo del trastorno de deseo hipoactivo. Es responsabilidad del clínico iniciar la conversación y utilizar estrategias de comunicación apropiadas, que incluyen el uso de preguntas abiertas, empoderamiento y normalización del tema de la sexualidad (Bitzer, Giraldi y Pfaus, 2012).

La etiología del trastorno es multifactorial y de naturaleza biopsicosocial. En la revisión realizada por Malary, Khani, Pourasghar, Moosazade y Hamzehgardeshi en 2015, los autores agrupan los factores que en publicaciones previas se han relacionado con el DSH en cuatro categorías: factores biológicos, psicológicos, sociales, y relacionales. En cuanto a los **factores biológicos**, se ha dado especial importancia en la literatura al papel de las hormonas en el desarrollo del bajo deseo, en concreto a los niveles de testosterona y al cese de producción de estrógenos de los ovarios con la menopausia, sin embargo, no se han encontrado evidencias sólidas de una relación directa (Brotto, 2017). Ésta puede ser una de las razones por las cuales la falta de deseo sexual tanto espontáneo como receptivo, las dificultades de lubricación y la falta de excitación subjetiva se incrementan con la edad (Hendrickx, Gijis y Enzlin, 2014). En los resultados del estudio PRESIDE (Prevalence of Female Sexual Problems Associated with Distress and Determinants of Treatment Seeking) realizado en 2008 en una amplia muestra en Estados Unidos (Shifren et al., 2008) se encontró que la mayor prevalencia de bajo deseo asociado a malestar se encuentra en el grupo de edad comprendido entre los 45 y los 64 años, cifras que se explican porque, al igual que el bajo deseo sexual se incrementa con la edad, el malestar se reduce en edades más avanzadas (Hayes et al., 2007).

En esta categoría de factores biológicos se destaca también la relación con el bajo deseo de algunas enfermedades crónicas, como la diabetes o la hipertensión (Abdo et

al., 2010) y de ciertos tipos de medicación, como los antihipertensivos, los antidepresivos ISRS o los antipsicóticos (Basson y Schultz, 2007).

Dentro de los **factores psicológicos**, algunos de los que en estudios previos se señalan como más relevantes en el desarrollo y mantenimiento del DSH son los trastornos mentales, particularmente los relacionados con depresión y ansiedad (Brotto y Klein, 2010; Brotto, Petkau, Labrie, y Basson, 2011; Hubin, De Sutter y Reynaert, 2010; Kingsberg y Woodard, 2015; Shifren, Monz, Russo, Segreti, y Johannes, 2008). Sin embargo, estudios como el de Mehta, Walls, Blood y Shrier de 2013 o el de Fabre y Smith de 2012 encuentran que las mujeres con depresión no necesariamente presentan niveles más bajos de deseo sexual, a pesar de que la disminución del deseo sea a menudo un síntoma de depresión. Tal y como indica el primer estudio, esto es algo que debería tenerse en cuenta por parte de los clínicos, que podrían no emplear mucho tiempo en hablar con mujeres con depresión sobre su actividad sexual, asumiendo que su deseo es limitado. Por otro lado, los factores cognitivos cobran importancia en la aparición del bajo deseo: las cogniciones negativas respecto al sexo, los sentimientos de culpa y la baja autoestima y las preocupaciones por la imagen corporal son algunos de ellos (Géonet, De Sutter y Zech, 2012; Nobre y Pinto-Gouveia, 2006). A su vez, la relación entre la disfunción sexual y el estado psicológico es bidireccional, de forma que los problemas sexuales pueden propiciar un estado de ánimo más bajo, mayor ansiedad y otros síntomas psiquiátricos (Brotto, Petkau, Labrie, y Basson, 2011).

Los **factores sociales** son otro aspecto que debe tenerse en cuenta, pues los valores culturales, sociales y religiosos, sobre todo en mujeres educadas en culturas y religiones muy restrictivas y patriarcales, se relacionan también con menores niveles de deseo (Kingsberg y Rezaee, 2013). Problemas financieros, presiones relacionadas con la profesión y obligaciones familiares también pueden contribuir a la disminución del deseo sexual (Kingsberg y Woodard, 2015). Respecto a los **factores relacionales**, investigaciones previas han encontrado que el nacimiento de un niño a menudo es causa de cambios drásticos en la pareja, por lo que la presencia de niños pequeños puede relacionarse negativamente con el deseo sexual (Mitchell, Mercer, Wellings y Johnson, 2009). Algunos estudios afirman que la presencia en la pareja de una disfunción sexual (como disfunción eréctil o eyaculación precoz en una pareja masculina) tiene un impacto negativo sobre el deseo sexual de la mujer (Brotto, Bitzer, Laan, Leiblum y Luria, 2010; Rubio-Aurioles et al., 2009). También se ha observado que existe una

correlación negativa entre la duración de la relación de pareja y el deseo femenino (Bitzer et al., 2012; Klusmann, 2002), así como también hay investigaciones que reflejan la relación entre el bajo deseo sexual y dificultades de comunicación en la pareja, en concreto con dificultades para expresar necesidades sexuales, deseos y miedos (Brotto et al., 2010). Ha sido comprobada también la relación existente entre la disminución o ausencia de deseo y la insatisfacción con la relación de pareja, o una historia de maltrato físico, abuso sexual o ambos (Kingsberg y Woodard, 2015).

Tal y como reflejan varios estudios (Dennerstein, Koochaki, Barton y Graziottin, 2006; Kingsberg y Rezaee, 2013; Laumann, Paik y Rosen, 1999; Malary, et al., 2015), las mujeres que presentan este problema pueden experimentar dificultades a la hora de iniciar o mantener relaciones sexuales estables, además de insatisfacción en la relación y trastornos conyugales. Los estudios han demostrado que las mujeres con disfunciones sexuales (poco deseo, poca excitación o dolor sexual) presentan a menudo asociados sentimientos negativos en lo que se refiere a su satisfacción física, emocional y a su felicidad, repercutiendo no solo en la calidad de vida de quienes las presentan, sino también de sus parejas. Otros estudios como el de Leiblum, Koochaki, Rodenberg, Barton y Rosen en 2006 indican que, comparadas con las mujeres sin DSH, las que lo tienen refieren con mayor probabilidad una menor satisfacción con su vida sexual y su matrimonio, sentimientos de desesperanza, frustración, ira, pérdida de feminidad y baja autoestima.

Evaluación

Debido a la gran variedad de factores que pueden estar en el origen, desarrollo y mantenimiento del deseo sexual hipoactivo, la evaluación ha de cubrir diversos aspectos. Así, existen muchos cuestionarios y escalas diferentes para evaluar el deseo sexual, centrados en los factores biológicos (que ponen el foco en las enfermedades o la medicación), psicológicos, en otros problemas sexuales concomitantes... En una reciente revisión de Robert Pyke y Anita Clayton sobre el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo (TDSH) (2017) se destacan varios cuestionarios validados y de relevancia para evaluar el deseo sexual, entre ellos:

Sexual Interest and Desire Inventory – Female (SIDI-F).

Este inventario de evaluación del deseo y el interés sexual en mujeres fue desarrollado entre 2002 y 2005 por clínicos expertos, basándose en su experiencia con

pacientes (Clayton et al. 2006). Este cuestionario cuenta con 13 ítems referidos al nivel de deseo o interés por la actividad sexual, pensamientos o fantasías sexuales, receptividad, frecuencia de actividad sexual, iniciativa, malestar generado por el nivel de deseo sexual, deseo de muestras físicas de afecto, erótica y satisfacción sobre el deseo. Aunque es un cuestionario que cubre la mayor parte de criterios para el diagnóstico de DSH no cuenta con traducción ni validación específica en muestra española. En un estudio reciente, O’Loughlin, Basson y Brotto (2017) informan de su fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.92 y de su validez discriminante.

Changes in Sexual Functioning Questionnaire.

Este cuestionario, creado en 1997, es uno de los más populares en la valoración del deseo, en el contexto de los cambios en la función sexual producidos por enfermedades o medicamentos. Se ha usado en más de 70 estudios, la mayoría con pacientes con depresión. Cuenta con 10 ítems que, además del deseo sexual, exploran: pensamientos o fantasías sexuales, frecuencia de la actividad sexual, placer producido por pensamientos sexuales y erótica (Clayton, McGarvey y Clavet, 1997). Las autoras de este estudio informan de una buena validez del instrumento y de un alfa de Cronbach superior a 0.60 para todos los factores que evalúa la prueba.

Female Sexual Desire Questionnaire.

