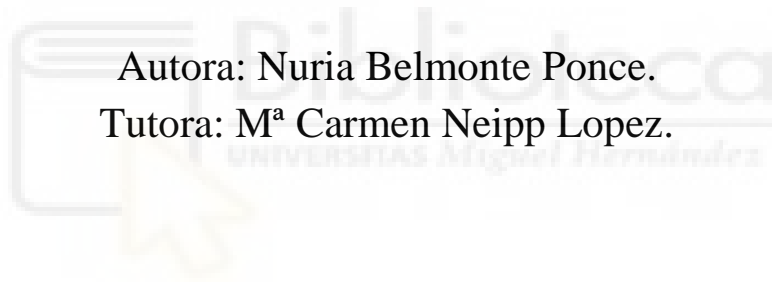


**ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DEL DESEO SEXUAL CON  
EL ESTADO EMOCIONAL, LA ASERTIVIDAD SEXUAL  
Y LAS HABILIDADES SOCIALES.**

Autora: Nuria Belmonte Ponce.  
Tutora: M<sup>a</sup> Carmen Neipp Lopez.



## **RESUMEN**

El objetivo de este estudio es identificar si existe relación entre el deseo sexual y las variables psicológicas: ansiedad, depresión, habilidades sociales y asertividad sexual, con el fin de proponer un perfil de factores relacionados con el deseo sexual hipoactivo, tanto femenino como masculino. Para ello se han utilizado una muestra formada por 116 participantes (36 hombres y 80 mujeres) los cuales han cumplimentado una serie de cuestionarios que evalúan todas las variables estudiadas. Los resultados obtenidos reflejan diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al nivel de deseo sexual. Por otro lado, se ha concluido que son los participantes con menor deseo sexual los que tienen más problemas en asertividad sexual y disponen de menos habilidades sociales, en cambio son estos participantes los que más sintomatología ansioso-depresiva presentan. Los resultados del análisis de regresión del modelo, han revelado que éste está compuesto por las variables predictoras: depresión y asertividad sexual, las cuales explican un 42% de la variabilidad del deseo sexual hipoactivo.

**Palabras clave:** Deseo sexual, depresión, ansiedad, habilidades sociales, asertividad sexual.

## **ABSTRACT**

The aim of this study is to identify whether there is a relationship between sexual desire and psychological variables: anxiety, depression, social skills and sexual assertiveness in order to propose a profile of factors related to both female and male hypoactive sexual desire. This has been used a sample of 116 participants (36 men and 80 women) who have completed a series of questionnaires that assess all the variables studied. The results show significant differences between men and women regarding the level of sexual desire. On the other hand, it has been concluded that participants are less sexual desire which have more problems in sexual assertiveness and have fewer social skills, however these participants are the most anxious-depressive symptoms present. The results of the regression analysis model, has revealed that it is composed of the predictor variables: depression and sexual assertiveness, which account for 42% of the variability of hypoactive sexual desire.

**Keywords:** Sexual desire, depression, anxiety, social skills, sexual assertiveness.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano es una unidad integral, compuesta por varias dimensiones; una de estas dimensiones es la sexualidad, construcción social que se origina en el propio individuo, proceso que interpreta y adscribe un significado cultural a los pensamientos, a las conductas y condiciones sexuales, y en donde la experiencia que cada persona pueda tener de la sexualidad, está mediada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, etc. (Zeidenstein, 1999).

La conducta sexual y la sexualidad pueden ser estudiadas desde distintas perspectivas o enfoques, cada uno de los cuales aporta aspectos diferentes y a su vez complementarios (Rosenzvaig, 1994). Uno de esos modelos es el modelo de la conducta sexual propuesto por el Dr. Carrobles, llamado Modelo Secuencial de la Conducta Sexual Humana. Este modelo, parte de la premisa de que la conducta sexual humana es un fenómeno complejo, que está determinado por múltiples determinantes biopsicosociales, los cuales se pueden agrupar en: biológicos, psicológicos y socioculturales). Los hechos pueden ser de origen innato o adquirido y pueden tener una situación temporal variable, es decir, remotos, presentes o inmediatos. Por lo tanto, la conducta sexual es la resultante de los factores antes mencionados y de las respuestas mediadoras del sujeto, y tiene consecuencias sobre el individuo (Carrobles, 1990).

