

¿Sufren las mujeres usuarias de los Servicios de salud mental deseo sexual hipoactivo?

Do women users of mental health Services suffer from hypoactive sexual desire?

Aranaz Sanchez M¹, Fernández Rodríguez M², García Vega E³, Guerra Mora P⁴

1- EITAF (Equipo de Intervención Técnica de Apoyo a la Familia) de Langreo. Departamento de Servicios Sociales, Plaza Nespral, s/n, 33900. Sama Langreo, Asturias.

2- Centro de Salud Mental I “La Magdalena” y Unidad de Tratamiento de la Identidad de Género (UTIGPA). Área Sanitaria III, Avilés.

3- Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo.

4- Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Área Sanitaria III.

Correspondencia

María Fernández Rodríguez

Dirección Postal: Centro de Salud Mental I “La Magdalena”. Valdés Salas, 4, 33400 Avilés, Asturias

Dirección electrónica: maria.fernandezr@sespa.es

Fecha de recepción: 20 de noviembre de 2018. **Fecha de aceptación:** 12 de diciembre de 2018

Resumen

El objetivo de este trabajo es estimar la prevalencia del bajo deseo sexual y del Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo (TDSH) en una muestra de mujeres usuarias de un servicio de salud mental, así como comprobar si esa prevalencia es equiparable a la obtenida en un grupo control de mujeres no usuarias de servicios de salud mental.

Se trata de un estudio de casos y controles. Se realiza en el contexto de salud mental pública.

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.

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.

El grupo experimental 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: Deseo sexual hipoactivo. Deseo sexual. Disfunción Sexual. Salud mental.

Abstract

The objective of this work is to estimate the prevalence of low sexual desire and the Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDS) in a sample of women users of a mental health service, as well as

verify is this prevalence is comparable to that seen in a control group of women non-users of mental health services.

It is cases and controls study. It is realized in the public mental health context.

Two groups were formed, an experimental group of women users of a Mental Health Center, and another control group; in both tests were applied to assess sexual desire and the discomfort caused by it, as well as a questionnaire of sociodemographic and clinical variables.

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.

Experimental group 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. Sexual desire. Sexual dysfunction. Mental health.

No se recibió financiación de ninguna fuente. No existen conflictos de intereses.

Introducción

La respuesta sexual de mujeres y hombres ha sido descrita a lo largo de los dos últimos siglos de diversas maneras. El paradigma que ha marcado de forma más predominante las investigaciones en sexología es el que describe la respuesta sexual como una serie de fases o etapas. Masters y Johnson hablan de un ciclo de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Estos estadios corresponden a distintos niveles de excitación sexual y respuestas características durante el desempeño sexual (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). Kaplan introduce un nuevo modelo que divide la repuesta sexual en tres fases: deseo, excitación y orgasmo. Incluye una fase de deseo, previa a las anteriores, que tiene en cuenta la influencia en la respuesta sexual de percepciones subjetivas. Si alguna de estas fases está alterada se producen las disfunciones sexuales (Kaplan, 1977). Para Schnarch, el deseo se mantiene presente a lo largo de todo el proceso, acompaña a la excitación y al orgasmo. 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.

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, Goldmeier, Nappi, Wunderlich, Lewis-D'Agostino y Pyke, (2010).; Goldstein, Kim, Clayton, DeRogatis, Giraldi, Parish et al., 2016).; Mitchell, Mercer, Ploubidis, Jones, Datta, Field 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). En este trabajo se contempla tanto el deseo receptivo como espontáneo. El objetivo es estimar la

prevalencia del bajo deseo sexual y del Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo en una muestra de mujeres usuarias de un servicio de salud mental de nuestra comunidad, así como comprobar si esa prevalencia es equiparable a la obtenida en un grupo control de mujeres no usuarias de servicios de salud mental.

Material y métodos

Participantes

Se conformaron dos grupos. El Grupo Experimental (GE) se compuso de 32 pacientes que estaban siendo atendidas por psicología clínica o psiquiatría de un centro de salud mental público por diferentes diagnósticos (40,6% depresión; 12,5% ansiedad; 21,9% trastorno mixto ansioso-depresivo y 18,8% otros). El único requisito para participar en la investigación era firmar el documento de consentimiento. Su media de edad fue de 45,63 años (DT=14,65). El Grupo Control (GC) se compuso de 32 mujeres que no acudían a ningún servicio de salud mental público o privado y que firmaron también el consentimiento informado. La media de edad de este grupo fue de 44.63 años (DT=10.88).

Instrumentos

Para la recogida de datos de este estudio se emplearon diferentes instrumentos. Se utilizó un cuestionario para conocer datos *sociodemográficos y clínicos* en ambos grupos. Se utilizó asimismo la historia clínica digitalizada para conocer más datos del GE.

El nivel de deseo sexual fue evaluado con el SDI (Sexual Desire Inventory) (Spector, Carey y Steinberg, 1996). Consta de 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 9 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 la muestra del presente estudio la fiabilidad alfa de Cronbach es 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. La respuesta a este ítem se puntuó en una escala Likert de 0 a 8 (siendo 0 ningún malestar, y 8 mucho malestar).

Procedimiento

El estudio fue autorizado por la Comisión de Investigación del Área Sanitaria III (Avilés) del Hospital Universitario San Agustín (HUSA). Las personas del GE fueron informadas del estudio por el profesional de referencia que les atendía y decidieron participar voluntariamente. Cumplimentaron los instrumentos de forma autoadministrada. Para seleccionar a las mujeres del GC 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 GE.

