



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA DE LA SALUD

PERFILES Y FACTORES EXPLICATIVOS DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
MTRA. CLAUDIA SÁNCHEZ BRAVO

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. NORMA PATRICIA CORRES AYALA
COMITÉ: DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG
DRA. BERTA ELVIA TARACENA RUIZ
DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ
DR. FRANCISCO ANTONIO MORALES CARMONA
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
DRA. MARTHA LILIA MANCILLA VILLA

MÉXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco

A las mujeres y los hombres que participaron en esta investigación, ya que sus aportes hicieron posible la realización del trabajo; en particular a las tres mujeres que con su valiosa colaboración permitieron entender un poco más el complejo mundo de la sexualidad humana.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, fuente inagotable de conocimiento.

Al Instituto Nacional de Perinatología, por ser tierra fértil para el desarrollo y la investigación.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por su apoyo para esta investigación.

A mi comité tutorial por su acompañamiento y el tiempo dedicado a la realización del trabajo:

Tutora principal: Dra. Norma Patricia Corres Ayala

Tutora adjunta: Dra. Bertha Blum Grynberg

Tutora externa: Dra. Bertha Elvia Taracena Ruiz

JURADOS:

Dra. Gabina Villagrán Vázquez

Dr. Francisco Antonio Morales Carmona

Dra. Sofía Rivera Aragón

Dra. Martha Lilia Mancilla Villa

A mi familia:

A mis queridos padres, Carlos Sánchez Cárdenas[†] y
Guillermina Bravo, por su vitalidad y rectitud.

A mi amado esposo Carlos, por su apoyo,
solidaridad y amor sin condiciones.

A mis amados hijos, Carlos,
Daniel y Elisa del Rosario pues
con su ejemplo aprendo
nuevas cosas cada día.

A Lucio, mí querido hermano, por los
encuentros y desencuentros compartidos.

A mis amigos:

A mí querido amigo Jorge, por el camino recorrido,
por sus enseñanzas y el impulso que me ha dado,
por ser un verdadero amigo.

A Paco, mi amigo querido, compañero y
jefe, por 30 años compartidos.

A mi gran amiga Esperanza y
su familia, por la hermandad
que nos une.

A mi querida amiga Mireya, su alegría, vitalidad y
honestidad han iluminado a mi familia y
a mí misma.

A María Esther, mi amiga, por
su cariño y solidaridad.

A Consuelo, por su calidez.

A Paty y a Bonnie, por ser excelentes
personas y profesionistas.

A Rosenda, por su generosidad.

Con mucho cariño a la Psicóloga Cecilia Linares,
por su compromiso y dedicación desde el
inicio del proyecto.

Al Psicólogo José Cuenca Vázquez, por su
gran ayuda en la realización
del trabajo.

A Rosita, porque sin su ayuda difícilmente
hubiera terminado este trabajo.

A mis maestros:

A la Dra. Patricia Corres Ayala, por su
gran sabiduría, generosidad y
apoyo incondicional.

A la Dra. Bertha Blum Grynberg, por sus
enseñanzas en el conocimiento de
nuevos caminos.

A la Dra. Elvia Taracena Ruiz, porque me
introdujo en el estudio de un nuevo
método de investigación.

A la Dra. Gabina Villagrán, por sus
valiosas recomendaciones.

Al Dr. Francisco Morales Carmona, por las
reflexiones compartidas.

A la Dra. Sofía Rivera Aragón, por su
dedicación y por compartir sus
conocimientos.

A la Dra. Emily Ito Sugiyama, por su
valiosa asesoría.

*El amor, el trabajo y el saber son las
fuentes de nuestra vida;
también deben gobernarla.*

WILHELM REICH

*El buen trato provoca agradecimiento en los
grandes espíritus y vanidad en
los pequeños.*

PATRICIA CORRES AYALA

*No hay nada que puedas hacer que
no pueda ser hecho.*

*Nada que tú puedas cantar que
no pueda ser cantado.*

*Nada que puedas decir pero
puedes aprender cómo
jugar el juego; es fácil.*

Todo lo que necesitas es amor.

LENNON / MCCARTNEY

Índice

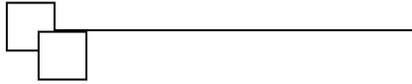
<i>Resumen</i>	I
<i>Abstract</i>	III
<i>Introducción general</i>	V
<i>Antecedentes</i>	VIII
MARCO TEÓRICO	
1. SEXUALIDAD HUMANA	2
1.1 Sexualidad	4
1.1.1 Revisión de dos posturas filosóficas de la sexualidad: Bataille y Foucault	6
1.1.2 Revisión de la teoría psicoanalítica de Freud	8
1.1.3 Revisión de la teoría de la función social de la represión sexual de Reich	13
1.1.4 Revisión de algunos estudios sistematizados de la sexualidad	18
1.2 Respuesta sexual humana	21
1.3 Disfunciones sexuales	29
1.4 Descripción de las disfunciones sexuales	40
1.5 Prevalencia de las disfunciones sexuales	49
1.6 Tratamientos psicológicos de las disfunciones sexuales	52
2. FACTORES INTERVINIENTES	65
2.1 Factores de personalidad	65
■ Papel de género	
■ Autoestima	
■ Locus de control	
■ Locus de control y rol de género	
3. MODELOS TEÓRICOS DE LA SEXUALIDAD HUMANA	83
4. PROPUESTA DE PERFILES TEÓRICOS DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES	93

INVESTIGACIÓN	
PRIMERA FASE	107
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	107
5.1 Justificación	107
5.2 Preguntas de investigación	108
5.3 Objetivos	109
5.3.1 Objetivo general	109
5.3.2 Objetivos específicos	109
5.4 Hipótesis	110
5.4.1 Hipótesis conceptual	110
5.4.2 Hipótesis de trabajo	110
5.4.3 Hipótesis nula	111
5.4.4 Hipótesis alterna	112
6. MÉTODO	113
6.1 Variables	113
6.1.1 Factores sociodemográficos controlados	113
6.1.2 Variables de clasificación	114
6.1.3 Variables intervinientes	116
■ Factores de personalidad	
■ Antecedentes sexuales	
6.2 Muestra	118
6.3 Participantes	119
6.4 Análisis descriptivo de las muestras	119
6.4.1 Mujeres	119
■ Edad	
■ Estado civil	
■ Escolaridad	
6.4.2 Hombres	121
■ Edad	
■ Estado civil	
■ Escolaridad	
6.5 Escenario	122
6.6 Criterios de inclusión	122
6.7 Criterios de exclusión	123
6.8 Diseño	123
6.9 Tipo de estudio	123
6.10 Instrumentos	123

6.11 Procedimiento	130
6.12 Requerimientos éticos	131
7. RESULTADOS PRIMERA FASE	133
7.1 Frecuencia de la presencia de disfunciones sexuales tanto de mujeres como de hombres	134
7.2 Descripción y análisis de comparación de grupos y los factores de personalidad estudiados	135
7.3 Descripción y análisis de comparación de grupos de los antecedentes sexuales estudiados	140
7.4 Análisis de las diferencias entre cada disfunción sexual y los factores de personalidad estudiados	145
7.5 Análisis de las diferencias entre cada disfunción sexual y los antecedentes sexuales estudiados	151
7.6 Relaciones de cada una de las disfunciones sexuales y los factores psicológicos y los antecedentes sexuales	159
7.7 Análisis para ver la combinación de los factores y generar los perfiles predictivos	163
8. DISCUSIÓN PRIMERA FASE	177
8.1 Descripción de la muestra	177
8.2 Frecuencia de la presencia de disfunciones sexuales tanto de mujeres como de hombres	177
8.3 Descripción de análisis de la comparación de grupos de los factores psicológicos estudiados	178
8.4 Descripción y análisis de comparación de grupos de los antecedentes psicológicos estudiados	179
8.5 Análisis para ver la combinación de los factores	182
9. CONFORMACIÓN DE LOS PERFILES	193
SEGUNDA FASE	
10. RECURSO COMPLEMENTARIO	213
10.1 Planteamiento del problema	213
■ Pregunta de investigación	
■ Justificación de la segunda fase	
10.2 Objetivo general	214
10.3 Objetivos específicos	214
10.4 Muestra	214

10.5 Instrumento	215
■ Entrevistas a profundidad semi-estructuradas	
10.6 Guía temática	217
10.7 Procedimiento	219
10.8 Análisis de la información	220
10.9 Requerimientos éticos	222
11. RESULTADOS SEGUNDA FASE	223
11.1 Plan de análisis	223
11.2 Participantes	224
11.3 Obtención de datos	225
11.4 Categorías a partir de las unidades de análisis	226
11.5 Organización y estructuración de las categorías	231
12. DISCUSIÓN SEGUNDA FASE	239
<i>Discusión general y Conclusiones</i>	244
<i>Bibliografía</i>	252
ANEXOS	
Anexo 1	267
Anexo 2	284
Anexo 3	292
Anexo 4	295
Anexo 5	297
Anexo 6	301
Anexo 7	303
Anexo 8	305

RESUMEN



Objetivo: Generar perfiles explicativos de los factores que intervienen en la presencia de disfunciones sexuales femeninas y masculinas, así como aislar nuevos factores para eliminar obstáculos por la limitada eficacia en los procedimientos utilizados por una falta de especificidad para su abordaje y tratamiento.

Método: El trabajo constó de dos fases: la primera, con el método cuantitativo, con lo cual se aislaron factores intervinientes, que fueron: papel de género, autoestima y locus de control (factores de personalidad) y antecedentes sexuales (experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales), estudio no experimental, de campo, retrospectivo, transversal, con un diseño correlacional multivariado. La segunda, un recurso complementario con el método cualitativo-interpretativo, se aplicaron entrevistas en profundidad semi-estructuradas trabajadas con análisis de contenido. El registro de las disfunciones sexuales se hizo de acuerdo a la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002): en las mujeres: deseo sexual hipoactivo, trastorno de la excitación, trastorno del orgasmo, dispareunia y vaginismo; en los hombres: deseo sexual hipoactivo, trastorno de la erección, trastorno del orgasmo y eyaculación precoz. El trastorno de aversión al sexo, se eliminó del análisis por haberse presentado muy pocos casos.

Participantes: Para la primera fase se tomaron dos muestras convencionales, una de mujeres, dividida en dos: grupo 1, sin disfunciones sexuales, y grupo 2 con disfunciones sexuales, y otra de hombres, con las mismas características. Las muestras por sexo fueron trabajadas de manera independiente, por tratarse de un estudio de sujetos y no de parejas. Para la segunda fase se realizaron tres entrevistas

en profundidad semi-estructuradas: la primera, mujer con dispareunia; la segunda, mujer con vaginismo y, la tercera, mujer sin disfunción sexual.

Escenario: El estudio se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología.

Instrumentos: Para la clasificación de las disfunciones sexuales, y el registro de los antecedentes, se utilizaron la Historia Clínica de la Sexualidad Femenina, HCCSF (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987), y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, Pimentel, y Aranda, 1998). Para medir los factores de personalidad se utilizaron, el Inventario Masculinidad-Feminidad (Lara, 1993), el Inventario de Autoestima de Coopersmith (Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993), y la Escala de Locus de Control Interno-Externo (Rotter, 1966).

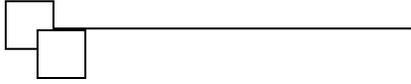
Procedimiento: Se determinó la frecuencia de disfunciones sexuales de mujeres y de hombres; el análisis de comparación de los grupos; el análisis de las diferencias y de relación entre cada disfunción sexual con los factores de personalidad y los antecedentes estudiados, así como el análisis para ver la combinación de los factores para generar el perfil explicativo de cada disfunción sexual. De las entrevistas en profundidad semi-estructuradas se obtuvieron categorías.

Resultados: De la primera fase muestran que cada disfunción sexual tuvo una combinación diferente de factores, con dos factores presentes en todas, que son: baja autoestima y problemas conyugales. En la segunda fase, se corroboró la presencia de los factores ya descritos, además de encontrar nuevos factores que intervienen en la presencia de los problemas sexuales, como la violencia al propio cuerpo, los distintos tipos de temores, el impacto de los papeles de género de los padres, la influencia de la represión sexual en la infancia, entre otras.

Conclusiones: La conjugación de las dos fases permitió la discriminación de factores que intervienen en la instauración de los problemas sexuales con lo que se cubrieron los objetivos del trabajo.

Palabras clave: Disfunción sexual, autoestima, papel de género, locus de control, antecedentes sexuales, factores intervinientes.

ABSTRACT



Objective: To generate explanatory profiles of the factors that intervene in the presence of male and female dysfunctions and also, to isolate new factors in order to eliminate obstacles related to de limited efficacy in the procedures used, due to a lack of specificity to approach and treat them.

Method: this work consisted of two phases. First, a quantitative method in which intervenient factors were isolated: psychological factors (gender role, self-esteem, and locus of control), and sexual background (child sexual traumatic experience, sexual information, fears to sexuality, masturbation and marital problems). A non experimental, transversal, retrospective, field study, with a multivariate, correlational design was conducted. The second phase was a complementary resource, the qualitative-interpretative method applied to deep semi-structured interviews through the analysis of content. The registration of the sexual dysfunctions was done according to the Diagnostic Statistical Manual DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002): in women, female hypoactive sexual desire, female arousal disorder, female orgasm disorder, dyspareunia, and vaginism; in men: male hypoactive sexual desire, erectile disorder, male orgasm disorder, and premature ejaculation. Aversion to sex disorder was eliminated from the analysis due to the few number of cases presented.

Participants: For the first phase, two conventional samples were taken, one male sample and one female sample, and both of them were divided in two groups: group 1 with sexual dysfunctions, and group 2 without sexual dysfunctions. Samples were independently handled, as it is a subject, not partner study. For the second phase, three deep semi-structured interviews were fulfilled: the first, a woman with

dyspareunia, the second, a woman with vaginism, and the third, a woman without any sexual dysfunction.

Scenery: The study was carried out at the Instituto Nacional de Perinatología.

Instruments: For the sexual dysfunctions classification and the background registration, the Clinical Report of Female Sexuality HCSF (Souza, Cárdenas, Montero & Mendoza, 1987), and the Male Version of the Sexuality Questionnaire (Morales, Pimentel & Aranda, 1998) were used. To measure personality factors, the Masculinity-Femininity Inventory (Lara 1993), Coopersmith Self-esteem Inventory (Lara, Verduzco, Acevedo & Cortés, 1993) and the Internal-External Locus of Control Scale were used.

Procedure: the frequency of female and male dysfunctions was determined and two analysis were carried out: the analysis of the difference and relationship between each sexual dysfunction, the personality factors and the studied background, and the analysis of the factors combination, to generate an explanatory profile of each sexual dysfunction. From the deep semi-structured interviews, categories were obtained.

Results: In the first phase, each sexual dysfunction had a different factor combination, being two factors constant in all of them: low self-esteem and marital problems. In the second phase, the presence of the described factors was confirmed and new intervenient factors were discovered in the presence of sexual problems, such as violence to the own body, different types of fears, impact of parent gender role, and sexual repression during childhood, among others.

Conclusions: The conjugation of the two phases made possible the discrimination of the factors that intervene in the instauration of sexual problems, covering the objectives of the study.

Key words: Sexual dysfunction, self-esteem, gender role, locus of control, sexual background, intervenient factors.

INTRODUCCIÓN GENERAL



El estudio que aquí se presenta tiene la finalidad de ahondar en los problemas que giran alrededor de la sexualidad, de tal manera que se puedan generar perfiles explicativos de cada una de las disfunciones sexuales tanto en mujeres como en hombres y de los factores que intervienen en la presencia de éstas.

El trabajo tiene dos fases:

En la **primera fase** se pretende establecer, a través del análisis cuantitativo, cuáles son los factores intervinientes que se relacionan con la presencia de cada una de las disfunciones sexuales, tanto en mujeres como en hombres. Los factores intervinientes que se han considerado para su estudio son: papel de género, autoestima y locus de control (factores de personalidad) y experiencia sexual infantil traumática, información sobre la sexualidad, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales (antecedentes sexuales), pues se desconoce la especificidad, así como en qué proporción se constituyen en un factor participante y, además, cómo se puede pronosticar, en la combinación de estos factores, la ausencia o presencia de cada una de las disfunciones sexuales.

En la **segunda fase** se hará un análisis cualitativo-interpretativo, para lo cual se realizaron tres entrevistas a profundidad semi-estructuradas, tomando tres participantes mujeres que se detectaron como buenas informantes para ver qué otros factores han de considerarse en la explicación de las disfunciones sexuales y, desde la comprensión del sujeto, enriquecer el modelo explicativo.

La organización de este trabajo se realizó de la siguiente manera:

Antes del marco teórico se exponen los antecedentes institucionales, con la exposición del trabajo realizado en la línea de investigación desarrollada en el

Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER), línea abierta por la frecuencia con que se presentan los problemas sexuales.

Los tres primeros capítulos integran el marco teórico. El primero, abarca varios aspectos: definiciones de la sexualidad humana y una revisión de posturas filosóficas y de estudios sistematizados, los cuales han contribuido a desechar numerosos mitos en torno a la sexualidad y ampliar la gama de posibilidades de investigación. Un segundo aspecto es el de la respuesta sexual humana y las partes que la constituyen, tanto en la mujer como en el hombre; el tercer aspecto aborda, desde la perspectiva de varios estudiosos, la definición, clasificación y explicación de las disfunciones sexuales, así como su prevalencia además de hallazgos y limitaciones en cuanto a su tratamiento. En este mismo apartado también se incluye lo relacionado con los antecedentes sexuales, señalados por varios estudiosos como elementos de riesgo en la problemática sexual.

En el segundo capítulo se revisan distintos aspectos de los factores psicológicos incluidos en el trabajo, que son el papel de género, la autoestima y el locus de control, abordándolos desde la relación con el desarrollo de la sexualidad y la influencia que tienen en ella.

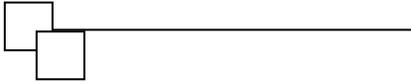
El tercer capítulo es la revisión de los modelos teóricos más importantes, a nuestro juicio, que han surgido del estudio de la sexualidad humana, desde distintas disciplinas dentro de las ciencias de la salud y las ciencias sociales. El cuarto capítulo es la propuesta de perfiles que se hacen para este trabajo, tomado de algunos de los importantes estudiosos del tema.

Concluido el marco teórico, se aborda la primera fase de la investigación. En el capítulo quinto se expone el planteamiento del problema con la justificación del trabajo, las preguntas de investigación, los objetivos e hipótesis. En el sexto, se expone el método y la descripción de las muestras. El séptimo, analiza los resultados de la primera fase, con los seis procedimientos que cubren los seis objetivos del trabajo. En el capítulo octavo se plantea la discusión de la primera fase, y en el noveno se expone la conformación de los perfiles con las combinaciones encontradas.

El capítulo décimo expone la segunda fase de la investigación, que es el recurso complementario realizado con el método cualitativo-interpretativo, con las diferentes etapas que integran este método; en el undécimo capítulo se analizan los resultados de la segunda fase, para concluir con la discusión en el capítulo duodécimo.

Para finalizar, se expone la discusión general y las conclusiones, integrando las dos fases del trabajo, con sus respectivas conclusiones y sugerencias, además de ocho anexos que resumen el material con el que se trabajó.

ANTECEDENTES



La sexualidad en el ser humano es un proceso que dura toda la vida, y una de sus manifestaciones es la respuesta sexual humana. El conocimiento que se tiene de esta área ha tenido avances importantes; no obstante, se requiere de un trabajo interdisciplinario por su grado de complejidad, además de hacer labor de difusión para lograr que la sociedad tenga acceso a dicho conocimiento.

Mediante la práctica clínica que se lleva a cabo dentro del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER) —catalogado por la Secretaría de Salud como institución de cuarto nivel de atención especializada de alto nivel—, se ha detectado un alto porcentaje de parejas que presentan problemas en su vida sexual. Por ello, fue necesario abrir una línea de investigación sobre la sexualidad humana, en la cual se han realizado estudios exploratorios con el objeto de determinar la prevalencia y frecuencia de las disfunciones sexuales de la población que se atiende dentro del Instituto, tanto en hombres como en mujeres.

Dichos estudios arrojaron un resultado que muestra que, de las mujeres estudiadas, 52% presentó una o más disfunciones sexuales, siendo el promedio de 2.25 disfunciones por mujer. En cuanto a los hombres estudiados, 38.8% presentó una o más disfunciones sexuales con un promedio de 1.48 por hombre (Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez, 2005).

También se realizaron investigaciones con estudios comparativos entre la población de mujeres y de hombres para ver las diferencias entre un grupo sin y otro con disfunciones sexuales; así, se trabajó con el autoconcepto y la satisfacción marital (Sánchez, Carreño, González, y González, 1997), también con la ansiedad y la depresión (González, Sánchez, Morales, Díaz y Valdéz 1999), con la comunicación

marital y el estilo de comunicación (Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez, 2003), y su relación con la asertividad (Sánchez, Carreño, Martínez, 2002).

En todos estos estudios se encontraron diferencias significativas con una desventaja para los participantes que presentaban una o más disfunciones sexuales. Sin embargo, estos resultados sugieren la necesidad de realizar investigaciones que puedan tener una mayor especificidad, estudiando la relación de cada una de las disfunciones sexuales con factores elegidos de acuerdo a lo reportado tanto por los estudiosos de la sexualidad, como por lo observado en el trabajo con participantes que presentan disfunciones sexuales.

El estudio que aquí se presenta, tiene la finalidad de ahondar en los problemas que giran alrededor de la sexualidad para generar un perfil explicativo de los factores que intervienen en la presencia de cada una de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas.

La experiencia adquirida a lo largo de más de diez años en el manejo y tratamiento de pacientes que demandan atención, ha sido un factor importante para determinar obstáculos en cuanto a la eficacia de los procedimientos hasta ahora utilizados, y que son básicamente tres:

- La primera modalidad se encuentra en los casos en los que la disfunción sexual en la pareja se presenta como problema único; en sus demás áreas son bastante funcionales, y que en la exploración se detecta que el problema no tiene que ver con causas remotas ni se encuentra enraizado en la estructura de la personalidad o como parte de una psicopatología específica, y se puede considerar como una falla en el aprendizaje o en las primeras experiencias sexuales, o falta de información; en este último caso, el plan de tratamiento consiste en proponer a las parejas una terapia sexual.
- La segunda modalidad se presenta, cuando la presencia de la disfunción sexual se debe a una falla en el desarrollo de la sexualidad por un ambiente familiar poco propicio para ello, el tratamiento de terapia sexual (los ejercicios propuestos por Masters, Johnson y Kolodny, 1995 y Kaplan, 1990) no siempre

funcionan, pues no pueden superar el problema, por lo que se requiere de otro tipo paralelo de intervención, más que nada focalizada en problemas psicológicos y no de pareja. En estos casos, la especificidad que da la delimitación de estos problemas necesita someterse a protocolos de investigación, aislando variables que puedan generar perfiles explicativos.

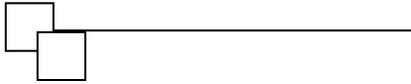
■ La tercera modalidad se presenta cuando hay problemas de pareja que invaden otras áreas; el tratamiento de terapia sexual debe ser secundario a otro tipo de intervención. En la observación de estos pacientes, se han identificado factores que impactan la sexualidad u que desencadenan una disfunción sexual reactiva a otro tipo de problemas, y que es necesario investigar.

En todas las modalidades las limitaciones que se presentan llevan a la conclusión de que hay poca especificidad en cómo se comportan algunos factores cuando hay uno u otro tipo de disfunción sexual; también el poder establecer cuándo la disfunción sexual es un síntoma y cuándo un trastorno, cuándo hay intervención de la relación de pareja y cuándo no. Lo que se puede observar es que no todas las disfunciones sexuales son iguales, ni todas remiten con los tratamientos de terapia sexual. Buscar la especificidad, aportando elementos que ayuden a estructurar los planes de tratamiento, es uno de los objetivos de esta investigación, pues uno de los problemas fundamentales ha sido tratar a todas las disfunciones sexuales por igual con las mismas estrategias de intervención.



Marco teórico

1. SEXUALIDAD HUMANA



“Cuando la función sexual es normal, se acepta desde el supuesto básico —que tiene que ser así—, y ni siquiera se piensa en ello; pero cuando la función sexual se convierte en un problema de cualquier tipo, es fuente de angustia y frustración, lo que a menudo genera una sensación de malestar e insatisfacción tanto individual como en las relaciones interpersonales”. Este enunciado fue descrito por Masters, Johnson y Kolodny (1995) después de haber estudiado exhaustivamente la conducta sexual humana a partir de los años sesenta.

Para poder entender la sexualidad hay que empezar por ubicar a nuestra especie entre todas las especies. Es en la nuestra en la que la sexualidad adquiere otra dimensión, además de la reproducción, pues la relación sexual es una actividad placentera, el ser humano es el animal más sexual de la tierra, así como crea cultura y tiene registro del pasado, dirige el presente y planea el futuro, aprende de la experiencia, comunica sentimientos, pensamientos e ideas, con todo esto se busca el equilibrio. La sexualidad incluye, y no puede dejar de hacerlo por su complejidad, tanto las circunstancias biológicas como el contexto social, cultural y psicológico, remitiendo a un concepto pluridimensional. De ahí que su estudio puede ser abordado a partir de diferentes perspectivas, desde la antropológica y social, hasta la biológica y psicológica; así, la incursión en este terreno requiere para su investigación de la delimitación clara del campo de investigación desde la cual va a ser abordada.

La palabra sexualidad se asocia a múltiples conceptos, desde el amor, la compañía, la reproducción, la familia, la unión, la comunicación, hasta la palabra sexo asociada a “hacer el amor”, cópula, relaciones sexuales, placer, etcétera. Para ofrecer una definición global se debe considerar, en primer lugar, lo biológico. Por

generaciones, los humanos seguimos el orden de la naturaleza en cuanto a sobrevivir, de algún modo “venciendo”, al reproducirnos, a la muerte. Este es un ingrediente de la vida humana, el otro es la cultura. En lo biológico obedecemos a la naturaleza; en lo cultural seguimos nuestra voluntad a través de la vida para que ésta tenga un sentido humano único. La naturaleza ordena la reproducción; la cultura formaliza las relaciones humanas creando ideales a los que aspiramos, pudiendo, incluso, ignorar o evadir el imperativo reproductivo, escogiendo otras formas de vida también satisfactorias.

En cuanto a la vida sexual, encontramos que no hay otro aspecto de la vida humana tan controvertido y cambiante, no solo a lo largo de la historia, sino en la era contemporánea, donde se pueden dar infinidad de reglas y variantes de una cultura a otra, es más, ésta continúa plagada de mitos cambiantes y que en su cambio también influyen intereses económicos o sociales o médicos, y sólo la investigación seria, realizada por múltiples estudiosos en todos los campos, ha dado una perspectiva más objetiva de lo que es y significa la construcción en cada ser humano y en cada cultura de la sexualidad, estudiando los distintos factores que han influido en la regulación de la conducta sexual.

Cada cultura ha definido lo que es normativo en términos de la conducta sexual, aunque no siempre esta normatividad ha sido coherente en relación con las conductas sexuales efectivas, por eso ha habido épocas de grandes cambios en las actitudes y las manifestaciones sexuales. Desde luego, nunca ha habido un código único sobre normas sexuales, en el que coincidan todas las culturas, lo que hace evidente que estamos frente a una dinámica. Es difícil separar las esferas fisiológica, sociológica filosófica y psicológica de la sexualidad porque son interdependientes. El sexo es importante, y aunque no debería determinar las condiciones de la existencia, se debe procurar que las personas se sientan satisfechas con su sexualidad, y es por medio de un cuerpo de conocimientos apropiados sobre los distintos aspectos que involucran a la sexualidad como se puede lograr el abatimiento de los elementos que obstaculizan el desarrollo pleno de ella.

1.1 Sexualidad

Abordar el estudio de la sexualidad, implica estudiar un concepto que va mucho más allá de la respuesta sexual humana. De esta manera, podemos decir que la sexualidad es un proceso que dura toda la vida y que invade e interactúa en todas las áreas.

El concepto de sexualidad ha sido el resultado de todos los estudios realizados, y aunque haya conceptos aparentemente diferentes, según la teoría de que se trate, todos coinciden en darle un significado más amplio, tal y como lo consideraron Masters, Johnson y Kolondy (1995), como un fenómeno pluridimensional que se refiere a todos los planos del ser sexual. Hablar de sexualidad es referirse a una dimensión de la personalidad y no sólo a la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica. De esta manera, la sexualidad comprende aspectos biológicos, psicológicos, sociales, conductuales, clínicos, morales y culturales.

Dimensión biológica. Los factores biológicos controlan en gran medida el desarrollo sexual, desde la concepción hasta el nacimiento, así como nuestra aptitud para procrear después de la pubertad. Afectan también al deseo y la satisfacción sexual derivada de la relación amorosa; condicionan determinadas diferencias en el comportamiento sexual, así como la excitación sexual produce una serie de efectos biológicos concretos.

Dimensión psicosocial. Ésta conjuga factores psicológicos y factores sociales. La importancia del aspecto psicosocial de la sexualidad radica en la explicación, primero, de los aspectos psicológicos, respecto a la construcción que cada sujeto hace de su propia sexualidad, su evolución como seres sexuales: el rol de género, la identidad sexual, la sensación íntima del individuo de sentirse hombre o mujer. Las primeras actitudes del niño hacia el sexo tienen que ver en gran medida por lo que dicen o muestran los padres, los compañeros y posteriormente los maestros acerca del sentido y los objetivos del sexo; segundo, de los aspectos sociales, manifestada en la creación de normas y en la regulación de las mismas que son cambiantes, no sólo por las distintas épocas históricas sino por cada cultura,

con el propósito de inducir al individuo a encauzar su conducta sexual por un determinado camino.

Dimensión conductual. El comportamiento sexual es producto de las fuerzas biológicas y psicosociales, pero estudiarlo de manera independiente permitirá saber no sólo lo que las personas hacen, sino comprender mejor el porqué se comportan de una u otra manera; dicho conocimiento evitaría emitir juicios sobre las distintas formas de la conducta sexual, permitiéndonos verla desde la perspectiva de lo “normal” o “anormal” o del bien y el mal.

Dimensión clínica. La perspectiva clínica de la sexualidad examina las soluciones a los conflictos o trastornos que impiden al individuo gozar de un estado de salud y bienestar sexual. Los tratamientos para estos trastornos se han venido incrementando a partir de diversos estudios realizados en materia de sexualidad, obteniéndose una comprensión multidimensional de la sexualidad y una nueva disciplina, la sexología, dedicada al estudio de la sexualidad.

Dimensión moral y cultural. Las cuestiones relacionadas con la sexualidad tienen un carácter polémico y se interpretan en función de los respectivos esquemas de valores, aunque con frecuencia las controversias tienen relación con la época, la cultura y las circunstancias. El concepto de lo moral y de lo justo o lo correcto varía con cada cultura y de un siglo a otro, y muchas veces se vincula a tradiciones religiosas.