Desarrollado en el 2010, se trata de uno de los cuestionarios más completos, cubriendo un amplio rango de variables relacionadas con el deseo. El formato original cuenta con 50 ítems, lo que limita su utilización en ensayos clínicos, por ello los autores han desarrollado una forma corta compuesta por los 6 ítems con mayor carga factorial en cada uno de los 6 dominios que cubre: deseo diádico, deseo solitario, resistencia, relación positiva, autoimagen sexual y preocupación o malestar. Todos los dominios cuentan con coeficientes Alfa de Cronbach de entre 0.80 y 0.92, siendo la consistencia interna del cuestionario completo de 0.84. También cuenta con una adecuada validez de constructo (Goldhammer y McCabe, 2011).

Sexual Desire Inventory (SDI).

Fue desarrollado en 1996 a partir de consideraciones de modelos teóricos de deseo y de la experiencia clínica (Spector, Carey y Steinberg, 1996). La mayoría de sus ítems se centran en aspectos específicos del deseo por la actividad sexual (con una pareja, con una persona atractiva, en una situación romántica, con uno mismo...), explora también

pensamientos o fantasías sexuales, importancia de satisfacer el deseo sexual a través de la actividad sexual (en pareja o en solitario), así como la comparación del nivel de deseo de la persona con el de otras personas de su edad y sexo. Este cuestionario es de fácil aplicación y está traducido y validado en una muestra española (alfa de Cronbach de 0.87 para un factor y 0.88 para el otro) (Ortega, Zubeidat y Sierra, 2006). Además, evalúa de una forma amplia el deseo sexual con un número no demasiado elevado de ítems (13).

Se ha hallado muy poca bibliografía sobre deseo sexual en nuestro país, y en concreto muy pocas investigaciones de corte experimental, por lo que prácticamente la totalidad de los estudios citados sobre bajo deseo sexual se han llevado a cabo en otros países. Además, en la búsqueda bibliográfica realizada no se ha encontrado ningún estudio que investigue acerca de la prevalencia o variables relacionadas con este trastorno en población usuaria de servicios de salud mental, población que, a priori, podría inferirse como de mayor riesgo para padecer dicho trastorno, debido a los factores psicológicos que se asocian con el mismo.

Objetivos del estudio

El primer objetivo del presente estudio será estimar la prevalencia tanto del bajo deseo sexual, como del Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo en una muestra de mujeres usuarias de un servicio de salud mental de nuestra comunidad, para ver cuál es su alcance y comprobar si la presencia de otros trastornos psicológicos como ansiedad o depresión puede influir en que la prevalencia sea mayor en esta población, o si dicha prevalencia es equiparable a la obtenida en un grupo control de mujeres no usuarias de servicios de salud mental.

Por otro lado, se pretende observar si el nivel de deseo se relaciona de alguna manera con otras variables de tipo sociodemográfico y clínico, tales como: edad, tener pareja, duración de la relación, tener hijos, convivir con la pareja, nivel de estudios, enfermedades somáticas, medicación o consumo de drogas.

Alcanzar un conocimiento más amplio acerca de este fenómeno, que no cuenta con un gran campo de investigación en nuestro país, permitirá a los profesionales de la salud abordarlo de una forma global y tomar conciencia de su prevalencia e impacto sobre el estado psicológico de quienes lo sufren. El objetivo último será mejorar la

comprensión de esta problemática, para así poder emprender estrategias encaminadas a superarla y mejorar la salud general de los pacientes.

Método

Participantes

Para la realización de este estudio se conformaron dos grupos de mujeres: un grupo control y un grupo experimental de pacientes del Centro de Salud Mental de la Magdalena (Avilés).

Grupo control: se compuso de 32 mujeres de diferentes entornos. Los requisitos para formar parte de la investigación que debían reunir las mujeres de este grupo fueron firmar el consentimiento informado (Anexo II) y no estar acudiendo en la actualidad a ningún servicio de salud mental, público o privado. La media de edad de este grupo fue de 44.63 años (DT = 10.88).

Grupo experimental: se compuso de pacientes del Centro de Salud Mental de La Magdalena, en Avilés, que estaban acudiendo a consultas con psicología clínica y/o psiquiatría en el mes de septiembre. El único requisito para participar en la investigación ha sido firmar el documento de consentimiento (Anexo III) para hacer uso de los datos recogidos. Se contó con una muestra de 32 pacientes, con una media de edad de 45.63 años (DT = 14.65).

Instrumentos

Para la recogida de datos de este estudio se emplearon diferentes instrumentos, que pasarán a describirse a continuación.

Instrumentos para obtener datos sociodemográficos y clínicos.

Cuestionario (Anexo IV).

Está compuesto por once ítems de respuesta dicotómica, de elección múltiple o respuesta abierta, que exploran las siguientes variables: edad, estado civil, tener pareja y duración de la relación, número de hijos, convivencia, nivel de estudios, situación laboral, enfermedades diagnosticadas, medicación que toman, consumo de alcohol y consumo de drogas. En el grupo control este cuestionario incluyó un ítem más: ¿Acude

actualmente a algún/a profesional de salud mental (psicólogo/a o psiquiatra)? Las personas que contestaron “sí” a este ítem fueron excluidas de la muestra.

Revisión del historial clínico.

Además de la administración de este cuestionario, en el grupo experimental se procedió posteriormente a una revisión del historial clínico de salud mental de cada paciente, con el objetivo de obtener datos sobre diagnósticos de trastornos psicológicos, y en algunos casos para completar datos del cuestionario de variables sociodemográficas y clínicas que la paciente no hubiese sabido contestar.

Instrumentos para evaluar el nivel de deseo sexual (Anexo V).

SDI (Sexual Desire Inventory) (Spector, Carey y Steinberg, 1996).

Este inventario está compuesto por 13 ítems: Los ítems 1, 2 y 10 se puntúan en una escala tipo Likert de 0 (Nunca) a 7 (Más de una vez al día); el resto de ítems se puntúan desde 0 (Ningún deseo) hasta 8 (Fuerte deseo). Por tanto, el rango de puntuación total de la escala es de 0-101. Estos ítems exploran diferentes aspectos del deseo ante la idea de la actividad sexual con una pareja, con una persona atractiva o en una situación romántica (deseo sexual diádico, ítems del 1 al 9) o con uno mismo (deseo sexual solitario, ítems del 10 al 13), explora también la frecuencia de pensamientos o fantasías sexuales y el nivel de deseo que le generan, la importancia que tiene para la persona satisfacer su deseo sexual a través de la actividad sexual (en pareja o en solitario) y por último, hace referencia al nivel de deseo de la persona comparada con otras de su misma edad y sexo. En el cuestionario original hay un ítem más, haciendo un total de 14, en el que se pregunta a la persona por el malestar que le ocasiona la abstinencia de actividad sexual, sin embargo, este ítem ha sido eliminado de la versión española del inventario. Ortega, Zubeidat y Sierra realizan en 2006 un estudio sobre las propiedades psicométricas de este cuestionario, adaptado al español y aplicado en una muestra de 608 participantes de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 13 y los 43 años. En dicho estudio dan cuenta de una adecuada estructura factorial del instrumento (dos factores): deseo sexual diádico (ítems 1-9) y deseo sexual solitario (ítems 10-13). La consistencia interna del primer factor se corresponde con un alfa de Cronbach de .87 y el segundo de .88, con una correlación entre ambos factores de .49 ($p < .001$). Se comprueba también la validez de constructo del cuestionario. Los autores informan además de una adecuada fiabilidad test-retest ($r_u = .76$ tras un mes) (Carey,

1995, citado por Spector, Carey y Steinberg, 1998). En la muestra del presente estudio se realiza un análisis de fiabilidad, obteniendo un alfa de Cronbach de .94.

Escala de deseo receptivo (DSR).

De forma adicional se añadieron al SDI 7 ítems más de elaboración propia sobre el deseo sexual receptivo (ítems 14-20), basándonos en los criterios del DSM-5 y en una revisión de la literatura sobre lo que se entiende por “receptividad” en cuanto a la actividad sexual, Los ítems 14, 15 y 18 se puntuaron en una escala Likert de 0 a 8, y los ítems 16, 17, 19 y 20 en una escala Likert de 0 a 4. El rango de puntuación total sería por lo tanto de 0 a 40 puntos. Se analiza la fiabilidad de esta escala, resultando un alfa de Cronbach de .82 para el total de la muestra.

Medida del malestar

El ítem 21 se creó para evaluar el malestar que ocasiona a la mujer su nivel de deseo sexual (el malestar asociado es un criterio necesario para hablar de trastorno de deseo sexual hipoactivo). La respuesta a este ítem se puntuó en una escala Likert de 0 a 8 (siendo 0 ningún malestar, y 8 mucho malestar).

Aunque existen otros cuestionarios que evalúan el deseo sexual, lo hacen como parte de una valoración más amplia de la disfunción sexual femenina, en la que el deseo sexual se explora de una forma menos exhaustiva con un número reducido de ítems. En otros casos se trata de instrumentos creados para ser aplicados por el clínico, y no de forma autoadministrada, que en el caso de la muestra de este estudio se presentaba como la opción más adecuada.