Desde los primeros estudios sistematizados de la conducta sexual, de los cuales fueron pioneros los estudios de Masters, Johnson y Kolodny (1995), hasta las investigaciones más recientes (Labrador y Crespo, 2001), se han obtenido resultados que ayudan a esclarecer los elementos de riesgo que contribuyen al establecimiento de una disfunción sexual.

Uno de estos elementos es el deseo sexual, que se define como una tendencia o motivación, a exponerse y/o a buscar activamente circunstancias que aumentan la probabilidad de llevar a cabo conductas autoéroticas o intercambios sexuales y sentirse receptivos a éstos (Martínez, 1999). Desde una perspectiva biopsicosocial, Levine (2003) al referirse al deseo sexual habla de tres componentes: componente biológico, mediado por el sistema neuroendocrino, componente social y componente individual/interpersonal. En esta línea, Fuertes y López (1997) plantearon también un modelo explicativo multidimensional del deseo sexual en el que se incluyen tres componentes diferentes: activación neurohormonal, disposición cognitiva-emocional

(variables psicológicas) y presencia de estímulos sexuales externos o internos (fantasías sexuales. Por todo ello, podemos deducir que el deseo sexual implica a elementos biológicos, psicológicos y culturales (Levine, 2002).

Como en muchos otros aspectos de nuestra conducta, el deseo sexual no es igual en todos los seres humanos. El deseo sexual hipoactivo (antes denominado deseo sexual inhibido) es un fenómeno complejo y está definido como: la disminución y ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de manera recurrente o persistente (Flores, 2000).

Según el estudio realizado por Ballester y Gil (1995), el 25% de los hombres había padecido alguna vez deseo sexual hipoactivo, frente al 37% de las mujeres, resultado muy parecido al obtenido por Kaplan (1982), del 40%, pero ambos superados por 81% resultante de Segraves y Segraves (1991). Por este motivo, el deseo sexual hipoactivo es una de las disfunciones sexuales más estudiadas, sobre todo desde la perspectiva femenina, pero aunque la prevalencia inclina la balanza hacia las mujeres, también son muchos hombres los que encuentran dificultades a la hora de sentir deseo sexual.

Las personas hipoactivas no son atraídas por la posibilidad de tener contacto sexual alguno, su impulso sexual es bajo, muchas de ellas no tienen fantasías de contenido erótico o sexual (Labrador, 1994). La existencia de alteraciones en aquellos factores que activan la respuesta sexual, como por ejemplo la experiencia pasada en sexualidad, repercute en la disminución de la disposición o deseo de concretar una conducta sexual como es el coito (Sarquis, 1993).

Es importante señalar que esta alteración provoca malestar psicológico acusado o dificultades interpersonales durante la vida adulta, y no se debe a una enfermedad médica. Sin embargo, puede tratarse de una pérdida de deseo continua o episódica, pues hay dos tipos de factores involucrados: los psicológicos y los relacionales, y pueden manifestarse por la falta individual de deseo sexual, por el componente subjetivo o como producto de factores relacionales manifestándose en la interacción con el otro.

Los estados emocionales negativos, como la ansiedad y la depresión, influyen en el deseo sexual, provocando sensaciones desagradables de malestar e insatisfacción sexual.

La falta de interés por la actividad sexual, es uno de los síntomas que suelen presentar los pacientes con depresión. Existe una elevada relación entre los problemas de deseo sexual y la depresión (Norten, 1997). Al mismo tiempo, McVey (1997) encontró diferencias significativas entre mujeres con depresión grave, mujeres con depresión moderada y mujeres no deprimidas en el funcionamiento de pareja y en ciertas características sexuales; las que presentan mayor nivel de depresión informan de peor funcionamiento de pareja, menor número de características sexuales positivas y un menor nivel de motivación sexual. Por otro lado, se ha encontrado una relación entre la depresión y los cambios de la vida sexual después de la menopausia (Borissova, Kovatcheva, Shirnkow y Vukov, 2001). Además, se ha corroborado que la menopausia no afecta al comportamiento sexual en mujeres entre los 40 y 60 años, pero sí lo hacen los altos niveles de ansiedad y depresión (Esen, Oruc, Adeguez, Yildirim y Aydemir, 2000). A su vez, Basson (2001) concluye que mientras que el déficit de andrógenos contribuye en un 25% a la explicación de la disminución de deseo sexual, la depresión por su parte, lo hace en un 43%. Por otro lado, Zubeidat, Ortega y Sierra (2004), encontraron en su estudio una correlación significativa entre la depresión y la inhibición del deseo sexual, por lo que constituye una variable relevante en la evaluación del deseo sexual.