Otra dimensión es la de Marina (2002), quién llama sexualidad al universo simbólico que se construye sobre una realidad biológica que es el sexo y que está integrada por la estructura biológica, la estructura cultural y la experiencia sexual personal, llamada así pues de esta manera se integra, no solo el comportamiento sexual que se limita a la actividad exterior, sino incluye también las fantasías eróticas, los pensamientos y los sentimientos, o sea el mundo interno (Katchadourian, 2005), y que éstos distintos niveles están tan integrados que hay que delimitarlos para poder estudiarlos. Por lo que el estudio de este fenómeno particular requiere de una revisión de los principales estudiosos en esta área, lo cual permite tener una visión amplia y clara sobre los avances dados hasta ahora.

1.1.1 Revisión de dos posturas filosóficas de la sexualidad: Bataille y Foucault

Para **George Bataille (1897-1962)** el erotismo constituyó antes que nada un problema filosófico, en tanto es la aprobación de la vida hasta la muerte y que es el hombre, a diferencia de los animales, quien hace de su actividad sexual una actividad erótica, lo que incluye una búsqueda psicológica independiente del fin natural que es la reproducción y el cuidado de los hijos; esto es, el erotismo se define por la independencia del goce erótico respecto de la reproducción considerada como fin. Sin embargo, también es cierto que el sentido fundamental de la reproducción es la clave del erotismo, donde la reproducción hace entrar en juego a seres discontinuos. Los seres que se reproducen, son distintos unos de otros, así como los seres que ellos reproducen. Cada ser es distinto de todos los demás, su nacimiento, su muerte y los acontecimientos de su vida pueden ser de gran significado para otros, pero sólo el individuo está interesada directamente en cada suceso de su vida, solo él nace, solo él muere, por lo que concluye que entre un ser y otro ser hay un abismo: intentamos comunicarnos, pero esa comunicación no podrá suprimir una diferencia primera. Si yo muero no serás tú el que muere por lo que somos seres discontinuos. Al unirse el espermatozoide y el óvulo se establece entre ellos una continuidad para dar un nuevo ser. El nuevo ser es él mismo discontinuo, hay pasajes de lo continuo a lo discontinuo o viceversa, somos seres discontinuos, individuos aislados en una aventura ininteligible, pero con la nostalgia de la continuidad perdida.

Esa nostalgia es la que gobierna y ordena las tres formas de erotismo que Bataille analiza: el erotismo de los cuerpos, el erotismo de los corazones y el erotismo sagrado, mostrando cómo en cada una de estas formas lo que se busca es una sustitución del aislamiento del ser, o sea, su discontinuidad, por un sentimiento de profunda continuidad. Pero el terreno del erotismo es esencialmente el terreno de la violencia, porque el arrancamiento del ser respecto de la discontinuidad es siempre de lo más violento. Así, lo más violento para nosotros los humanos es la muerte.

Es así como este autor reflexiona que todo erotismo tiene como fin alcanzar al ser en lo más íntimo. El paso del estado normal al estado del deseo erótico supone una

disolución relativa del ser. Este término responde a la expresión corriente de vida disoluta, que está vinculada a la actividad erótica. El erotismo es uno de los aspectos de la vida interior del hombre, y continuamente busca fuera un objeto de deseo; sin embargo, la elección hace entrar en juego un aspecto intangible, no una cualidad objetiva de la persona. El erotismo del hombre difiere de la sexualidad animal porque moviliza la vida interior, el erotismo es lo que en la conciencia del hombre pone en cuestión al ser, la actividad sexual de los hombres cuando no es erótica, es rudimentaria.

Otro aspecto que analiza y en el cual reflexiona Bataille, es la otra distinción del hombre con los animales: la capacidad y desarrollo del trabajo. Para hacerlo posible, aparecieron las prohibiciones a la sexualidad, lo que derivó en una sexualidad vergonzosa. La prohibición fue algo conveniente para la ciencia, el trabajo, el orden, pues aleja el objeto perturbador de nuestra conciencia. Sin la prohibición, el hombre no habría podido alcanzar la conciencia clara y distinta sobre la cual se fundó la ciencia. La prohibición regula la violencia, regula el impulso sexual, permitiendo el tranquilo ordenamiento sin el cual es inconcebible la conciencia humana. Las prohibiciones no nos vienen impuestas desde un orden divino. Desde el origen, la libertad sexual debió ser marcada por un límite, llamada prohibición, ese límite dejó espacio para la dedicación al trabajo. El hombre se define por una conducta sexual sometida a reglas, a restricciones definidas, las cuales varían enormemente según los tiempos y los lugares. En la esfera humana, la actividad sexual se separa de la simplicidad animal, es esencialmente una trasgresión, la cual es una producción de la humanidad.

Michel Foucault (1926-1984) está considerado como uno de los más importantes analistas del papel que ha desempeñado la sexualidad dentro del proceso histórico, económico y de poder. Foucault considera a la sexualidad como un concepto histórico, lo que implica conocer sus diferentes aristas, ya que la historia muestra que las teorías y prácticas sexuales varían según la época, las religiones y las influencias sociales, económicas y culturales. Una parte fundamental de su análisis es el significado social de la sexualidad a partir de los albores del siglo XVII, donde describe:

Las prácticas sexuales no buscaban el secreto; las palabras se decían sin excesiva reticencia y las cosas sin demasiado disfraz, se tenía una tolerante familiaridad con lo ilícito. Los códigos de lo grosero, de lo obsceno y de lo indecente, si se les compara con los del siglo XIX, eran muy laxos. A ese día luminoso habría seguido un rápido crepúsculo hasta llegar a las noches monótonas de la burguesía victoriana. Entonces la sexualidad es cuidadosamente encerrada, tanto en el espacio social como en el corazón de cada hogar existe un único lugar de sexualidad reconocida, utilitaria y fecunda: la alcoba de los padres. Lo protege una seria caución histórica y política; al hacer que nazca la edad de la represión en el siglo XVII, después de centenas de años de aire libre y libre expresión, se lo lleva a coincidir con el desarrollo del capitalismo: formaría parte del orden burgués.

Es en la era victoriana, donde la sexualidad fundamentalmente es confinada, restringida, reglamentada y, sobre todo, negada, se pregunta: ¿Estaremos ya liberados de esos dos largos siglos donde la historia de la sexualidad debería leerse en primer término como la crónica de una represión creciente? Donde el puritanismo moderno impuso un triple decreto: prohibición, inexistencia y mutismo.

Asimismo, analiza la relación que tiene el ejercicio de poder sobre la regulación de la sexualidad con el fin de mantener el sistema económico iniciado a finales del siglo XVII, el cual define como la era de la represión. Hace una revisión de la historia de la sexualidad, planteando que hubo dos importantes rupturas: la primera durante el siglo XVII, donde nacen las prohibiciones, se valora únicamente la sexualidad adulta y matrimonial con los imperativos de la decencia, la evitación del cuerpo, los silencios y pudores en el lenguaje; la segunda, en el siglo XX, donde los mecanismos de represión comienzan a aflojarse con una tolerancia relativa a las relaciones prematrimoniales o extramatrimoniales, y se levantan, en alguna medida, los tabúes sobre sexualidad infantil.

1.1.2 Revisión de la teoría psicoanalítica de Freud

Dentro de las piezas clave que han marcado el avance en el conocimiento de la sexualidad humana debe destacarse la obra de **Sigmund Freud 1856-1939**), la cual abre las puertas del campo de la sexualidad, en tanto sus contribuciones hicieron de

ésta un tema de estudio al establecerla como un proceso vital en la formación del ser humano. A raíz de sus estudios, los investigadores en este terreno se multiplicaron, los juicios sobre sus postulados se extendieron, en contra o a favor; criticado en su época, cuestionado en ésta, no se puede dejar de lado sus aportes: poner de manifiesto la vital importancia que tiene la sexualidad en la existencia del ser humano. Freud sostenía que la sexualidad es la fuerza que motiva los actos humanos y la causa principal de las neurosis (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). En realidad, fue tarea de Freud sustraer la sexualidad humana del campo de lo meramente biológico al darle un sentido histórico y ubicarla como tal, esto es, fue el primero en reconocer que la sexualidad de hombres y de mujeres no se reduce a los genitales, sino que va más allá de la anatomía (Lamas y Saal, 1991).

Freud considera que la energía sexual, a la que llamó libido, está presente en el ser humano desde su nacimiento hasta la muerte, y uno de los factores principales del comportamiento; tal vez éste sea, entre muchos otros, el concepto teórico que más controversia generó, puesto que introduce el concepto de sexualidad infantil, lo cual era impensable en esa época, pues no reduce la sexualidad a genitalidad, sino a distintas formas de manifestaciones en todo el proceso de desarrollo para, finalmente, llegar a la manifestación adulta de la sexualidad. De hecho, la sexualidad, a partir de su teoría, toma otra perspectiva.

Freud llegó a la conclusión de que la libido empieza a manifestarse en la lactancia, y que estos impulsos sexuales tempranos no depositados en un objeto concreto pasan por distintos estadios evolutivos definidos, indispensables para la formación de una personalidad adulta y madura. En cada etapa, esta energía sexual se centra en alguna zona del cuerpo, a la cual llamó zona erógena. Además, Freud hablaba de sexualidad para calificar fenómenos sensitivos, emotivos y afectivos y no sólo para denominar placeres sexuales (Mandolini, 1994).

El orden en que las zonas erógenas adquieren relevancia está regido por el proceso de maduración. Así, son cinco las etapas psicosexuales descritas por Freud:

Etapa oral. Se instaura desde el nacimiento hasta los dos años y la zona erógena o receptor de la estimulación es la boca, núcleo primario de energía y gratificación; el

niño explora el mundo y se relaciona con los objetos a través de la boca, se recrea en la succión.

Etapa anal. Va de los dos a los tres años, el ano se convierte en la zona erógena, lo cual significa una etapa de control, en la que el niño controla su cuerpo a través del control de esfínteres, controla el espacio mediante la marcha, y controla a los padres a través del lenguaje; siendo esto gratificante, es una oportunidad real para el infante de mostrarse independiente de la vigilancia de los padres. En esta etapa aprende gradualmente las conductas higiénicas normadas por la sociedad en que vive.

Etapa fálica. De los cuatro a los cinco años la zona erógena son los genitales. La importancia de esta etapa es, en los niños, la presencia del complejo de Edipo: el niño busca el cariño de la madre, fantasea con poseerla y siente celos del padre, a quien ve, por un lado, como un rival, pero por otro le teme, por percibirlo como poderoso y capaz de castigarlo; Freud llamó a este conflicto *angustia de castración*. La solución de este conflicto sería el renunciar a la madre, en cuanto al deseo de poseerla, y superar la hostilidad hacia el padre, identificándose con él. En las niñas el equivalente es el llamado complejo de Electra, el cual consiste en que la niña, al darse cuenta que no tiene pene, experimenta la llamada *envidia del pene*, conflicto que la lleva a querer poseer al padre y desear ocupar el puesto de la madre, a quien culpa de lo que le pasa. Al resolver esta etapa, que se logra antes de los seis años, los infantes pasan a la siguiente fase.

Etapa de latencia. En esta etapa los intereses del niño giran alrededor de objetivos intelectuales y sociales, canalizando así los impulsos sexuales. Esta etapa termina con la pubertad, en la cual los impulsos sexuales toman nuevamente gran importancia, instaurándose la fase genital.

Etapa genital. En esta etapa los genitales comienzan a actuar como centro de estimulación. El adolescente aprende el manejo de sus impulsos sexuales centrados en las relaciones heterosexuales, teniendo como expresión final el coito. La tarea principal es la formación de una relación sexual madura. En 1895 Freud concluye, después de infinidad de estudios de casos clínicos, que las frustraciones del desarrollo de la sexualidad son la causa de las neurosis, describe la sexualidad

infantil que aparece desde el nacimiento. La teoría de la libido toma fuerza como uno de los pilares fundamentales del psicoanálisis y uno de los grandes impactos de la teoría freudiana, pues convertía al niño de un inocente infante en un perverso polimorfo, o sea, en un ser capaz de sentir placer en todas sus zonas erógenas al mismo tiempo que tener deseos de descubrir su propia sexualidad y la de sus padres y hermanos (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

La manera en como se van organizando los impulsos que rigen la conducta humana está dada en su teoría sobre la estructura de la personalidad que está dividida en tres instancias: el *Ello* o *Id*, el *Ego* o *Yo* y el *Super Ego* o *Super Yo*. La personalidad al nacer es rudimentaria y está constituida en su mayor parte por impulsos instintivos que buscan sólo satisfacerse; a esta parte de la personalidad la llamó Ello o Id, instancia totalmente inconsciente, esto es, sin conciencia rectora ni control, irracional, no existe el tiempo y es depositaria de la libido y la agresión, no tiene valores morales y muchos de estos impulsos nunca se hacen conscientes y otros más pueden expresarse a través de síntomas, sueños y sublimaciones.

Este dominio de los impulsos pronto empieza a moldearse por tener que adaptarse a la realidad. Al relacionarse y entrar en contacto con el mundo exterior aparece el Yo o Ego, que es la organización coherente de todos los procesos psíquicos y representa la razón, se desarrolla para actuar como mediador entre las fuerzas del Ello, las cuales se rigen por el principio del placer, y las fuerzas externas, gobernadas por el principio de realidad. Ante estas exigencias, impuestas por el mundo exterior, se necesita actuar e introyectar las prohibiciones ante lo cual surge el Super Yo o Super Ego, que funciona como autoobservador y crítico de las acciones del ser humano, presentándole la imagen ideal a la que debe parecerse, juzga y critica, y representa las exigencias de la moralidad y de la sociedad. El sentido de culpa tiene su origen en las tensiones entre el Yo y el Super Yo, y cuando no hay un equilibrio entre las tres instancias es cuando se experimenta miedo, culpa, vergüenza. Estas perturbaciones que afectan al Yo terminan por afectar todas sus funciones como la alteración de la sexualidad, la nutrición, la locomoción, etcétera (Mandolini, 1994).

Otro de los conceptos de esta teoría es el de pulsión, el cual surge como motor en las relaciones objetales, como un concepto para describir la transformación que sufre el instinto cuando el bebé entra en contacto con la madre buscando la satisfacción de sus necesidades y de su deseo.

Desde los primeros trabajos de Freud la teoría sexual no se perfila como una teoría abstracta de las pulsiones en general, desde un principio se destaca a la pulsión sexual como la pulsión por excelencia. Es la sexualidad la que representa el modelo de toda pulsión y probablemente la única pulsión en el sentido estricto del término. Sin embargo, en 1920 Freud propone y sostiene una teoría que enmarca dos tipos de pulsiones y vincula a la sexualidad con uno de ellos, con esa fuerza biológica, incluso cosmológica, a la que denominó como pulsión libidinal —Eros o pulsión de vida—, y la segunda pulsión agresiva —Tanatos o pulsión de muerte (Ayala, 1996).

Para Freud la idea de pulsión está mejor identificada como idea de fuerza, de impulso, que se presenta dinámicamente para lograr su objetivo. En esta dinámica aparecen los problemas que la manifestación no regulada de las pulsiones tendría: el primero es el conflicto entre la manifestación libidinal (principio de placer) y la imposibilidad dictada por la realidad de vivencia placentera continua, por la necesidad de supervivencia del individuo y de la especie, pues tanto el individuo como la especie necesitan hacer más que dedicarse a experimentar placer para sobrevivir (principio de realidad); en el niño este conflicto se manifiesta con el surgimiento de los impulsos placenteros y sexuales a los que se opone la sociedad por medio de sus representantes, el padre y la madre, que serán más tarde sustituidos por los principios, valores y normas, que deben ser adquiridos, esto es, introyectados por el individuo. Para Freud la satisfacción de la pulsión libidinal puede darse en formas que, a simple observación, parecen no tener relación alguna con su objeto original, es aquí donde estructura un modelo explicativo de los distintos rumbos que puede tomar la satisfacción de la pulsión libidinal (Mandolini, 1994).

1.1.3 Revisión de la teoría de la función social de la represión sexual de Reich

Otro estudioso de la sexualidad fue el psicoanalista **Wilhelm Reich (1897-1952)**, quien le asignó una gran importancia. Ubicado en la línea de la izquierda freudiana, con un pensamiento que se rebela contra los sistemas sociales opresivos, sobre todo en lo referente a la represión sexual, refiere que el papel desempeñado por la educación sexual —dentro de la totalidad del sistema educativo— está centrado principalmente en intereses, mediante los cuales tiene lugar el anclaje del orden social autoritario, lo que resulta patente en la supresión de la sexualidad respecto de las necesidades domésticas y culturales, pues la estructura económico-social crea determinadas formas familiares y ciertos modelos de vida sexual que limitan la capacidad de gratificación sexual y, con ello, la incapacidad para descargar la energía sexual, de lo cual, decía, proviene, en mucho, la energía específica de las neurosis.

Reich retoma las primeras ideas de Freud, aquellas que explican la psicogénesis de las neurosis por la represión de la energía sexual: síntomas y rasgos de carácter neuróticos son, para este estudioso, producto de la sexualidad bloqueada por nuestra sociedad represora. Sólo la liberación de la energía sexual a través del orgasmo genital permitirá el rescate de la plena potencialidad y salud mental del individuo y de la sociedad. El orgasmo genital plenamente logrado, lo que llamó potencia orgiástica, se constituye así en criterio de salud mental. Refiere que el conflicto básico no ocurre entre eros y tanatos, sino entre el Yo y el mundo exterior (Mandolini, 1994). Este mismo autor divide la vida profesional de Reich en dos grandes etapas: la primera, donde hace importantes estudios sobre el carácter, la influencia de los factores sociales y educativos sobre las neurosis, en cuyo centro están los problemas sexuales y la formación del carácter. La segunda etapa, muy cuestionada, establece los caminos que debe tomar la psicoterapia, a la que el llamó vegetoterapia, la cual debía avocarse a reestablecer en el enfermo su capacidad para el orgasmo, sosteniendo que esa capacidad era parte de una libido cósmica.

Entre sus primeras aportaciones está el análisis sobre las razones sociales que dan como resultado los problemas sexuales, refiriendo que en esencia es un problema de clases que se gesta en la sociedad capitalista, resquebrajada por antagonismos cada

vez más profundos, en la cual las relaciones humanas se tornan cada vez más contradictorias y alienadas. Considera la manifestación de los problemas sexuales como un síntoma del problema general de la sociedad de clases, cuyos cimientos son la represión sexual, la cual es parte de una sociedad de explotación del hombre por el hombre y su sistema de perpetuación, por lo que los cambios deben ser en todos sentidos, no sólo en la política sino en la vida cotidiana, de la cual la sexualidad forma parte y exige soluciones concretas y positivas. Analiza que no puede haber una definitiva solución real al problema sexual en el marco de la sociedad de explotación, donde la libertad sexual está reprimida en nombre de las necesidades económicas y demográficas del acrecentamiento del ejército de asalariados. Es este sistema el que genera los modelos educativos que tienen como finalidad transmitir comportamientos compatibles con las exigencias del orden establecido del que no escapa el modelo sexual, donde el placer sexual está condenado y es combatido, más que ningún otro, a veces bajo formas sutiles. La lucha contra los problemas sexuales remite a cuestiones más generales, como la lucha contra la moral, la religión y contra todas esas superestructuras ideológicas que contribuyen a perpetuar el sistema de opresión.

Uno de los aspectos más importantes de su teoría, es el análisis y la crítica que Reich hace hacia los móviles de la represión sexual, el estudio de la moral y de la ideología antisexual represiva, cuyas organizaciones burocráticas del Estado están adaptadas al orden burgués en materia de sexualidad y moral y que dan como resultado los mecanismos psicológicos y caracteriales de la represión y la inhibición, explicando el porqué de las manifestaciones irracionales de la masa, las contradicciones y el papel ideológico de la familia; examina las relaciones dialécticas entre el materialismo dialéctico y el psicoanálisis (Reich, 1971).

Al analizar la parte fundamental de la obra de Reich, Fraenkel (1971), habla de los aspectos con los que aquél enriqueció la teoría y la práctica psicoanalítica y la psicología profunda al haber trabajado en tres aspectos fundamentales alrededor de la teoría sexual, impulsada ésta por su experiencia como terapeuta. De acuerdo con Fraenkel, para abordar el primero aspecto, Reich se plantea una pregunta: ¿Qué ocurría con la energía pulsional no descargada en el acto sexual incompleto, y por lo

tanto, carente de orgasmo? Esta pregunta lo lleva a desarrollar, en un plano individual, una teoría caracterial psicoanalítica con la que explica el “blindaje” caracterial a partir de la cual instituyó la vegetoterapia. Esta teoría, a escala colectiva, revela los cimientos de los misticismos, de tipo religioso o no, incluido el fascismo. En esta teoría describe el carácter sano y el carácter neurótico al que subdivide en histérico, obsesivo, fálico-narcisista y masoquista, refiriendo que son estancamientos sexuales resultado de tensiones no reabsorbidas por falta de satisfacción orgásmica durante el acto sexual y combinados con los restos no superados de los conflictos sexuales infantiles que, al acumularse, van formando ese “blindaje” o una corteza psico-somática.

El segundo aspecto es el análisis de la incapacidad de amar satisfactoriamente, y de cómo Marx y Freud, cada uno en su campo, vincularon la infelicidad del individuo a la infelicidad general de la sociedad, revelando en lo más profundo de cada individuo un fondo social común, por lo que es lógico vincular el materialismo dialéctico de Marx con la dialéctica de la psicología profunda, o sea el psicoanálisis.

El tercer aspecto se ubica en el posible encuentro entre etnología y psicoanálisis sobre una línea materialista, de la cual difiere de Freud en cuanto a la descendencia meta-psicológica e hipotética de Tótem y Tabú. Estas bases Reich las encuentra en obras fundamentales de Engels (*El origen de la familia y La propiedad privada y el Estado*). Sobre este punto, Reich refiere que los hombres hacen su propia historia dependiendo de condiciones y premisas económicas determinadas. Estudió las estructuras psíquicas, su dinámica, así como la economía y el papel de trabajo, como la fuerza productiva más importante, la cual depende de la estructura psíquica del hombre y, ni el factor subjetivo de la historia ni la fuerza productiva son comprensibles sin la psicología experimental. Reich plantea que son las necesidades sociales las primeras en actuar sobre las necesidades humanas: “la estructura caracterial es la cristalización del proceso sociológico de una época dada”.

En este sentido Reich insiste que, en esta civilización, la mayoría de la gente padece perturbaciones neuróticas y sexuales y que una solución a estas perturbaciones sería la profilaxis. Cataloga a la neurosis como una enfermedad social, resultado de una

educación patriarcal y represiva desde el punto de vista sexual, pues las enfermedades psíquicas, tales como perturbaciones del intelecto, resignación, servilismo, masoquismo, no son más que manifestaciones de una perturbación de la armonía en la vida vegetativa, en la vida sexual. Asimismo, afirma que las reacciones psíquicas anormales tienen su origen en la orientación enfermiza de la energía sexual insatisfecha, puesto que ésta es la energía constitutiva del aparato psíquico, la que forma la estructura afectiva e intelectual de los hombres y de las mujeres; es la energía vital por excelencia, por lo que reprimirla equivale a desequilibrar las funciones vitales fundamentales, lo que produce el comportamiento irracional, que termina por convertirse en un problema social, como la mística, la religiosidad, las guerras. Por esta razón, toda política sexual debe tratar de responder, antes que nada, a la pregunta: ¿Por qué razón se reprime la vida amorosa del hombre? El conocer la obra reichiana permite combatir el oscurantismo, pues como Reich escribió “El amor, el trabajo y el saber, son las verdaderas fuentes de nuestra vida, también deben gobernarla” (Reich, 1974).

En relación al desarrollo de esta postura, uno de los artículos más importantes y que muestran con mayor claridad el pensamiento de Reich es su *Manifiesto de la Sexpol* (1971). En él, su principal reflexión gira en torno al sistema capitalista, donde las necesidades de los hombres están al servicio de la caótica economía del interés capitalista y donde las masas no pueden comprender gran cosa de lo que sucede en su entorno, pues solo conocen sus miserias físicas y psíquicas, no las causas objetivas de éstas; y donde la opresión material, cultural y sexual de la vida ha arraigado en estas masas de oprimidos actitudes pasivas y actitudes políticas que contradicen sus intereses reales. En este artículo, concluye que la corrupción y la destrucción de la sexualidad humana natural han engendrado el caos, como lo muestran las guerras, el bandidaje, el robo, el crimen, y no, como se piensa, como producto de disposiciones “naturales” o hereditarias.

En otro artículo *El coito y los sexos* (1971), manifiesta ya las ideas que iban a regir toda su obra, exponiendo su idea del origen psíquico de los trastornos sexuales, los cuales se encuentran estrechamente relacionados con los modos de vida y las reglas morales de la sociedad. Una de sus tesis es que el desfase de las sensaciones en el

coito entre el hombre y la mujer no es normal y las perturbaciones que ocasiona son de origen psíquico, que dan como consecuencia la *eyaculación precoz* y la *impotencia* en el hombre y la *frigidez* en la mujer, por la escisión social entre las tendencias libidinosas y la sensualidad y ternura. En el hombre, por la relación preconyugal, principalmente con prostitutas, lo que implica una subestimación a la mujer, y en ésta por la exigencia social de la abstinencia preconyugal.

Otro factor que contribuye a los trastornos sexuales es la escisión entre la “mujer santa”, como la madre o la hermana, inalcanzable, a la que mira con temor, y la “hembra” que se liga a las prostitutas, lo que puede ocasionar un trastorno sexual selectivo, generalmente con la esposa asociada a esa “mujer santa”, y que puede ser o la “impotencia” o, en el mejor de los casos, la eyaculación precoz, lo cual traerá consecuencias psicológicas por la escisión entre placer (prostitutas) y el deber (esposa), sin que haya preocupación por la satisfacción de ésta. En la mujer también hay una situación ambivalente hacia el sexo, por las reglas morales aprendidas que las hacen asociar el coito a lo sucio.

Todas estas aportaciones dieron como resultado la publicación del libro *La función del orgasmo*, donde habla de la *potencia orgástica* como norma de equilibrio, donde la libido genital aparece como fuente de energía de la libido en general y de sus manifestaciones neuróticas. Sinelnikoff (1971), al analizar la obra de Reich, menciona la importancia de ésta y las diferentes etapas por las que atravesó: primero su identificación con el psicoanálisis, después el giro que da a raíz del trabajo con los pacientes, que lo lleva a determinar el enraizamiento social de las neurosis y la importancia que tiene el estudio de los factores políticos y económicos en la explicación de estos trastornos como un mal generado, entre otras cosas, por la moral sexual.

La revisión de estos importantes teóricos es, en esencia, para observar los distintos modelos generados que explican el desarrollo y la importancia de la sexualidad; sin embargo, este trabajo está basado en los estudios sistematizados de la sexualidad que ha continuación se exponen.

1.1.4 Revisión de algunos estudios sistematizados de la sexualidad

A finales del siglo XIX y principios del XX se empieza a investigar la conducta sexual en forma sistemática; los primeros aportes fueron de **Haverlok Ellis (1859-1939)**, médico inglés quien publicó seis volúmenes sobre el estudio de la psicología del sexo. Habló y anticipó muchos temas que después retomó Freud sobre la sexualidad infantil, masturbación y sexualidad femenina, rebatiendo la idea de que la mujer no tenía apetito sexual, en contra de las ideas victorianas de la época, y que sorprendieron por la modernidad de sus opiniones. Subrayó el origen psicológico de muchos trastornos sexuales y la variada naturaleza del comportamiento sexual humano; ejerció una influencia decisiva en el estudio científico de la sexualidad (Masters, Johnson y Kolodny 1995).

Otro aporte importante fue el de **Alfred C. Kinsey (1894-1956)**, zoólogo de la Universidad de Indiana. Interesado en la conducta sexual humana, inicia el estudio de la sexualidad al darse cuenta de la carencia de datos rigurosos del comportamiento sexual del ser humano. Introdujo la aplicación de cuestionarios sistematizados a sus alumnos para la exploración de su historia sexual. Así llegó a la conclusión de que este tipo de entrevistas eran una herramienta fundamental para el conocimiento de la sexualidad, siempre y cuando los datos fueran obtenidos con una metodología y rigor científico. Realizó una serie de entrevistas a más de 12 000 personas de toda condición social, arrojando datos interesantes que fueron publicados en varios libros. Tanto él como sus colaboradores describieron el comportamiento sexual libre de valoraciones morales y religiosas y, aunque sus libros fueron muy vendidos, fue severamente maltratado al calificarlo como un “agresor de la familia” y negador de las normas éticas. Murió desilusionado en 1956, pero su legado fue reconocido al cabo de unos años y dio pie a numerosas investigaciones posteriores, sus aportaciones adquirieron fuerza, marcando una línea de trabajo pues desde entonces ha proliferado la investigación en sexualidad humana (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

En el decenio de 1960 **Masters** y **Johnson** fueron pioneros en el campo de la sexualidad humana al haber realizado estudios e investigaciones respecto a la

respuesta sexual y sus alteraciones; trabajaron en este ámbito creando un modelo invaluable para entender, sobre todo, las disfunciones sexuales. Sostenían la hipótesis de que, para comprender las complejidades de la sexualidad humana, el estudioso necesitaba saber anatomía y fisiología sexual, reportando que los datos fisiológicos no constituyen un fin en sí mismos, sino una base en la cual sustentar el método clínico para el tratamiento de los trastornos sexuales; concluyeron que la investigación sexológica se debe atener a los principios generales científicos.

En México, los estudiosos de la sexualidad han contribuido con aportaciones importantes. **Álvarez Gayou** (1986) refiere que la sexualidad es algo inherente al ser humano, sin que ésta sea únicamente genitalidad, pues comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Afirma que la sexualidad es todo aquello que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que pertenecemos; está presente en todas las etapas de nuestra vida, aunque con manifestaciones diferentes, condicionando el desarrollo de los individuos; es la forma en la que el individuo se relaciona con el mundo.

Otros estudiosos son **Rubio y Díaz** (1994), quienes parten de la idea central de que todos los sistemas están formados por elementos en interacción y que, a su vez, son igualmente sistemas; esto, aplicado al terreno de la sexualidad, los lleva a proponer un modelo constituido por cuatro subsistemas u holones (en griego “holos” significa todo) sexuales: la reproducción, el género, el erotismo y la vinculación afectiva. Este modelo está basado en lo complejo de la sexualidad y en que su estructuración mental es el resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de las experiencias que vive y que se originan en diversas potencialidades vitales, como la capacidad de reproducirse, la de pertenecer a una especie dimórfica, la de tener una amplia gama de placer físico durante la respuesta sexual, y la de poder vincularse afectivamente con otros seres humanos. Toda la construcción mental que cada individuo hace y sus significados se van adquiriendo desde el inicio de la vida, y se desarrollan hasta conformar su sexualidad, que tienen como base estos cuatro pilares, que se construyen con la experiencia y la significación mental que se hace de estas cuatro fuentes, pues considera que la sexualidad humana es el resultado de la integración de éstas.