Procedimiento

Antes de comenzar esta investigación, se pidió permiso a la Comisión de Investigación del Área Sanitaria III (Avilés) del Hospital Universitario San Agustín (HUSA), de la cual depende el Centro de Salud Mental de La Magdalena de Avilés, para poder hacer uso de los recursos materiales y personales de dicho centro y contar con la colaboración de sus pacientes. Tras informar al comité de los objetivos y plan de trabajo del presente estudio, se obtuvo su aprobación (Anexo I).

La recogida de todos los datos del grupo experimental se realizó durante el mes de septiembre. Para contactar con las pacientes se contó con la colaboración de varios profesionales del centro de salud (psicólogas clínicas y psiquiatras), que remitieron a las

pacientes interesadas en participar tras finalizar sus consultas. Después de firmar el documento de consentimiento informado, se administró a cada una de las usuarias el SDI (Sexual Desire Inventory) con los ítems añadidos sobre deseo sexual receptivo y malestar, en presencia de la responsable del estudio, que estuvo disponible para resolver posibles dudas respecto a las preguntas del inventario. Posteriormente se procedió a la administración del cuestionario de variables sociodemográficas, mediante entrevista individual con cada paciente. El tiempo total de administración fue de entre 5 y 10 minutos. Una vez recogidos estos datos, se procedió a revisar el historial clínico de cada paciente para obtener información respecto a sus diagnósticos en salud mental.

En el grupo control los datos fueron recogidos en el mes de noviembre. Para seleccionar a las mujeres de este grupo, se realizó un muestreo de conveniencia, por el procedimiento de bola de nieve: se contactó con 15 personas de diferentes entornos, que a su vez proporcionaron los cuestionarios a varias mujeres de edades similares a las del grupo experimental. En este grupo tanto el cuestionario de variables sociodemográficas y clínicas, como el inventario de deseo y malestar, fueron autoadministrados. La respuesta a la pregunta “¿Acude actualmente a algún/a profesional de salud mental (psicólogo/a o psiquiatra)?” sirvió como criterio de exclusión: tan solo las que contestaron “no”, fueron incluidas en la muestra.

Análisis de los datos

Los datos obtenidos en la investigación se han analizado utilizando el paquete estadístico SPSS 20.0 (IBM). Se ha creado una base de datos en la que se ha introducido toda la información recogida de las mujeres del grupo control y del grupo experimental, tanto de las variables sociodemográficas (edad, estado civil, pareja, duración de la relación, hijos, convivencia, nivel de estudios y situación laboral), como de las variables clínicas (enfermedades diagnosticadas, medicación, consumo de alcohol y/o drogas y diagnósticos de salud mental). Así mismo se han añadido para cada sujeto las respuestas a todos los ítems del cuestionario de deseo sexual.

Se han llevado a cabo análisis descriptivos y de frecuencias para todas las variables recogidas. También se ha realizado un análisis de fiabilidad de las escalas del cuestionario de deseo (SDI y DSR) en el total de la muestra.

El diseño utilizado para examinar la relación entre las distintas variables sociodemográficas cuantitativas y las puntuaciones en las escalas de deseo y el ítem “malestar” ha sido el correlacional bivariado, mediante la aplicación de la prueba de correlación de Pearson. Para comparar los grupos control y experimental en las variables sociodemográficas y clínicas se han utilizado pruebas Chi cuadrado, y para compararlos en las puntuaciones de las distintas escalas se ha utilizado la prueba T. Se han utilizado también el ANOVA y contrastes post-hoc T3 de Dunnett, el ANCOVA y pruebas T para comprobar si existe alguna relación entre las puntuaciones en las escalas de deseo y el resto de variables categóricas sociodemográficas y clínicas. Se ha analizado el tamaño del efecto para las pruebas T con el estadístico d de Cohen, y para las pruebas Chi cuadrado con la V de Cramer.

Resultados

La muestra total estuvo compuesta por 64 mujeres, con una media de edad de 45.13 años y DT de 12.81 puntos.

La Tabla 3 muestra las diferencias entre los grupos control y experimental en las categorías de las variables sociodemográficas estudiadas, mientras que en la Tabla 4 figuran las diferencias en cuanto a las variables clínicas.

Debido a la gran diversidad existente en las variables “enfermedades diagnosticadas”, “medicación” y “diagnósticos en salud mental”, las categorías de las mismas se han agrupado. Para la variable “enfermedades” se han tomado como referencia aquellas categorías con una mayor frecuencia de aparición en la muestra: fibromialgia, diabetes, colesterol y problemas de tiroides. El resto de las enfermedades se han agrupado en la categoría “otra”. En el caso de la variable “medicación”, las categorías de mayor frecuencia han sido: antidepresivos ISRS, ansiolíticos, antiepilépticos y otros antidepresivos. Las demás medicaciones, con una frecuencia menor a 4 en la muestra, se han incluido en la categoría “otra”. En cuanto a la variable “diagnósticos de salud mental” (recogida solo en el grupo experimental), se agruparon en cuatro categorías generales: “depresión” (se incluyen los trastornos depresivos recurrentes, los distímicos, y los trastornos adaptativos depresivos), “ansiedad” (engloba los trastornos de ansiedad y los trastornos adaptativos con sintomatología ansiosa),

“mixto ansioso-depresivo” (comprende los trastornos mixto ansioso-depresivo, y adaptativo con sintomatología mixta) y “otros”.

Tabla 3

Diferencias entre los grupos en cuanto a las características sociodemográficas

N=64		Grupo control	Grupo experimental	t	gl	p	d
		(n=32)	(n=32)				
		M (DT)	M (DT)				
Edad		44.63 (10.88)	45.63 (14.64)	.31	57.22	.758	0.03
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>V</i>
Estado civil	Casada	14 (43.8)	16 (50)				
	Soltera	10 (31.3)	8 (25)				
	Viuda	1 (3.1)	1 (3.1)				
	Divorciada	4 (12.5)	6 (18.8)				
	Pareja de hecho	3 (9.4)	1 (3.1)				
Pareja	Sí	25 (78.1)	21 (65.6)	.69	1	.404	.14
	No	7 (21.9)	11 (34.4)				
Hijos	Sí	15 (46.9)	25 (78.1)	5.40	1	.020*	.32
	No	17 (53.1)	7 (21.9)				
Convivencia en pareja	Sí	22 (68.8)	18 (56.3)	.60	1	.439	.13
	No	10 (31.3)	14 (43.8)				
Nivel de estudios	Primaria/sin estudios	3 (9.4)	6 (18.8)				
	Secundaria/FP	10 (31.3)	20 (62.5)				
	Universitaria	19 (59.4)	6 (18.8)				
Situación laboral	Trabajo	23 (71.9)	13 (40.6)				
	Desempleada	3 (9.4)	7 (21.9)				
	Estudiante	2 (6.3)	2 (6.3)				
	Jubilada	0 (0)	1 (3.1)				
	Cuidado del hogar/hijos	4 (12.5)	7 (21.9)				
	Incapacidad	0 (0)	2 (6.3)				
	Trabajo	23 (71.9)	13 (40.6)				
	No trabajo	9 (28.1)	19 (59.4)				

Nota. * $p < .05$, M=media, DT=desviación típica, t=valor de la t de Student, gl=grados de libertad, χ^2 =chi cuadrado, d=valor d de Cohen (valores absolutos entre .20 y .35 indican tamaño del efecto pequeño, hasta .80 mediano y $> .80$ tamaño grande), V= V de Cramer (entre .12 y .35 tamaño del efecto pequeño, hasta .65 efecto mediano y $> .65$ efecto grande).

Tabla 4
Diferencias entre los grupos en cuanto a las variables clínicas

N=64		Grupo control	Grupo experimental	χ^2	gl	p	V
		(n=32)	(n=32)				
		n (%)	n (%)				
Alcohol	Sí	23 (71.9)	14 (43.8)	4.10	1	.043*	.28
	No	9 (28.1)	18 (56.3)				
Drogas (Tabaco)	Sí	10 (31.3)	12 (37.5)	.07	1	.792	.07
	No	22 (68.8)	20 (62.5)				
Enfermedades	Ninguna	24 (75.0)	10 (31.3)	10.60	1	.001*	.44
	Fibromialgia	1 (3.1)	8 (25.0)				
	Diabetes	1 (3.1)	3 (9.4)				
	Colesterol	1 (3.1)	3 (9.4)				
	Tiroides	0 (0.0)	4 (12.5)				
	Otras	6 (18.8)	18 (56.3)				
	Alguna	8 (25.0)	22 (68.7)				
	Ninguna	24 (75.0)	10 (31.3)				
Medicación	Ninguna	24 (75.0)	2 (6.3)	28.57	1	<.001**	.70
	Antidepresivo ISRS	0 (0.0)	12 (62.5)				
	Ansiolítico	0 (0.0)	10 (31.3)				
	Antiepiléptico	0 (0.0)	6 (18.8)				
	Otros antidepresivos	0 (0.0)	5 (15.6)				
	Otra	8 (25.0)	13 (40.6)				
	Alguna	8 (25.0)	30 (93.7)				
	Ninguna	24 (75.0)	2 (6.3)				
Diagnósticos de salud mental	Ninguno	No se aplica	2 (6.3)				
	Depresión		13 (40.6)				
	Ansiedad		4 (12.5)				
	Mixto ansioso-depresivo		7 (21.9)				
	Otro		6 (18.8)				

Nota. *p<.05, **p<.001, χ^2 =chi cuadrado, gl=grados de libertad, V= V de Cramer.

Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) se comprueba que las puntuaciones del SDI (ítems 1-13), el DSR (ítems 14-20) y el total del test (ítems 1-20) siguen una distribución normal en los dos grupos. Se aplica la prueba T para ver si existen diferencias significativas entre los grupos control y experimental en dichas puntuaciones, no encontrándose estas diferencias (Tabla 5).

Analizando los ítems del cuestionario por separado tampoco se encuentran diferencias significativas. Las medias de puntuaciones en las escalas de deseo son mayores en el grupo control.

Tabla 5
Medias de las puntuaciones en el cuestionario y prueba T

	Grupo control (n=32)		Grupo experimental (n=32)		t	gl	p
	M	DT	M	DT			
SDI	48.47	18.64	43.56	28.18	-.82	53.77	.415
DSR	24.44	6.21	20.44	11.00	-1.79	48.94	.080
TOTAL_TEST	72.91	23.89	64.00	37.55	-1.13	52.56	.263

Nota: M=media; DT=desviación típica; t=valor de la t de Student; gl=grados de libertad.

Las diferencias entre los grupos para la variable “malestar” (ítem 21) se comprueban con la prueba U de Mann Whitney ya que esta variable no tiene una distribución normal ni en el grupo control (Z de K-S=1.83, p=.002) ni en el grupo experimental (Z de K-S=2.02, p=.001). Las diferencias no son significativas (p=.742 para el SDI, p=.172 para el DSR y p=.600 para el total del test).

Las puntuaciones en el total del test de deseo se han agrupado en tres rangos: muy bajo o bajo (0-50), medio (51-75) y alto o muy alto (76-141), y las puntuaciones en el ítem de malestar también: bajo (0-2), moderado (3-5) y alto (6-8). En la Tabla 6 se muestran las frecuencias de estas puntuaciones en cada uno de los grupos.

Tabla 6
Distribución en los grupos de los niveles de deseo y malestar y Chi cuadrado

		Grupo control (n=32)	Grupo experimental (n=32)	Total (N=64)	χ^2	gl	p
		n (%)	n (%)	n (%)			
Nivel de deseo	Muy bajo-bajo	4 (12.5)	9 (28.1)	13 (20.3)	3.755	2	.153
	Medio	13 (40.6)	7 (21.9)	20 (31.2)			
	Alto-muy alto	15 (46.9)	16 (50.0)	31 (48.5)			
Nivel de malestar	Bajo	27 (84.4)	21 (65.6)	48 (75.0)			
	Moderado	4 (12.5)	3 (9.4)	7 (10.9)			
	Alto	1 (3.1)	8 (25.0)	9 (14.1)			

Nota. χ^2 =chi cuadrado; gl=grados de libertad.

Niveles muy bajos o bajos de deseo, unidos a niveles altos de malestar serían dos condiciones necesarias para poder hablar de trastorno de deseo hipoactivo. Ambos requisitos se dan en 3 mujeres del grupo experimental (el 9.4% de las mujeres usuarias de salud mental). En el grupo control no se encuentra ningún caso.

Para comprobar la relación entre las variables “edad” y “duración de la relación de pareja” y las puntuaciones en las escalas de deseo y malestar se aplica la prueba de correlación de Pearson. Se encuentra una correlación negativa significativa entre la edad

y las puntuaciones en el SDI ($r=-.564$, $p<.001$), el DSR ($r=-.453$, $p<.001$) y el total del test ($r=-.557$, $p<.001$). Las puntuaciones en ambas escalas y en el total también correlacionan negativamente de forma significativa con la duración de la relación de pareja: a mayor duración de la relación, puntuaciones más bajas en el SDI ($r= -.505$, $p<.001$), el DSR ($r= -.514$, $p<.001$), y el total del test ($r=-.530$, $p<.001$). La edad es una variable altamente relacionada con la duración de la relación, por lo que podría estar contaminando la correlación de esta con las puntuaciones en el test; para controlar su efecto se realiza una prueba de correlación parcial entre la duración de la relación y las puntuaciones en las escalas del test y el total controlando la variable “edad”, obteniendo que no existe relación significativa entre ellas ($r=-.047$, $p=.762$ para el SDI; $r=.126$, $p=.415$ para el DSR y $r=.074$, $p=.634$ para el total). El grado de malestar no correlaciona ni con la edad ni con la duración de la relación.

Para ver si las variables dicotómicas “pareja”, “convivencia con la pareja”, “alcohol” y “tabaco” influyen en el nivel de deseo se realizan pruebas T (Tabla 7). Solo se encuentran diferencias entre el grupo que consume alcohol y el que no consume.

Tabla 7
Pruebas T para dos muestras independientes.

Variable de agrupación		N	M (DT)	t	gl.	p	d	
Pareja	SDI	sí	46	45.02 (22.71)	-.53	62	.598	-.14
		no	18	48.56 (27.02)				
	DSR	si	46	23.15 (8.17)	1.00	62	.319	.25
		no	18	20.61 (11.15)				
	TOTAL_TEST	si	46	68.17 (29.59)	-.11	62	.911	-.03
		no	18	69.17 (36.99)				
Convivencia en pareja	SDI	sí	40	43.33 (23.38)	1.16	62	.247	-.29
		no	24	50.50 (24.41)				
	DSR	sí	40	22.65 (8.47)	-.24	62	.811	.06
		no	24	22.08 (10.22)				
	TOTAL_TEST	sí	40	65.98 (50.56)	.80	62	.422	-.15
		no	24	72.58 (33.36)				
Alcohol	SDI	sí	37	51.46 (18.33)	2.06	41.35	.045*	.53
		no	27	38.56 (28.49)				
	DSR	sí	37	24.73 (6.90)	2.29	41.16	.027*	.38
		no	27	19.30 (18.80)				
	TOTAL_TEST	sí	37	76.19 (23.63)	2.21	40.50	.032*	.58
		no	27	57.85 (37.89)				
Tabaco	SDI	sí	22	51.45 (23.26)	-1.32	62	.189	.35
		no	42	43.17 (23.91)				
	DSR	sí	22	23.05 (9.30)	-.38	62	.702	.10
		no	42	22.12 (9.08)				
	TOTAL_TEST	sí	22	74.50 (31.16)	-1.11	62	.270	.29
		no	42	65.29 (31.65)				

Nota. * $p<.05$, M=media; DT=desviación típica; t=valor de la t de Student; gl=grados de libertad; d=valor d de Cohen.

Esta relación podría estar condicionada por la edad, puesto que las mujeres que consumen alcohol en esta muestra son más jóvenes. Se realizan ANCOVAs utilizando la edad como covariable, el consumo de alcohol como factor y las puntuaciones en el total del test y en sus dos subescalas como variables dependientes. El efecto de la variable “alcohol”, eliminando el efecto de la edad, no es significativo en la puntuación del total del test ($p=.438$), tampoco en la puntuación en el SDI ($p=.584$) ni en la del DSR ($p=.238$).

En cuanto a la relación entre tener hijos o no tenerlos, y las puntuaciones en el test, también aquí puede estar influyendo la edad, ya que las mujeres con hijos también tienen una media de edad más elevada en esta muestra. Se separa la muestra en cuatro grupos (grupo 1: de 21 a 30 años, grupo 2: de 31 a 40 años, grupo 3: de 41 a 50 años y grupo 4: de 51 a 67 años) y se comprueban las diferencias entre las que tienen hijos y las que no con pruebas T en cada uno de ellos. Las pruebas T no resultan significativas para ninguna de las variables en el grupo 1 ($t_{SDI(9)}=1.46$, $p=.178$; $t_{DSR(9)}=1.84$, $p=.098$ y $t_{TOTAL_TEST(9)}=1.86$, $p=.095$), ni en el grupo 2 ($t_{SDI(12)}=-.97$, $p=.350$; $t_{DSR(12)}=-.24$, $p=.811$ y $t_{TOTAL_TEST(12)}=-.88$, $p=.396$), ni en el grupo 3 ($t_{SDI(13)}=.48$, $p=.637$; $t_{DSR(13)}=1.26$, $p=.228$ y $t_{TOTAL_TEST(13)}=.69$, $p=.497$) ni en el grupo 4 ($t_{SDI(22)}=-.86$, $p=.397$; $t_{DSR(22)}=-1.15$, $p=.259$ y $t_{TOTAL_TEST(22)}=-.98$, $p=.336$).