En personas con disfunciones sexuales, la ansiedad constituye una respuesta antagónica al deseo sexual, porque provoca emociones y cogniciones negativas y disfuncionales, compitiendo con las positivas y relajantes imprescindibles para la puesta en marcha del deseo sexual (Kaplan, 1974; Kaplan, 1979; Masters y Johnson, 1970).

Esta relación entre la ansiedad y el deseo sexual, también fue reconocida por Beck y Bozman (1995), que en la línea que sus predecesores afirman que la ira y la ansiedad reducen el deseo sexual de forma significativa. Asimismo, se ha revelado que la ansiedad social predice un empeoramiento en el deseo y en el funcionamiento sexual (Dekker, Dronkers y Staffeleu, 1985) y que pacientes con fobia social, tienen un riesgo significativamente mayor para experimentar disfunciones sexuales (Ware, et al., 1996).

Zubeidat, Ortega y Sierra (2004), encontraron que existen diferencias entre hombres y mujeres en la explicación del papel que juega la ansiedad con respecto al deseo sexual. Mientras que en los hombres únicamente se encontró una mínima relación entre ansiedad rasgo y deseo sexual inhibido, en las mujeres esta relación se producía tanto

con la ansiedad estado como con la ansiedad rasgo, siendo esta última la variable que explicaba el mayor porcentaje de la inhibición del deseo sexual en su estudio.

Otro factor importante que influye en el deseo sexual es la asertividad sexual, definida como la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables (Morokoff et al., 1997).

Los hallazgos en investigación indican que la asertividad sexual se relaciona de forma positiva con el deseo sexual tanto en varones como en mujeres (Hurlbert, 1991), aunque se ha observado mayor asertividad sexual en varones (Haavio-Mannila y Kontula, 1997; Pierce y Hurlbert, 1999).

Por otra parte, diversas variables actitudinales relacionadas con la respuesta sexual se encuentran asociadas con la asertividad sexual. Así, las personas con alta asertividad muestran menor doble moral sexual, mayor autoestima global y sexual, menor búsqueda de sensaciones y mayor erotofilia (Greene y Faulkner, 2005; Hurlbert, Apt y Rabhel, 1993; Jacobs y Thomlison, 2009; Oattes y Offman, 2007; Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez y Maeso, 2008).

Todo lo expuesto anteriormente, ha motivado a realizar un estudio centrándonos en algunos factores psicológicos que pueden estar afectando al deseo sexual, a fin de contribuir con los resultados a la planificación de los tratamientos de pacientes con deseo sexual hipoactivo. El objetivo de este estudio es identificar si existe relación entre el deseo sexual y algunas variables psicológicas como son: ansiedad, depresión, habilidades sociales y asertividad sexual, con el fin de proponer un perfil de factores relacionados con el deseo sexual hipoactivo, tanto femenino como masculino.

## **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

El objetivo general de esta investigación es evaluar la variable *deseo sexual hipoactivo* y la relación que se establece entre ésta y el resto de las variables: *habilidades sociales*, *asertividad sexual*, *depresión* y *ansiedad*, y como objetivos específicos:

- Describir el estado inicial de la muestra para las variables estudiadas.
- Evaluar si existen diferencias en función del sexo de los participantes.

- Analizar las correlaciones entre las variables estudiadas.
- Construir un modelo de regresión para predecir la inhibición sexual respecto a las variables evaluadas en este estudio.

### **Hipótesis:**

- Las mujeres puntuarán más alto en *deseo sexual hipoactivo* que los hombres.
- Los sujetos con puntuaciones más altas en *deseo sexual inhibido*, puntuarán más alto en *depresión* y *ansiedad*.
- Los sujetos con puntuaciones más bajas en *deseo sexual hipoactivo*, puntuarán más alto en *habilidades sociales* y *asertividad sexual*.
- Las variables mejor predictoras del deseo sexual hipoactivo serán *asertividad sexual* y *habilidades sociales*.