Existen múltiples abordajes para explicar el complejo mundo de la sexualidad humana; muchos de ellos son estudios científicos que intentan desentrañar de manera objetiva lo que sucede en la estructuración de los distintos aspectos que constituyen la sexualidad humana; el estudio de ésta requiere de una delimitación del problema. Los mismos autores señalan que uno de los problemas que enfrenta el estudio científico de la sexualidad es que se manifiesta en todos los niveles de la existencia humana, además de enfrentar dos aspectos relevantes:

1) *La naturaleza de la sexualidad.* La definición de sexualidad, objeto de estudio del científico abocado a explicarla, es bastante complicada pues el concepto de sexualidad es ante todo una abstracción de ciertas realidades percibidas, la cual se ha ido conformando a lo largo de la historia, por lo que las formulaciones científicas han sido diversas y con múltiples definiciones. Si bien las conductas ante la reproducción han existido desde siempre, la manera en que los seres humanos se han explicado la conducta sexual ha tenido múltiples variaciones y, por tanto, la sexualidad se ha ido conformando de muy diversas maneras por lo que su estudio ha desarrollado formulaciones y explicaciones también muy diversas. El término sexualidad es el resultado de conceptualizar lo que entiende un grupo social en particular; de ahí que en diferentes culturas, la sexualidad se haya visto y vivido de distintas maneras.

2) *La naturaleza de la ciencia.* La metodología científica busca, ante todo, asegurarse de que sus conclusiones no son producto de la mente del observador, o sea, de la apreciación individual, sino producto de lo que se pretende estudiar, de que lo observado es lo que existe en la realidad percibida, y que pueda ser percibido de la misma manera, independientemente de quien lo observa, por lo que busca maneras de medir los fenómenos observados, lo que requiere que los fenómenos sean medibles en un determinado nivel. Y en esto reside la dificultad del estudio de la sexualidad humana, pues ésta se manifiesta en todas las etapas de la vida del individuo. De ahí que su estudio científico requiere de la elección de una etapa determinada de medición, buscando finalmente la integración del conocimiento de la sexualidad (Rubio, 1996).

Por todos los estudios que se han hecho sobre sexualidad, es que los profesionales de la salud le otorgan actualmente la debida importancia como parte imprescindible de la salud general de todo sujeto. De ahí que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la defina como “La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual en formas que sean enriquecedoras y que realcen la personalidad, la comunicación y el amor” (Álvarez Gayou, 1986). Asimismo, la OMS señala tres condiciones para que se dé la salud sexual: *a)* capacidad para disfrutar la conducta sexual y reproductiva de acuerdo con una doble ética: social y personal; *b)* estar libre de temor, vergüenza, culpa y otros factores psicopatológicos que inhiben la respuesta sexual y limitan las relaciones socio-sexuales, y *c)* estar libre de perturbaciones, enfermedades, o limitaciones orgánicas que interfieran con la salud sexual y/o reproductiva. De ahí que la salud sexual sea salud mental y ésta, expresión de la salud integral (Álvarez Gayou, 1986). La manera de conceptuar la sexualidad ha sido el resultado de todos los estudios realizados, y aunque haya nociones aparentemente diferentes, según la teoría de que se trate, todos coinciden en darle un significado más amplio, como un fenómeno pluridimensional que se refiere a todos los planos del ser humano, ya que hablar de sexualidad es referirse a una dimensión de la personalidad, no sólo la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica. De esta manera, la sexualidad comprende aspectos biológicos, psicosociales, conductuales, clínicos, morales y culturales.

1.2 Respuesta sexual humana

Los resultados de las investigaciones de **Alfred C Kinsey (1894-1956)** dieron un viraje en cuanto al abordaje del estudio de la sexualidad humana. En la década de 1960 **William Masters, Virginia Johnson y Robert C. Kolodny (1995)**, estructuraron por primera vez la respuesta sexual humana y sus disfunciones. Asimismo, sostuvieron la hipótesis de que para entender la sexualidad humana era necesario empezar por estudiar anatomía y fisiología, además de incursionar en los campos social y psicológico. En 1965 habían estudiado en laboratorio más de 10 000 secuencias o episodios de actividad sexual en 382 mujeres y 312 varones. El resultado de estos estudios los llevó a proponer el modelo invaluable de la respuesta

sexual humana que hasta antes del decenio de 1960 era desconocido; se sabía muy poco acerca de la conducta sexual humana, pues sólo se estudiaba en animales. Dicho modelo describe la respuesta sexual humana, la cual consiste en una secuencia ordenada de un acontecimiento unitario e inseparable y que responde a distintos niveles de excitación sexual, lo que llevó a entender el desempeño sexual del individuo, con sus variantes individuales, que incluyen no sólo la fisiología sino también aspectos psicológicos y sociales. Sus estudios mostraron cómo se comporta el ciclo de la respuesta sexual humana, ciclo que dividieron en cuatro fases: **excitación, meseta, orgasmo y resolución**. Posteriormente, agregaron —aporte sin lugar a dudas importante en este ciclo— dos fases más: **la fase de deseo y la fase refractaria**. Esta estructuración es una forma esquemática de conceptualizar fenómenos fisiológicos para facilitar su estudio, pues el paso de una fase a otra no se observa con claridad, habiendo variaciones de un individuo a otro.

Para que la respuesta sexual se desencadene es necesario un estímulo sexual efectivo (ESE) [Álvarez Gayou, 1986]. Estos estímulos inician en el organismo femenino o masculino una serie de respuestas y cambios tanto en el nivel genital como sistémico, acompañados de percepciones subjetivas. Las fases de la respuesta sexual se describen de la siguiente manera:

Fase de Deseo

El cerebro es la parte más sensual de nuestro cuerpo, pues el deseo de tener una experiencia sexual comienza con una serie de complejos sucesos fisiológicos que se combinan con aspectos físicos, emocionales y ambientales. Así, podemos hablar no sólo de una respuesta focalizada sino de un estilo de vida donde el deseo sexual queda influido por todos estos aspectos, lo que determina el grado de calidad de la respuesta sexual humana, además de ser la materia prima para que se dé o no esta respuesta. De hecho, es un proceso tan complejo que algunos investigadores han llegado a describirlo como una ecuación donde la motivación es esencial, sin que podamos encasillarla únicamente en la necesidad física, pues aquí se manifiesta la necesidad de sentirse amado, de tener compañía, de ser tocado, de sentirse seguro o

ser conquistado o conquistar a alguien, hasta la necesidad de correr riesgos o sentir emociones.

Los vectores que contribuyen al deseo sexual son tanto físicos como psicológicos y están arraigados en la personalidad como parte de la estructura del individuo.

Vectores que contribuyen al deseo sexual

Vectores positivos	Vectores negativos
<p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Salud <p>Psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Atracción ■ Detalles cognitivos ■ Fantasías sexuales ■ Estado anímico ■ Autoestima sexual ■ Receptividad circunstancial ■ Funcionamiento de pareja ■ Desarrollo previo de la sexualidad 	<p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Saciedad sexual ■ Fatiga ■ Adicciones ■ Enfermedades <p>Psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Culpabilidad o vergüenza sexuales ■ Problemas de pareja ■ Enojo ■ Resentimiento ■ Problemas de personalidad ■ Distracciones mentales

Cuando este proceso se bloquea es por procesos negativos, pudiendo también ser factores físicos o psicológicos, adquiridos o presentes durante toda la vida, además de generales o situacionales, no sólo por el tipo de pareja sino por circunstancias de vida. Masters y Johnson (1970), describen como vectores positivos a los que provocan deseos sexuales y como vectores negativos, a aquellos que los bloquean.

Para que se inicie la respuesta sexual debe haber deseo, el cual involucra a muchos sistemas del cuerpo; el sistema neurológico es el encargado de coordinar estos cambios (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Fase de Excitación

Como consecuencia del deseo sexual y de presentarse un estímulo sexual efectivo se inicia la fase de excitación, cuyos cambios físicos son bastante claros y precisos:

erección del pene en el hombre y lubricación vaginal en la mujer. Además, en el hombre, el escroto se engrosa, los testículos comienzan a ascender, los pezones se ponen erectos y hay aumento en el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y la tensión neuromuscular general; en la mujer, además de la lubricación vaginal, también se expanden los dos tercios interiores de la vagina, el color de la pared vaginal se hace más oscuro, los labios externos de la vagina se hinchan, los labios interiores se hacen más gruesos, el cervix y el útero se desplazan hacia arriba, los pezones se ponen erectos, el tamaño de las mamas aumenta ligeramente, aparece el rubor sexual, aumenta el ritmo cardíaco y la presión sanguínea, lo mismo que la tensión neuromuscular en general (Masters, Johnson y Kolondny, 1996).

Desde el punto de vista subjetivo, la fase de excitación se percibe como un aumento de tensión placentera que eleva la excitación y se acompaña del deseo de aumentar las caricias o estímulos, en ambos sexos; en la mujer el clítoris, único órgano de la anatomía humana que funciona exclusivamente como receptor de estímulos sexuales, es el sitio donde la mujer percibe el placer sexual (Álvarez Gayou, 1986). Es precisamente el desarrollo de esta fase lo que va a determinar la calidad en la relación sexual y la posibilidad de alcanzar el orgasmo como consecuencia.

Fase de Meseta

Cuando el estímulo sexual sigue siendo efectivo, se pasa a esta fase que es considerada como una fase de transición con un grado alto sostenido de excitación durante un tiempo corto, los cambios físicos producidos en la fase anterior se intensifican: en el hombre aumenta la rigidez de la erección, la cabeza del pene se agranda, los testículos aumentan su tamaño y se acercan más al cuerpo, puede aparecer líquido preeyaculatorio, aparece el rubor sexual, la respiración se hace superficial y rápida, la agudeza visual y auditiva disminuyen; en la mujer, la lubricación vaginal continúa, se forma la plataforma orgásmica en el tercio exterior de la vagina, el clítoris se retira bajo el capuchón clitorídeo, los labios vaginales se hinchan y cambian de color. Esta fase a veces puede ser muy rápida, la transición entre la fase de excitación y el orgasmo es muy breve, dependiendo en gran medida de la intensidad en el deseo con la que dio inicio la relación sexual (Masters,

Johnson y Kolondny, 1996). En cuanto a la percepción subjetiva, con el aumento de la tensión, aumenta el deseo de penetrar y ser penetrada (Álvarez Gayou, 1986).

Fase de Orgasmo

Si el estímulo sexual aumenta con la suficiente intensidad se llega a esta fase cuya duración es aproximadamente entre los 3 y 15 segundos y en la cual se producen grandes cambios físicos, es un momento de liberación. En el hombre dan inicio acentuadas contracciones rítmicas involuntarias de la próstata, vesículas seminales, recto y pene, las contracciones empujan el líquido seminal a través de la uretra, generalmente sobreviene la eyaculación poco después de comenzar las contracciones, los testículos quedan muy pegados al cuerpo, el rubor sexual alcanza su máximo color y expansión, llegan al máximo el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio, hay una pérdida general del control voluntario muscular. En la mujer, dan comienzo acentuadas contracciones rítmicas involuntarias de la plataforma orgásmica y el útero, también el rubor sexual alcanza su máximo color y expansión, así como el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio y pérdida general del control voluntario muscular. En la mujer el orgasmo tiene una duración mayor, así como la posibilidad de alcanzar, en un menor tiempo que el hombre, otro orgasmo, esto es, la mujer es multiorgásmica. En estudios recientes, las investigaciones arrojaron datos sobre una posible eyaculación en la mujer, vinculada al punto de Groffenberg llamado punto "G", zona muy inervada situada en la parte anterior de la vagina a la altura del pubis, su estimulación produce sensaciones intensas, sin embargo, no todas las mujeres presentan esta respuesta.

En los hombres, el orgasmo y la eyaculación a menudo se consideran sinónimos, sin embargo no son lo mismo, en algunos casos ocurre el orgasmo junto con las sensaciones subjetivas asociadas, sin que haya liberación de semen. En algunos hombres ocurre el fenómeno inverso. Sin embargo, sin duda la eyaculación es por lo regular el signo más manifiesto de que ocurre el orgasmo. Masters y Johnson (1995), concluyeron que el hombre pasa por dos fases. La primera que se describe como la inevitabilidad de la eyaculación y ocurre en el momento en el que el líquido

seminal se impulsa hacia la uretra. Esta sensación dura de dos a tres segundos, después de la cual el hombre ya no puede retrasar o controlar el proceso. En la segunda fase se sienten las contracciones de la uretra, el hombre está consciente de la cantidad que eyacula, cuanto mayor sea el volumen de semen, más placentera es la eyaculación.

A pesar de los datos fisiológicos que se han estudiado con respecto a esta fase, el aspecto subjetivo es fundamental, no es tanto el volumen eyaculado, ni el número de contracciones, ni la intensidad de las mismas lo que hace que haya orgasmos muy placenteros, es más, pueden presentarse todos los componentes fisiológicos y en ningún momento tener la percepción subjetiva de placer, o sea, son anorgásmicos. La percepción subjetiva del orgasmo puede estar influida por muchos factores, la relación de pareja, ambiente, tensiones etcétera, y se describe como una sensación explosiva e incontrolable de liberación de tensión y un máximo de placer, después de lo cual queda una sensación de tranquilidad total que pertenece a la siguiente etapa (Álvarez Gayou, 1986).

Fase de Resolución

Después del orgasmo se entra en la fase de resolución, descrita como la fase en la que el organismo regresa al estado de no excitación. En el hombre los cambios físicos son de una rápida pérdida de la erección del pene, el cual regresa a su tamaño normal, los testículos caen a su posición habitual recobrando su tamaño normal, en el escroto aparecen los pliegues escrotales, pérdida de la erección en los pezones, desaparece el rubor sexual, el ritmo cardiaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio regresan al estado previo de la excitación, lo mismo que la agudeza visual y auditiva. En la mujer, el clítoris regresa a su tamaño normal, desaparece la plataforma orgásmica, los labios vaginales vuelven a su grosor, posición y color normales, la vagina regresa a su posición anterior a la excitación, lo mismo que el útero y el cervix, desaparece el rubor sexual y el ritmo cardiaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio vuelven a sus niveles lo mismo que la agudeza visual y auditiva. La sensación en ambos sexos es una sensación general de relajación.

Fase refractaria

Esta fase se presenta después de la fase de resolución y es la fase en la que, en ambos sexos, el umbral de respuesta a un estímulo sexual es muy alto, la duración es variable, pero se considera que es más corta en personas jóvenes que en personas de más edad, y que este periodo es mayor después de la primera relación sexual en el mismo día.

De manera general, en cuanto a la respuesta sexual humana, en México también hay estudiosos de la sexualidad como el Dr. Juan Luis Álvarez Gayou, que establece cuatro diferencias clásicas entre los sexos: 1) la respuesta del hombre es más corta para alcanzar el orgasmo que la respuesta de la mujer; 2) la mujer puede ser multiorgásmica; 3) la fase de resolución es más rápida en el hombre y, 4) la fase refractaria es igualmente más larga en el hombre.

En cuanto a la respuesta sexual femenina, otra importante estudiosa es la **Dra. Helen Kaplan** (1990), psiquiatra de la Universidad de Cornell, la cual hace un recuento de cómo ha cambiado la concepción del orgasmo femenino. La teoría psicoanalítica, por ejemplo, consideraba que en la mujer había dos zonas erógenas: el clítoris y la vagina y que el clítoris tiene su desarrollo erótico desde la infancia, pero después de la pubertad debe darse la transición hacia el erotismo vaginal. De ahí que el postulado psicoanalítico diga que hay dos tipos de orgasmo: 1) el clitorídeo, que se obtiene a través de la estimulación del clítoris y que según esta teoría es un indicador en la mujer adulta de que su sexualidad continúa en una etapa infantil, pudiendo ser hasta un síntoma de conflicto neurótico, y 2) el vaginal, que es un indicador de que la mujer alcanzó la etapa adulta de su sexualidad.

El anterior concepto ha tenido grandes críticas, sobre todo de grupos feministas que consideran esta postura como “machista”, sin tener bases científicas para explicar lo contrario.

Sólo hasta los estudios de Masters y Johnson (1995), y mediante la observación directa y sistematizada del orgasmo femenino, concluyeron que *la dicotomía entre el orgasmo clitorídeo y el vaginal es un mito y que únicamente existe un tipo de orgasmo femenino.*

También encontraron que la estimulación del clítoris es esencial en el orgasmo femenino y que éste contiene al mismo tiempo elementos tanto clitorídeos como vaginales.

Para que la respuesta sexual humana —que como se dijo es sólo una parte de la sexualidad humana— sea satisfactoria, depende de muchos factores concatenantes. En otras palabras, es la culminación de todo el desarrollo de la sexualidad que se debe dar desde el nacimiento, cubriendo sus distintas etapas como en cualquier otra área de la vida. Empero, el poco o nulo conocimiento de esto, complica aún más las cosas, pues en ninguna otra área confluyen tantos factores, tanto sociales y económicos como aquellos que influyen falsas creencias, mitos y una educación equivocada. No obstante, gracias a la investigación, todo ello cambia favorablemente día con día.

En revisiones recientes sobre el ciclo de la respuesta sexual femenina se muestran nuevas evidencias que difieren del modelo planteado por Masters y Johnson y Kaplan (1970, 1979). Al respecto, Bancroft, Lotus, Long (2003) señalan que de los factores interpersonales y contextuales, los dos más importantes son: la relación emocional con la pareja durante la actividad sexual y el bienestar emocional general, lo que se refleja en ausencia de estrés sexual, mayor intimidad emocional con la pareja, menor estrés. En un estudio, donde se realizó una revisión y propuesta de un esquema, Basson (2005) refiere que en el ciclo de la respuesta sexual femenina el estado inicial es un estado de neutralidad sexual, pero con una motivación positiva donde las razones para tener acceso o buscar relaciones sexuales incluyen deseos de expresar amor, de recibir y compartir placer físico, sentirse más cerca emocionalmente, complacer a la pareja y aumentar su propio bienestar. Esto lleva a la disposición de concentrarse en la estimulación sexual. Esta se procesa en la mente, y es influenciada por factores biológicos y psicológicos, el estado resultante es la excitación sexual subjetiva con una estimulación sexual continua, lo que permite que la excitación y el placer sexual sean más intensos, provocando el deseo sexual en sí mismo, el cual pudo no estar presente desde el principio. La satisfacción sexual se intensifica cuando la estimulación sexual es continua durante un tiempo suficiente, lo que la hace permanecer concentrada, por lo que disfruta la sensación

de excitación sexual lo que evita los resultados negativos como el dolor (véase la figura 1.1).

1.3 Disfunciones sexuales

El estudio de la respuesta sexual humana y la definición de sus fases llevaron a describir y delimitar las alteraciones sexuales que se presentan en cada una de ellas. Se refiere a que cuando la función sexual es normal, ésta se acepta, suponiendo que tiene que ser así, sin que cause preocupación alguna, pues el individuo ni siquiera piensa en ello, pero cuando dicha función se convierte en un problema de cualquier tipo, es fuente de angustia y frustración, lo que genera una sensación de malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Este malestar e insatisfacción son propiamente las disfunciones sexuales, cuya definición y clasificación ha permitido el establecimiento de estrategias de tratamiento. Hay varias definiciones que las describen así:

- Son alteraciones persistentes o recurrentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas o molestias al individuo o pareja (Álvarez Gayou, 1986).

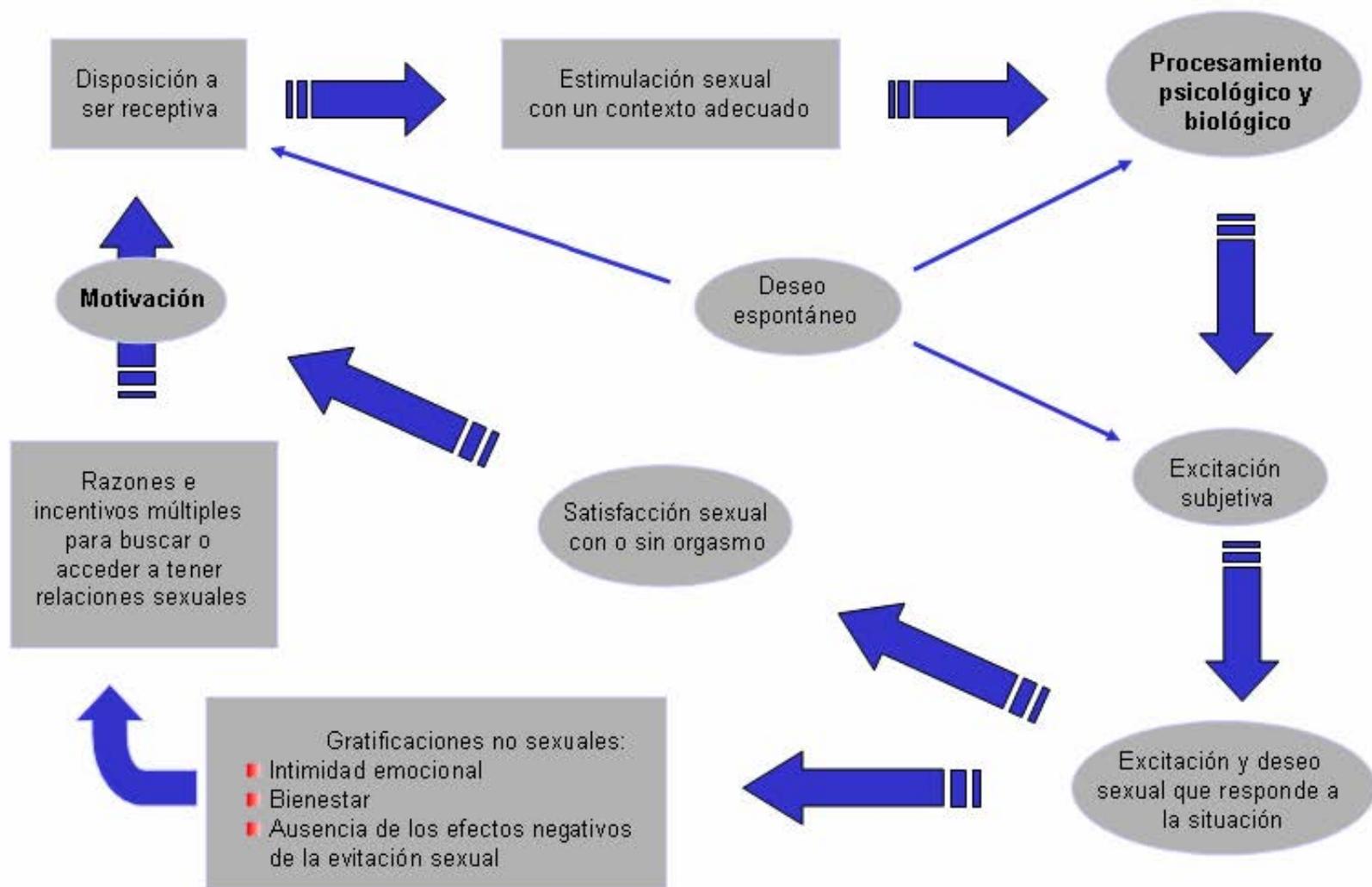


Figura 1.1 Respuesta de la experiencia del deseo (Basson, 2005)

■ Son una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente o recurrente (Rubio y Díaz, 1994). Los autores proponen asimismo la presencia de cuatro características presentes en todas las disfunciones sexuales, las cuales sirven al psicólogo para realizar el diagnóstico diferencial:

- a) son procesos de naturaleza erótica y sus resultados en torno a la calidad placentera de estas vivencias, así como las construcciones mentales alrededor de ella;
- b) son procesos que se consideran indeseables;
- c) son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas, y
- d) se presentan en forma de síndromes, o sea, como un grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares, no así de las causas que los provocan.

■ Son aquellas alteraciones (esencialmente inhibiciones) que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad (Labrador y Crespo, 2001).

A partir de diversos estudios sobre la respuesta sexual humana y las disfunciones sexuales, también se han propuesto varias clasificaciones, pero para los fines de este trabajo se eligió la del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), que refiere que las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

Por tanto, se les clasifica de la siguiente manera:

Trastornos del deseo sexual:

■ Deseo sexual hipoactivo: Disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente.

- Trastorno por aversión al sexo: Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de todos o casi todos, los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

Trastornos de la excitación sexual:

- Trastorno de la excitación en la mujer: Incapacidad, persistente o recurrente para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.
- Trastorno de la erección: Incapacidad, persistente o recurrente para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

Trastornos orgásmicos:

- Trastorno orgásmico femenino: Ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
- Trastorno orgásmico masculino: Ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
- Eyaculación precoz: Eyaculación persistente y recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee.

Trastornos sexuales por dolor:

- Dispareunia: Dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante o después de la relación sexual.
- Vaginismo: Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de sus fases cuando hay más de una disfunción sexual, señalando también la naturaleza del inicio del trastorno sexual, ya que éste puede ser:

- De toda la vida: Indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de actividad sexual.
- Adquirido: Indica que el trastorno sexual ha aparecido después de un periodo de actividad sexual normal.

Y en cuanto al contexto en el que aparece la disfunción sexual que puede ser:

- General: Indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.
- Situacional: Indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.

Antes de los trabajos de Masters y Johnson (1970) en la década de 1960, las alteraciones sexuales eran consideradas como síntomas pertenecientes a otras enfermedades, y el modelo era unidimensional, frigidez en la mujer e impotencia en el hombre, englobándose en estos dos términos todas las alteraciones sexuales. Posteriormente, adquirieron el carácter de entidades clínicas con tratamientos específicos, apareciendo por vez primera en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM III (1980) como una sección aparte. Helen Kaplan (1979) propone un modelo trifásico de respuesta sexual y sus disfunciones sexuales, deseo, excitación y orgasmo, donde cada una de las respuestas psicofisiológicas son relativamente independientes. En la actualidad, la respuesta erótica se define como el resultado de procesos multidimensionales (Bancroft, 1983).

Con respecto a las clasificaciones, ha habido controversia por los distintos estudiosos de los problemas sexuales, con propuestas distintas en un afán por incluir factores que se han aislado o que se consideran importantes de tomar en cuenta y que se han excluido en las propuestas actuales, para las categorías de las disfunciones sexuales.

En una nueva propuesta Kasckak y Tiefer (2001) clasifican los problemas sexuales femeninos en cuatro grupos, definiéndolos como “Descontento o insatisfacción

con cualquier aspecto emocional físico o relacional de la experiencia sexual; que puede surgir en uno o más de los siguientes aspectos interrelacionados de la vida sexual de una mujer”:

1. Problemas sexuales debido a factores socioculturales, políticos o económicos:
 - a) Ignorancia y ansiedad debido a una educación sexual inadecuada, falta de acceso a los servicios de salud u otras limitaciones sociales; falta de vocabulario para describir la experiencia subjetiva o física; falta de información acerca de la biología sexual humana y etapas de la vida; falta de información acerca de la manera en que el rol de género afecta las expectativas, creencias y comportamientos sexuales del hombre y la mujer; acceso inadecuado a información y servicios de anticoncepción y aborto, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, trauma sexual y violencia doméstica.
 - b) Evitación o estrés sexual debido a una inhabilidad percibida de cumplir con las normas culturales de lo que es una sexualidad ideal o correcta; ansiedad o vergüenza acerca del propio cuerpo, atracción sexual o respuestas sexuales; confusión o pena acerca de la propia orientación o identidad sexual, o acerca de fantasías y deseos sexuales.
 - c) Inhibiciones debido a un conflicto entre las normas sexuales de la propia subcultura o cultura de origen y aquellas de la cultura dominante.
 - d) Falta de interés, fatiga o falta de tiempo debido a obligaciones familiares y de trabajo.
2. Problemas sexuales relativos a la pareja y la relación:
 - a) Inhibición, evitación o estrés que surge a partir de una traición, disgusto con o por miedo a la pareja, abuso por parte de la pareja, situación desigual en cuanto al poder en la relación, o patrones negativos de comunicación con la pareja.

- b) Discrepancias en el deseo de la actividad sexual o en la preferencia entre diversas actividades sexuales.
- c) Ignorancia o inhibición acerca de preferencias comunicativas o en cuanto al inicio, ritmo y forma de las actividades sexuales.
- d) Pérdida de interés sexual y reciprocidad como resultado de conflictos por cuestiones como: familiares, dinero, plan de actividades, o como resultado de una experiencia traumática, como por ejemplo, infertilidad o pérdida de un hijo.
- e) Inhibiciones en la excitación o espontaneidad debido al estado de salud o problemas sexuales de la pareja.

3. Problemas sexuales debido a factores psicológicos:

- a) Aversión sexual, desconfianza o inhibición del placer sexual debido a: experiencias pasadas de abuso físico, sexual o emocional; problemas de la personalidad en general, con respecto al compromiso, rechazo, cooperación, etcétera; depresión o ansiedad.
- b) Inhibición sexual debido a miedo a los actos sexuales o a sus posibles consecuencias, como: dolor durante el coito, embarazo, infecciones de transmisión sexual, pérdida de la pareja, pérdida de la reputación.

4. Problemas sexuales debidos a problemas médicos; dolor o falta de respuesta física durante la actividad sexual a pesar de una situación interpersonal segura y confiable, adecuado conocimiento sexual y actitudes positivas hacia la sexualidad. Estos problemas pueden deberse a:

- a) Numerosas condiciones médicas, locales o sistémicas que afectan los sistemas neurológico, neurovascular, circulatorio, endocrino o algún otro.
- b) Embarazo, infección de transmisión sexual o alguna otra condición relativa a la sexualidad.

- c) Efectos secundarios de diversas drogas, medicinas o tratamientos médicos.
- d) Condiciones iatrogénicas.

Causas

En relación con los estudios que se han realizado en torno a la complejidad de las causas de las disfunciones sexuales, se coincide en que en la gran mayoría de los casos se deben a factores experienciales, sin embargo, existe una amplia gama en cuanto a los factores asociados.

Masters, *et al.* (1995) fueron pioneros en la descripción, las causas y el tratamiento de las disfunciones sexuales. Posteriormente, y en la misma línea de investigación que Masters y Johnson, Kaplan (1990) incursionó en identificar las causas que generan las disfunciones sexuales, y más adelante pone sobre la mesa su aportación principal: “la nueva terapia sexual”. Para ello, hace un análisis de dos fuentes principales de causalidad, las remotas y las recientes, refiriendo que la psiquiatría sólo se ocupaba de las causas remotas, ignorando las barreras inmediatas. Luego, hubo un auge en las terapias sexuales, en las que sólo se ocuparon de los problemas recientes, ignorando las causas remotas. Por tanto, la propuesta de Kaplan está en conceptualizar la etiología de las disfunciones sexuales como fenómenos que se deben tanto a causas recientes como a remotas, por lo que la intervención debe tomar en cuenta los dos niveles.