Se realizan ANOVAs para comprobar si existen diferencias en las puntuaciones del test entre los grupos definidos por la variable “estado civil” ($F_{SDI(4, 59)}=1.38$, $p=.251$; $F_{DSR(4, 59)}=1.15$, $p=.342$ y $F_{TOTAL_TEST(4, 59)}=1.41$, $p=.240$) y entre los grupos definidos por la variable “nivel de estudios” ($F_{SDI(2, 61)}=2.40$, $p=.099$; $F_{DSR(2, 31.50)}=2.45$, $p=.102$ y $F_{TOTAL_TEST(2, 28.86)}=2.51$, $p=.098$). Las diferencias no son significativas para ninguno de los grupos.

Mediante un ANOVA se exploran las diferencias entre los distintos diagnósticos de salud mental (depresión, ansiedad, mixto ansioso-depresivo y otros) en cuanto a las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de deseo (Tabla 8). El supuesto de homoscedasticidad se incumple para la escala SDI y para el total del test, por lo que se aplica en estos casos la prueba de Brown-Forsythe, obteniendo valores de F significativos.

Tabla 8
ANOVA para el factor Diagnóstico en salud mental

	gl1	gl2	F	p
SDI	3	19.206	5.593	.006*
DSR	3	26	1.945	.147
TOTAL_TEST	3	19.107	5.389	.007*

Nota. *p<.05

Se realizan contrastes post-hoc (T-3 de Dunett) para ver entre qué grupos diagnósticos se dan estas diferencias, y se encuentra que son significativas entre los grupos de ansiedad y depresión (p=.002 en el total y en el SDI), presentando puntuaciones más altas las mujeres con diagnóstico de ansiedad. También hay diferencias entre el grupo de ansiedad y el de “otro” diagnóstico en el SDI (p=.038), y en el total (p=.016) siendo de nuevo mayores las puntuaciones en el grupo de ansiedad.

Se aplican pruebas T para comparar las puntuaciones de los grupos definidos por las variables “depresión”, “ansiedad”, “enfermedad” y “medicación” (Tabla 9).

Tabla 9
Pruebas T para dos muestras independientes.

Variable de agrupación			N	M (DT)	t	gl.	p	d
Depresión	SDI	no ⁽¹⁾	32	48.47 (18.64)	1.98	15.47	.065	.71
		sí ⁽²⁾	13	29.77 (31.76)				
	DSR	no ⁽¹⁾	32	24.44 (6.21)	2.35	14.56	.033*	.86
		sí ⁽²⁾	13	16.00 (12.28)				
	TOTAL_TEST	no ⁽¹⁾	32	72.91 (23.89)	2.15	15.13	.048*	.78
		sí ⁽²⁾	13	45.77 (42.82)				
Ansiedad	SDI	no ⁽¹⁾	32	48.47 (18.64)	-2.70	34	.011*	-1.78
		sí ⁽²⁾	4	74.25 (8.46)				
	DSR	no ⁽¹⁾	32	24.44 (6.21)	-1.70	34	.097	-.79
		sí ⁽²⁾	4	30.25 (8.26)				
	TOTAL_TEST	no ⁽¹⁾	32	72.91 (23.89)	-2.60	34	.014*	-1.79
		sí ⁽²⁾	4	104.50 (7.00)				
Enfermedad	SDI	no	34	52.91 (17.60)	2.50	48.07	.016*	.63
		sí	30	38.20 (27.62)				
	DSR	no	34	25.35 (5.10)	2.76	39.18	.009*	.70
		sí	30	19.13 (11.34)				
	TOTAL_TEST	no	34	78.26 (20.62)	2.69	43.51	.010*	.68
		sí	30	57.33 (37.90)				
Medicación	SDI	no	26	48.50 (18.19)	.73	61.98	.463	.18
		sí	38	44.32 (27.13)				
	DSR	no	26	24.69 (6.45)	1.80	61.59	.075	.44
		sí	38	20.89 (10.32)				
	TOTAL_TEST	no	26	73.19 (23.73)	1.07	61.95	.288	.26
		sí	38	65.21 (35.87)				

Nota. *p<.05, (1) mujeres del grupo control, (2) mujeres con diagnóstico de depresión/ansiedad del grupo experimental, M=media, DT= desviación típica, t=valor de la t de Student, gl=grados de libertad, d=valor d de Cohen.

Se han comparado por un lado el grupo de mujeres con diagnóstico de depresión con las mujeres del grupo control y por otro lado el grupo de mujeres con diagnóstico de ansiedad con el grupo control. Para conocer la relación entre padecer algún tipo de enfermedad somática y las puntuaciones en el cuestionario de deseo se dicotomizó esta variable, creando dos grupos: un grupo de 34 mujeres que no tienen ninguna enfermedad y otro de 30 que tienen alguna. De igual forma, debido a la baja frecuencia que presentaban algunas de sus categorías, la variable medicación también se dicotomizó y se separó a la muestra en un grupo de 26 mujeres que no tomaban ningún fármaco, y otro de 38 mujeres que tomaban algún tipo de medicación.

Discusión

En el análisis descriptivo de los datos se ha observado que en el grupo de pacientes de salud mental las medias de las puntuaciones en las escalas de deseo son menores, expresando, en general, un nivel de deseo más bajo que las mujeres del grupo control. En cuanto al malestar, el grupo de pacientes refleja también niveles más altos. La prevalencia de bajo deseo en el grupo experimental es del 28.1%, cifra que concordaría con las obtenidas en otros estudios experimentales como el de Leiblum et al. (2006) y West et al. (2008), sin embargo, la prevalencia en el grupo control es del 12.5%, bastante por debajo de las cifras que mencionan los estudios citados, realizados en población no clínica.

En cuanto al Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo, se han obtenido medidas sobre el nivel de deseo y sobre el grado de malestar ocasionado por él, observándose que solo 3 mujeres de las 64 que participaron en el estudio presentaban niveles bajos o muy bajos de deseo unidos a un grado alto de malestar. Estas tres mujeres formaban parte del grupo experimental, constituyendo el 9.4% de las pacientes de la muestra.

A nivel descriptivo, un dato que podría resultar interesante es la alta frecuencia con la que se presentan enfermedades de tipo somático en el grupo de pacientes de salud mental (aunque la más frecuente es la fibromialgia, en la que los factores psicológicos juegan un papel importante), hallándose un 68.7% de mujeres que tienen un diagnóstico de enfermedad, frente al 25% en el grupo control. Como cabría esperar, la prevalencia de consumo de fármacos es también en este grupo mucho más elevada, sobre todo de psicofármacos, siendo los más prevalentes los antidepresivos ISRS.

Por otro lado, en cuanto a las relaciones estudiadas entre diferentes variables sociodemográficas y clínicas y los niveles de deseo y malestar, se observa que existe una correlación negativa entre la edad y el nivel de deseo, de forma que a medida que se avanza en edad, el deseo espontáneo y el deseo receptivo disminuyen. Esta relación corrobora lo hallado en otros estudios sobre prevalencia y etiología de las disfunciones sexuales (Hendrickx, Gijs y Enzlin, 2014; Shifren et al., 2008). Sin embargo, no se encuentra ninguna relación entre el malestar expresado por el nivel de deseo y la edad, esperándose según lo hallado en dichos estudios que esta relación fuese también negativa (a mayor edad menor nivel de malestar).

Tampoco se encuentra que exista una disminución del deseo a medida que aumenta el tiempo de duración de la relación de pareja, tal y como reflejan los estudios de Bitzer et al. en 2012 y de Klusmann en 2002.

En este estudio no se halla tampoco diferencia en cuanto al nivel de deseo de las mujeres entre aquellas que tienen pareja y las que no la tienen, ni se encuentra diferencia entre las que conviven con su pareja y las que no. Mitchell, Mercer, Wellings y Johnson en 2009 hablan del impacto sobre el deseo femenino de la presencia de niños menores de 5 años en la relación, sin embargo, en esta muestra no se observan diferencias en el nivel de deseo entre las mujeres con hijos y las mujeres que no los tienen, ni siquiera en aquellas mujeres más jóvenes (de 21 a 30 años) que tendrían también hijos de menor edad.

El consumo de alcohol o tabaco tampoco parece estar influyendo de forma significativa en el nivel de deseo de las mujeres de esta muestra, como tampoco parece relacionarse con el nivel de deseo el hecho de que las mujeres estén a tratamiento farmacológico.

En cuanto a las enfermedades somáticas, Abdo et al. en 2010 encuentran que algunas enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión se relacionan con menores niveles de deseo. En este estudio se encuentra que efectivamente, las mujeres que padecen algún tipo de enfermedad tienen niveles de deseo, tanto espontáneo como reactivo, más bajos que las mujeres que no tienen ninguna. El hecho de que las enfermedades somáticas sean más prevalentes en el grupo de salud mental puede estar influyendo en que las puntuaciones en deseo sean más bajas en este grupo que en el grupo control.