### **MÉTODO**

#### **Participantes:**

La muestra está formada por 116 participantes de ambos sexos, de los cuales 36 son hombres y 80 mujeres, todos ellos de la provincia de Alicante y con un rango de edad de 17-49 años. Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo no aleatorio incidental, estando la muestra inicial compuesta por 128 participantes, de los cuales se han excluido 12 porque no habían iniciado en el momento de la cumplimentación de los cuestionarios las relaciones sexuales, dato que se ha considerado imprescindible para la investigación, por lo que la muestra ha quedado en 116 participantes como se ha mencionado anteriormente.

#### **Variables e Instrumentos:**

Esta investigación recoge un total de cuatro variables independientes (habilidades sociales, depresión, ansiedad y asertividad sexual) y una variable dependiente, el deseo sexual hipoactivo.

El deseo sexual se define como una tendencia o motivación, a exponerse y/o a buscar activamente circunstancias que aumentan la probabilidad de llevar a cabo conductas autoeróticas o intercambios sexuales y sentirse receptivos a éstos (Martínez, 1999). Para evaluar la variable dependiente hemos utilizado el Test del Deseo Sexual Inhibido de Masters, Johnson y Kolodny (1994) que consta de 15 ítems puntuados en una escala tipo Likert con de 1 (Totalmente falso) a 9 (Totalmente verdadero). Esta escala nos proporciona una puntuación entre 15-135, donde 135 implica que existe deseo sexual hipoactivo y 15 que el nivel de deseo es normal. Sierra et al. (2003) informan del carácter bidimensional de la escala, identificándose dos factores claros y relacionados (deseos sexual inhibido diático y deseo sexual inhibido general) con una consistencia interna de 0,85 y 0,70, respectivamente. En el presente estudio se utilizó la puntuación global.

Con respecto a las variables independientes, la ansiedad en este estudio se define como un estado emocional caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Para su evaluación se ha utilizado el inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982). Este cuestionario se compone de un total de 40 ítems, 20 para ansiedad rasgo y 20 para ansiedad estado, con una escala tipo Likert de 4 alternativas que van desde “casi nunca” hasta “casi siempre”. Esta escala nos proporciona una puntuación entre 0-120. Sus datos de consistencia interna revelan un alfa de 0.91 y 0.94 en las subescalas de ansiedad rasgo y ansiedad estado, respectivamente: la fiabilidad test-retest es de 0.81 en la escala de ansiedad rasgo y de 0.40 en la de ansiedad estado. Los valores de validez convergente oscilan entre 0.58 y 0.79.

La variable independiente depresión se define en este caso como un estado caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Esta variable se ha evaluado a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) que está compuesto por 21 ítems de respuesta múltiple, presentando unos valores máximos de 63 que corresponderían a una depresión mayor y unos mínimos de 0 que representan ausencia de depresión. Presenta una fiabilidad por el método de las dos mitades de .93, una fiabilidad test-retest que oscila entre .69-.90 y una validez convergente entre .62 y .66.



Con respecto a la variable asertividad sexual definida como la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables es la capacidad para iniciar la (Morokoff et al., 1997), se ha seleccionado para su evaluación el Hurlbert Index of Sexual Assertiveness (HISA) (Hurlbert, 1991). La versión original está formada por 25 ítems compuestos por en una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 0 (siempre) a 4 (nunca), puntuando 12 ítems de forma inversa. Proporciona una puntuación global en asertividad sexual. En la versión en español se invirtió la escala de respuesta oscilando ésta entre 0 (nunca) y 4 (siempre), de modo que a mayor puntuación mayor asertividad sexual.

Finalmente, definimos la variable habilidades sociales como el conjunto de conducta emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás (Caballo 1986). Esta variable es evaluada mediante el Cuestionario de Habilidades Sociales (EHS) (Gismeros, 2000) que está compuesto por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta, desde “No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría” a “muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. A mayor puntuación global, el sujeto expresa menos habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos. Posee una alta consistencia interna (alfa = .88), presentando a su vez una adecuada validez convergente.

### **Procedimiento:**

Para el desarrollo de esta investigación se facilitó a los participantes una serie de cuestionarios que fueron autoadministrados de forma voluntaria en un tiempo aproximado de 15 minutos. La administración de los instrumentos de evaluación se realizó de forma colectiva por un solo evaluador en sesiones distintas, recibiendo los participantes las mismas instrucciones para su cumplimentación.

### **Tipo de diseño:**

Esta investigación se considera un análisis descriptivo ya que su finalidad es describir en términos metodológicos e identificar todas las características del fenómeno que se estudia mediante su evaluación. Además el diseño de estudio es de tipo transversal, porque se miden una serie de variables en un momento concreto.