De las causas recientes, esta autora señala la incapacidad de abandonarse a la experiencia erótica por un exceso de autocrítica sobre la propia capacidad de agrandar al compañero(a) ligado al temor del fracaso, lo que puede provocar trastorno de la erección o eyaculación precoz en el hombre y trastorno del orgasmo en ambos sexos, pues provoca ansiedad anticipatoria por un exceso de exigencia de la pareja que afecta sobre todo al hombre, pues él tiene que responder con la erección para poder complacer a la mujer, lo que no es requisito para la mujer, que aunque no esté excitada puede complacer a su pareja, lo que disminuye la carga de ansiedad. Otro elemento importante es la inseguridad, ligada a los temores,

inseguridad de su propio funcionamiento sexual. Un factor más que interviene, es que el estímulo sexual efectivo sea muy pobre, con técnicas sexuales deficientes e ineficaces que lleven a bloquear la respuesta sexual. Estas técnicas deficientes se deben a la falta de información, o a sentimientos de culpabilidad sexual, lo que lleva a la persona a no explorar ni experimentar, por la ignorancia de su potencial, el poder dar y recibir placer erótico, donde ambos miembros de la pareja contribuyen a una interacción ineficaz y restringida. Por consiguiente, la falta de información, afecta tanto al hombre como a la mujer y limita enormemente un buen desempeño sexual.

En cuanto a las causas remotas, la misma Kaplan (1990) refiere la importancia de resolver este tipo de conflictos, muchos de los cuales se deben a influencias culturales que predisponen el conflicto sexual, pues la sexualidad es confinada la mayor de las veces al terreno de la confusión y a la represión, repitiéndose de generación en generación por la institución familiar, sin considerar que en el núcleo del conflicto está la contradicción, esto es, entre los deseos sexuales y los temores al castigo divino, social o familiar, donde los antiguos temores, adquiridos durante la infancia o adolescencia, se reactivan ante cualquier expresión sexual en la edad adulta, pues la díada inmoralidad-sexualidad es algo profundamente arraigado en la cultura, y que, al obstaculizar el deseo sexual, éste pueda desplazarse y manifestarse en conductas destructivas o en ansiedad. Otro factor es el haber sufrido un trauma intenso en la niñez. Las experiencias infantiles son decisivas para un funcionamiento sexual adecuado en la edad adulta; también el impulso al deseo de masturbarse puede desencadenar ansiedad y vergüenza, por la influencia social, lo que puede derivar en trastorno de la excitación. El pobre desarrollo en la infancia, de la capacidad para relacionarse con los demás, el miedo al rechazo, la desconfianza, la inseguridad y la baja autoestima, influyen e impactan la sexualidad adulta, pues la intimidad les resulta amenazante.

Otros sentimientos capaces de condicionar la respuesta sexual son la culpa y depresión, aunque resulta difícil poder establecer si estos sentimientos estaban presentes antes de la disfunción sexual o fue ésta la que los provocó. En un estudio sobre los problemas sexuales en hombres y en mujeres, encontraron que, en ambos,

la disfunción sexual se asoció con problemas emocionales, experiencias sexuales traumáticas previas y pobre calidad de vida (Women's Health Weekly, 1999).

Otra aportación importante es el reconocimiento de la vinculación entre las disfunciones sexuales y los problemas conyugales, lo cual se considera una aportación importante en la búsqueda de algunas etiologías de las dificultades sexuales. Masters y Johnson (1995) describieron que puede haber rechazo al compañero, pues si se detesta a la pareja o sienten repulsión o ira por él (ella) esto repercutirá inevitablemente en su vida sexual, dando como resultado una disfunción sexual, donde la terapia sexual, como una primera intervención, sería contraproducente. Otro elemento de conflicto en la pareja es la incapacidad para la intimidad, o la decepción por haber generado expectativas poco realistas en relación al funcionamiento de pareja. La inseguridad, la desconfianza, sentirse dominado por el otro, puede provocar trastorno del orgasmo o trastorno de la erección por la incapacidad de abandonarse al contacto erótico o por el enojo ante el dominio del otro, asociado a una relación de dependencia infantil que dará como resultado, al no tener sus demandas infantiles cubiertas, sentimientos hostiles, o a la lucha de poder entre ellos. Sin embargo, los problemas conyugales no siempre se asocian con disfunciones sexuales, habiendo incluso parejas que disfrutaban más de la sexualidad después de un enfrentamiento, por lo que esto debe estudiarse con mucha seriedad.

Sucesos que impactan enormemente la vida sexual de las personas son las experiencias infantiles sexuales traumáticas, pues como describen tanto Masters y Johnson como Kaplan (1995, 1990), éstas desempeñan un importante papel en la causa de las disfunciones sexuales, encontrando un alto porcentaje de personas que sufren de eyaculación precoz, trastorno de la erección y trastorno del orgasmo, y puede ser por un episodio para el cual el individuo no estaba emocionalmente preparado o por una experiencia aterradora, frustrante o humillante que puede desencadenar una disfunción sexual con una carga emocional muy intensa.

En relación a la sexualidad femenina y sus trastornos, Masters, *et al.* (1995) estudiaron rigurosamente el comportamiento de las mujeres y los mitos tan arraigados culturalmente alrededor de la sexualidad. Si partimos que a la mujer se le

ha considerado menos sexual que al hombre, entonces las disfunciones sexuales eran vistas como algo normal. No obstante, los avances y resultados de la investigación sobre la sexualidad en la mujer han dado aportaciones importantes y generando cambios fundamentales, en tanto han demostrado lo contrario. De ahí que haya sido posible clasificar y detectar las distintas disfunciones sexuales en la mujer. Estos autores señalaron que 95% de las disfunciones sexuales eran psicológicas y no involucran ningún daño fisiológico.

En un trabajo sobre nuevos puntos de vista acerca de las causas de las disfunciones sexuales femeninas, Tiefer (2001) las clasifica en cuatro distintas categorías, y está basado en las reflexiones de feministas clínicas y teóricas que ubican los problemas sexuales de la mujer principalmente en problemas de relaciones culturales y relacionales.

En la primera categoría se ubica la subordinación política y económica de la mujer, que se refleja en un incompleto cuidado de su salud, en una mayor presión para casarse y frecuente comercio de sexo por ventajas socioeconómicas, mayores preocupaciones acerca del cuidado del hogar, de los hijos y de los ancianos, lo cual limita su energía para el sexo y ocuparse de sí misma, limitación en oportunidades sexuales extra-maritales por miedo a dañar su reputación y a la amenaza de violencia sexual, así como pérdida de su poder sexual personal como resultado de abuso sexual en su infancia, baja autoestima y depresión. Las cuestiones de desigualdad social y estereotipos relacionados con el género están directamente vinculados con problemas sexuales privados pero relevantes como son: vergüenza sexual, ansiedad, evitación e inhibición, y aunque las mujeres, como individuos, tengan problemas con su sexualidad, mismos que pueden requerir intervención profesional, las causas de estos problemas probablemente yacen en condiciones sociales y culturales que deben ser nombradas y resueltas.

En la segunda categoría se localizan las causas de los problemas sexuales femeninos en una variedad de circunstancias relacionales y con su pareja en particular. La tercera categoría se localiza en diversos conflictos psicológicos y elementos desventajosos de su historia personal; y la cuarta, en problemas médicos y físicos.

En cuanto al estudio de las disfunciones sexuales masculinas, Masters, *et al.* (1995) refirieron que cuando en el hombre hay problemas sexuales, éstos se perciben como algo que pone en entredicho su virilidad, lo que le genera vergüenza y depresión, impactando su conducta por el temor al fracaso.

1.4 Descripción de las disfunciones sexuales

Deseo sexual hipoactivo

El deseo sexual hipoactivo fue catalogado a finales de la década de 1970. Hay distintos criterios para elaborar el diagnóstico. En el DSM-IV-TR (2000), se pide como requisito diagnóstico la ausencia o pobreza de fantasías y de deseos de actividad sexual. Para Rosen y Lieblum (1988), el diagnóstico de esta disfunción es difícil si sólo se toman indicadores objetivos (frecuencia en la actividad sexual, fantasías sexuales, etc.), pues a eso hay que agregarle el componente subjetivo que estos autores señalan como las *ganas* o no, de tener vida sexual, pues puede haber mucha frecuencia en la actividad sexual pero sin deseo y hay personas donde no hay fantasías sexuales importantes, y sin embargo, no manifiestan falta de deseo sexual.

Sobre la etiología del deseo sexual hipoactivo, Rubio y Díaz (1994) señalan que hay una gran variabilidad en los factores asociados, mencionando dos fundamentales: *i*) cuando se presenta en forma secundaria y global como parte de otro trastorno como depresión, trastorno de ansiedad, etcétera; y *ii*) cuando se presenta en forma secundaria y selectiva, y puede deberse a conflictos en la dinámica de pareja, a conflictos edípicos, a conflictos con la intimidad, a conflictos en el aprendizaje familiar-cultural o a una relación extra-marital.

En revisiones recientes sobre las definiciones de las disfunciones sexuales en la mujer, Basson (2005) estudió la respuesta sexual humana en las mujeres y señala que las definiciones de disfunciones sexuales femeninas están basadas en el modelo lineal de Masters y Johnson y Kaplan, el cual asume una línea progresiva que consta de las siguientes fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución; sin embargo, la evidencia que se tiene muestra que muchas facetas del funcionamiento sexual femenino difieren de este modelo, y que algunos factores correlacionados con el

deseo y la excitación sexual, no se pueden reducir a las fantasías sexuales como únicos indicadores de la fase de deseo sexual y de la fase de excitación a la lubricación. Las razones que una mujer pueda tener para iniciar la actividad sexual, incluyen deseos de expresar amor, de recibir y compartir placer físico, sentirse más cerca emocionalmente, complacer a la pareja y aumentar su propio bienestar, de manera que no se concreta a las fantasías sexuales. Se encontró asimismo que una mujer puede reportar bajas fantasías sexuales sin que esto implique deseo sexual hipoactivo, pues éstas varían incluso en mujeres que no presentan quejas en cuanto a su sexualidad.

En estudios recientes sobre esta disfunción sexual, Hartmann, Heiser, Ruffer-Hesse y Kloth (2002), analizan cómo, en los últimos años, el estudio de las disfunciones sexuales se ha centrado en el interés por encontrar correlación entre éstas y los aspectos biológicos, dejando de lado los factores de personalidad y de pareja. El estudio retoma estos aspectos comparando a mujeres con deseo sexual hipoactivo y mujeres sexualmente funcionales con entrevistas semi-estructuradas y con cuestionarios estandarizados, encontrando en las mujeres con deseo sexual hipoactivo signos de inestabilidad del estado de ánimo, así como una baja y frágil autoregulación y autoestima, con una tendencia a ser más ansiosas, introvertidas y convencionales en relación con las mujeres sexualmente funcionales. En cuanto a la calidad de la relación de pareja, en este mismo estudio no se encontraron diferencias entre los grupos estudiados, concluyendo que esta disfunción sexual debe ser considerada como una inhibición global de la respuesta sexual, acompañada de una historia de alteraciones del estado de ánimo y niveles elevados de estrés psicológico.

En otro estudio realizado a 66 mujeres con deseo sexual hipoactivo sobre el rol de funcionamiento sexual y la adaptación psicosocial, se estudiaron tres niveles: *i)* el ajuste del deseo sexual, que incluye variables como deseo sexual, fantasía sexual e impacto de la relación de pareja; *ii)* la adaptación psicosocial, esto es, las características físicas, algunas variables sociodemográficas, la autoestima, la asertividad sexual, la automotivación y la depresión, y *iii)* la dinámica de la relación de pareja, estudiándose la satisfacción marital, la intimidad, la compatibilidad sexual,

la excitabilidad sexual, la satisfacción sexual, el estrés sexual y la valoración de la propia sexualidad de la mujer.

Los resultados mostraron una correlación entre el estrés sexual y la baja autoestima, altos niveles de depresión y baja automotivación. Los altos niveles de satisfacción sexual se asociaron con alta automotivación, con una autoestima y asertividad alta y niveles bajos de depresión. En relación a la adaptación psicosocial, se encontró que la autoestima alta fue predicha por estatus socioeconómico alto, menos peso corporal y bajo estrés sexual, así como el estatus socioeconómico alto se asoció significativamente con asertividad sexual; la alta compatibilidad sexual y la alta satisfacción sexual se asociaron significativamente con alta automotivación. Los síntomas depresivos fueron predichos por deseo sexual hipoactivo adquirido y niveles altos de estrés sexual (Hurlbert, Fertel, Singh, Fernández, Menéndez y Salgado, 2005). En relación a la presencia de estrés sexual, el cual se reporta con una alta asociación a la presencia de disfunciones sexuales, también Bancroft, Loftus, y Long (2003) encuentran que los mejores predictores en relación a la presencia o no de estrés sexual, son el bienestar general de la persona, el tipo de relación emocional con la pareja y el tipo de relación emocional con la pareja respecto de la relación sexual.

Trastorno de la excitación

En relación a la excitación sexual, ésta no se puede reducir a la lubricación, ya que es sólo la parte física que debe combinarse con factores psicológicos para provocar la excitación subjetiva, parte fundamental de la excitación sexual.

Otro descubrimiento fue que el deseo sexual no siempre antecede a la excitación sexual (Basson, 2005), sino que puede ser secundario a ésta, además que está modulada por pensamientos y emociones que se agudizan por el estado de excitación sexual. La autora propone un modelo de respuesta sexual femenino, en donde debe haber primero gratificaciones no sexuales como intimidad emocional y bienestar, que llevan a la mujer a aceptar relaciones sexuales, en tanto hay motivación y disposición a ser receptiva y esto la puede llevar al deseo o, con una estimulación sexual en un contexto adecuado, a la excitación subjetiva y después al

deseo. Una estimulación sexual continua permite que la excitación sexual y el placer se vuelvan más intensos, provocando el deseo durante la excitación, por lo que el deseo sexual, ausente en un principio, está ahora presente. La satisfacción sexual, con o sin orgasmo, está presente cuando la estimulación continúa durante el tiempo suficiente y la mujer disfruta la sensación de excitación sexual si que haya resultados negativos como el dolor.

Este modelo clarifica la importancia de los factores que intervienen en la respuesta sexual femenina, así como en la excitación subjetiva que puede verse afectada por múltiples factores. En este modelo se describe la interferencia psicológica basada en asuntos interpersonales distractores no sexuales y especulación, de los cuales Bancroft, *et al.* (2003) los dividen en tres grupos. En el primero, se agrupan factores interpersonales y contextuales como la relación emocional con la pareja durante la actividad sexual, así como la falta de bienestar emocional general, lo cual disminuye el estrés sexual; otros factores contextuales que reducen la excitación son las preocupaciones acerca de su propia seguridad, por ejemplo, miedo a un embarazo, a enfermedades de transmisión sexual o preocupaciones acerca de la seguridad física o emocional.

En el segundo grupo se encuentran los factores psicológicos personales, como distractores no-sexuales de la vida cotidiana, además de preocupaciones sexuales, tales como no poder alcanzar el orgasmo o no poder excitarse lo suficiente. Estudios empíricos muestran una alta relación entre el bajo deseo sexual y una baja autoestima, inestabilidad en el estado de ánimo y tendencia a la preocupación y la ansiedad, además de otros factores psicológicos inhibitorios como recuerdos de experiencias sexuales negativas, incluyendo aquellas que han sido coercitivas o de abuso. Por último, el tercer grupo es el de factores biológicos y patofisiológicos de la respuesta sexual femenina, como la depresión que se asocia fuertemente a un funcionamiento sexual reducido.

En cuanto al trastorno de la excitación en la mujer, Rubio y Díaz (1994) la clasifican en tres subtipos: *i*) por disfunción de la lubricación vaginal, que es el criterio que pide el DSM-IV-TR (2000); *ii*) por disfunción sexual general, la cual se caracteriza

por una persistente falla en la excitación sexual, acompañada de una dificultad de alcanzar el orgasmo y de una ausencia del deseo sexual. Cuando se presenta esta variante de la excitación (para el DSM-IV-TR (2000) serían tres diagnósticos diferentes), casi siempre se presenta en forma primaria, es decir, la mujer nunca ha tenido experiencias eróticas, con el supuesto que las causas de este tipo de casos son la ausencia de experiencias que permitan reconocer y, por tanto, desarrollar las propias potencialidades eróticas, y *iii*) excitación sexual inhibida sin falla en la lubricación. Aunque es todavía poco reconocida, se caracteriza por la dificultad para experimentar la sensación subjetiva de la excitación, aunque haya lubricación vaginal.

Respecto a la etiología, estos autores mencionan varios factores, entre los cuales se encuentran: conflictos con la identificación psicosexual, conflicto con dar y recibir placer, conflictos edípicos, preferencia de autoerotismo, comunicación erótica ineficaz, conflictos en la dinámica de pareja, angustia anticipatoria, sentimientos de culpa, trauma de experiencias sexuales previas, pareja muy demandante, temor al rechazo, infidelidad real o figurada.

Por último, podemos observar que los factores mencionados son múltiples, por lo que es necesario estudiarlos más a fondo con diseños de investigación adecuados para poder tener una mayor especificidad.

Trastorno del orgasmo

En cuanto al trastorno del orgasmo femenino, el cual no impide el coito, el hecho de no poder alcanzarlo hace que la mujer se sienta frustrada, llevándola muchas veces a desempeñar el papel de espectadora, con disminución de la autoestima y sentimientos de inutilidad. En cuanto a la valoración de las relaciones heterosexuales, Birnbaum (2003) realizó una investigación de los significados de las relaciones heterosexuales en mujeres con trastorno del orgasmo, donde el significado de la relación sexual es considerado como un constructo rico y multifacético que incluye variables como emociones tanto positivas como negativas con respecto a la persona y a la pareja, así como respuestas afectivas en el ciclo excitación-éxtasis-relajación. Así, encontró que las dificultades para experimentar el

orgasmo se relacionaron fuertemente con miedos y ansiedades, derivados de la relación sexual, así como una sensación de insatisfacción y frustración, además de los significados intrapsíquicos negativos de la relación sexual, como el pensar que es pecado o inmoral, lo que genera culpa, ansiedad y enojo, y los significados interpersonales negativos como la indiferencia, la falta de cercanía, el sentirse abusado e incómodo con la pareja.

Trastorno de la erección

Esta disfunción está rodeada de múltiples circunstancias, entre las que se encuentran el elevado nivel de estrés, o el miedo al desempeño sexual que reduce los niveles de excitación, lo que provoca este trastorno. A largo plazo, dichos temores, ligados al fracaso sexual, originan un desinterés por la actividad sexual, además de baja autoestima, instalando al individuo en un círculo vicioso: el fracaso en la erección genera miedo al desempeño sexual, miedo que, a su vez, lo lleva a adoptar el papel de espectador, lo cual facilita la distracción y la pérdida de la erección que intensifica el miedo al acto sexual. Independientemente de las causas que puedan provocar esta disfunción, la falla está acompañada generalmente de angustia, sentimientos de devaluación ante la propia masculinidad y problemática de pareja, como causa o como efecto del problema de erección (Rubio y Díaz 1994).

En relación a la *etiología*, la polarización entre fallas en la erección de origen orgánico o de origen psicológico no puede ser sustentada en la actualidad. A partir de los estudios de LoPiccolo y Daiss (1988), la realidad clínica muestra que en la mayoría de los pacientes se encuentran ambos tipos de factores. En cuanto a los factores psicológicos, desde Masters y Johnson (1990) se ha reconocido a la angustia como un factor siempre presente en el trastorno de la erección; sin embargo, los reportes no son contundentes pues la angustia puede interferir o no afectar el desempeño sexual, o incluso pueden aumentar la excitación sexual (Hale y Strassberg, 1990).

Eyacuación precoz

En la descripción de la eyacuación precoz, el trastorno es común pero difícil de definir, pues el conteo en minutos, como se ha hecho en algunas épocas, lejos de

ayudar provoca un problema mayor: el hecho de tomar el tiempo, genera mayor ansiedad. Actualmente, la disfunción está más bien definida en cuanto a la interacción entre compañeros sexuales y no en función exclusiva del hombre. El criterio clínico fundamental para el diagnóstico diferencial lo propuso Kaplan (1990): se puede diagnosticar cuando un hombre no ha desarrollado la habilidad de controlar su reflejo eyaculatorio.

En cuanto a la *etiología*, la gran mayoría de los casos clínicos reportados son de toda la vida y generales, o sea, en cualquier situación y con todas sus parejas sexuales. En estos casos, el elemento causal es el descrito por Kaplan (1990), el control no ha sido aprendido por el paciente, por lo que hay poca capacidad de percibir las sensaciones previas al orgasmo; sin embargo, también hay reportes de este trastorno como adquirido y situacional, y puede deberse a factores de tipo biogénico, lo cual está catalogado en el DSM-IV- TR (2000) como trastorno sexual debido a enfermedad médica. Cuando esto se descarta hay reportes de su asociación con problemas de pareja, donde la angustia que provoca esta conflictiva precipita la eyaculación (Rubio y Díaz, 1994).

En un artículo anónimo (2005), quienes lo escribieron hacen una revisión histórica de los primeros reportes sobre la eyaculación precoz, encontrando que se hace referencia de ella desde el siglo VII A.C. en el Kama Sutra, refiriéndola como causas de frustración en la pareja; luego, en 1637 de nuestra era, se menciona en un texto chino (Yizong Bidu) que el balance sexual entre mujer (yin) y hombre (yang) ocurre por medio del sexo duradero, o sea, retrasando la eyaculación. Asimismo, el artículo refiere que en 1887 Gross describió el primer caso en la literatura médica. Y que a partir de la década de 1950 hasta los años noventa la explicación que daban al problema de eyaculación precoz era como el de un comportamiento aprendido por practicar relaciones sexuales rápidas o apresuradas, lo que provoca una habituación que se refuerza por un estado de ansiedad del desempeño, lo cual genera un círculo vicioso. El artículo agrega que, a partir de los años noventa, se ha dado una mayor investigación de las disfunciones sexuales, de las cuales una de las más completas y recientes sobre esta disfunción es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que la define como la eyaculación persistente o recurrente que se presenta ante una

estimulación mínima antes, durante o poco después de la penetración , y antes de que la persona lo desee y sobre la cual siente que no tiene control voluntario (o poco control), lo que causa estrés a uno o ambos miembros de la pareja. Los factores cuantitativos y sus medidas son importantes, pero también son importantes medidas como el estrés, la insatisfacción con la relación sexual, las dificultades interpersonales en la relación de pareja y su percepción acerca de la eyaculación, pues los factores subjetivos son fundamentales. Algunos factores de riesgo mencionados son la poca salud, los problemas emocionales y una disminución en los ingresos económicos.

Un estudio realizado por Symonds, Roblin y Hart (2003) a 28 hombres con eyaculación precoz, 68% reportó pérdida de confianza en sí mismo y pérdida de autoestima, 50% reportó también dificultad en sus relaciones con la pareja o con las mujeres en general y 36% dijo tener ansiedad. En investigaciones como la de Patrick, Rothman y Jamieson (2004), se encontró que el control sobre la eyaculación y la satisfacción con la relación sexual son factores claves asociados a la eyaculación precoz, factores que afectan otros aspectos de su vida como el bienestar emocional, la relación y comunicación con la pareja, afectando también el proceso de excitación, pudiendo presentar también trastorno de la erección por ansiedad sexual, con preocupación constante por lograr satisfacer las necesidades de la pareja, lo que no sucede en hombres que no presentan esta disfunción sexual. Algunos estudios han detectado las principales preocupaciones que se dan en el hombre con este padecimiento, así como los principales efectos en la relación de pareja, señalando que hay una disminución de la satisfacción sexual, por lo que empieza a darse una disminución en la excitación y pérdida en la capacidad de erección (Perelman, McCullough, Bull, 2004).

Dispareunia y Vaginismo

Respecto a las disfunciones sexuales con dolor (vaginismo y dispareunia), Rubio y Díaz (1994) refieren que son causa de gran frustración, pues el deseo, la excitación y el orgasmo están presentes, pero el coito, o bien no se puede realizar por la

imposibilidad de la penetración o la penetración provoca mucho dolor, lo que genera miedo e incluso abstención de la actividad sexual.

En estudios más recientes se cuestionan los factores psicológicos como causantes de las disfunciones por dolor (dispareunia y vaginismo) pues no hay resultados contundentes que lo demuestren, y los estudios para poder comprobar si existe un problema físico tienen complicaciones éticas por tratarse de procedimientos invasivos. Por ejemplo, en el vaginismo, el problema fundamental es que es difícil realizar la revisión ginecológica sin ser invasivos, por lo que se atribuyen las causas a factores psicológicos cuando en realidad estas posibles causas no han sido estudiadas.

En cuanto a la dispareunia, se tiene la hipótesis de que puede deberse a vestibulitis vulvar, sin embargo, las complicaciones éticas de remover tejido vulvar sano ha impedido corroborar estas hipótesis, pero se propone que estas dos disfunciones deben reconceptualizarse como desórdenes de dolor genital que interfieren con el coito o cualquier inserción-penetración que afecta los genitales femeninos, y que sólo en ocasiones afecta otros aspectos de la sexualidad; con esto se descarga a la pareja de las implicaciones que tiene el diagnóstico de disfunción sexual (Binik, Reissing, Pukall, Flory, Payne, Khalifé, 2002).

Mitos

En cuanto al estudio de probables factores que puedan tener asociación con las disfunciones sexuales, y que están presentes en la sociedad, es el rol de las creencias y mitos acerca de la sexualidad. Kaplan (1979), LoPiccolo y Friedman (1988) y Masters y Johnson (1970) hablan de las creencias conservadoras como un factor común en la mayoría de las mujeres con disfunción sexual. Hawton (1985) presentó una serie de mitos conceptuados como factores predisponentes para el desarrollo de disfunciones sexuales, siendo permisivos pero demandantes para los hombres y represivos para las mujeres. Los principales mitos femeninos fueron: “el sexo solo debe ocurrir por insistencia del hombre”, “la masturbación es sucia o dañina y es malo tener fantasías durante la relación sexual”. En 1988 Heiman y LoPiccolo mencionaron una serie de mitos que incluyen creencias conservadoras en general,

en torno a la edad y apariencia física, como el que una mujer decente no se excita con material erótico, las mujeres femeninas no proponen ninguna actividad sexual, el sexo es únicamente para mujeres menores de 30 años y todas las mujeres tienen que tener orgasmos múltiples.

De acuerdo con estos autores, hombres y mujeres sufren de la influencia negativa de una serie de mitos que plantean demandas excesivas y erróneas en cuanto al desempeño sexual. Baker y de Silva (1988) revisaron una lista de mitos propuesta por Zilbergeld (1978): concluyeron que los hombres con disfunción sexual presentan significativamente mayor creencia de estos mitos que el grupo de individuos sexualmente funcionales. Por su parte, Nobre y Pinto-Gouveia (2006) encontraron datos que parcialmente sustentan que las mujeres con creencias erróneas en torno a la sexualidad son vulnerables a desarrollar disfunciones sexuales, mientras que en los hombres la disfunción sexual no depende directamente de sus creencias. De acuerdo con esta investigación, las mujeres con disfunción sexual mantienen las siguientes creencias: el proceso de envejecimiento (especialmente después de la menopausia) implica una disminución del deseo y placer sexual, la apariencia física es un factor central para la satisfacción y éxito sexual, creencias conservadoras y una visión del sexo como pecado. Estos autores consideran que sus resultados no fueron concluyentes porque el rol de las creencias y mitos en torno a la sexualidad será distinto en cada una de las disfunciones, y particularmente importante en el deseo sexual hipoactivo. En relación a los mitos culturales es la aceptación irracional de ellos los que pueden impactar el desarrollo de la sexualidad.

1.5 Prevalencia de disfunciones sexuales

La prevalencia de las disfunciones sexuales es algo muy estudiado por su frecuencia con que los sujetos reportan este problema en la asistencia médica y psicológica, por lo que en algunos estudios está considerado como un problema de salud pública; también es importante el estudio de la etiología, pues se reporta la asociación de disfunciones sexuales con algunos padecimientos físicos, aunque la mayor

frecuencia es de origen psicológico. Esta distinción es importante para los planes de tratamiento.

En un estudio realizado en los Estados Unidos se encontró que 43% de mujeres y 31% de hombres sufren algún tipo de disfunción sexual, por lo que también la consideran un problema de salud pública importante; también encontraron relación entre la presencia de disfunciones sexuales y experiencias sexuales traumáticas previas, una salud física deficiente, así como una pobre calidad de vida (Women's Health Weekly, 1999).

En reportes que se han revisado de años atrás, en relación a la prevalencia de deseo sexual hipoactivo, LoPiccolo y Friedman (1988) reportaron que en el transcurso de dos años de atención a parejas, aproximadamente 36% presentaron deseo sexual hipoactivo en Nueva York, incrementándose a 55% seis años después. En México, Rubio y Covián (1991) estudiaron a 136 pacientes con disfunción sexual que asisten a centros de atención para problemas sexuales, de los cuales 23% presentaron deseo sexual hipoactivo. Nathan (1986) estimó la prevalencia de este trastorno en población general estadounidense detectando que 15 % de los hombres y 35% de las mujeres lo presentaron.

Sobre prevalencia de disfunciones sexuales masculinas, se revisaron las siguientes investigaciones. En un estudio sobre el tratamiento del trastorno de erección, sin causa orgánica asociada, Muñoz (1991) plantea que hacen falta estadísticas en cuanto a la prevalencia de disfunciones sexuales en países latinoamericanos.

En Córdoba, España, se llevó a cabo un estudio sobre la prevalencia de disfunciones sexuales masculinas por edad, donde se reportó que de 5 323 consultas urológicas, 779 reportaron disfunciones sexuales, lo que implica una prevalencia de 14.63%, siendo la más frecuente el trastorno de la erección, el cual aumenta significativamente con la edad, por lo que lo consideran un importante problema de salud (Belen, García, Fiallos, 2000).

En México se realizó un estudio sobre la prevalencia de disfunción eréctil y los factores de riesgo asociados. El estudio se realizó en 1 200 hombres de 40 años o

más residentes del Distrito Federal, Monterrey y Guadalajara. Como factores de riesgo se evaluaron enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, úlcera, depresión, enfermedades de la próstata y obesidad; en relación a los hábitos, se estudiaron tabaquismo, consumo de alcohol, cafeína y el hacer o no ejercicio; de las variables sociodemográficas se estudiaron la edad, el nivel socioeconómico, la escolaridad, la ocupación y el estado civil. Los resultados indicaron una prevalencia de 55%, con la asociación más alta con el cáncer de próstata y la diabetes mellitus. Ni el consumo de bebidas alcohólicas, ni el consumo de cafeína ni el ejercicio mostraron aumento de riesgo con la disfunción eréctil; las variables sociodemográficas mostraron que la prevalencia aumenta con la edad, hay un riesgo mayor asociado al nivel socioeconómico bajo, a tener menor escolaridad, a no tener empleo y a ser soltero (Ugarte y Barroso, 2001).