Resultados

El GC y el GE no se diferenciaron de forma estadísticamente significativa en las

variables Edad, Estado civil, Tenencia de pareja, Convivencia en pareja y nivel de estudios. Sí se diferenciaron en situación laboral ($p=.023$); consumo de alcohol ($p=.043$) existencia de enfermedades ($p=.001$) y toma de medicación ($p<.001$). Las mujeres del GE no trabajaban tanto como las del GC, consumían menos alcohol, tenían más enfermedades y tomaban algún tipo de medicación.

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 1). Las medias de puntuaciones en las escalas de deseo son mayores en el grupo control. Teniendo en cuenta cada ítem del cuestionario por separado tampoco se encuentran diferencias significativas.

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. Las diferencias no son significativas (SDI $p=.742$; DSR $p=.172$ y; Total test $p=.600$).

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 2 se muestran las frecuencias de estas puntuaciones en cada uno de los grupos.

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 GE (el 9.4%). En el grupo control no se encuentra ningún caso.

Discusión

Se evaluó el deseo sexual y el trastorno de deseo sexual hipoactivo en mujeres que

acuden a salud mental por depresión, ansiedad y otras patologías. Diversos estudios han mostrado la presencia de trastorno de deseo hipoactivo en personas con depresión (Brotto y Klein, 2010; Kingsberg y Woodard, 2015) y ansiedad (Brotto y Klein, 2010; Brotto et al., 2011; Hubin, De Sutter y Reynaert, 2010).

En el análisis descriptivo de los datos se ha observado que en el GE 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 GC. En cuanto al malestar, el GE refleja también niveles más altos. La prevalencia de bajo deseo en este grupo es del 28.1%, cifra que concordaría con las obtenidas en otros estudios experimentales como el de Leiblum Koochaki, Rodenberg, Barton y Rosen (2006) y West D’Aloisio, Agans, Kalsbeek, Borisov y Thorp (2008). La prevalencia en el GC se sitúa 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 un porcentaje bajo de las participantes presentaban niveles bajos o muy bajos de deseo unidos a un grado alto de malestar. Estas mujeres formaban parte del GE.

Una de las limitaciones de este estudio es el reducido tamaño de muestra, lo que dificulta 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. Asimismo, las diferencias existentes entre el CG y el GE podrían dificultar la interpretación de los resultados.

Estudios posteriores podrían ahondar en variables que se han sugerido como relevantes por su influencia en el deseo femenino, tales como la comunicación en la pareja (Brotto, Bitzer, Laan, Leiblum y Luria, 2010; Rubio-Aurioles, Kim, Rosen, Porst, Burns, Zeigler y Wong, 2009), la

insatisfacción o la historia de maltrato físico (Kingsberg y Woodard, 2015).

La falta de deseo constituye un fenómeno que preocupa a muchas mujeres, y que afecta a su calidad de vida 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. Teniendo en cuenta los prejuicios existentes a la hora de comentar con los profesionales los problemas o preocupaciones relacionados con la sexualidad, es conveniente una adecuada formación de los propios profesionales para poder abordar estas dificultades en las consultas.

Referencias bibliográficas

- Abdo CH., Valadares A.L., Oliveira W.M., Scanavino M.T. y Afif-Abdo J. 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*. 2010; 17(6), 1114-1121.
- Brotto LA. y Klein C. Psychological factors involved in women's sexual dysfunctions. *Expert Review Of Obstetrics & Gynecology*. 2010; 5(1), 93-104.
- Brotto L.A., Bitzer J., Laan E., Leiblum S. y Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010; 7, 586-614.
- Clayton A., Goldmeier D., Nappi R., Wunderlich G., Lewis-D'Agostino D. y Pyke R. Validation of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female in Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The Journal Of Sexual Medicine*. 2010; 7, 3918-3928.
- Goldstein I., Kim N., Clayton A., Derogatis L., Giraldi A., Parish, S. et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clinic Proceedings*. 2016; 92(1), 114-128.
- Hubin A., De Sutter P. y Reynaert C. Etiological factors in female Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Sexologies*. 2010; 20, 149-157.
- Kaplan H. Hypoactive sexual desire. *Journal Of Sex & Marital Therapy*. 1977; 3(1), 3-9.
- Kingsberg S. y Woodard T. Female Sexual Dysfunction: Focus on Low Desire. *Obstetrics & Gynecology*. 2015; 125(2), 477-486.
- Leiblum S., Koochaki P., Rodenberg C., Barton I. y Rosen R. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Womens International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*. 2006; 13(1), 46-56.
- Levine S. The Nature of Sexual Desire: A Clinician's Perspective. *Archives Of Sexual Behavior*. 2003; 32(3), 279-285.
- Masters W., Johnson V. y Kolodny R. La sexualidad humana. Barcelona: Grijalbo; 1995.
- Ortega A. y Gutiérrez P. Disfunción sexual: repercusión en la pareja, envejecimiento e implicaciones en atención primaria. *Revista Internacional De Andrología*. 2008; 6(2), 121-126.
- Parish S. y Hahn S. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*. 2016; 4(2), 103-120.
- Rubio-Aurioles E., Kim E., Rosen R., Porst H., Burns P., Zeigler H. y Wong D. 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*. 2009; 6(5), 1314-1323.
- Spector I., Carey M. y Steinberg L. The sexual desire inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal Of Sex & Marital Therapy*. 1996; 22(3), 175-190.
- West S., D'Aloisio A., Agans R., Kalsbeek W., Borisov N. y Thorp J. Prevalence of Low Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in a Nationally Representative Sample of US Women. *Archives Of Internal Medicine*. 2008; 168(13), 1441-1449.

Tabla 1. Medias de las puntuaciones en el cuestionario y prueba t

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

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

Tabla 2. 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)			
	Moderado	4 (12.5)	3 (9.4)	7 (10.9)			
	Alto	1 (3.1)	8 (25.0)	9 (14.1)			