### **Análisis de datos:**

Para el análisis descriptivo se emplearon medias y desviaciones típicas y t de Student, para estudiar las diferencias entre los grupos. Todos estos análisis se realizaron estableciendo un nivel de confianza del 95%.

En el proceso de construcción del modelo, con el método de regresión paso a paso, excluimos las variables menos relevantes para nuestro modelo. En este proceso los datos fueron depurados y analizados mediante el paquete estadístico IBM SPSS 21.

### **RESULTADOS:**

Al analizar los resultados obtenidos de la muestra, encontramos una puntuación media de 40.23 que podríamos clasificar como deseo sexual no inhibido ya que puntúa por debajo de 60 (Tabla 1), puntuación a partir de la cual se considera que existe inhibición del deseo sexual. En estos términos, podemos considerar presencia de deseo sexual inhibido en el 15% de los participantes evaluados (a mayor puntuación mayor deseo sexual inhibido).

Respecto a la variable que miden las habilidades sociales de los participantes encontramos una puntuación media de 73.51, que representa niveles altos de habilidades sociales en los participantes. Frente a esto, en asertividad sexual encontramos puntuaciones especialmente bajas, 24.70, que determinan una capacidad asertiva elevada en términos de sexualidad.

Referente a las variables emocionales encontramos, por lo general, ausencia de sintomatología ansiosa (ansiedad rasgo 49.44/ansiedad estado 42.49) y depresiva (7.75) (tabla 1).

Tabla 1: Estadísticos descriptivos.

	Media	DT
Deseo sexual	40.23	18.72
Asertividad Sexual	24.70	14.40
HHSS	73.51	13.16
Depresión	7.75	7.74
Ansiedad rasgo	49.44	10.04
Ansiedad estado	42.49	11.15

Al observar cómo se comportan hombres y mujeres en las variables estudiadas encontramos diferencias significativas a nivel estadístico en la variable deseo sexual inhibido. En este caso las mujeres puntúan más alto (43.37) que los hombres (33.25) con un tamaño del efecto medio alto (Cohen, 1992). Si nos centramos en el porcentaje de mujeres afectadas que puntúan por encima del punto de corte del instrumento observamos que aproximadamente el 18% de las mujeres pertenecería al grupo de participantes con deseo sexual inhibido frente al 5% de los hombres. Para el resto de variables no se observan diferencias con significación estadística (Tabla 2).

Tabla 2: Diferencias entre sexos.

	Hombres		Mujeres		t	Tamaño del efecto
	Media	DT	Media	DT		
HHSS	73.22	14.54	73.65	12.60	-.64	-
Asertividad sexual	24.56	13.20	24.78	14.99	-.26	-
Depresión	6.83	7.47	8.18	7.88	-.03	-
Ansiedad E	47.72	10.29	50.23	9.90	-1.81	-
Ansiedad R	41.47	13.31	42.95	10.10	-1.06	-
DSI	33.25	13.49	43.38	19.93	-3.86 *	.36

\*p<0.05

Al analizar las variaciones encontradas entre las personas que sufren deseo sexual Inhibido y deseo sexual normalizado, encontramos que son los participantes con menor deseo sexual los que tienen más problemas en asertividad en temática sexual y disponen de menos habilidades sociales, en cambio son estos participantes los que más sintomatología ansioso-depresiva presentan. Las diferencias observadas entre estos grupos son significativas a nivel estadístico con tamaños del efecto medio o pequeño para las variables HHSS, Asertividad Sexual y Ansiedad estado, y con un tamaño del efecto grande para la variable depresión, como se observa en la tabla 3.

Tabla 3: Análisis de diferencias.

	DS Normalizado		DS Inhibido		t	Tamaño del efecto
	Media	DT	Media	DT		
HHSS	71.73	12.19	85.53	13.61	-4.03*	.35
Asertividad sexual	22.24	12.68	41.33	14.67	-5.33*	.45
Depresión	6.54	5.89	16.50	12.89	-2.85*	.61
Ansiedad E	48.53	9.49	55.60	11.79	-2.60*	.24
Ansiedad R	41.49	10.38	49.27	14.02	-2.07	-

\*p<0.05

### Construcción de modelo de regresión

Para depurar el modelo, mediante el método de estimación paso a paso, eliminamos el predictor ansiedad rasgo y ansiedad estado, porque aunque presenta un patrón de supresión (tabla 2), no aporta demasiado al modelo, y eliminamos también la variable HHSS por que presenta patrón de redundancia con respecto a las variables que se mantienen en el modelo.