En cuanto a la prevalencia de disfunciones sexuales femeninas, se revisaron las siguientes investigaciones. En un estudio sobre prevalencia realizado en los Estados Unidos a mujeres entre 18 y 59 años de edad, se encontró que 40% de la muestra estudiada padecía de alguna disfunción sexual (Rosen y Laumann, 2003).

En un estudio realizado en Chile sobre la prevalencia del deseo sexual hipoactivo y factores relacionados en 367 mujeres en edad fértil, encontraron que 34.9% de las mujeres estudiadas presentaron deseo sexual hipoactivo el cual se asoció con el nivel educativo, encontrando un mayor porcentaje en aquellas mujeres que no terminaron sus estudios y que tienen poca satisfacción de las necesidades básicas. (Charnay y Henríquez, 2003).

La alta prevalencia de disfunciones sexuales corroborada por los diversos estudios mencionados, así como el reporte de las pacientes en cuanto a las dificultades que se presentan en el área sexual, ligadas, o como consecuencia de un deterioro en la relación de pareja, lleva a la necesidad de encaminar la investigación hacia una mayor especificidad, la cual permita que las estrategias de tratamiento no caigan en generalizaciones y se basen en investigaciones consistentes.

En el Instituto Nacional de Perinatología de la ciudad de México, institución de tercer nivel de atención y catalogado así por la Secretaría de Salud por dar atención

especializada de alto nivel, se ha detectado un alto porcentaje de parejas que presentan problemas en su vida sexual. Por ello, fue necesario abrir una línea de investigación de sexualidad humana, en la cual se han realizado estudios exploratorios con objeto de determinar la prevalencia y frecuencia de las disfunciones sexuales de la población que se atiende dentro de la institución, tanto en hombres como en mujeres. (Véase Antecedentes.)

Dichos estudios arrojaron un resultado que muestra que, de las mujeres estudiadas, 52% presentó una o más disfunciones sexuales, siendo el promedio de 2.25 disfunciones por mujer; en los hombres estudiados, 38.8% presentó una o más disfunciones sexuales con un promedio de 1.48 por hombre (Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez, 2005).

Las frecuencias encontradas de cada disfunción sexual en mujeres y hombres fueron las siguientes: en mujeres con deseo sexual hipoactivo (22.6%); trastorno de la excitación (14.8%); trastorno del orgasmo (34%); aversión al sexo (8.8%); dispareunia (18.4%); vaginismo (9.1%), y disritmia (23.5%). En los hombres los porcentajes fueron: deseo sexual hipoactivo (11.8%); trastorno de la erección (5.5%); trastorno del orgasmo (1.9%); dispareunia (0.2%); eyaculación precoz (16.5%), y disritmia (21.4%).

1.6 Tratamientos psicológicos de las disfunciones sexuales

A partir de los estudios realizados por Masters, Johnson y Kolodny (1995), que dieron como resultado la esquematización y definición de cada una de las fases de la respuesta sexual humana, y con ello la posibilidad de clasificar los distintos tipos de disfunción sexual dependiendo de la fase de la respuesta sexual en la que se presenta, se favoreció el inicio de la terapia sexual con objeto de tratar las disfunciones.

Dichos estudios estructuraron los primeros tratamientos, planteando por primera vez la terapia sexual con un innovador encuadre que consiste en el trabajo con la pareja a través de determinados ejercicios específicos para cada disfunción. La segunda contribución importante es la propuesta por Helen S. Kaplan en su libro

La nueva terapia sexual (1990). En él plantea que, dado que los problemas sexuales son multicasuales y que pueden ser remotos, recientes o ambos, el objetivo es eliminar la disfunción sexual del paciente, permitiendo que su sexualidad se desarrolle libremente, apartándose de las técnicas tradicionales de psicoterapias largas, lo cual fue uno de sus principales aportes. Kaplan genera modelos de abordaje que tienen como objetivo mejorar el funcionamiento sexual a través de terapias con una combinación integrada, esto es, la combinación racional de interacciones sexuales estructuradas sistemáticamente para resolver problemas sexuales específicos y, de ser necesario, con sesiones psicoterapéuticas que intentan modificar los impedimentos intrapsíquicos que se oponen al funcionamiento sexual. Estos modelos constituyen, como ya se dijo, la principal novedad del trabajo de Kaplan.

Esta autora hizo aportaciones importantes al estudio de los trastornos sexuales, al referir que las complejas respuestas sexuales del hombre y de la mujer dependen de la integridad de múltiples factores que pueden ser de origen orgánico, pero que al descartarlos la respuesta sigue siendo muy vulnerable a factores de orden psicológico. Menciona que, desde su práctica clínica, en algunas disfunciones sexuales el tratamiento de terapia sexual no era el indicado puesto que había factores previos que condicionaban su presencia no como un trastorno sino como un síntoma.

Así, analiza factores etiológicos con distintas estrategias de tratamiento, pero considera que la gran mayoría de las disfunciones sexuales se deben a factores experienciales. Refiere que algunos padecimientos pueden dañar de manera profunda a la sexualidad, además de que ciertos estados de depresión y tensión enmascarados se hallan envueltos con frecuencia en la etiología de las disfunciones sexuales. Considera, además, que esto afecta lo mismo a hombres que a mujeres, por lo que propone que en la planeación del tratamiento de estas pacientes es necesario, primero, el abordaje terapéutico de estos factores, para después dar terapia sexual; de lo contrario se pueden presentar efectos contraproducentes. En cuanto a otros factores, la misma Kaplan (1990) refiere que pueden deberse a causas remotas instaladas en la personalidad, que impiden el funcionamiento sexual

normal, como la ansiedad, además de otras razones que pueden ser experiencias traumáticas infantiles; también habla de causas recientes, dentro de las cuales se encuentran los problemas conyugales que promueven el temor al fracaso, la necesidad excesiva de complacer al compañero(a) para evitar su crítica, la falta de información sexual, etcétera. Reconoce asimismo que la salud sexual depende de la integridad de múltiples factores, sin haber una razón física que la explique, la respuesta sexual es vulnerable a los efectos de los mismos.

Plantea que determinadas características de la persona van a impactar la forma de afrontar los eventos de la vida, y una parte fundamental es el enfrentamiento de la sexualidad, por lo que es un elemento de peso que nos indicará tanto aspectos individuales como de pareja y que se asocian con los diversos aspectos de la vida y no sólo con la respuesta sexual humana, señalando que cuando la disfunción sexual es producto de esa ignorancia sexual que no procede de causas remotas, la tarea del terapeuta es relativamente fácil y el resultado excelente.

Existen numerosas revisiones sobre la eficacia de los tratamientos de las disfunciones sexuales, abordadas de manera general o por algún trastorno específico, encontrando que no todas las disfunciones sexuales han sido investigadas y trabajadas por igual.

Una de estas revisiones es la de Rosen y Leiblum (1995), quienes plantean que existen serios problemas metodológicos en la mayor parte de las investigaciones acerca del tratamiento de las disfunciones sexuales y que, por tanto, hay un mayor auge de los tratamientos médicos y biomédicos. Estos autores ponen el ejemplo de que el deseo sexual hipoactivo es tan frecuente como el trastorno de la erección en la población, y sin embargo, existen muchos más estudios sobre el tratamiento del segundo.

Otra revisión importante es la de O'Donohue, Swingen, Dopke y Regev (1997 y 1999), donde analizaron investigaciones sobre los tratamientos de las disfunciones femeninas y masculinas, que cumplieran con dos condiciones: *a*) asignación aleatoria de los sujetos en condiciones experimentales, y *b*) al menos con un grupo de comparación, pues a su juicio éstas son las condiciones para hacer una

interpretación significativa de los resultados obtenidos. El análisis de estos estudios no fue muy positivo, pues revelaron que no existe tratamiento alguno para ninguna de las disfunciones sexuales que haya demostrado ser lo suficientemente eficaz. En otro estudio realizado en los Estados Unidos, se señala que existen factores emocionales que son indicadores de la etiología de las disfunciones sexuales, como depresión y/o ira, además de factores orgánicos como diabetes, enfermedades cardiovasculares y efectos secundarios de algunos medicamentos, además de tabaquismo, la edad y el nivel educativo (Heiman, 2002).

En relación a las dificultades con las que se encuentra el teórico para poder generar modelos explicativos de las disfunciones sexuales, Labrador y Crespo (2001), concluyen que se carece de datos comparativos que demuestren el efecto y la eficacia de los tratamientos psicológicos y médicos para este tipo de problemas, por lo que la demostración experimental de la eficacia de los procedimientos terapéuticos se ha convertido en un objetivo prioritario. Ellos reportan que existen resultados contradictorios en cuanto a la eficacia del abordaje de las disfunciones sexuales, ya que, por un lado, no existen tratamientos bien establecidos para las disfunciones sexuales y, por otro, en algunos tratamientos ha habido éxito terapéutico. Actualmente, se hacen cada vez más esfuerzos dedicados a investigar y demostrar la eficacia de los procedimientos terapéuticos para el tratamiento de las disfunciones sexuales, pues es un área en la que más se requiere la ayuda del psicólogo, pues es un hecho la falta de trabajos que, cumpliendo con las condiciones metodológicas, permitan constatar la eficacia de las intervenciones, pues son pocas en las que la eficacia ya se considera empíricamente validada, por lo que se ha convertido actualmente en un objetivo prioritario, debido a que hay que vencer varios obstáculos como:

- a) la debilidad y multiplicidad de los modelos teóricos, con un divorcio creciente entre el mundo académico y la realidad clínica;
- b) la demanda cada vez mayor de tratamientos eficaces, y
- c) el objetivo primordial de los terapeutas de mejorar a los pacientes de forma más eficaz.

En relación con los factores interpersonales y contextuales, cada vez se ha observado el gran peso que tienen en el desarrollo adecuado de la sexualidad. Masters y Johnson (1995) describieron que puede haber problemas con la pareja como rechazo, repulsión o ira, lo que repercutirá inevitablemente en su vida sexual, dando como resultado una disfunción sexual. En estos casos la terapia sexual sería contraproducente, como una primera aproximación. Esto coincide con algunos autores ya mencionados, pues el abordaje con terapia sexual, cuando hay problemas de pareja, es una mala elección, ya que el mismo problema conyugal es un obstáculo para el avance de la terapia sexual, así como la tendencia a la medicalización como un tratamiento de primera elección, sin tomar en cuenta los factores psicológicos que puedan estar alrededor de la disfunción sexual.

A este respecto, en un estudio donde se examinan los contenidos de algunas revistas de sexualidad como *Journal of sex Education and Therapy*, *Journal of Sex & Marital Therapy*, *The Journal of Sex Research* y *Archives of Sexual Behavior*, con la finalidad de analizar publicaciones entre los años 1967 y 2000 para detectar el cambio de paradigmas en las aproximaciones terapéuticas médicas, psicológicas y biopsicológicas en la terapia sexual en las disfunciones sexuales femeninas, y tomando categorías como: revista, año de publicación, tipo de disfunción, orientación teórica, causa primaria de la disfunción y tipo de intervención, los investigadores mostraron que la perspectiva acerca de la naturaleza y tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas, ha pasado de explicaciones psicológicas a aproximaciones médicas y biopsicosociales, adjudicando este cambio de paradigmas a varios factores como son: mayores conocimientos biológicos, desarrollo de nuevas formas de intervención, mercadotecnia y apoyo de las compañías farmacéuticas. Sin embargo, los riesgos analizados son que no se dé un tratamiento integral con los problemas asociados a ellas, o que no se tome en cuenta la experiencia subjetiva de la vida sexual (Winton, 2001).

Sobre la tendencia a la medicalización en las disfunciones sexuales masculinas, este mismo autor también realizó una revisión en las mismas revistas citadas, analizando el cambio de paradigmas que se ha dado en cuanto a las teorías, causas y tratamientos en el trastorno de la erección y la eyaculación precoz, mostrando que

hay un incremento significativo en el uso del modelo médico, el cual está centrado en estructuras biológicas y la interacción del cuerpo con procesos químicos y biológicos. Utilizando medicamentos como el Prozac, Viagra, así como técnicas quirúrgicas como prótesis e implantes de pene, reparación de arterias, terapia hormonal, etcétera. Las críticas a esta tendencia es que ha llevado a las personas a considerar la sexualidad como un proceso mecánico. Este tipo de intervención ha tenido un mayor éxito en los trastornos de la erección, pues en la eyaculación precoz hay una alta tasa de éxito con métodos conductistas, los riesgos son que puede haber una sobremedicalización y que la propuesta ideal es que los terapeutas sexuales con un paradigma médico y los terapeutas sexuales con un paradigma psicológico trabajen juntos, estableciendo un puente entre paradigmas (Winton, 2000).

En cuanto a los problemas relacionados con la presencia de disfunciones sexuales, se cuestiona la medicalización o la terapia sexual, sin la exploración de los problemas de relación, pues puede resultar contraproducente, como lo señala en un artículo Rotella (1999), donde hace referencia al Dr. Melchiode, psiquiatra involucrado en las primeras pruebas del Viagra, el cual mostró que los problemas de pareja son factores clave en la presencia de trastorno de la erección, y que sólo es posible la indicación del Viagra cuando existe en la pareja una comunicación efectiva, de lo contrario es contraindicada.

Terapia sexual

La clasificación y diagnóstico de las disfunciones sexuales abre la posibilidad de poder establecer planes de tratamiento, los cuales han tenido avances significativos gracias a las técnicas implementadas por Masters, Johnson y Kolondny (1995), mismo que han sido enriquecidos por Helen Kaplan (1990). Los primeros, a raíz de las investigaciones realizadas alrededor del estudio de la respuesta sexual humana y la posterior clasificación de las disfunciones sexuales, implementaron diversos tratamientos para solucionar el problema de los pacientes que padecían algún tipo de disfunción sexual. Con esto, abrieron un mundo de posibilidades para su manejo. Básicamente las conclusiones a las que llegaron fueron: la terapia sexual no es un

método infalible pero ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de las disfunciones sexuales cuando el plan de tratamiento esta bien indicado. En los casos en que está contraindicada, es cuando hay un trastorno mayor, como un padecimientos psiquiátricos o alguna enfermedad médica grave. Estos autores plantearon la terapia sexual con un determinado encuadre, trabajando con la pareja varias veces a la semana y el manejo lo hacían dos terapeutas (hombre y mujer). También propiciaban una mejor comunicación entre los miembros de la pareja para favorecer el éxito de la terapia sexual, el abordaje tiene algunas características como: *a)* la terapia sexual es individualizada; *b)* la sexualidad es una función natural regida por respuestas reflejas; *c)* la terapia sexual es escalonada, se trabaja con la pareja eliminando ansiedad y reclasificando sus expectativas; *d)* se descarga a la pareja de sentimientos de culpa, y *e)* se instruye a la pareja en que la sexualidad sólo es un factor más en la relación. Uno de los objetivos básicos de este abordaje es el de modificar las causas más inmediatas y las defensas contra la sexualidad. Los problemas remotos, la de los conflictos inconscientes, sólo se abordan en la medida en que es necesario para aliviar la disfunción sexual. Así, la terapia sexual finaliza cuando desaparece la disfunción sexual, tanto en el sujeto como en la pareja y cuando los factores directamente responsables se han identificado y se han resuelto de tal forma que garanticen un funcionamiento sexual permanente (Kaplan, 1990).

Las técnicas de terapia sexual empleadas con mayor frecuencia, son básicamente las propuestas por Masters y Johnson (1996) y Helen Kaplan (1990):

1. Focalización sensorial 1 y 2. Se utilizan prácticamente como primer paso para el manejo de cualquier disfunción. Consiste en desistir, durante una primera etapa, del coito y el orgasmo, tener sesiones de caricias como experiencia de aprendizaje, con lo cual se fortalecen las reacciones placenteras y se disminuye la ansiedad.
2. Autoestimulación. Técnica utilizada para el deseo sexual hipoactivo, y consiste en autoestimulación para obtener el orgasmo solo y libre de presión.
3. El apretón. Utilizado para la eyaculación precoz y el trastorno de la erección. Consiste en lograr que el hombre, con ayuda de la mujer, logre el control

tanto de la erección como de la eyaculación, con ligeros apretones en el pene, específicamente entre el dedo índice y el dedo pulgar cuando el hombre sienta la necesidad inminente de eyacular.

4. Coito no exigente. Se utiliza para el trastorno de la excitación en la mujer, y consiste en que la mujer sienta el pene erecto dentro de la vagina interrumpiendo el coito y retomándolo después, pues este proceso propicia más la excitación.
5. Coito y orgasmo. Es utilizado después del éxito del ejercicio anterior.
6. Desensibilización progresiva. Este ejercicio se utiliza en dispareunia y vaginismo, y consiste esencialmente en la eliminación de la reacción vaginal condicionada, esto se logra por medio de la introducción en la vagina, en condiciones de tranquilidad y relajación, objetos de tamaño gradualmente creciente, preferentemente se da la indicación de que el esposo lo haga con sus dedos.
7. Ejercicios de los músculos pubococcígeos. Utilizado en el trastorno de la excitación y del orgasmo en la mujer, consiste en contraer éstos músculos diez veces seguidas, dos o tres veces al día; la indicación es: “como si estuviera reteniendo orina y dejándola salir nuevamente”, esto ayuda a tener orgasmos más satisfactorios.
8. Maniobra de puente. Complementario al ejercicio anterior, consiste en la estimulación suave del clítoris y el coito al mismo tiempo.
9. Orgasmo por estímulo del clítoris.
10. Orgasmo extravaginal. Utilizado en el trastorno de la erección en el hombre, y se emplea cuando el hombre ha adquirido la confianza de que puede tener una erección y consiste en producir el orgasmo por estímulo oral y/o manual.

11. Introducción sin orgasmo. Utilizado en el trastorno del orgasmo y de la erección en el hombre, consiste en introducir el pene en la vagina sin eyacular.
12. Variación del estímulo. Utilizado en la eyaculación precoz, consiste en acariciar a la pareja vestidos.
13. Maniobra de Semans. Utilizado en la eyaculación precoz y después del éxito del ejercicio del apretón. Consiste en que cuando tenga erección penetre a la pareja y ante la inminencia eyaculatoria paren los movimientos y cuando la controle prosigan, repitiendo esto varias veces.
14. El encuadre se da en sesiones individuales. La pareja sola con el terapeuta o los terapeutas, no más de dos en ocho y después cada quince días, y pueden ser complementarias a una psicoterapia de pareja dependiendo del diagnóstico y plan de tratamiento.

Otro aporte importante, en cuanto al tratamiento de las disfunciones sexuales, es el del campo de la modificación de conducta y la sexología, los cuales consideran que los factores cognitivos tienen una importancia capital en las disfunciones sexuales. Por ejemplo, LoPiccolo y Friedman (1988), proponen un modelo integrador de terapia sexual centrado en cuatro causas interrelacionadas, para explicar las disfunciones sexuales:

1. La historia del aprendizaje: experiencias de la niñez y adolescencia (actitudes y conductas negativas de los progenitores y otras figuras significativas hacia la sexualidad), modelos o fuentes de información deficientes, restrictivas o inadecuadas.
2. Factores físicos: presencia de enfermedades físicas, como neurológicas o crónicas y uso de drogas o medicamentos.
3. Factores de relación: qué factor de la relación de pareja es un elemento perturbador.

4. Factores cognitivos: valorar el nivel de conocimiento del individuo sobre la sexualidad, actitudes, creencias y pensamientos en la disfunción sexual, el papel de la ansiedad en el desempeño sexual.

Los objetivos terapéuticos de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de las disfunciones sexuales serían:

1. Modificación del trastorno disfuncional, de modo que se logre una conducta sexual satisfactoria para la pareja.
2. Colaboración, cuando sea posible, y participación de los miembros de la pareja en el tratamiento.
3. Información sexual sobre aspectos erróneos o para ampliar sus conocimientos.
4. Modificación de actitudes y cogniciones disfuncionales que intervienen en el trastorno.
5. Desarrollo de habilidades relacionales y sexuales coherentes con las nuevas actitudes y cogniciones funcionales, de modo que aumente la satisfacción sexual mutua.

La difusión de la terapia sexual como herramienta del psicólogo y la preparación de terapeutas sexuales es cada vez mayor; también es de gran importancia la generación de métodos más estructurados de tratamiento que sean el resultado de investigaciones realizadas en el mundo, esto es lo que lleva a la psicología a un nivel científico y a tener alcances en la mayoría de la población, sobre todo en el terreno de la sexualidad, donde tantos mitos y tabúes existen. Poder implementar estas acciones terapéuticas ayudará a resolver problemas específicos.

Algunos autores recientes han estudiados aspectos relacionados con cada disfunción sexual, lo que ha contribuido a dilucidar y enriquecer el complejo fenómeno de las disfunciones sexuales y su tratamiento. Para la evaluación previa al tratamiento, Seftel, Althof, McAchrán (2003) señalan que es importante incluir a la pareja, pues

con ello se puede obtener información completa y hacer un diagnóstico y plan de tratamiento más adecuado. El uso de cuestionarios puede contribuir a que el paciente pueda hablar con mayor facilidad sobre su sexualidad, además de determinar cuál es su mayor preocupación, explorar la vida en pareja sobre su desempeño sexual evaluando si hay otro tipo de sintomatología, por ejemplo depresión, además de expectativas que tienen acerca del tratamiento.

LoPiccolo y Lobitz (1972), desarrollaron una terapia que incluye educación sexual, autoexploración, conciencia del cuerpo, autoestimulación. En resumen, la propuesta incluye nueve pasos en el programa que constan de: mejorar la educación en fisiología y anatomía sexual básica, autoexploración visual y táctil, masturbación dirigida, desarrollo de fantasías sexuales e imaginación, focalización sensorial individual y en pareja, compartir técnicas efectivas de masturbación con la pareja. También puede contemplar entrenamiento en técnicas sexuales y de comunicación, así como procedimientos de reeducación; mencionan también que este tipo de tratamientos sean percibidos como amenazantes para el hombre, pues hay una costumbre transmitida socialmente, de que él es quién debe iniciar la relación sexual y la mujer debe ser pasiva.

En cuanto al tratamiento específico del **deseo sexual hipoactivo**, Hartmann, Heiser, Ruffer-Hesse y Kloth (2002) refieren que esta disfunción sexual debe ser considerada como una inhibición global de la respuesta sexual, acompañado de una historia de alteraciones del estado de ánimo y niveles elevados de estrés psicológico, por lo que esta combinación requiere de aproximaciones terapéuticas en la que los aspectos individuales e interpersonales sean considerados de manera simultánea. En el deseo sexual hipoactivo masculino, LoPiccolo y Stock (1986), mencionan que ésta puede deberse a una reacción para mantener el equilibrio, en la relación de pareja y para mantener el control cuando está muy polarizado el poder.

En relación al tratamiento del **trastorno de la erección**, Swindle, Cameron, Lockhart, Rosen (2004), reportan que la terapia sexual tiene que establecer que el rendimiento sexual del paciente sea predecible y que sienta confianza en que va a ser posible responder a su pareja, lo que disminuye las preocupaciones durante los

encuentros sexuales, pues al ir cambiando las capacidades de rendimiento, las creencias alrededor del encuentro sexual irán cambiando. También señalan que el tratamiento del trastorno de la erección debe tomar en cuenta tanto al individuo como a su pareja.

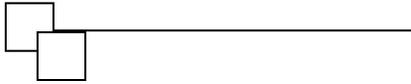
En cuanto a la **eyaculación precoz**, su diagnóstico debe incluir una historia sexual donde se exploren los objetivos de cada miembro de la pareja al acudir a tratamiento, la duración y el estatus de la relación, descripción de la actividad sexual actual, así como un examen físico previo, para descartar organicidad, tomando en cuenta los mitos que la pareja pueda tener acerca de su funcionamiento sexual para evitar errores de diagnóstico. En cuanto al tratamiento, el objetivo debe ser el ayudar al paciente y a su pareja a lograr satisfacción sexual y emocional, por lo que el tratamiento debe ser lo más seguro y efectivo que se pueda, refiriendo que la terapia sexual es indicada, con los ejercicios propios para esta disfunción, en pacientes muy comprometidos y dispuestos a dedicarle tiempo a la terapia y cuyas parejas cooperen (Anónimo, 2005).

LoPiccolo y Stock (1986), en el **trastorno del orgasmo** refieren que el tratamiento para esta disfunción, siempre y cuando no existan otros problemas, es el programa basado en la educación, información y masturbación dirigida, la cual es el método con mayor probabilidad de producir un orgasmo; en la mujer, le permite identificar técnicas distintas de estimulación, un mayor número de orgasmos aumenta la vascularización de la vagina, y lleva a una anticipación psicológica de placer sexual, lo cual aumenta el potencial orgásmico, también los ejercicios pubococcigeos aumentan la frecuencia orgásmica. En cuanto a la masturbación dirigida y su eficacia para que se obtenga el orgasmo en personas con este problema, se ha discutido el riesgo de que pueda haber una preferencia en obtener el orgasmo sólo a través de la masturbación y no de la relación sexual. Jayne (1981) demostró que las mujeres prefieren la relación sexual a la masturbación porque en la relación se desarrolla la intimidad, los lazos afectivos con la pareja, pues un factor que parece determinante es la satisfacción marital, para que los ejercicios de terapia sexual tengan éxito.

La propuesta de Labrador y Crespo (2001), constituye el núcleo central de este trabajo, pues refieren que el objetivo actual es ver qué tratamiento concreto, descrito de manera pormenorizada y precisa, que sea producto de estudios que den como resultado el aislamiento de variables, que contribuyan a los planes de tratamiento, con una indicación para cada disfunción sexual, lo que daría una mayor especificidad, traducido esto en un mayor beneficio.

Los avances en la conceptualización y estudio de las disfunciones sexuales ha recorrido un largo trayecto, los resultados de investigaciones tanto de otros países como del nuestro abren la posibilidad de ofrecer un manejo adecuado para la solución de problemas, pero, finalmente, otro de los objetivos es el de educar a la población para eliminar los factores familiares y sociales que obstaculizan un adecuado desarrollo de la sexualidad, evitando así este tipo de problemas que ponen en riesgo no sólo la salud mental del sujeto que la padece sino que también impacta la vida de pareja, afecta el funcionamiento familiar y por consecuencia el social, pudiendo considerarse, por la alta prevalencia, como un probable problema de salud mental pública.

2. FACTORES INTERVINIENTES



2.1 Factores de la personalidad

Papel de género

Para definir y entender el papel de género, es necesario remitirnos al concepto mismo de género y a algunos trabajos realizados alrededor de éste, ya que, en las últimas décadas, ha sido objeto de estudio de las ciencias sociales con importantes contribuciones. Su relevancia se debe en gran medida a los vertiginosos cambios habidos por los cuestionamientos hechos al papel que juegan los roles del hombre y de la mujer y, por tanto, del tipo de modelo familiar que hasta hace poco era el único admitido como la mejor forma de relación aceptada socialmente. Basado en la construcción dicotómica de lo masculino-femenino, el género marca estereotipos muchas veces rígidos, condiciona roles y limita las potencialidades humanas tal y como lo muestra un estudio de Díaz, Rivera y Sánchez (1994), donde encontraron que existe mayor insatisfacción marital por la distancia entre lo que se espera y lo que realmente se tiene del otro, esto es, por el efecto de la polarización de los roles.

Un segmento importante de los trabajos realizados en la primera mitad del siglo XX conciben las diferencias de género como producto de variables biogenéticas, donde prevalece la hipótesis de que hay una relación determinante entre las características biológicas y los papeles sexuales de los hombres y de las mujeres. Los cuestionamientos a esta posición, basados en información donde se muestra que las características biológicas no son las únicas que determinan los papeles sexuales, llevó a hacer una construcción distinta de la formación de género, la cual concluye que éste se debe, más que a una base natural e invariable, a una construcción social que incluye aspectos culturales y psicológicos, por lo que se adquieren y desarrollan

pautas de comportamiento y características que hacen posible la feminidad y la masculinidad, de lo cual derivan los papeles de género.

Money (1955), pionero en el estudio de género, a través de sus investigaciones sobre hermafroditismo, demostró que la construcción de la feminidad y la masculinidad depende de factores psicosociales; asimismo, encontró que no es la biología la que determina el sentimiento de saberse niña o niño, sino la variedad de respuestas siempre dimórficas que cada cultura da a la diferencia sexual. Toda sociedad, en su momento histórico, prescribe, proscribire y normaliza conductas de feminidad y masculinidad, diferenciadas para cada uno de los géneros.

A raíz de los hallazgos de Money, empezaron a realizarse múltiples estudios sobre la construcción de lo femenino y lo masculino. Al respecto Scott (en Stoller, 1968), entiende por género la construcción sociocultural e histórica que cada sociedad realiza sobre uno u otro sexo, refiriendo que es una categoría social impuesta a un cuerpo sexuado: creencias, sentimientos y conductas que toda sociedad ha dado frente a la diferencia sexual. Analiza el origen del uso de la palabra género, refiriendo que surge como sustitución de “mujeres”, aunque posteriormente se incluyó el estudio de los hombres, pues la información sobre las mujeres es necesariamente información sobre los hombres y que un estudio implica el otro, rechazando el uso de género que, como utilidad interpretativa, da la idea de esferas separadas, defendiendo que el estudio de las mujeres por separado perpetúa la ficción de que una esfera, la experiencia de un sexo, tiene poco o nada que ver con la otra; la definición de género de este autor reposa sobre una conexión integral entre dos proposiciones: *a)* el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos y, *b)* el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. Los cambios en la organización de las relaciones sociales corresponden siempre a cambios en las representaciones del poder, pero la dirección del cambio no es necesariamente en un solo sentido, ésta tiene dos partes y varias subpartes interrelacionadas pero analíticamente distintas:

1. Los símbolos culturalmente disponibles evocan representaciones simbólicas y a menudo contradictorias.
2. Los conceptos normativos ponen en evidencia las interpretaciones de los símbolos que se esfuerzan por limitar y contener sus posibilidades metafóricas. Esos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categóricamente y unívocamente el significado de varón y mujer, masculinas y femeninas.
3. La construcción es a través del parentesco, la economía y la organización política. El análisis debe incluir nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales, con la intención de que la nueva investigación histórica rompa la noción de fijeza, y descubra la naturaleza del debate o represión que conduce a la aparición de una permanencia intemporal en la representación binaria del género, pues este se construye a través del parentesco, pero no en forma exclusiva, y también se construye mediante la economía y la política.
4. La identidad subjetiva investiga las formas en que se construyen las identidades genéricas.