A la hora de comparar los distintos diagnósticos en salud mental, se observa que las mujeres con sintomatología depresiva (sin hacer distinción entre depresión de larga evolución o trastornos adaptativos depresivos) tienen un nivel de deseo espontáneo y puntuaciones totales en el test significativamente menores a las de las mujeres con diagnósticos de ansiedad, sin encontrarse diferencias en cuanto al deseo receptivo. Al comparar a las mujeres con diagnósticos relacionados con la ansiedad con aquellas que tienen otros trastornos también se obtiene que sus puntuaciones en el SDI y en el total también son mayores. Si se comparan aquellas mujeres con diagnóstico de depresión, con las mujeres del grupo control, se observa que sus niveles de deseo receptivo y sus puntuaciones totales en el cuestionario son significativamente menores. Estos resultados irían en la línea de lo expuesto en diversos estudios citados, como el de Brotto y Klein en 2010 o el de Kingsberg y Woodard en 2015, que hablan de la influencia de la depresión en el trastorno de deseo hipoactivo. Sin embargo, como ya comentan estos autores, es difícil discernir hasta qué punto este bajo deseo es parte de las causas o de las consecuencias de un trastorno depresivo, puesto que la relación entre ambos es bidireccional. En cuanto a la relación entre la ansiedad y el deseo, los resultados de esta investigación apuntan a que los niveles de deseo espontáneo y total son mayores en las mujeres que presentan diagnósticos de ansiedad, tanto si se comparan con mujeres con depresión u otros trastornos, como si se comparan con la población general. Estos resultados sorprenden a la luz de lo hallado en las investigaciones previas, en las que la ansiedad se señala como un factor relacionado con bajos niveles de deseo sexual (Brotto y Klein, 2010; Brotto et al., 2011; Hubin et al., 2010).

Respecto al nivel de estudios, no parece ser una variable que tenga influencia significativa sobre los niveles de deseo de las mujeres de esta muestra.

Una de las limitaciones de este estudio es el reducido tamaño de muestra, lo que ha dificultado la realización de las pruebas estadísticas y la generalización de los resultados obtenidos.

Por otro lado, las diferencias metodológicas a la hora de evaluar el nivel de deseo y el malestar de las mujeres podrían justificar las discrepancias con otros estudios epidemiológicos en cuanto a la prevalencia del bajo deseo y del Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo, puesto que en esta investigación las cifras se encuentran por debajo de los estudios citados.

Otra limitación de este estudio viene dada por las diferencias observadas en cuanto a características sociodemográficas de los grupos control y experimental, ya que, aunque en la medida de lo posible se ha procurado que fueran grupos relativamente parejos en edad y nivel socio-económico, se han encontrado diferencias en cuanto al nivel de estudios (en el grupo control había más mujeres con estudios universitarios), situación laboral (más mujeres laboralmente activas en el grupo control), hijos (hubo más mujeres con hijos en el grupo experimental) y consumo de alcohol (más mujeres que consumían en el grupo control). Además, en el grupo experimental se da un mayor consumo de fármacos y mayor prevalencia de enfermedades somáticas. Debido a esto, no solo la variable “diagnósticos en salud mental” discrimina entre los grupos, por lo que las diferencias encontradas entre ambos no pueden achacarse solamente a la presencia de trastornos psicológicos, sino que puede haber otras variables que interfieran. Tanto en lo referido a la medicación, como a las enfermedades somáticas, la gran variabilidad existente dentro de estas variables no ha permitido analizar diferencias en el nivel de deseo entre distintos tipos de medicación o enfermedad. Respecto a los diagnósticos de salud mental, en la muestra de este estudio tan solo fueron 4 las mujeres con un diagnóstico de ansiedad, apareciendo con mayor frecuencia los diagnósticos de depresión y mixtos ansioso-depresivos; debido al reducido tamaño de este grupo cabe la posibilidad de que en estas 4 mujeres coincidan otros factores que estén influyendo en que presenten unos niveles de deseo mayores, y que ello no se deba al trastorno de ansiedad.

El tiempo disponible para entrevistar a las pacientes del centro de salud mental fue limitado, por las propias características del servicio, por lo que variables relacionadas con la situación de pareja, tales como la presencia de disfunción sexual en la pareja o las dificultades de comunicación, que algunas investigaciones señalan como muy importantes en el nivel de deseo femenino (Brotto, Bitzer, Laan, Leiblum y Luria, 2010; Rubio-Aurioles et al., 2009), quedaron sin estudiar. Por la misma razón, tampoco pudo explorarse otro factor que Kingsberg y Woodard en 2015 apuntan como relacionado con el nivel de deseo, que es la insatisfacción con la relación de pareja, o una historia de maltrato físico. Las cogniciones negativas en torno al sexo, así como el nivel de autoestima o las preocupaciones respecto al cuerpo, tampoco pudieron ser estudiados en esta muestra y podrían estar sesgando los resultados obtenidos.

En estudios posteriores sobre esta disfunción sexual sería conveniente adaptar un instrumento a la población española que evalúe de manera más exhaustiva este trastorno, teniendo en cuenta los criterios más actuales acordados por los expertos para su diagnóstico (Goldstein et al., 2016; Parish et al., 2016).

Se recomendaría en estudios futuros utilizar muestras con un mayor número de mujeres, para facilitar los análisis estadísticos y controlar en la medida de lo posible las variables contaminantes, o al menos procurar una mayor homogeneidad de las características sociodemográficas de la muestra. Para obtener conclusiones más sólidas respecto a variables como la medicación, enfermedades o diagnósticos psicológicos, sería interesante centrarse en comparar un menor número de categorías específicas, para evitar categorías de baja frecuencia.

Por último, debido a que se está tratando una problemática con una gran influencia socio-cultural, sería interesante explorar algunas variables de tipo cultural, educacional o relacionadas con los conocimientos de las mujeres sobre sexualidad, para ver de qué manera se relacionan con sus niveles de deseo o el malestar ocasionado por la falta del mismo.

La naturaleza compleja del fenómeno del deseo sexual y su origen multicausal han dificultado en esta investigación no solo la obtención de resultados concluyentes y extrapolables a la población, sino también el propio estudio del fenómeno. En trabajos posteriores se recomendaría focalizar más la recogida de datos y los análisis, controlando en la medida de lo posible la influencia de aquellas variables que puedan sesgar los resultados (por ejemplo, problemas en la relación de pareja o historia de abusos). Resultaría también necesaria la utilización de un instrumento actualizado, traducido y validado en muestra española que permita detectar de forma más rigurosa a aquellas mujeres que encajarían con la concepción actual del Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo. Este trabajo abre una vía de estudio de este trastorno en una muestra de mujeres concreta, que es la de usuarias de servicios de salud mental, y sería interesante seguir por este camino para saber cómo afecta a estas pacientes la presencia de esta problemática, más relevante y frecuente de lo que con frecuencia se piensa. La falta de deseo constituye un fenómeno que preocupa a muchas mujeres, y que afecta a su calidad de vida, a las relaciones con sus parejas y a su bienestar psicológico, entre otras cosas. Por ello, es un factor que debería ser tenido más en cuenta por los profesionales de la sanidad en general, y especialmente en salud mental, no solo porque en este

contexto se da la oportunidad de tratar este asunto con más facilidad, sino porque, como se ha podido observar en esta investigación, el deseo es menor y el malestar mayor en términos generales en estas mujeres. Teniendo en cuenta los prejuicios y reparos que muchas de ellas presentan a la hora de comentar con los profesionales los problemas o preocupaciones relacionados con la sexualidad, o quizás también debido al hecho de que no los vean como problemas que puedan solucionarse, deberían ser los propios profesionales los que se mostrasen abiertos y planteasen estos temas, con naturalidad y proporcionando a sus pacientes la información necesaria para afrontarlos.

Conclusiones

En el grupo de pacientes del Centro de Salud Mental que formaron parte de esta investigación, los niveles de deseo expresado fueron menores en líneas generales que los expresados por el grupo que representó a la población general. Por otro lado, los niveles de malestar declarado a causa del bajo deseo fueron mayores en el grupo de pacientes. La prevalencia del bajo deseo en este grupo se situó en un 28.1%, frente al 12.5% en el grupo control. El 9.4% de las usuarias de servicios de salud mental de esta muestra podrían reunir requisitos para padecer el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo.

Corroborando lo hallado en estudios previos, se ha encontrado que los niveles de deseo de las mujeres, tanto espontáneo, como receptivo, decrecen a medida que avanza su edad. Sin embargo, en esta muestra no parece que el malestar se reduzca con la edad.