Con lo dicho anteriormente, nuestro modelo final resultante en puntuaciones directas es  $Deseo\ Sexual\ Inhibido = 18.15 + 0.73\ Asertividad\ Sexual + 0.48\ Depresión$  ( $Z_{DSI} = 0,57Z_{aser} + 0.20Z_{Dep}$ ) y este modelo consigue explicar un 42% de la varianza de la

variable criterio, es decir que el 42% de la variabilidad total de la variable Deseo Sexual Inhibido viene explicada por los predictores Asertividad Sexual y Depresión.

Tabla 4: Análisis de correlación entre deseo sexual inhibido y los cuatro predictores.

	Media	DT	1	2	3	4	5	6
DS	40.23	18.72	1					
HHSS	73.52	13.17	.39**	1				
Asertividad	24.71	14.40	.64**	.41**	1			
depresión	7.76	7.75	.35**	.42**	.26**	1		
ansiedad estado	49.45	10.05	.23**	.36**	.28**	.69**	1	
ansiedad rasgo	42.49	11.15	.26**	.49**	.28**	.75**	.74**	1

Tabla 5: Modelo inicial y modelo depurado.

	B	$\beta$	$r^2$	$sr^2$	$R^2$	$\hat{R}^2$
(Constante)	15.03					
Asertividad	.68	.53	.54	.47		
HHSS	.22	.16	.17	.13		
Depresión	.63	.27	.22	.16	.45	.43
Ansiedad	-.13	-.07	-.06	-.04		
Estado						
Ansiedad	-.15	-.09	-.07	-.05		
Rasgo						
(Constante)	18.15					
Asertividad	.73	.57	.58	.55	.43	.42
Depresión	.48	.20	.25	.19		

## **DISCUSIÓN:**

En este estudio hemos partido de la idea de que la conducta sexual humana es un fenómeno complejo, que está determinado por múltiples determinantes biopsicosociales que se pueden agrupar en: biológicos, psicológicos y socioculturales (Carrobles, 1990). A partir de este planteamiento, en nuestro caso nos hemos centrado en analizar los factores psicológicos y sociales, para conocer qué papel están jugando estas variables en el deseo sexual.

En primer lugar los resultados encontrados sobre nuestra muestra nos indican que la puntuación media con respecto al deseo sexual es baja, y que por tanto, sólo el 15% de los participantes presenta deseo sexual hipoactivo. A su vez, las puntuaciones encontradas con referencia a depresión y ansiedad también representan ausencia de ambas.

Por el contrario, con respecto a las variables de asertividad y habilidades sociales, podemos comprobar en nuestros resultados que en ambas las puntuaciones medias representan que la muestra tiene unas habilidades sociales y asertividad sexual elevadas. Estos resultados podrían deberse a que la muestra está compuesta por participantes en su mayoría jóvenes que no tienen todavía la carga de las preocupaciones familiares o laborales, las cuales pueden influir en el estado emocional de personas más maduras.

Por otro lado, se han encontrado diferencias significativas en deseo sexual hipoactivo entre hombres y mujeres, siendo en este caso las mujeres las que han obtenido puntuaciones mayores, lo que corrobora lo encontrado en la revisión bibliográfica (Kaplan, 1982; Segraves y Segraves, 1991; Ballester y Gil, 1995), por lo que seguimos inclinando la balanza del deseo sexual hipoactivo hacia el sexo femenino y aceptamos la hipótesis que habíamos planteado inicialmente, que exponía que serían las mujeres las que puntuarían más alto en deseo sexual hipoactivo que los hombres.

También encontramos que los participantes que tienen menor deseo sexual presentan un peor estado emocional, con niveles de depresión y ansiedad superiores. Esto confirma nuestra hipótesis, que exponía que los sujetos con puntuaciones más altas en deseo sexual inhibido, puntuarían más alto en depresión y ansiedad, ya que existe una elevada relación entre los problemas de deseo sexual y variables como depresión (Norten, 1997)

y ansiedad, que pueden llegar a reducir el deseo sexual de forma significativa (Beck y Bozman, 1995; Dekker, Dronkers y Sataffeleu, 1985; Ware et al., 1996).