Género parece haberse convertido en una palabra particularmente útil a medida que los estudios sobre sexo y sexualidad han proliferado, porque ofrece un modo de diferenciar la práctica sexual de los roles sociales asignados a mujeres y hombres. El uso de género pone de relieve un sistema completo de estudio de aquellas áreas, tanto estructurales como ideológicas, que comprenden relaciones entre los sexos.

Otra aportación importante para entender las diferencias de género fue la de Margaret Mead (1981), quien, desde una óptica antropológica, hace un análisis para comprobar que muchas diferencias consideradas como fundamentales entre los sexos no son generadas por los sujetos que las reproducen, sino por condicionamientos culturales que moldean la conducta en función del sexo biológico.

En relación con las representaciones sociales, una aportación importante es el análisis de cómo la educación es un factor determinante en la construcción del género y que, tradicionalmente, forma varones agresivos y mujeres pasivas, que en su grado extremo serían el machismo y la sumisión, lo que está íntimamente ligado al sexo propio y al enfrentamiento con el otro sexo. Desde la antropología, la definición de género o de perspectiva de género alude al orden simbólico con que una cultura dada elabora la diferencia sexual. El género, como simbolización de la diferencia sexual, se construye culturalmente diferenciado en un conjunto de prácticas, ideas, y discursos (entre los que se encuentran los de la religión) los procesos de significación tejidos en el entramado de la simbolización cultural, lo que produce efectos en el imaginario de las personas. La humanización del primate en *homo sapiens* es resultado de su progresiva emergencia del orden biológico hacia el orden simbólico. Su socialización y su individuación están ligadas a la constitución de la simbolización (Lamas, 1993). La lógica oculta que la antropología que investiga el género intenta reconstruir, desentrañando la red de interrelaciones e interacciones sociales que se construyen a partir de la división simbólica de los sexos es la *lógica del género*. Dicha lógica parte de una oposición binaria: lo propio del hombre y lo propio de la mujer. Esta distinción, recreada en el orden representacional contribuye ideológicamente a la esencialización de la feminidad y la masculinidad.

Díaz Guerrero (1977), pionero en el estudio de género en México, propone que el desarrollo de la personalidad de cada sujeto se produce a través de una constante dialéctica entre las necesidades biopsíquicas del organismo y las normas y premisas socioculturales preescritas por su grupo de referencia. Es así como las diferencias entre el proceso de socialización y aculturación en el hombre y en la mujer, aunadas a las diferencias biológicas, definen las características de personalidad de cada sujeto de acuerdo a su sexo.

Otra definición que contribuye al entendimiento de la génesis del género y sus procesos, es la de Benería (1984), quien la refiere como “la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a los hombres de las mujeres, como producto de un proceso histórico de construcción social”. Esta definición es el resultado de múltiples aportaciones, de

las cuales una de las más importantes es aquella que puso en tela de juicio las estructuras familiares y el papel del hombre y de la mujer en la vida social, lo que dio como resultado entender al sexo como un sistema socialmente determinado. Además, se enfoca en que la diferencia biológica no representa el origen de las funciones específicas para cada sexo, ya que son las regulaciones sociales las que establecen la diferencia entre los sexos y, por ende, orientan las desigualdades en la conducta de los sujetos.

Todos los estudios que se han realizado han provocado cambios en la perspectiva tradicional, con la cual se pensaba que las diferencias entre hombres y mujeres eran determinadas genéticamente bajo una visión asimétrica, unidimensional y bipolar, es decir, a mayor masculinidad menor feminidad y viceversa, y se llega a la perspectiva moderna, donde se muestra que las características biológicas de hombres y mujeres son sólo un factor en cuanto a los papeles sexuales, pues hay otros factores determinantes, como el proceso de socialización donde se incorporan características aceptadas por uno u otro sexo, y que se modifican de acuerdo con los cambios o necesidades de la sociedad. De ahí que las nuevas teorías sean las que demuestran que en las diferencias entre los sexos interviene, además de las diferencias biológicas, todo un proceso de socialización y aculturación.

En suma, el género facilita un modo de decodificar el significado y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana, pasa a ser una forma de denotar las construcciones culturales, la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres. Es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres.

Componentes del género

Desde luego los componentes del género requieren de definiciones y estudios multidisciplinarios. Los cuestionamientos a esta posición, basados en información donde se muestra que las características biológicas no son las únicas que determinan los papeles sexuales, llevó a hacer una construcción distinta de la formación de género, donde se concluye que éste se debe, más que a una base natural e invariable,

a una construcción social que incluye aspectos culturales y psicológicos, por lo que se adquieren y desarrollan pautas de comportamiento y características que hacen posible la feminidad y la masculinidad, de lo que derivan los roles o papeles de género.

En 1968 Robert Stoller desarrolla el término papel de género para describir el conjunto de conductas atribuidas a los hombres y a las mujeres; describe de manera clara la diferencia entre sexo y género, refiriendo que el sexo es determinado por la anatomía, la diferencia inscrita en el cuerpo, mientras que el género se relaciona con los significados que cada sociedad le atribuye a cada sexo; acuñó los conceptos de **identidad de género**, el cual implica un comportamiento psicológicamente motivado, y **rol de género**, como las construcciones culturales, en oposición a la interpretación tradicional, donde se manejan las diferencias entre los roles masculino y femenino como “naturales” y no como producto de procesos socioculturales involucrados en la construcción del rol sexual.

En este sentido, los estudios realizados han ampliado el conocimiento de todas estas significaciones atribuidas al hecho de ser varón o mujer en cada cultura, los modos de sentir, pensar y comportarse de cada uno y de cómo esto generó la construcción de la subjetividad. Mediante el concepto de género se pretende evidenciar y clasificar científicamente los procesos socioculturales involucrados en la construcción del rol sexual, por lo que se puede concluir que éste se presenta como un sistema que orienta las distintas representaciones del sexo en función de exigencias culturales. Una de las grandes aportaciones y cimiento de trabajos posteriores, fue el libro, considerado como clásico, de Money y Ehrhardt (1972), donde explican dos conceptos importantes, la identidad de género y el rol de género como construcciones culturales, oponiéndose a la interpretación tradicional donde eran considerados como determinantes naturales de lo femenino y lo masculino.

En el momento del nacimiento se asigna el género a partir de la diferencia biológica, y posteriormente, mediante la educación y socialización enseñar las conductas consideradas propias de cada sexo dependiendo de cada cultura. De la transmisión de estas conductas se encarga la familia, la escuela, la religión y los medios de

comunicación (Bustos, 1994). Esta formación del género, a partir de una ideología determinada, se construye como la identidad de género que es la convicción íntima y profunda que tiene cada persona de pertenecer a uno u otro sexo, más allá de sus características cromosómicas y somáticas y que se establece de manera permanente e inmutable (Flores, 2001).

Una contribución importante fue la del movimiento feminista, que dio pauta para que se estudiara el rol femenino y masculino desde diversos ángulos; pues un área de enorme controversia y fuente de discusión, es el cuestionamiento de la “asignación natural” de los roles y de que esto implicaba una posición de inferioridad de la mujer con respecto al hombre.

Sullerot (1979), por ejemplo, lo analiza desde el punto de vista biológico, psicológico y social, y concluye que las diferencias sexuales no implican superioridad de un sexo sobre el otro y que éstas construcciones sociales son producto de un largo proceso histórico donde las diferencias establecidas entre los géneros han implicado una jerarquización y una desigualdad entre ambos. El hecho de poder desligar las diferencias de la desigualdad ha dado una nueva perspectiva llamada el “feminismo de la diferencia”, que incluye, en el análisis, el estudio del hombre y su subjetividad, lo que ofrece una visión completa (Burin y Meler, 2000).

Con todo, el movimiento feminista, inserto en un cambio paulatino del origen de los papeles de género y de la construcción social de ellos, ofrece una contribución importante en cuanto la imagen de la realidad que viven las mujeres. Al respecto, Riger (2002) considera que darle voz a las perspectivas de las mujeres significa comprender e identificar las formas en que ellas crean significados y experimentan la vida desde su posición en la jerarquía social.

En un inicio, todos estos estudios se enfocaron únicamente al problema de la mujer con importantes aportaciones; sin embargo, hoy se hacen, en relación a los papeles de género, estudios donde se analiza el rol femenino, el masculino y la interacción entre estos, pues como lo señala Barragán (1996), la construcción social de la mujer va de la mano de la construcción social del hombre, el cual, a pesar de ser el que domina y ostenta el poder en muchas de las sociedades, padece el sufrimiento y

malestar surgido de los estereotipos de género, estereotipos que no sólo contraponen lo masculino a lo femenino sino que impiden el desarrollo de la diversidad en el propio concepto de masculinidad y feminidad.

Otro aspecto importante es la clasificación de los papeles de género en función de la reproducción, la asignación de lo femenino y lo masculino en torno a la contribución que deben tener los hombres y las mujeres en la función reproductora, asignando a la mujer todas las funciones de la crianza por el hecho de su papel reproductivo, como lo señala Cole (1996), que en nuestras culturas el género se establece como un esquema clasificador en función de la reproducción, y describe las características psicológicas, sociales y comportamentales consideradas como masculinas y femeninas y clasificados en uno u otro género, los cuales, a su vez, son excluyentes.

En estudios más recientes sobre la manera en cómo afecta el rol de género el funcionamiento familiar, Herrera (2000) concluye que la problemática para la asignación de un rol de género a hombres y a mujeres va más allá de una significación social vista de forma abstracta, ya que ésta interfiere de modo palpable y ostensible en la vida cotidiana, en las pautas de interrelación familiar y en la dinámica interna de la familia, afectando en muchas ocasiones su funcionamiento y, por tanto, la salud familiar. Esta construcción marca claramente dos áreas de poder, el espacio público para los hombres y el espacio privado para las mujeres, más aún, las aportaciones han marcado que el espacio privado es en realidad el espacio doméstico (Agacinski, 1998). Las distintas aportaciones teóricas revisadas son importantes por la trascendencia en cuanto al establecimiento del papel de género y el manejo de la sexualidad, donde una de las grandes aportaciones ha sido lograr separar, en el imaginario social, la maternidad de la sexualidad.

Katchadurian (1990), proporciona una clara concepción de lo que significa el género y define, primero, el término sexo que se refiere a lo estrictamente biológico: hembra y macho, el comportamiento sexual se refiere a la manera en que las personas practican el sexo, o sea, su genitalidad; y en cuanto la experiencia sexual se refiere al mundo de la subjetividad humana, que involucra los sentimientos y

pensamientos privados al respecto de la sexualidad. La identidad genérica se refiere a los componentes psicosociales de la sexualidad que reúnen la convicción de ser mujer u hombre y las preferencias para formar pareja; cuando se hace referencia a los fenómenos de carácter psicológico, el género se convierte en masculinidad y feminidad, estereotipos que se adquieren a lo largo del proceso de socialización y que se pueden presentar de manera combinada en una sola persona, con dos polos opuestos, que también se pueden presentar de manera combinada en una persona, y que son las características de machismo y las características de sumisión.

Highwater (1991) analiza la manera en que queda enmarcado el desarrollo de la conducta sexual dentro de estos papeles de género, marcando lo que debe o no debe ser, respecto a lo femenino o lo masculino, o de cómo lo construido socialmente, en cuanto a comportamiento sexual, es muchas veces atribuido a la “naturaleza”, a lo determinado biológicamente, cuando en realidad cada cultura designa ciertas prácticas como apropiadas o inapropiadas, morales o inmorales, sanas o enfermas, construyendo estas conductas, sobretodo en lo que se refiere al comportamiento sexual adulto y a los papeles que deben darse en la interacción del hombre y la mujer. El género, como categoría de análisis, es siempre relacional, lo que permite analizar las relaciones entre los géneros, así como la circulación de poder entre mujeres y varones, poniendo de relieve las variaciones históricas y culturales, sobre las categorías de lo femenino y lo masculino, haciendo visible que aquello significado como natural de cada género, es en realidad producto de la cultura.

Dío Bleichmar (1997), considera que el género forma parte de la estructura intrapsíquica del sujeto y no es un elemento ajeno y externo, y para la comprensión de la subjetividad hay que incluir al género. Señala que lo que convierte a la sexualidad en humana es el par femenino-masculino, que atribuyen sujeto e identidad al cuerpo, configurando las modalidades diferenciales de la sexualidad. La feminidad-masculinidad no es sólo un rol, o una conducta prescrita, sino un principio organizador de la subjetividad entera. La fuente de deseo no es un cuerpo anatómico sino un cuerpo construido en el conjunto de los discursos y prácticas intersubjetivas.

En conclusión:

El concepto de **sexo** remite a una realidad biológica, se nace mujer u hombre.

Género se describe como un componente psicológico, integrado por rasgos cognoscitivos, motivacionales y comportamentales que configuran una idea sobre masculinidad-feminidad; es la construcción sociocultural e histórica que cada sociedad realiza sobre uno u otro sexo; como categoría de análisis, es siempre relacional, lo que permite analizar las relaciones entre los géneros, así como la circulación de poder entre mujeres y varones, ya que pone de relieve las variaciones históricas y culturales, las categorías de lo femenino y lo masculino, haciendo visible que aquello que es significado como natural de cada género, es en realidad producto de la cultura.

Perspectiva de género alude al orden simbólico con que una cultura dada elabora la diferencia sexual.

La lógica del género investiga e intenta reconstruir, desentrañando la red de interrelaciones e interacciones sociales que se construyen a partir de la división simbólica de los sexos, el orden representacional que contribuye ideológicamente a la esencialización de la feminidad y la masculinidad, cuya lógica parte de una oposición binaria: lo propio del hombre y lo propio de la mujer.

La **identidad de género** es la capacidad de reconocerse como entidad separada e individual; percatarse de una identidad del self definida por el género, es la conciencia más temprana de un sentimiento de ser, de entidad, que incluye un revestimiento libidinal del propio cuerpo, persistencia de una individualidad y mismidad inalterable de una persona, a través del tiempo y en diferentes circunstancias; es el sentimiento de saberse perteneciente al conjunto “hombre” o “mujer”, que se establece precozmente antes del conocimiento que cada niño o niña tiene de la diferencia sexual anatómica y el papel de los genitales en la reproducción e implica un comportamiento psicológicamente motivado. La identidad de género se construye mediante los procesos simbólicos que en una cultura dan forma al género. Esta identidad es históricamente construida de acuerdo con lo que la cultura

considera como masculino o femenino, por lo que identidad de género es la convicción íntima y profunda que tiene cada persona de pertenecer a uno u otro sexo, más allá de sus características cromosómicas y somáticas y se refiere a los componentes psicosociales de la sexualidad que reúnen la convicción de ser hembra o macho con el comportamiento consecuente.

El **rol de género** es la expresión de masculinidad o feminidad de un individuo, acorde con las reglas establecidas por la sociedad, o sea, es el conjunto de conductas atribuidas a mujeres y varones. Los roles de género le confieren a hombres y mujeres un lugar y una función en la sociedad, ese lugar social determina a su vez un posicionamiento psíquico, que condiciona la estructura psíquica de los o las sujetos. La rigidización de los estereotipos sexuales tiene consecuencias en la salud mental de hombres y mujeres.

La **orientación sexual** se refiere a las preferencias sexuales en la elección del vínculo sexo-erótico.

Masculino-femenino es lo que convierte a la sexualidad en humana, es el par femenino-masculino lo que atribuyen sujeto e identidad al cuerpo, configurando las modalidades diferenciales de la sexualidad; la feminidad-masculinidad no es sólo un rol, o una conducta prescrita, sino un principio organizador de la subjetividad entera. La fuente de deseo no es un cuerpo anatómico sino un cuerpo construido en el conjunto de los discursos y prácticas intersubjetivas.

Las **representaciones sociales** son construcciones simbólicas que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas. El ámbito social es, más que un territorio, un espacio simbólico definido por la imaginación y determinante en la construcción de la autoimagen de cada persona: nuestra conciencia está habitada por el discurso social.

La **diferencia sexual** tiene cierta persistencia fundante, y trata de la fuente de nuestra imagen del mundo, en contraposición con otro. El cuerpo es la primera evidencia incontrovertible de la diferencia humana.

Autoestima

Así como el estudio del papel de género en la sexualidad, el de la autoestima ha cobrado fuerza dentro del campo de la psicología en la última década, generando diversas formas de abordaje, entre ellas algunas que, al no ser producto de investigaciones, se trabajan de manera indiscriminada. Independientemente del abordaje de que se trate, el trabajo con la autoestima debe depender de los resultados que arrojen estudios científicos serios, pues es un factor que determina en gran medida la conducta de las personas y que, como lo describe Cardenal (1999), se asocia a muchos hechos comportamentales, por lo que es un factor de peso e indicador de procesos y estados en las personas.

La vulnerabilidad de la autoestima es uno de los fenómenos que más influyen en la conducta; el nivel de autoestima es el que establece el valor propio, y está depositado en elementos o juicios del exterior, por lo que la persona, cuando este valor está disminuido, se derrumba continuamente en el enfrentamiento con la realidad, con la vida diaria, como una lente a través de la cual matiza e interpreta los sucesos externos y esto marca sus respuestas que van siempre en sentido devaluatorio. En la infancia, la construcción de la autoestima depende básicamente de la valoración de los progenitores, pero en la vida adulta ya no depende tanto de cómo nos ven los demás sino de cómo cada quien se percibe a sí mismo; del juicio del sujeto acerca de la eficacia de sus acciones, logros personales, de la asociación entre su conducta y el cumplimiento de sus metas. Aguilar y Berganza (1996) definen este concepto como “El sentido de autoevaluación multidimensional que una persona experimenta en las diferentes áreas de su vida”. Hunt (1993) refiere que es “El nivel global de consideraciones que uno tiene de sí mismo como persona”.

Un aspecto importante es la asociación entre el nivel de autoestima y los aspectos motivacionales que impulsan la acción, lo que a su vez determina el comportamiento de la persona. El mismo Hunt plantea cuatro postulados básicos: el primero es el grado en que uno mismo se evalúa como valioso y digno y, partiendo de esta función básica, la conducta se manifiesta con los otros tres postulados que son *a)* la asimilación adecuada de los datos provenientes de la

realidad y de la experiencia, *b*) poder mantener un balance favorable entre el placer y el dolor y, *c*) tener relaciones satisfactorias con los demás.

Coopersmith (1967) ha trabajado con este constructo creando incluso el inventario de autoestima; este autor la define como “el juicio personal de valía que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo.” Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por informes verbales o conducta manifiesta. Ampliando el término, plantea que las personas con autoestima alta se acercan a las tareas y a las personas con la expectativa de que tendrán éxito y serán bien recibidas, confían en sus percepciones y juicios, creen que sus esfuerzos los llevarán a soluciones favorables, aceptan sus propias opiniones, creen y confían en sus reacciones y conclusiones, llevan al individuo a mayor independencia social, a mayor creatividad y a acciones sociales más asertivas y vigorosas, presentan sus ideas de manera directa y total. Por el contrario, las personas con baja autoestima desconfían de sí mismas y se cuidan de no expresar sus ideas, no llevan a cabo acciones que llamen la atención de los demás, dando como resultado una mórbida preocupación acerca de sus problemas, y por tanto, la inhibición del intercambio social, disminuyendo las posibilidades de establecer relaciones amistosas y de apoyo.

Coopersmith refiere que la autoestima es la abstracción que el individuo hace y desarrolla acerca de sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue; esta abstracción consiste en la idea que la persona posee sobre sí misma. Dicho concepto se forma a través de la experiencia, de las observaciones con respecto a su propia conducta y la forma en que otros individuos responden a sus actitudes, apariencia y ejecución.

También Herrero, Musitu y Gracia (1995) señalan que la autoestima es un aspecto de la personalidad del individuo que expresa un recurso de afrontamiento o un predictor del estilo o conducta de afrontamiento que va a permitir una adaptación satisfactoria a lo largo del ciclo vital. Si la autoestima se relaciona de manera directa con la salud mental, una disminución de ésta inevitablemente ocasionará desórdenes de malestar psicológico que pueden manifestarse de diversas maneras. Una autoestima negativa en sí misma es ya un indicador de riesgo para la salud mental.

En investigaciones realizadas sobre la asociación de los niveles de autoestima con otras variables, la que interesa en este trabajo es aquella que se ha encontrado respecto al papel de género y la imagen corporal, la cual está muy relacionada con la autoestima. Se ha encontrado que las mujeres tienden a autovalorarse negativamente en relación a los ideales físicos, estando muy lejos de llegar a ser el prototipo que formula la sociedad (Stowers y Durm, 1996). Esto se confirma con otros estudios donde las mujeres presentan una menor autoestima en relación con su imagen corporal en comparación con los hombres. Con respecto a la masculinidad y feminidad, autores como Bem (1977) y Ellis (1984) han encontrado que los sujetos identificados con el modelo de androginia y masculinidad presentan mayor autoestima, considerando la masculinidad con sus rasgos y características como un modelo predictor de una mejor autoestima.

Kling y Shibley (1999) apoyan la postura de que existen diferencias en los niveles de autoestima y expectativas sociales de acuerdo con el género. También Rubio y Díaz (1994) hacen referencia al respecto, estos autores mencionan que los problemas del funcionamiento erótico de las personas que impiden el desarrollo de una vida erótica plena deterioran su autoestima. En este sentido en relación con el funcionamiento sexual, lo que se pretende es ver la asociación entre la autoestima y algún tipo de disfunción sexual, tanto en hombres como en mujeres, además de analizar en cuáles se presenta una dependencia hacia el juicio de valor en relación a sí mismo, también ligada a la dimensión de género, porque en la observación de pacientes con disfunción sexual se manifiestan sentimientos de devaluación, inutilidad, que en general hacen suponer la existencia de una baja autoestima, sobre todo en el tipo de disfunción sexual en que es evidente el fracaso, pues impiden la resolución satisfactoria de la respuesta sexual, por lo que la frustración es evidente; tales disfunciones son aquellas en las que está implicada la satisfacción o la llegada del orgasmo.

De ahí la importancia de que esta observación pueda verificarse con los resultados de la investigación, para así incluir en el abordaje terapéutico, el trabajo focalizado con la autoestima y no hacer generalizaciones que ayuden poco en la solución del problema.

Locus de control

El trabajo con locus de control es importante para ver, en asociación con otros factores, cómo impacta, tanto si es interno como externo, en las diferentes manifestaciones de conducta y a la obtención de logros y de satisfactores en la vida en diversas áreas. Uno de los primeros en trabajar con locus de control fue Rotter (1966), quien propone este concepto, proveniente del latín *locus* = lugar, para referir el lugar psicológico en el cual una persona coloca responsabilidades de los resultados obtenidos de varias situaciones de la vida, por lo que el locus de control es el grado en el que las personas creen que tienen el control (locus interno) o que los otros son los que tienen el control (locus externo) sobre los sucesos de su vida.

Las personas con un locus de control interno perciben que pueden personalmente tener el control sobre los resultados de la situación; en cambio, aquellas con un locus de control externo atribuyen los resultados no a las acciones personales, sino a las de otra gente o a la “suerte”. El hecho de que las personas depositen en el exterior la responsabilidad de lo que les pasa y de la obtención de satisfactores, tiene gran relación con la vida sexual, pues en el manejo de sujetos con algún tipo de disfunción sexual es observable el discurso de depositar la responsabilidad de la satisfacción propia, o sea de la obtención de placer, en la pareja, donde la percepción es que “el otro(a) es el responsable de mi satisfacción y no yo mismo(a)”.

Rotter refiere asimismo que el locus de control interno se establece porque la percepción de la conducta y el desarrollo de las habilidades se atribuyen a uno mismo y el medio se percibe con respuestas de acuerdo con esta percepción; es decir, se puede resumir que es la creencia de las personas acerca del control sobre su propio destino lo que impacta en el manejo adecuado del estrés, en sus respuestas ante el cambio y en la obtención de satisfactores en la vida.

En estudios realizados básicamente por Rotter (1966) sobre qué tipo de locus de control es prioritario en hombres y mujeres, se refiere que la mujer halla una mayor gratificación en los sucesos interpersonales y sociales y en la estima de otros; en cambio en el hombre la satisfacción mayor se encuentra en los logros obtenidos

(Bardwick, 1971) (Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz, y Vogel, 1970) (Carlson, 1971). Lo que demuestran estos estudios es que la mujer depende más de factores externos para sentirse bien, de las demostraciones afectivas de los demás, o sea, de la influencia del medio, por lo que el locus de control es externo; en cambio, en el hombre hay un locus interno pues es mayor la perspectiva de que es su propia conducta la que determina los resultados de los eventos.

Algunas conclusiones sugieren que el establecimiento del tipo de locus de control está íntimamente relacionado con el papel sexual introyectado, producto de las normas sociales. Con respecto a la asociación entre el papel sexual y el tipo de locus de control, los primeros estudios compararon a hombres y mujeres con locus interno y externo; los resultados mostraron que los hombres con locus de control interno tenían un papel sexual más tradicional en cuanto a la introyección de este tipo de normas sociales, rechazando severamente las normas liberales para la mujer (Devine y Stillion, 1978).

De los estudios que analizan el locus de control en relación con la conducta sexual, es importante primero entender la influencia de esta percepción de control ligada a los logros de la persona en todas las áreas de la vida, para después entender que una importante fuente de satisfacción es el área sexual, por lo que el tipo de locus de control puede dificultar el desarrollo de la vida sexual o el desarrollo de las disfunciones sexuales.

En el estudio de Catania, McDermott y Wood (1984) se describen algunas características de la percepción del locus de control interno en relación con la vida sexual: *a)* la causa (deseo sexual) y el efecto (planificación para la gratificación); *b)* la capacidad del individuo para producir un plan para obtener gratificación sexual y, *c)* este plan se percibe como un éxito para generar gratificaciones. Los autores hipotetizan que esta búsqueda tiene mayores gratificaciones (como el orgasmo) con pocos resultados aversivos, como ansiedad sexual. Sin embargo, existen otros estudios en los que se encuentran resultados contradictorios donde no hay diferencias significativas entre sujetos con locus externo y aquellos con locus interno, medido con la escala de Rotter, en relación con satisfactores en su vida

sexual; sin embargo, han encontrado inconsistencias metodológicas (La Plante, McCormick, y Brannigan, 1980). Los mismos, Catania y colaboradores (1984), investigaron el locus de control interno y el ejercicio de la sexualidad en pareja contra el ejercicio de la sexualidad solitaria, encontrando asociación entre el locus de control interno y la práctica de la sexualidad en pareja, así como una capacidad orgásmica mayor, y en general, una mayor satisfacción sexual, con una disminución de la ansiedad, concluyendo de manera importante que la práctica masturbatoria ayuda al desarrollo adecuado de una vida sexual satisfactoria.

A partir de esta revisión es posible afirmar que el género, el locus de control y la autoestima están muy ligados al manejo de la sexualidad, por lo que es importante su estudio para determinar cómo se presentan, tanto en hombres como en mujeres, y cuál es su influencia en la problemática sexual. La combinación de estos factores en sus distintas dimensiones y su asociación con cada una de las diferentes disfunciones sexuales, dará la posibilidad de proponer la construcción de perfiles explicativos.

Locus de control y rol de género

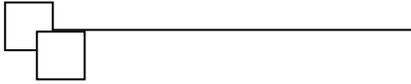
Sobre las diferencias sexuales y su relación con uno u otro tipo de locus de control, Devine y Stillion (1978) señalan que el rol de género es establecido por la sociedad y tiende a inflexibilizarse dentro de ciertos estereotipos, a volverse rígido.

Estos estándares sirven como fuente de identidad y autoestima para los individuos, encontrando que las mujeres tienen reforzadores en el éxito en las relaciones interpersonales y sociales, desde la perspectiva de que sus acciones son determinadas por la poderosa influencia de otros. En cambio los hombres, lo encuentran en los logros instrumentales, con la perspectiva de que su propia conducta o características determinan los resultados de los eventos, lo que lleva en las mujeres a tener prioritariamente un locus externo, y en los hombres hay un locus más interno, lo cual cambia en la medida en la que los estereotipos se flexibilicen.

Sin embargo, en este estudio los resultados arrojaron que en términos generales los hombres son menos abiertos al cambio en cuanto al rol sexual femenino, pues estos

cambios pueden llegar a ser amenazantes, sobretodo en aquellos hombres que tienen internalizadas las normas tradicionales masculinas, que son los que rechazan abiertamente la normas más liberales en la mujer.

3. MODELOS TEÓRICOS DE SEXUALIDAD HUMANA



En la medida en que se cuente con un conocimiento profundo de los modelos teóricos alcanzados de diversos fenómenos de estudio, se tendrá la posibilidad de generar nuevas líneas de investigación. En nuestro caso —el mundo complejo de la sexualidad— se hace necesario el análisis de los modelos explicativos de la realidad, de un fenómeno humano tan amplio, lo que permite delimitar el objeto de estudio. El desarrollo de modelos teóricos permite analizar y sistematizar posibles asociaciones entre eventos que explican una faceta de la realidad, en este caso de la sexualidad humana, y que dan la posibilidad de entender aspectos de la misma que, de otro modo, resultarían incomprensibles. Por tanto, se revisarán algunos de los modelos más importantes para el entendimiento de este fenómeno.

A) El modelo psicoanalítico de la sexualidad humana

Resultado de un conocimiento profundo de los fenómenos psíquicos surge la teoría psicoanalítica fundada por Sigmund Freud como uno de los primeros modelos. Freud pone particular énfasis en el estudio de la sexualidad humana por considerar que, en la conformación de la vida psíquica de los individuos, el desarrollo de la sexualidad es un factor fundamental (véase la figura 3.1).

Asimismo, propone un modelo y sostiene una teoría que engloba dos tipos de pulsiones y vincula a la sexualidad con uno de ellos, la fuerza biológica, incluso cosmológica, a la que llamó pulsión sexual (Eros o pulsión de vida); a la segunda fuerza la llamó pulsión agresiva (Tanatos o pulsión de muerte).