El hecho de padecer algún tipo de enfermedad somática también parece relacionarse con menor grado de deseo, espontáneo y receptivo. Asimismo, diagnósticos de trastornos de tipo depresivo están relacionados en esta muestra con un deseo sexual más bajo si se comparan con mujeres sin diagnósticos de salud mental.

En el grupo de mujeres usuarias de los servicios de salud mental, además de la presencia de trastornos psicológicos, confluyen una serie de factores que repercuten en menores niveles de deseo sexual, y en mayor malestar derivado de estos, que el resto de mujeres, por lo que constituyen una población en la que esta problemática debería ser observada y tenida en cuenta en mayor medida por parte de los profesionales.

Referencias

- Abdo, C.H., Valadares, A.L., Oliveira, W.M., Scanavino, M.T. y Afif-Abdo, J. (2010). Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause: The Journal Of The North American Menopause Society*, 17(6), 1114-1121.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd rev ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 26, 51–65.
- Basson, R. y Schultz, W. (2007). Sexual sequelae of general medical disorders. *The Lancet*, 369(9559), 409-424.
- Bitzer, J., Giraldi, A. y Pfaus, J. (2012). Sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in women. Introduction and overview. Standard operating procedure (SOP Part 1). *The Journal Of Sexual Medicine*, 10(1), 36-49.
- Brotto, L.A. (2009). The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Archive Of Sexual Behaviour*, 39, 221–239.
- Brotto, L.A. (2017). Frontiers in Neuroendocrinology Invited Paper Evidence-based treatments for low sexual desire in women, *Frontiers in Neuroendocrinology*.
- Brotto, L.A., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S. y Luria, M. (2010). Women's sexual desire and arousal disorders. *The Journal Of Sexual Medicine*, 7, 586-614.
- Brotto, L. A. y Klein, C. (2010). Psychological factors involved in women's sexual dysfunctions. *Expert Review Of Obstetrics & Gynecology*, 5(1), 93-104.
- Brotto, L.A., Petkau, J., Labrie, F. y Basson, R. (2011). Predictors of Sexual Desire Disorders in Women. *The Journal Of Sexual Medicine*, 8, 742–753.
- Cabello-Santamaría, F. y Palacios, S. (2012). Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 55(6), 289-295.

- Clayton, A., Goldmeier, D., Nappi, R., Wunderlich, G., Lewis-D'Agostino, D. y Pyke, R. (2010). Validation of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female in Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The Journal Of Sexual Medicine*, 7, 3918–3928.
- Clayton, A., McGarvey, E. y Clavet, G. (1997). The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, reliability, and validity. *Psychopharmacology bulletin*, 33(4), 734-745.
- Clayton, A., Seagraves, R., Leiblum, S., Basson, R., Pyke, R., Cotton, D. et al. (2006). Reliability and Validity of the Sexual Interest and Desire Inventory–Female (SIDI-F), a Scale Designed to Measure Severity of Female Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 32(2), 115-135.
- Dennerstein, L., Koochaki, P., Barton, I. y Graziottin, A. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *The Journal Of Sexual Medicine*, 3, 212–22.
- Fabre, L. y Smith, L. (2012). The Effect of Major Depression on Sexual Function in Women. *The Journal Of Sexual Medicine*, 9(1), 231-239.
- Géonet, M., De Sutter, P. y Zech, E. (2012). Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies*, 22, 9-15.
- Goldhammer, D. y McCabe, M. (2011). Development and Psychometric Properties of the Female Sexual Desire Questionnaire (FSDQ). *The Journal Of Sexual Medicine*, 8(9), 2512-2521.
- Goldstein, I., Kim, N., Clayton, A., DeRogatis, L., Giraldi, A., Parish, S. et al. (2016). Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 114-128.
- Gómez, J. (1995). El deseo sexual y sus trastornos: aproximación conceptual y etiológica. *Anuario De Sexología*, 1, 45-66.
- Hayes, R., Dennerstein, L., Bennett, C., Koochaki, P., Leiblum, S. y Graziottin, A. (2007). Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and Sterility*, 87(1), 107-112.

- Hendrickx, L., Gijs, L. y Enzlin, P. (2014). Age-Related Prevalence Rates of Sexual Difficulties, Sexual Dysfunctions, and Sexual Distress in Heterosexual Women: Results from an Online Survey in Flanders. *The Journal Of Sexual Medicine*, 12, 424-435.
- Hubin, A., De Sutter, P. y Reynaert, C. (2010). Etiological factors in female Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Sexologies*, 20, 149-157.
- Kaplan, H. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 3(1), 3-9.
- Kingsberg, S. y Rezaee, R. (2013). Hypoactive sexual desire in women. *Menopause: The Journal Of The North American Menopause Society*, 20(12), 1284-1300.
- Kingsberg, S. y Woodard, T. (2015). Female Sexual Dysfunction: Focus on Low Desire. *Obstetrics & Gynecology*, 125(2), 477-486.
- Klusmann, D. (2002). Sexual motivation and the duration of partnership. *Archives Of Sexual Behaviour*, 31, 275-87.
- Laumann, E., Paik, A. y Rosen, R. (1999). Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA*, 281(6), 537-544.
- Leiblum, S., Koochaki, P., Rodenberg, C., Barton, I. y Rosen, R. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Womens International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*, 13(1), 46-56.
- Levine, S. (2003). The Nature of Sexual Desire: A Clinician's Perspective. *Archives Of Sexual Behavior*, 32(3), 279-285.
- Malary, M., Khani, S., Pourasghar, M., Moosazadeh, M. y Hamzehgardeshi, Z. (2015). Biopsychosocial Determinants of Hypoactive Sexual Desire in Women: A Narrative Review. *Materia Socio Medica*, 27(6), 383-389.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1995). *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo.
- Mehta, C., Walls, C., Blood, E. y Shrier, L. (2013). Associations between affect, context, and sexual desire in depressed young women. *The Journal Of Sex Research*, 51(5), 577-585.

- Mitchell, K., Mercer, C., Ploubidis, G., Jones, K., Datta, J. y Field, N. et al. (2013). Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907), 1817-1829.
- Mitchell, K., Mercer, C., Wellings, K. y Johnson, A. (2009). Prevalence of Low Sexual Desire among Women in Britain: Associated Factors. *The Journal Of Sexual Medicine*, 6(9), 2434-2444.
- Nobre, P. y Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *The Journal Of Sex Research*, 43(1), 68-75.
- O'Loughlin, J., Basson, R. y Brotto, L. (2017). Women With Hypoactive Sexual Desire Disorder versus Sexual Interest/Arousal Disorder: An Empirical Test of Raising the Bar. *The Journal Of Sex Research*, 1-13.
- Ortega, A. y Gutiérrez, P. (2008). Disfunción sexual: repercusión en la pareja, envejecimiento e implicaciones en atención primaria. *Revista Internacional De Andrología*, 6(2), 121-126.
- Ortega, V., Zubeidat, I. y Sierra, J. (2006). Further Examination of Measurement Properties of Spanish Version of the Sexual Desire Inventory with Undergraduates and Adolescent Students. *Psychological Reports*, 99(1), 147-165.
- Parish, S. y Hahn, S. (2016). Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 4(2), 103-120.
- Parish, S., Goldstein, A., Goldstein, S., Goldstein, I., Pfaus, J., Clayton, A. et al. (2016). Toward a More Evidence-Based Nosology and Nomenclature for Female Sexual Dysfunctions—Part II. *The Journal Of Sexual Medicine*, 13(12), 1888-1906.
- Pyke, R. y Clayton, A. (2017). What Sexual Behaviors Relate to Decreased Sexual Desire in Women? A Review and Proposal for End Points in Treatment Trials for Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The Journal Of Sexual Medicine*, 5(2), 73-83.
- Raigosa, G. y Echeverri, M. (2012). Prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo en mujeres colombianas y factores asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63(2), 14-24.

- Rubio-Aurioles, E., Kim, E., Rosen, R., Porst, H., Burns, P., Zeigler, H. y Wong, D. (2009). Impact on Erectile Function and Sexual Quality of Life of Couples: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial of Tadalafil Taken Once Daily. *The Journal Of Sexual Medicine*, 6(5), 1314-1323.
- Shifren, J., Monz, B., Russo, P., Segreti, A. y Johannes, C. (2008). Sexual Problems and Distress in United States Women. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5), 970-978.
- Spector, I., Carey, M. y Steinberg, L. (1996). The sexual desire inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 22(3), 175-190.
- West, S., D'Aloisio, A., Agans, R., Kalsbeek, W., Borisov, N. y Thorp, J. (2008). Prevalence of Low Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in a Nationally Representative Sample of US Women. *Archives Of Internal Medicine*, 168(13), 1441-1449.