Al contrario de lo que ocurre con los estados emocionales, los participantes con mayor deseo sexual, presentan mayores habilidades sociales y asertividad social. Por lo que se cumple también la hipótesis planteada con estas dos variables y apoyada por los hallazgos bibliográficos (Morokoff et al., 1997; Hurlbert, 1991; Haavio-Mannila y Kontula, 1997) en la que se exponía que los sujetos con puntuaciones más bajas en deseo sexual hipoactivo, puntuarían más alto en habilidades sociales y asertividad sexual.

Con respecto al modelo de regresión, a primera vista, los resultados hallados ponen de manifiesto dos hechos relevantes; en primer lugar, no todas las variables evaluadas influyen del mismo modo en el deseo sexual, es decir, unas tienen más peso que otras; en segundo lugar cabe señalar que la influencia que las variables evaluadas tienen sobre el deseo sexual es limitada, lo que corrobora la multicausalidad de este constructo (Fuertes y López, 1997; Levin, 2002; Levin, 2003).

Para la elaboración del modelo, en primer lugar se decidió eliminar la variable ansiedad, porque la varianza que aportaba al modelo era muy escasa y presentaba cierto patrón de redundancia con respecto a la variable depresión. Es decir, esta variable, por sí sola, aporta muy poco al constructo deseo sexual hipoactivo, por lo que es eliminada, cumpliendo el principio de parsimonia. Esto podría deberse a que los participantes de la muestra estudiada al no ser población clínica, presentaban niveles bajos de ansiedad, aspecto que puede haber influido en el resultado.

A continuación se eliminó la variable habilidades sociales, porque su posible contribución al modelo ya lo están aportando otras variables. Deducimos que la variable que podría estar causando este efecto es la variable asertividad sexual, por su posible relación entre ser más asertivo si posees mejores habilidades sociales, y así queda reflejado en la correlación entre ambas.

Pese a todo lo expuesto, el modelo resultante contiene finalmente las variables asertividad sexual y depresión, consiguiendo que tan sólo con ellas se prediga un 42% del deseo sexual hipoactivo. Y aún siendo este un dato importante por todo lo que implica, la capacidad predictiva del mismo se considera pequeña. Es posible que esta

capacidad predictiva se explique porque la falta de actividad sexual es uno de los síntomas que suelen presentar las personas con depresión (Norten, 1997). Al mismo tiempo, la asertividad sexual implica mayor seguridad, autoestima global, erotofilia y menor doble moral a la hora de tener relaciones sexuales (Greene y Faulkner, 2005; Hurlbert, Apt y Rabhel, 1993; Jacobs y Thomlison, 2009; Oattes y Offman, 2007; Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez y Maeso, 2008), datos que apoyan la importancia de estas dos variables en la predicción del deseo sexual hipoactivo.

Al realizar este estudio, se han encontrado ciertas limitaciones. En primer lugar, consideramos que la muestra no ha sido lo suficientemente representativa, por lo que para futuras investigaciones se debería utilizar una más amplia y con rangos de edad que se ajusten a los poblacionales en España, con un número más equilibrado entre hombres y mujeres. Por otro lado sería interesante recoger datos de distintos puntos de la geografía española, para que los resultados pudieran ser extrapolables al resto de la población. A su vez, se podría añadir en los cuestionarios variables como: si tienen pareja actualmente, tiempo de duración de la relación y frecuencia sexual. Con la inclusión de estas variables rastrearíamos el efecto modulador que variables extrañas han podido tener sobre nuestros resultados, Con todo esto conseguiríamos unos resultados más fiables y un procedimiento metodológico más riguroso.



## REFERENCIAS:

- American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Madrid: Masson.
- Ballester, R. y Gil, M.D. (1995). Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana. *Psicothema*, 1995. Vol. 7, nº1, pp. 95-104.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, J.G. y Bozman, A.W. (1995). *Gender differences in sexual desire: The effects of anger and anxiety*. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 595-612.
- Borissova, A.M., Kovatcheva, R., Shinkov, A. y Vukov, M (2001). A study of the psychological status and sexuality in middle-aged Bulgarian women: Significance of the hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas*, 2, 177-183.
- Caballo, V. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. In R. Fernández-Ballesteros, y J.A. Carrobes (Eds.), *Evaluación conductual: Metodológica y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Carrobes, J. A. (1990). Biología y psicofisiología de la conducta sexual. Fundación Universidad-Empresa. Madrid.
- Dekker, J.D., Dronkers, J. y Staffeieu, J. (1985). Treatment of sexual dysfunctions in male-only groups: Predicting outcome. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2, 80-90.
- Dixon-Mueller, R. (1999). Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva. En S. Zeidenstein y K. Moore (editoras), *Aprendiendo sobre sexualidad. Una manera práctica de comenzar* (pp. 157-180). Nueva York.
- Esen, D.A., Oruc, S., Adeguezal, H., Yildirim, Y., y Aydemir, O. (2000). Menopoz doeneminde cincel, psilolojik ve hormonal degiskenlerin iliskisi. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 4, 293-299.
- Fuertes, A.M. y López, F.S. (1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. Salamanca: Amarú.