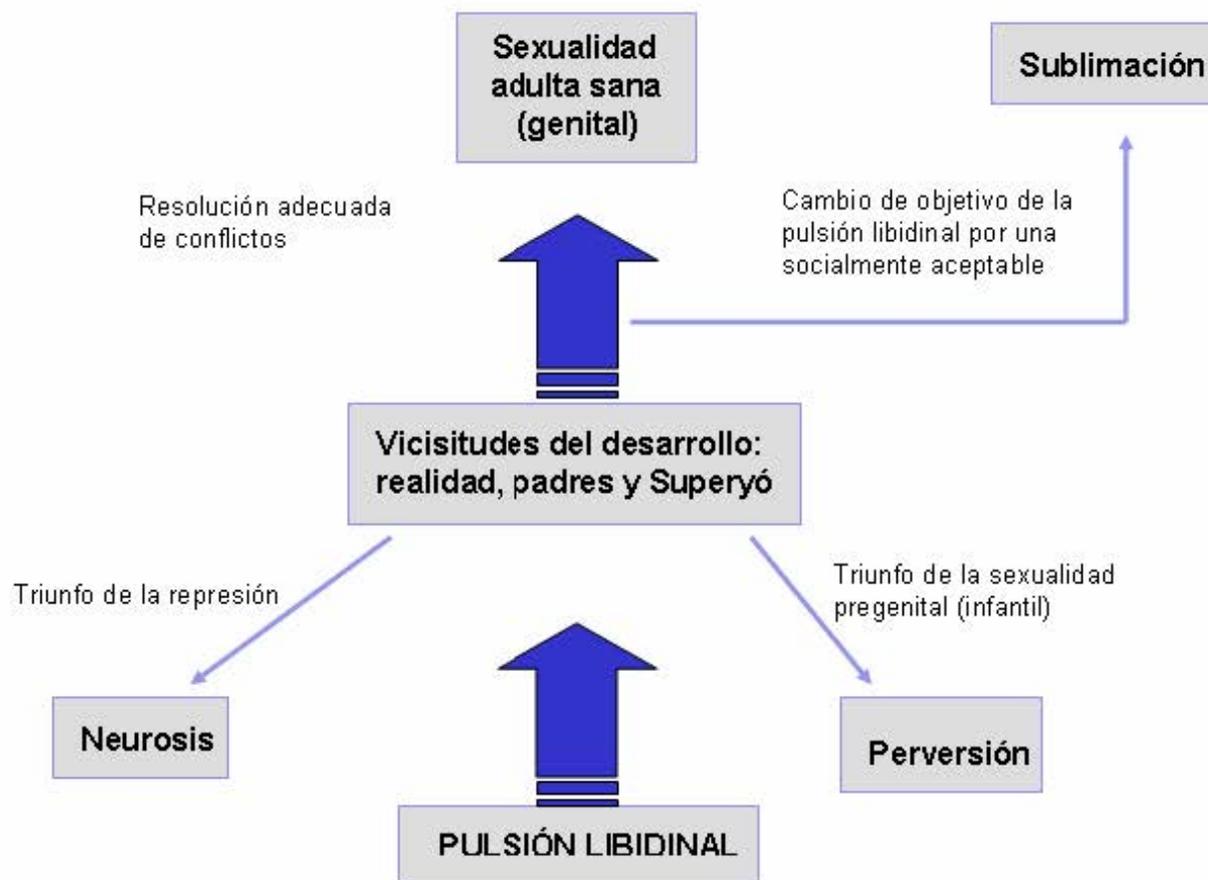


Figura 3.1 Representación del modelo psicoanalítico de Sigmund Freud de la sexualidad humana (Rubio, 1994)

La idea de pulsión está identificada con la de fuerza del impulso, que se presenta dinámicamente para lograr su objetivo. El conflicto surge entre la manifestación libidinal (placentera) y la imposibilidad dictada por la realidad (de vivencia placentera continua). En el humano este conflicto inicia con el surgimiento de sus impulsos placenteros y sexuales a los que se opone la sociedad por medio de sus representantes —padre y madre—, los cuales son sustituidos en la edad adulta por los principios, valores y normas que, introyectados en el individuo, conforman el Superyó.

La satisfacción conflictiva de la pulsión libidinal puede darse de tres formas: la primera es la perversión, donde el objeto de gratificación es alguno que tuvo importancia fundamental en la infancia, porque la gratificación adulta se encuentra dificultada por alguna vicisitud que hace que el individuo viva la realización de la sexualidad adulta como peligrosa o difícil, dando como resultado una perversión. La segunda es la neurosis, donde la gratificación de la pulsión es obstaculizada por la represión, con la participación de otros mecanismos de defensa, culpa y ansiedad. La tercera forma es la sublimación, donde el objeto placentero es sustituido de manera completa y que en nada parece tener que ver con la gratificación sexual, como son algunas formas de expresión artística y cultural.

La normalidad se adquiere cuando los conflictos del desarrollo se resuelven satisfactoriamente y es posible la búsqueda de gratificación libidinal sin complicaciones internas o sociales.

B) El modelo sociológico

Esta es la propuesta de un modelo explicativo de la sexualidad de acuerdo a los niveles sociales. Ira Reiss (1985), psicólogo estadounidense, plantea el concepto de guión cultural, el cual se refiere a un modelo de interacción conformado por roles sociales (véase la figura 3.2).

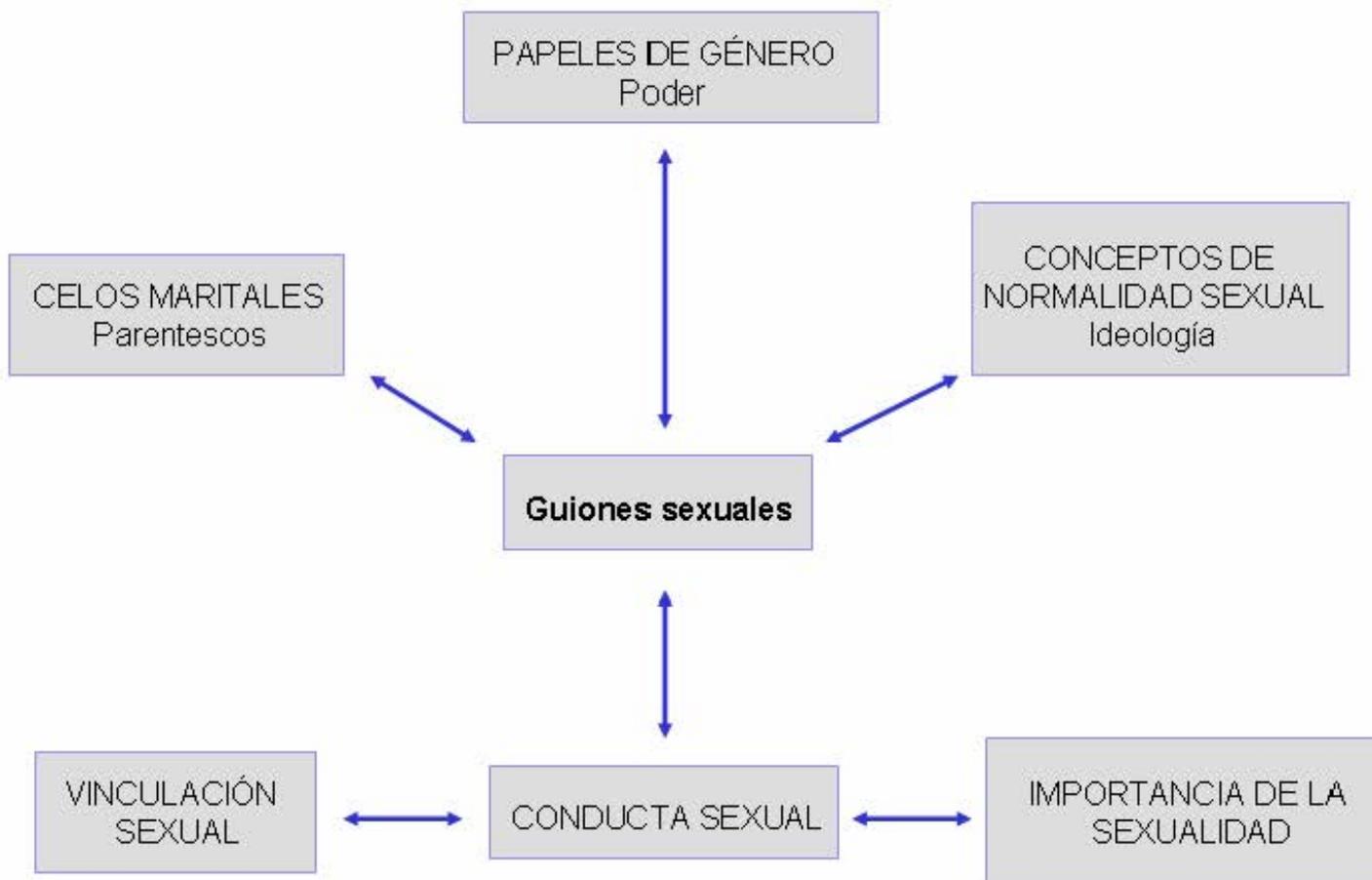


Figura 3.2 Representación de la teoría sociológica de la sexualidad (Reiss, 1985)

Dicho guión es un código compartido por los miembros de un grupo que entienden qué se debe hacer sexualmente o qué espera el grupo de la conducta sexual de sus miembros. Propone entender la sexualidad como el conjunto de guiones culturales compartidos acerca de la conducta erótica, que inducen a la excitación y a las respuestas genitales.

Refiere asimismo que la conducta erótica tiene dos consecuencias universales: la que está revestida de importancia cultural, y aquella en la que la conducta sexual lleva a la formación de vínculos entre los participantes que requieren enseñar sus partes íntimas, o sea la desnudez física y el desarrollo de la intimidad, para lo cual debe haber una calidad placentera en la experiencia.

Sobre la base de investigaciones empíricas de una gran variedad de culturas, Reiss refiere cómo la sexualidad se relaciona directamente con tres aspectos sociales:

- Los roles genéricos a través de su función como filtros de poder.
- La estructura de celos, que cada sociedad regula con precisión, con quién se debe tener acceso a la actividad erótica, estructurando los parentescos.
- Las concepciones sociales de normalidad sexual, que se traducen en ideologías reguladoras de la conducta sexual y de las vinculaciones sexuales.

C) El modelo de la secuencia de la conducta sexual

Este modelo fue propuesto por Donn Byrne (1986) y está compuesto por tres niveles de observación (véase la figura 3.3):

- Los estímulos externos.
- Los procesos internos.
- Conducta manifiesta.

ESTÍMULOS EXTERNOS

Estímulos con propiedades
eróticas no con base en
el aprendizaje



Estímulos con propiedades
eróticas con base en
el aprendizaje

PROCESOS INTERNOS

Procesos
efectivos

Procesos
actitudinales

Procesos
informativos

Procesos de
expectativas

Procesos de la
imaginación

Procesos
fisiológicos

CONDUCTA MANIFIESTA

Actos
instrumentales

Respuestas
meta

Resultados

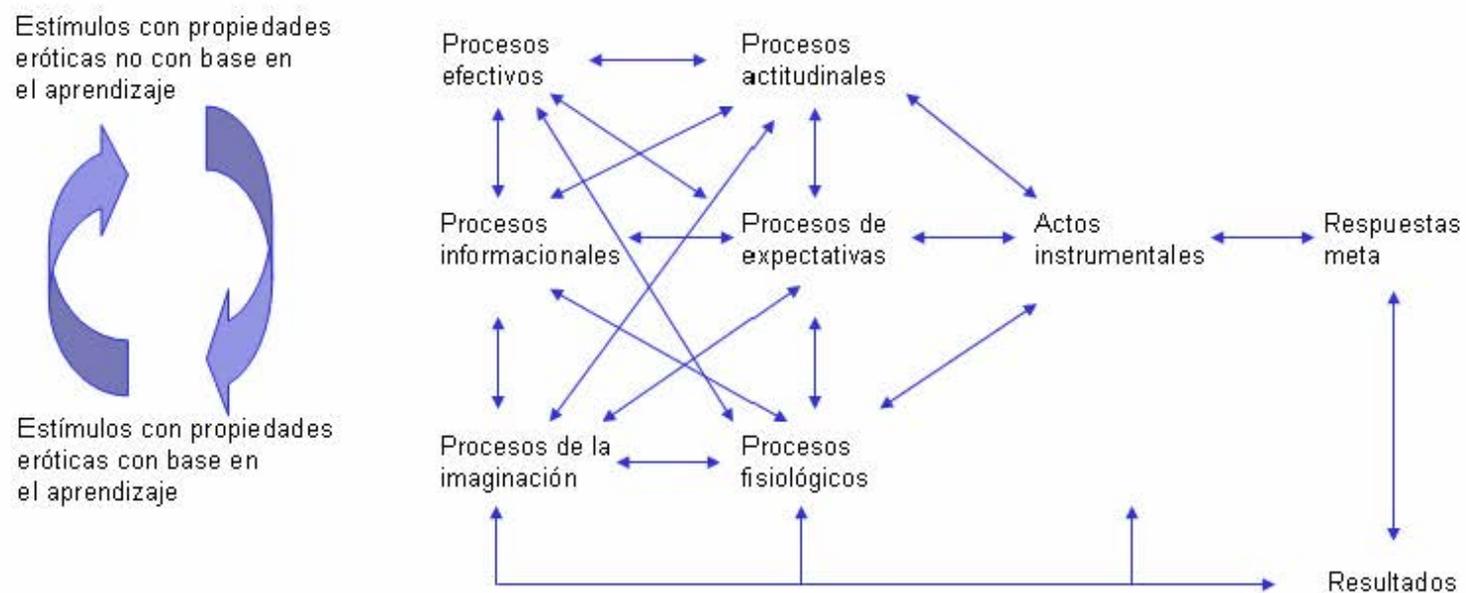


Figura 3.3 Modelo de secuencia de la Conducta Sexual (Byrne, 1986)

Los estímulos externos pueden ser de naturaleza no aprendida o aprendida de calidad erótica. Los procesos internos son de varios tipos: afectivos, actitudinales, informacionales, de expectativas, imaginarios y fisiológicos. La conducta manifiesta tiene como variables observables los actos instrumentales, que hacen factible la actividad sexual; las respuestas meta, que es la interacción sexual conducente a excitación u orgasmo, y los resultados a corto y a largo plazo, que a su vez tienen relevancia para la modulación de los procesos internos. Todas las variables de este modelo se pueden operacionalizar, esto es, son medibles; ello ha permitido ver asociaciones entre éstas y hacer predicciones, e incidir en la conducta de las personas, sea para modificar un modo de funcionamiento patológico o para lograr cambios sociales deseables.

D) El Modelo sistémico de la sexualidad

Este modelo se basa en la Teoría del Sistema General, la cual propone principios de funcionamiento y características de los sistemas presentes en todos los niveles de jerarquía; por tanto, permite el desarrollo de conceptos que tengan aplicabilidad, o sea, que puedan ser usados independientemente del nivel de estudio elegido, con la idea central de que todos los sistemas están formados por elementos de interacción, y estos, a su vez, son sistemas denominados holones, pues son partes constituyentes de un sistema, pero tienen en sí mismos un alto grado de complejidad e integración.

Siguiendo esta teoría, Eusebio Rubio propone el modelo de los Cuatro Holones Sexuales, es decir, las partes, elementos o subsistemas de la sexualidad que conservan su aplicabilidad vertical; por tanto, pueden aplicarse a diversas disciplinas como la antropología, la psicología, la sociología o la biología. Este modelo refiere que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones sexuales: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva, donde cada uno de ellos tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio del ser humano (véase la figura 3.4).

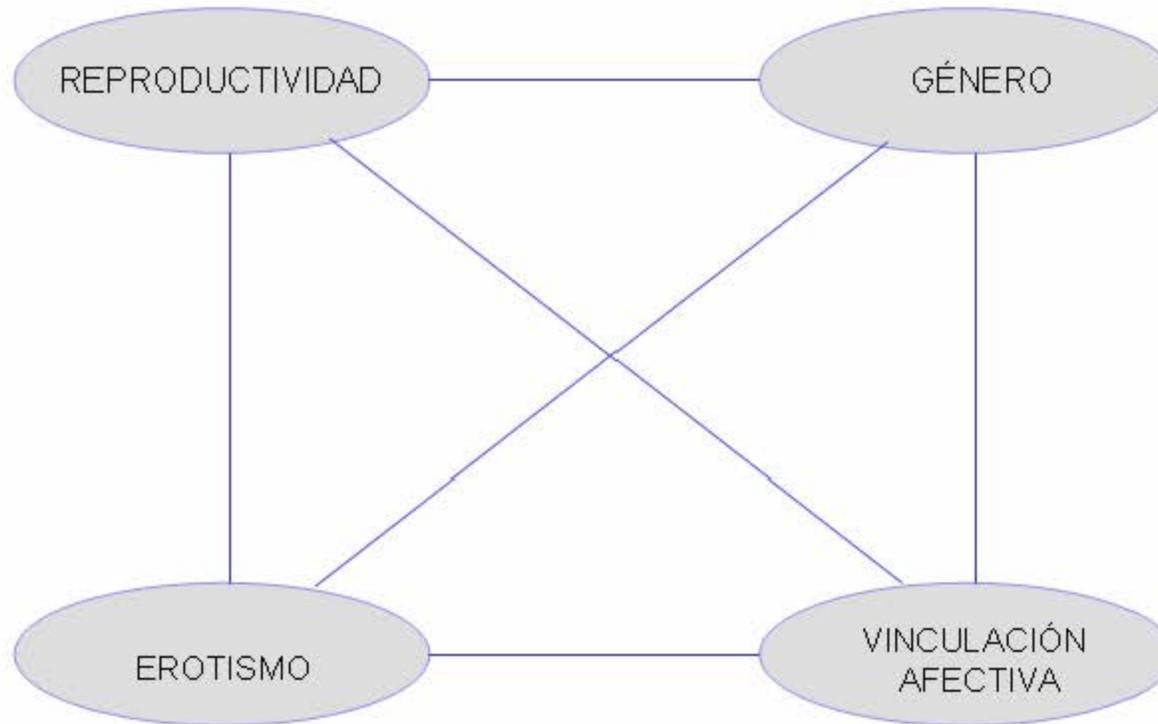


Figura 3.4 Representación de la sexualidad humana con el Modelo de los Cuatro Holones Sexuales (Rubio, 1983)

La idea de integración es central en este modelo teórico, pues es en el pensamiento de sistemas que un elemento no puede ser correctamente representado si se considera aisladamente, ya que éste depende de los otros elementos del sistema.

La integración de los sistemas en la sexualidad, se hace presente gracias a los significados de las experiencias que permiten la construcción e integración de la sexualidad, y los significados de cada una de las áreas interactúan con las otras porque están en relación con ellas. La sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción con el grupo le hacen vivir. Estos holones operan integralmente, por lo que el abordaje educativo o terapéutico debe ser integral, de lo contrario perderá eficacia.

1. El holón de la reproducción se refiere a la posibilidad humana de generar individuos que en gran medida sean similares a los que los produjeron, como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad.
2. El holón de género se refiere, en este contexto, a la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos —masculina y femenina—, así como a las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias.
3. El holón del erotismo son los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.
4. El holón de la vinculación afectiva se refiere a la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan.

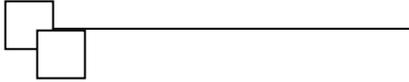
Esta teoría concluye que la sexualidad humana es un entrelazamiento de niveles que se construyen desde el nacimiento hasta la muerte y que está integrada por el placer

erótico, con su género (hombre o mujer), con los afectos que establece a lo largo de la vida y con su capacidad de reproducirse.

E) El modelo de la Nueva Terapia Sexual

Este modelo propuesto por Helen S. Kaplan fue elaborado como un tratamiento novedoso para las disfunciones sexuales, pues a éstas, antes de Masters y Johnson, se les consideraba como manifestaciones de graves trastornos psicopatológicos, con un pronóstico pesimista, en tanto se pensaba que sólo un tratamiento largo y costoso, basado en modelos psicoanalíticos, podía resolver el problema. No fue sino hasta la propuesta de Masters y Johnson y otros especialistas en terapia conductual, que esta visión fue replanteada, gracias a la aportación fundamental de que los problemas sexuales, algunas veces pueden ser síntomas de trastornos emocionales graves, pero también pueden darse en personas que funcionan perfectamente en otras áreas, pues sus causas son inmediatas, como por ejemplo, la anticipación de un fracaso en la función sexual o el temor al rechazo del compañero. Estos problemas sexuales también pueden ser síntomas que reflejan conflictos y problemas subyacentes y que su alivio es producto de la resolución de dichos aspectos. El objetivo de la terapia sexual está limitado al alivio de la disfunción sexual del paciente con técnicas breves, fundamentalmente tareas sexuales, que intentan principalmente mejorar el funcionamiento sexual. Sin embargo, durante la aplicación de la terapia sexual pueden surgir conflictos intrapsíquicos o conflictos conyugales, lo que es necesario atender para que la terapia sexual funcione. Al respecto, Kaplan propone: **“El uso integrado de experiencias sexuales sistemáticamente estructuradas y, al mismo tiempo, la realización de sesiones terapéuticas conjuntas, lo que constituye la principal novedad de la Nueva Terapia Sexual.”** (Kaplan, 1990).

4. PROPUESTA DE PERFILES TEÓRICOS DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES



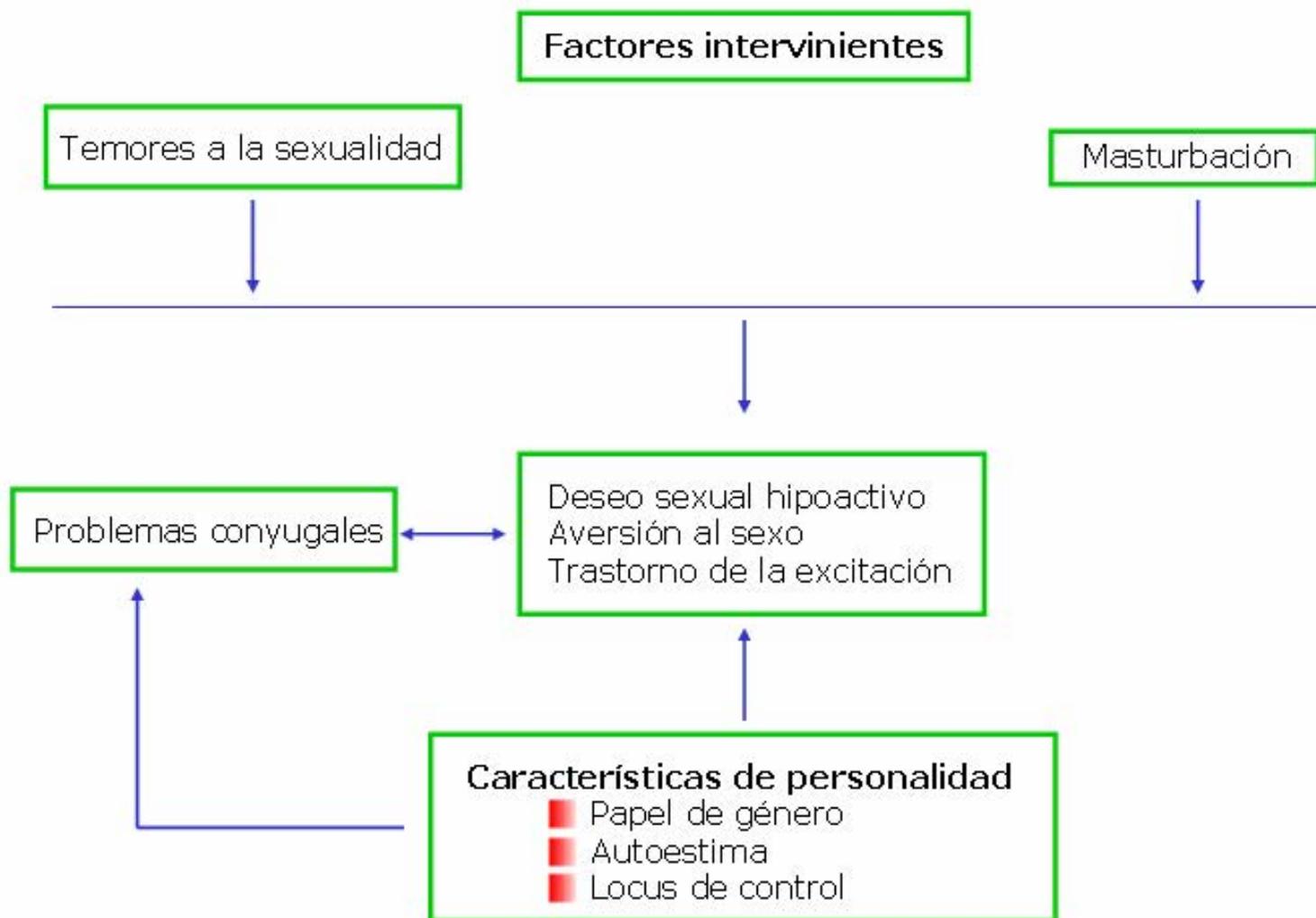
La obtención de perfiles o modelos explicativos que permitan el abordaje de los problemas sexuales de la población mexicana, podría decirse que día con día han tenido avances significativos; la estructuración de planes de tratamiento eficaces debe basarse en los resultados de investigaciones.

En este trabajo se presentan cinco perfiles teóricos como propuesta para el estudio: tres de las disfunciones sexuales femeninas y dos de las disfunciones sexuales masculinas. Los factores a trabajar son: el papel de género, la autoestima y el locus de control, así como la relación y la proporción entre ellos, y en qué medida se constituyen como un factor participante. Los antecedentes considerados para este estudio, son: experiencias sexuales infantiles traumáticas, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales. Todas las variables intervinientes fueron tomadas de los modelos mencionados en el capítulo anterior.

Propuesta de perfiles

- Para la conformación de estos perfiles se tomaron elementos del modelo Sociológico de Ira Reiss (1985), del modelo de la secuencia de la Conducta Sexual de Donn Byrne (1986), del modelo Sistémico de Eugenio Rubio (1983), y del modelo de la Nueva Terapia Sexual de Helen Kaplan (1990).

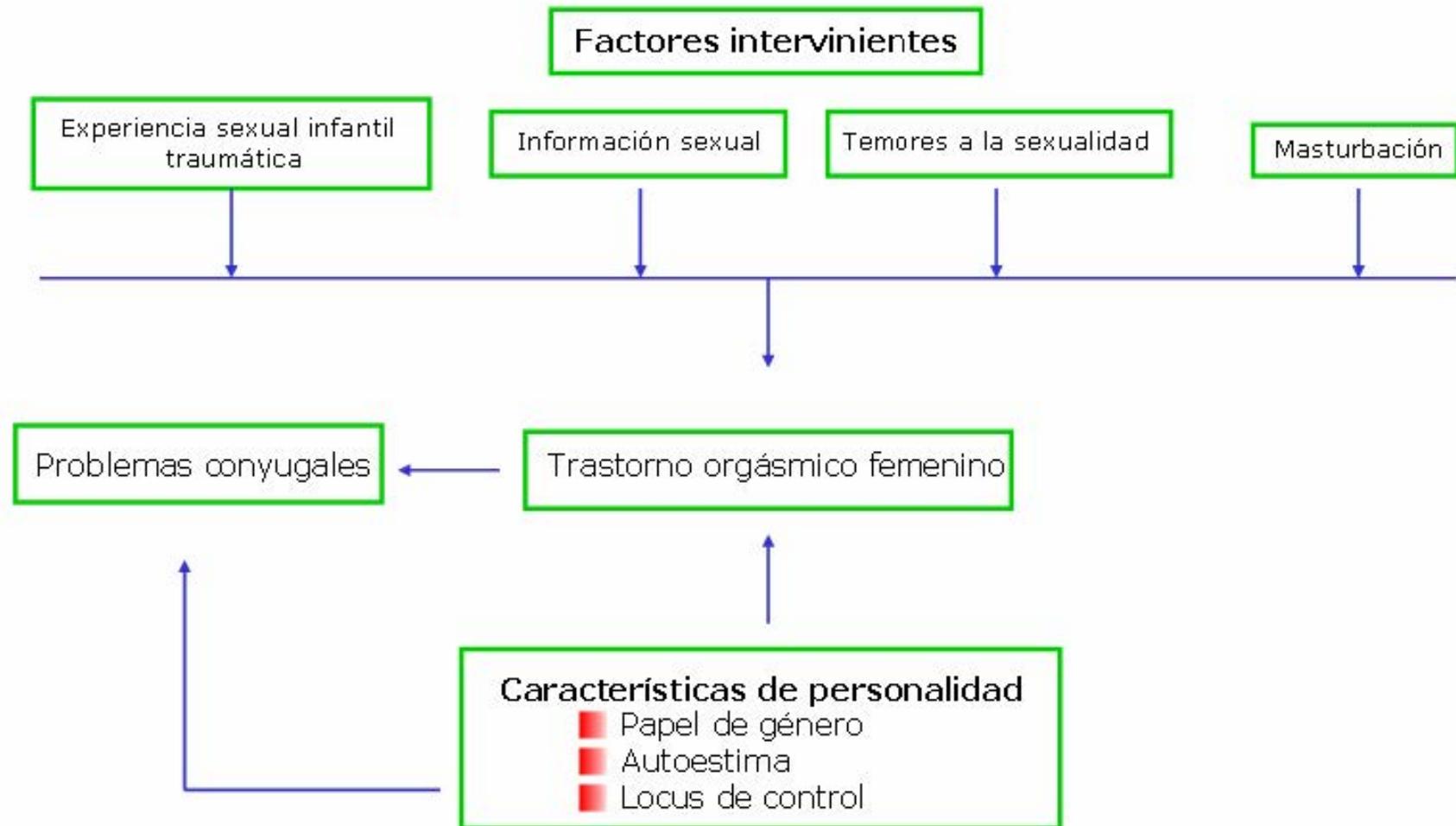
1. Perfil teórico de los trastornos del deseo y la excitación en mujeres propuesto para el estudio



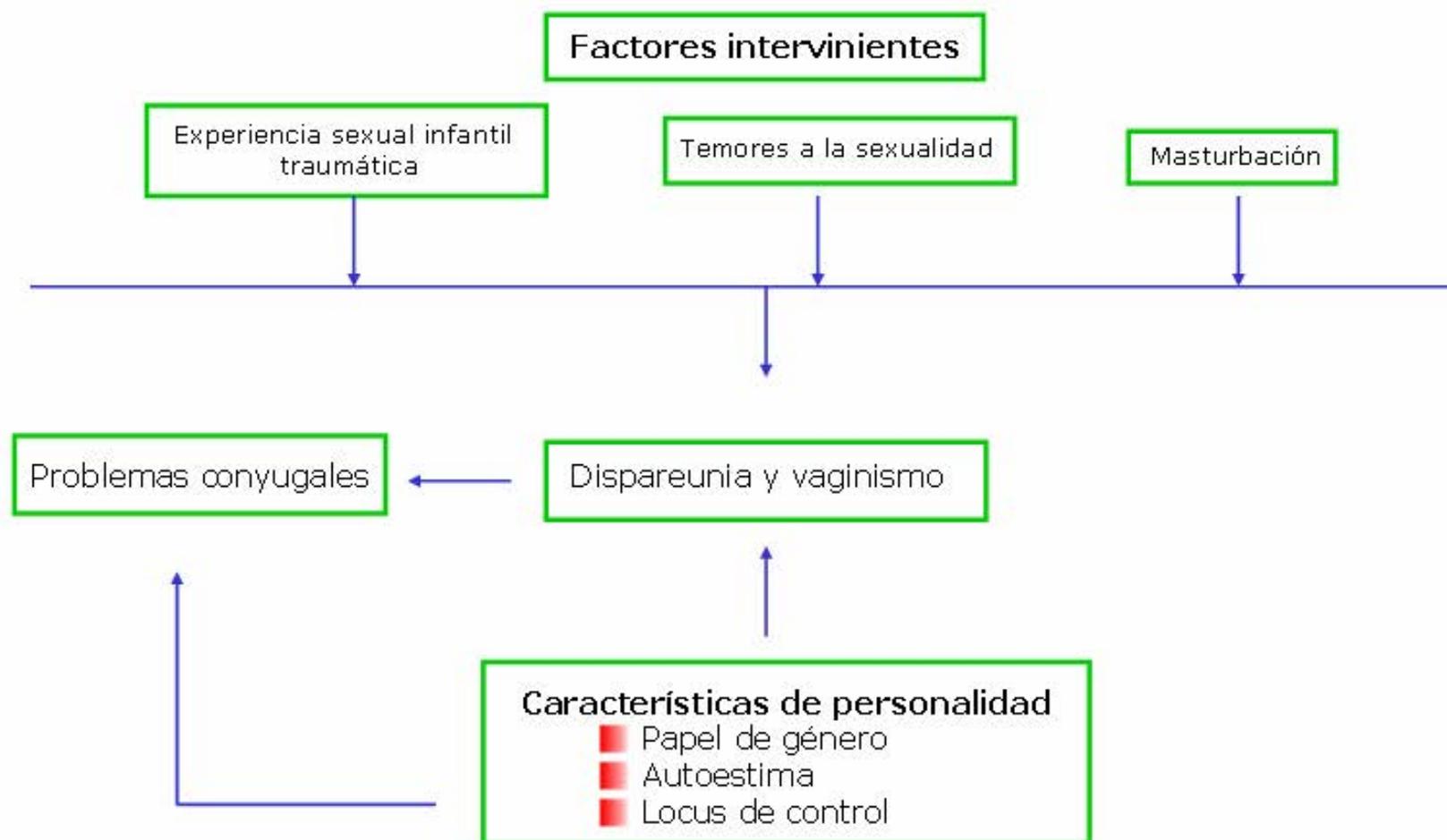
Perfil 1

- En este perfil se tomó, del modelo sociológico, el papel de género como filtro de poder.
- Del modelo de la conducta sexual se consideraron elementos de los procesos afectivos, como los problemas conyugales, y los procesos de la imaginación, como la masturbación.
- Del modelo sistémico, se tomaron el papel de género, el de la vinculación afectiva, como el reporte de problemas conyugales, y el reporte del ejercicio de la masturbación, que es parte del desarrollo del erotismo.
- Del modelo de la nueva terapia sexual se tomaron elementos que se refieren a causas remotas y recientes, en cuanto al modo en como intervienen en la respuesta sexual humana, como los temores a la sexualidad, los problemas conyugales y la autoestima.