ANEXO I



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GERENCIA ÁREA SANITARIA III

Unidad de Calidad, Docencia e
Investigación

INFORME DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA SANITARIA III


El Dr. Manuel Ángel Sandoval García, Presidente de la Comisión de Investigación

CERTIFICA:

Que esta Comisión ha evaluado la propuesta de Estudio Clínico Epidemiológico titulado: "**Prevalencia y correlatos del deseo sexual hipoactivo en mujeres usuarias de los servicios de salud mental**", cuyas Investigadoras Principales en nuestro Área son D^a. Marta Aranz Sánchez y D^a. María Fernández Rodríguez (Unidad de Salud Mental), supervisadas por la Dra. Elena García Vega (Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo).

Que la considera un proyecto **VIABLE y PERTINENTE** en los términos que constan en la documentación presentada.

Avilés, 28 de julio de 2017


Dr. Manuel Ángel Sandoval García
Código n.º 3308349

Fdo.: Dr. Manuel Ángel Sandoval García

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

La presente investigación tiene el objetivo de estudiar variables relacionadas con el deseo sexual femenino. La participación en el estudio es voluntaria y anónima.

Si usted decidiera participar le pediremos que responda a un cuestionario con una serie de preguntas relativas a su interés o deseo sexual. Contestar a estas cuestiones no le tomará más de 5 o 10 minutos.

Si al término del estudio quisiera conocer los resultados extraídos en el mismo u obtener algún otro tipo de información sobre este, puede dirigirse a la persona responsable del estudio.

He sido informada adecuadamente de los objetivos del estudio y he comprendido la finalidad del mismo. He tenido la oportunidad de aclarar cualquier tipo de duda sobre el estudio. Acepto voluntariamente a participar en el mismo, sabiendo que puedo abandonarlo en el momento que lo desee.

Fecha:

Nombre y apellidos: _____

Firma

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

En el presente centro estamos realizando un estudio con el objetivo de estudiar variables relacionadas con el deseo sexual de nuestras pacientes.

La participación en el estudio es voluntaria y anónima. Su participación o no en el estudio no tiene ningún tipo de repercusión en la asistencia socio-sanitaria que recibe, o en sus pautas de medicación, ni tampoco supone ningún tipo de riesgo para su salud.

Si usted decidiera participar le pediremos que responda a un cuestionario con una serie de preguntas relativas a su interés o deseo sexual. Contestar a estas cuestiones no le tomará más de 5 o 10 minutos.

Si al término del estudio quisiera conocer los resultados extraídos en el mismo u obtener algún otro tipo de información sobre este, puede dirigirse a la persona responsable del estudio.

He sido informada adecuadamente de los objetivos del estudio y he comprendido la finalidad del mismo. He tenido la oportunidad de aclarar cualquier tipo de duda sobre el estudio. Acepto voluntariamente participar en el mismo, sabiendo que puedo abandonarlo en el momento que lo desee.

Fecha:

Nombre y apellidos: _____

Firma

ANEXO IV

1. **Edad:** _____
 2. **Estado civil:**
 - a) Casada
 - b) Soltera
 - c) Viuda
 - d) Divorciada
 - e) Pareja de hecho
 3. **Actualmente tengo pareja:**
Sí. Duración de la relación: _____ No
 4. **Hijos**
Sí. ¿Cuántos? _____ No
 5. **¿Con quién convive?** _____
 6. **Nivel de estudios**
 - a) Primaria
 - b) Secundaria/FP
 - c) Universitaria
 7. **Situación laboral**
 - a) Trabajo
 - b) Desempleada
 - c) Jubilada
 - d) Cuidado del hogar/hijos
 - e) Otra. Especificar: _____
 8. **Enfermedades diagnosticadas**
Sí. Especificar: _____ No
 9. **¿Toma algún tipo de medicación?**
Sí. Especificar: _____ No
 10. **¿Consume alcohol? Sí / No ¿Con qué frecuencia?**
 - a) Todos los días
 - b) Una o dos veces a la semana
 - c) Una vez al mes
 - d) Esporádico
 11. **¿Consume algún tipo de droga o tabaco?**
Sí. Especificar: _____ No
- Solo para el grupo control:
12. **¿Acude actualmente a algún/a profesional de salud mental (psicólogo/a o psiquiatra)?**
Sí / No

ANEXO V

Este cuestionario busca medir su nivel de deseo sexual. Por deseo, entendemos INTERÉS EN o DESEO DE ACTIVIDAD SEXUAL. Por favor, rodee para cada ítem el número que refleja en mayor medida sus pensamientos y sentimientos. Sus respuestas serán privadas y anónimas.

1. Durante el pasado mes, ¿con qué frecuencia le hubiese gustado mantener una actividad sexual con otra persona? (por ejemplo, tocarse el uno al otro los genitales, estimulación oral, coito, etc.)

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 0) Nunca | 4) Dos veces a la semana |
| 1) Una vez al mes | 5) 3 o 4 veces a la semana |
| 2) Una vez cada dos semanas | 6) Una vez al día |
| 3) Una vez a la semana | 7) Más de una vez al día |

2. Durante el pasado mes, ¿con qué frecuencia ha tenido pensamientos sexuales que incluyan a otra persona?

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 0) Nunca | 4) Dos veces a la semana |
| 1) Una vez al mes | 5) 3 o 4 veces a la semana |
| 2) Una vez cada dos semanas | 6) Una vez al día |
| 3) Una vez a la semana | 7) Más de una vez al día |

3. Cuando ha tenido pensamientos sexuales, ¿cual es su nivel de deseo de mantener una actividad sexual con otra persona?

No deseo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Fuerte deseo

4. Cuando ve a una persona atractiva por primera vez, ¿cual es su nivel de deseo sexual?

No deseo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Fuerte deseo

5. Cuando pasa tiempo con una persona atractiva (por ejemplo, en el trabajo o Universidad), ¿cual es su nivel de deseo sexual?

No deseo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Fuerte deseo

6. Cuando se encuentra en situaciones románticas (por ejemplo, cena con velas, paseo por la playa, etc.), ¿cual es su nivel de deseo sexual?

No deseo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Fuerte deseo

7. ¿Cuál es su nivel de deseo de mantener una actividad sexual con otra persona?

No deseo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Fuerte deseo

8. ¿Cuán importante es para usted satisfacer su deseo sexual a través de la actividad sexual con otra persona?

Nada importante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Extremadamente importante

9. Comparado con otras personas de su edad y sexo, ¿cómo puntuaría su deseo de comportarse sexualmente con otra persona?

Mucho menos deseo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Mucho más deseo

10. Durante el pasado mes, ¿con qué frecuencia le hubiese gustado comportarse sexualmente consigo mismo (por ejemplo, masturbándose, tocándose los genitales, etc.)?

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 0) Nunca | 4) Dos veces a la semana |
| 1) Una vez al mes | 5) 3 o 4 veces a la semana |
| 2) Una vez cada dos semanas | 6) Una vez al día |
| 3) Una vez a la semana | 7) Más de una vez al día |

11. ¿Cuál es su nivel de deseo de comportarse sexualmente consigo mismo?

No deseo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Fuerte deseo

12. ¿Cuán importante es para usted satisfacer sus deseos de comportarse sexualmente consigo mismo?

Nada importante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Extremadamente importante

13. Comparado con otras personas de su edad y sexo, ¿cómo puntuaría su nivel de deseo de comportarse sexualmente consigo mismo?

Mucho menos deseo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Mucho más deseo

14. ¿Cuál es su nivel de deseo sexual en respuesta a estímulos eróticos externos o internos (por ejemplo, visionar un cuerpo desnudo, lectura erótica, etc)?

No deseo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Fuerte deseo

15. ¿Con qué nivel de deseo comienza las relaciones sexuales?

No deseo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Fuerte deseo

16. Cuando comienza la actividad sexual sin deseo, ¿con qué frecuencia lo acaba experimentando en algún momento del encuentro sexual?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 0) Nunca | 3) El 75% de los encuentros |
| 1) El 25% de los encuentros | 4) Siempre |
| 2) La mitad de los encuentros | |

17. ¿con qué frecuencia acepta los acercamientos e insinuaciones sexuales de su pareja sexual?

- 0) Nunca
- 1) El 25% de los encuentros
- 2) La mitad de los encuentros
- 3) El 75% de los encuentros
- 4) Siempre

18. ¿Con qué nivel de entusiasmo acepta los acercamientos e insinuaciones sexuales de su pareja sexual?

No entusiasmo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Fuerte entusiasmo

19. ¿Con qué frecuencia se involucra en una actividad sexual por sentir deseo sexual más que por búsqueda de intimidad y afecto, o para evitar conflictos?

- 0) Nunca
- 1) El 25% de los encuentros
- 2) La mitad de los encuentros
- 3) El 75% de los encuentros
- 4) Siempre

20. ¿Con qué frecuencia evoca usted mismo fantasías o pensamientos sexuales como medio para facilitar e impulsar el deseo?

- 0) Nunca
- 1) El 25% de los encuentros
- 2) La mitad de los encuentros
- 3) El 75% de los encuentros
- 4) Siempre