- Flores, A. (2000). *Disfunciones y terapias sexuales del 2000*. (5ª edición). A&M ediciones Montevideo, Uruguay.
- Gismero, E. (2000). *Escala de habilidades sociales (EHS)*. Madrid: TEA. Ediciones.
- Greene, K. y Faulkner, S.L. (2005). Gender, belief in the sexual double standard, and sexual talk in heterosexual dating relationships. *Sex Roles*, 53, 239-251.
- Haavio-Mannila, E. y Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 399-419.
- Hurlbert, D.F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 183-190.
- Hurlbert, D.F., Apt, C. y Rabehl, S. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 154-165.
- Jacobs, R.J. y Thomlison, B. (2009). Self-silencing and age as risk factors for sexually acquired HIV in midlife and older women. *Journal of Aging and Health*, 21, 102-128.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new Sex Therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of sexual desire*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H.S. (1982). *Trastornos del deseo sexual*. Ed. Grijalbo. Barcelona.
- Labrador, F. (1994). *Guía de la sexualidad*. Espasa Calpe. España.
- Labrador, F.J. y Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*;13:428-441.
- Levine, S.B. (2002). Reexploring the concept of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 39-51.
- Levine, S.B. (2003). The nature of sexual desire: A clinician's perspective. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32, 279-285.

- Martinez, R. (1999). *Psicosexualidad y conducta humana. Proyecto de desarrollo de docencia 97-155*, Ed. Facultad de Ciencias Biológicas. Universidad de Concepción. Chile.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.
- Masters W, Johnson V, Kolodny R. (1995). *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo; 1995.4.
- McVey, T.B. (1997). Depression among women with hypoactive sexual desire: Orgasm consistency training analysis and effect on treatment outcome. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 3, 211-220.
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 790-804.
- Oattes, M.K. y Offman, A. (2007). Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 16, 89-100.
- Pierce, A.P. y Hurlbert, D.F. (1999). Test-retest reliability of the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 31-34.
- Rosen RC, Leiblum SR. (1988). Assessment and treatment of desire disorders. En: Leiblum SR, Rosen RC (eds). *Principles and practice of sex therapy*. USA: The Guilford Press; 1988.
- Rosenzvaig, R. (1994). *La pareja al desnudo*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires. Argentina.
- Sarquis, C. (1993). *Introducción al estudio de la pareja humana*. Ed. Universitaria S.A. U. Católica de Chile. Chile.
- Sierra, J.C., Santos, P., Gutiérrez-Quintanilla, J.R., Gómez, P. y Maeso, M.D. (2008). Un estudio psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en mujeres hispanas. *Terapia Psicológica*, 26, 117-123.

- Segraves, K.B. y Segraves, R.T. (1991). Hypoactive sexual desire disorder: Prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex and Marital Therapy; Spr* Vol 17 (1). 55-58.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). Manual for the State/Trait *Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press (version española, TEA, 1982).
- Ware, M.R., Emmanuel, N.P., Johnson, M.R., Brawman, M.O., Knapp, R., Crawford, H.M. y Lydiard, R.B. (1996). *Self-reported sexual dysfunctions in Anxiety disorder patients. Psychopharmacology Bulletin*, 32, 530.
- Zeidenstein, S. y Moore, K. (1999). *Aprendiendo sobre sexualidad*. The Population Council. Nueva York.
- Zubeidat, I., Ortega, V. y Sierra, J. C. (2004). Evaluación de algunos factores determinantes del deseo sexual: Estado emocional, actitudes sexuales y fantasías sexuales. *Análisis y modificación de conducta*, Vol. 30, Nº. 129, págs. 105-130.