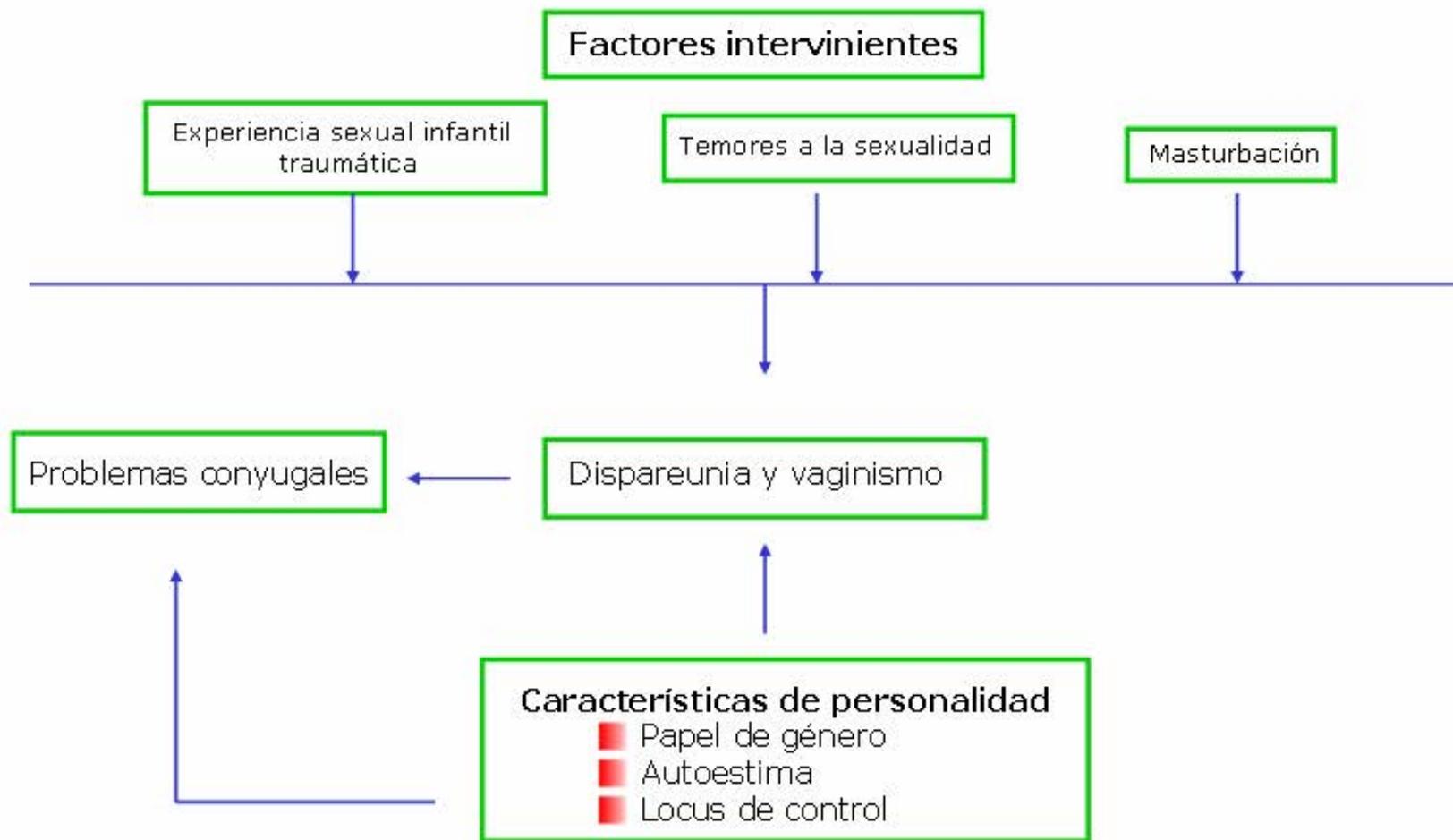
2. Perfil teórico del trastorno orgásmico en mujeres propuesto para el estudio



3. Perfil teórico de los trastornos sexuales por dolor en mujeres propuesto para el estudio



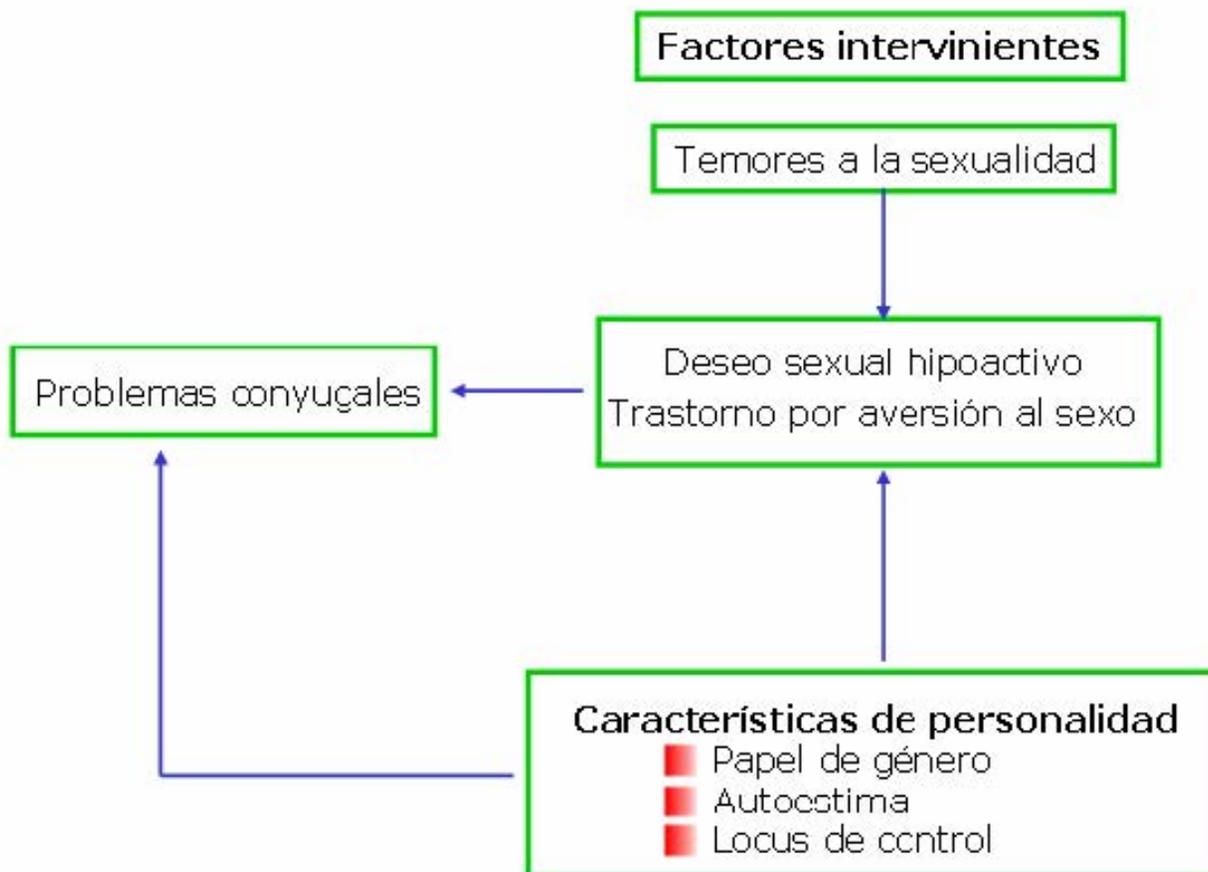
3. Perfil teórico de los trastornos sexuales por dolor en mujeres propuesto para el estudio



Perfil 3

- En este perfil se tomó, del modelo sociológico, el papel de género como filtro de poder.
- Del modelo de la conducta sexual se tomaron elementos de los procesos afectivos, como los problemas conyugales y los procesos de la imaginación, como la masturbación.
- Del modelo sistémico, se tomaron el papel de género, el de la vinculación afectiva, como el reporte de problemas conyugales, y el reporte de el ejercicio de la masturbación, que es parte del desarrollo del erotismo.
- Del modelo de la nueva terapia sexual se tomó la idea de que tanto causas remotas como recientes intervienen en la respuesta sexual humana, así como también las experiencias sexuales infantiles traumáticas, los temores a la sexualidad, los problemas conyugales y la autoestima.

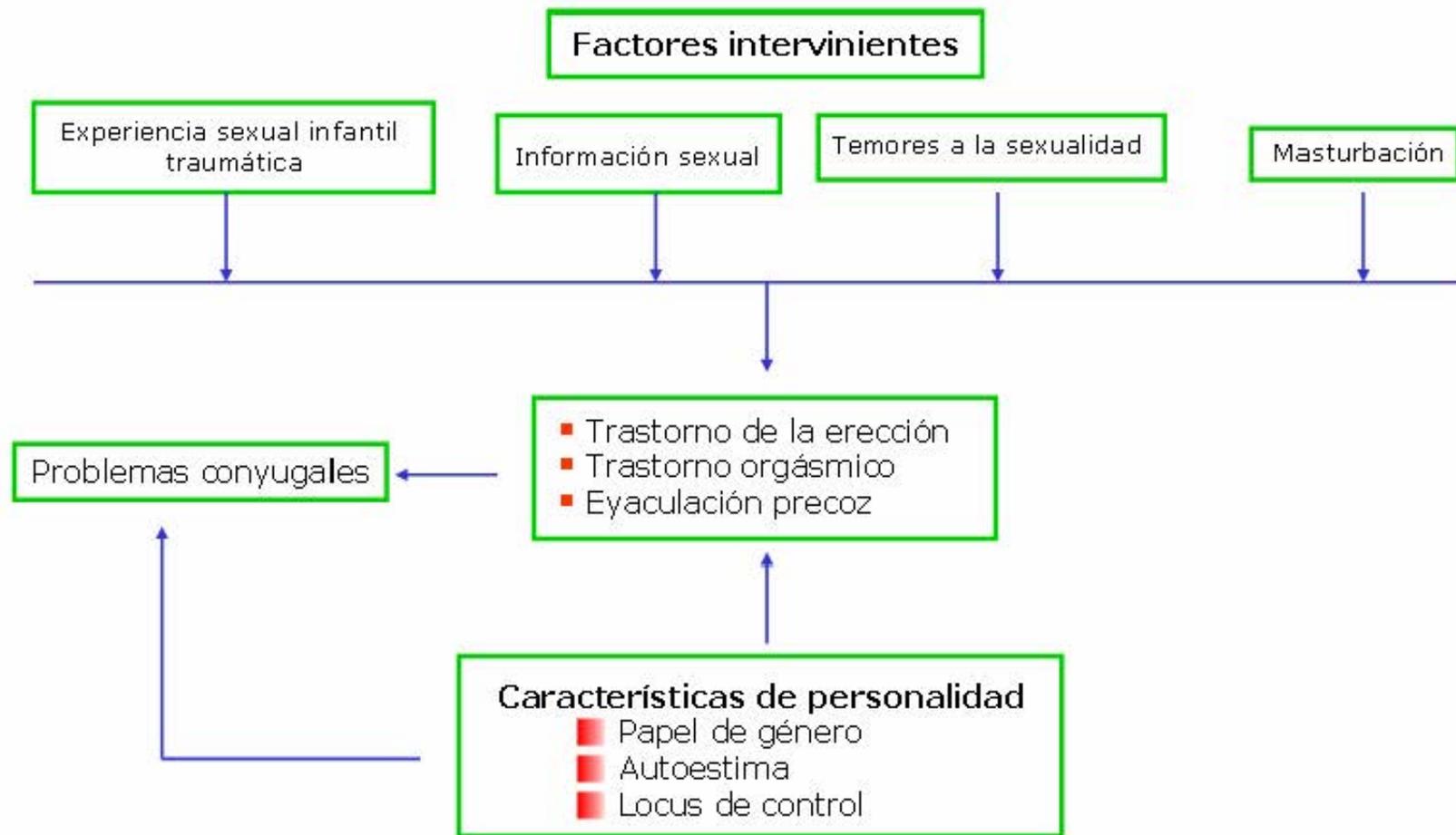
4. Perfil teórico de los trastornos del deseo sexual en hombres propuesto para el estudio



Perfil 4

- En este perfil se tomó, del modelo sociológico, el papel de género como filtro de poder.
- Del modelo de la conducta sexual se tomaron elementos de los procesos afectivos como parte de los procesos psicológicos.
- Del modelo sistémico, se tomaron el género y la vinculación afectiva así como el reporte de problemas conyugales.

5. Perfil teórico de los trastornos de la erección y del orgasmo en hombres propuesto para el estudio



Perfil 5

- En este perfil se tomó, del modelo sociológico, se tomó el papel de género como filtro de poder.
- Del modelo de la conducta sexual se tomaron elementos de los procesos afectivos, los problemas conyugales, de los procesos informacionales, como la información sexual y de los procesos de la imaginación, como la masturbación.
- Del modelo sistémico, se tomaron el papel de género, la vinculación afectiva, como el reporte de problemas conyugales, y el erotismo como el reporte de el ejercicio de la masturbación, que es parte del desarrollo del erotismo.
- Del modelo de la nueva terapia sexual se tomaron elementos de que tanto causas remotas como recientes intervienen en la respuesta sexual humana, como las experiencias sexuales infantiles traumáticas, los temores a la sexualidad, los problemas conyugales y la autoestima.



Investigación

Durante el procedimiento de la presente investigación se observaron dos fases, a saber:

1) En la primera fase se realizó la diferencia, la relación y la combinación de factores intervinientes divididos en factores de personalidad y algunos antecedentes sexuales, con el propósito final de generar perfiles explicativos de las disfunciones sexuales, tanto en mujeres como en hombres. Los factores intervinientes considerados para el estudio de las disfunciones son: el papel de género, la autoestima y el locus de control (factores de personalidad), la experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales (antecedentes sexuales), en tanto factores que nos permiten conocer en qué proporción se constituyen en un factor participante y de qué manera es posible pronosticar, a través de la combinación de dichos factores, la ausencia o presencia de cada una de las disfunciones sexuales. Para ello, se formaron cuatro grupos: dos de mujeres (uno sin disfunciones sexuales y otro con disfunciones sexuales) y dos de hombres (uno sin disfunciones sexuales y otro con disfunciones sexuales).

2) En la segunda fase se realizó un recurso complementario utilizando análisis de contenido de entrevistas en profundidad semi-estructuradas, con objeto de corroborar, primero, si los resultados en cuanto al papel de los factores estudiados en la primera fase fueron los mismos; segundo, ver si hay otros factores psicológicos y cuáles son, con el análisis del contenido de las entrevistas, para tener una mayor comprensión del fenómeno estudiado; y por último, detectar otros antecedentes interventores en la presencia de las disfunciones sexuales. Todo esto desde el punto de vista del protagonista y de los significados que éste le da y que no son detectados ni pueden ser medidos por el método cuantitativo. Para ello, se realizaron tres entrevistas en profundidad a dos mujeres con disfunción sexual y una más a una mujer sin disfunción sexual. Los ejes temáticos para dichas entrevistas se elaboraron partiendo de la observación y el trabajo realizado con sujetos que han presentado problemas sexuales, los cuales fueron a) analizar la vida sexual actual e

identificar los factores que influyen en la presencia de disfunciones sexuales; *b*) identificar qué elementos, dentro de la historia de vida sexual, influyeron en el desarrollo de la sexualidad; *c*) explorar la percepción que el participante tiene de cómo fue la vida sexual de sus padres, y *d*) explicar el manejo sexual de la familia.

PRIMERA FASE

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



5.1 Justificación

El estudio de la sexualidad es relativamente reciente. La sistematización de los problemas sexuales ha permitido la comprensión de este fenómeno complejo del que hay que conocer las repercusiones que impactan el terreno individual, de pareja, familiar y social.

Masters, Johnson y Kolodny (1995) generaron el modelo de la respuesta sexual y sus alteraciones. La contribución de Kaplan (1990) está encaminada a conceptualizar la etiología de las disfunciones sexuales como fenómenos que se deben tanto a causas recientes (problemas conyugales, necesidad excesiva de complacer al compañero(a) para evitar su crítica, falta de información sexual, etc.) como a causas remotas (experiencias traumáticas infantiles, temores a la sexualidad, inseguridad y baja autoestima), que operan en distintos niveles, refiriendo que las disfunciones sexuales son multicasuales. Actualmente existen revisiones que concluyen que aún faltan elementos para construir modelos de intervención más eficaces. En este sentido, Rosen y Leiblum (1995) plantean que hay problemas metodológicos en algunas investigaciones.

Al respecto, en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, se ha detectado un alto porcentaje de parejas que presentan problemas en su vida sexual. En un estudio exploratorio se encontró que la

prevalencia de las disfunciones sexuales, en las mujeres estudiadas, fue de 52%, y en los hombres del 38.8% (Sánchez, Carreño, Martínez, Gómez, 2005).

El estudio que aquí se presenta tiene la finalidad de generar un perfil explicativo de cada una de las disfunciones sexuales femeninas y un perfil explicativo de cada una de las disfunciones sexuales masculinas, estudiando algunos factores intervinientes divididos en dos tipos: factores de personalidad como el papel de género, los niveles de autoestima y el tipo de locus de control y algunos antecedentes sexuales como experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales y su relación con la presencia de cada una de las disfunciones sexuales clasificadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) 2002, tanto en mujeres como en hombres.

5.2 Preguntas de investigación

Primera. ¿Cuál es la diferencia, la relación y la combinación de factores de personalidad: papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), autoestima (alta, promedio o baja) y locus de control (interno o externo) y algunos antecedentes sexuales: experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual, así como con cada una de las disfunciones sexuales femeninas en una población de la ciudad de México?

Segunda. ¿Cuál es la diferencia, la relación y la combinación de factores de personalidad: papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), autoestima (alta, promedio o baja) y locus de control (interno o externo) y algunos antecedentes sexuales: experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales entre hombres sin disfunción sexual y hombres con disfunción sexual, así como con cada una de las disfunciones sexuales masculinas en una población de la ciudad de México?

5.3 Objetivos

5.3.1 Objetivo general

Identificar la frecuencia, la diferencia, la relación y la combinación, entre las disfunciones sexuales femeninas y masculinas y algunas variables intervinientes como el papel de género, la autoestima, el locus de control (factores de personalidad), la experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y los problemas conyugales (antecedentes sexuales), para generar un perfil explicativo tanto femenino como masculino de cada una de las disfunciones sexuales.

5.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar la frecuencia de disfunciones sexuales, tanto femeninas como masculinas.
2. Comparar factores de personalidad, como el papel de género, la autoestima, el locus de control, y algunos antecedentes, como experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales, entre mujeres sin disfunciones sexuales y mujeres con disfunciones sexuales y entre hombres sin disfunciones sexuales y hombres con disfunciones sexuales.
3. Establecer si existe relación de cada una de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas con el papel de género, la autoestima y el locus de control.
4. Establecer si ciertos antecedentes como son: experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación, y los problemas conyugales, intervienen en la presencia o no de cada una de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas.
5. Determinar si la combinación de estos factores es diferente para cada disfunción sexual.

6. Obtener un perfil explicativo tanto de mujeres como de hombres de cada una de las disfunciones sexuales.

7. Aportar elementos que permitan la generación de estrategias de intervención.

5.4. Hipótesis

5.4.1 Hipótesis conceptual

Se considera que la gran mayoría de las disfunciones sexuales se deben a factores experienciales, y pueden ser tanto de causas remotas como de causas recientes, que impiden el funcionamiento sexual normal, como experiencias traumáticas infantiles, temores a la sexualidad, un pobre desarrollo en la infancia de la capacidad para relacionarse con los demás, miedo al rechazo, inseguridad y baja autoestima, así como problemas conyugales, la necesidad excesiva de complacer al compañero(a) para evitar su crítica, la falta de información sexual, así como las actitudes sexualmente restrictivas de nuestra sociedad, que influyen e impactan la sexualidad adulta, pues la intimidad les resulta amenazante no presentando una actitud de responsabilidad ante su propio placer. Por lo que la salud sexual depende de la integridad de múltiples factores pues, sin haber una razón física que la explique, la respuesta sexual es vulnerable a los efectos de los mismos. (Kaplan, 1990).

5.4.2 Hipótesis de trabajo

1. Las mujeres con disfunción sexual y los hombres con disfunción sexual tienen una orientación de papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), niveles de autoestima (alto o bajo) y tipo de locus de control (interno o externo), así como experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales, diferente en relación a las mujeres sin disfunción sexual y los hombres sin disfunción sexual.

2. Existe una relación diferente entre los factores de personalidad: papel de género, autoestima y locus de control y cada una de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas.

3. Existe una relación diferente entre los antecedentes: experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales y cada una de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas.

4. La combinación del papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), los niveles de autoestima (alto o bajo), el tipo de locus de control (interno o externo), la experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y los problemas conyugales, son diferentes para cada una de las disfunciones sexuales, tanto femeninas como masculinas.

5.4.3 Hipótesis nula

1. No existen diferencias significativas en el papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), los niveles de autoestima (alto o bajo) y el tipo de locus de control (interno o externo), así como la experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales entre las mujeres con y sin disfunción sexual y los hombres con y sin disfunción sexual.

2. No existe una relación significativa entre los factores de personalidad: papel de género, autoestima y locus de control y la presencia de cada una de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas.

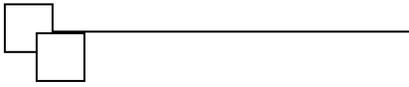
3. No existe una relación significativa entre los antecedentes: experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales y la presencia de cada una de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas.

4. No existen diferencias en la combinación de las orientaciones del papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), los niveles de autoestima (alto o bajo), el tipo de locus de control (interno o externo), la experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación, y los problemas conyugales para cada una de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas.

5.4.4 Hipótesis alterna

1. Existen diferencias significativas en el papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), los niveles de autoestima (alto o bajo), y el tipo de locus de control (interno o externo), así como la experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales entre las mujeres con y sin disfunción sexual y los hombres con y sin disfunción sexual.
2. Existe una relación significativa entre los factores de personalidad: papel de género, autoestima y locus de control y la presencia de cada una de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas.
3. Existe una relación significativa entre los antecedentes: experiencia infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales y la presencia de cada una de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas.
4. Existen diferencias en la combinación de las orientaciones del papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), los niveles de autoestima (alto o bajo), el tipo de locus de control (interno o externo), la experiencia infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y los problemas conyugales para cada una de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas.

6. MÉTODO



6.1 VARIABLES

6.1.1 Factores sociodemográficos controlados

■ Edad

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido de su nacimiento al momento de la entrevista, medida en años (Anguiano, 1992).

Definición operacional: La proporcionó el participante en el rubro correspondiente de la ficha de identificación de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina, HCCSF (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987) y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, Pimentel, Aranda, 1998). Variable continua (véase anexos 1 y 2).

■ Estado civil

Definición conceptual: Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles (Pascual y Echave, 1994).

Definición operacional: Es la situación legal que los entrevistados refirieron en el rubro correspondiente de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina, HCCSF (Souza, *et al.*, 1987) y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, *et al.*, 1998). Variable categórica con tres niveles: 1. soltero, 2. casado y 3. unión libre.

■ Escolaridad

Definición conceptual: Periodo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza (Pascual y Echave, 1994).

Definición operacional: Es el último grado de estudios que el entrevistado informó que cursó en el rubro correspondiente de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina, HCCSF (Souza, *et al.*, 1987) y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, *et al.*, 1998). Variable continua medida en años.

6.1.2 Variables de clasificación

■ Sexo (mujer u hombre)

Es la condición orgánica, biológica, por la cual los seres vivos son hombres o mujeres (Diccionario Panhispánico de Dudas, Real Academia Española, 2005). Variable categórica.

■ Disfunciones sexuales femeninas y masculinas

Definición conceptual: Alteraciones persistentes o recurrentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan los problemas de ausencia o disminución de placer al individuo o pareja (Álvarez Gayou, 1986, p. 64); o serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma recurrente y persistente (Rubio y Díaz, 1994, p. 203). Y que son (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2002):

Trastornos del deseo sexual

- a) Deseo sexual hipoactivo: Disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente y recurrente.
- b) Trastorno por aversión al sexo: Aversión extrema persistente hacia, y con evitación de todos o casi todos, los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

Trastornos de la excitación sexual

- a) Trastorno de la excitación en la mujer: Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.

- b) Trastorno de la erección: Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

Trastornos orgásmicos

- a) Trastorno orgásmico femenino: Ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
- b) Trastorno orgásmico masculino: Ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
- c) Eyaculación precoz: Eyaculación persistente y recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee.

Trastornos sexuales por dolor

- a) Dispareunia: Dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante o después de la relación sexual.
- b) Vaginismo: Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.

Definición operacional: Son las respuestas afirmativas de las mujeres en la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (Souza, *et al.*, 1987), en la exploración de las disfunciones sexuales y las respuestas afirmativas de los hombres al Cuestionario de la Sexualidad versión para Hombres (Morales, *et al.*, 1998) que son instrumentos de clasificación en la exploración de las disfunciones sexuales. Variable categórica con seis categorías para las mujeres y con cinco categorías para los hombres y se evalúa como presencia/ausencia.

6.1.3 Variables intervinientes

a) Factores de personalidad

■ Papel de género

Definición conceptual: Se refiere a las prescripciones, normas y expectativas sociales de comportamiento para hombres y mujeres (Lara, 1993).

Definición operacional: Se evaluó a través de las respuestas del participante al Inventario de Masculinidad y Feminidad (Lara, 1993). Variable intervalar con siete opciones de respuesta (véase anexo 3).

■ Autoestima

Definición conceptual: Juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta (Coopersmith, 1967).

Definición operacional: El nivel de autoestima se evaluó a través del instrumento de Coopersmith (1967) y se tomaron en cuenta las respuestas dadas por el participante para ubicarlo en su nivel de autoestima, según los parámetros de la prueba. Variable intervalar con dos opciones de respuesta (véase Anexo 4).

■ Locus de control

Definición conceptual: Cuando un esfuerzo es percibido por un individuo como no contingente a alguna acción suya, en nuestra cultura, típicamente se percibe esto como resultado de la suerte, el destino, el control de otros poderosos, o como impredecible por causa de la gran complejidad de las fuerzas que lo rodean; a ello se le identifica con una creencia en el control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su conducta o a sus características relativamente permanentes, se le denomina creencia en el control interno (Rotter, 1966).

Definición operacional: Se evaluó a través de las respuestas dadas por el participante a la escala de locus de control (Rotter, 1966). Variable intervalar con dos opciones de respuesta (véase Anexo 5).

b) Antecedentes sexuales

■ Experiencia infantil traumática

Definición conceptual: Shock emocional que deja una impresión duradera en la mente y que en este caso su origen tiene que ver con algún aspecto sexual (Anguiano, 1992).

Definición operacional: Es la respuesta que el participante proporcionó al rubro correspondiente de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina, HCCSF (Souza, *et al.*, 1987) y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, *et al.*, 1998). Variable categórica con dos opciones de respuesta: si o no.

■ Información sexual

Definición conceptual: Es el proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, informal y formalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos (Corona, 1994).

Definición operacional: Es la respuesta que el participante proporcionó al rubro correspondiente de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina, HCCSF (Souza, *et al.*, 1987) y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, *et al.*, 1998). Variable categórica con dos opciones de respuesta: si o no.

■ Temores a la sexualidad

Definición conceptual: Ansiedad relacionada con una situación de peligro específica, sentida con anticipación al acontecimiento que la provoca, en este caso a cualquier situación que tenga que ver con el ejercicio de la sexualidad (Masters, *et al.*, 1995).

Definición operacional: Es la respuesta que el participante proporcionó al rubro correspondiente de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina, HCCSF (Souza, *et al.*, 1987) y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, *et al.*, 1998). Variable categórica con dos opciones de respuesta: si o no.

■ Masturbación

Definición conceptual: Tipo de actividad sexual mediante la cual se obtiene placer sexual y se puede llegar al orgasmo. Consiste en la frotación de los órganos genitales, principalmente con la mano. Por lo general está acompañada o se ayuda de fantasías eróticas (Pick y Vargas, 1992).

Definición operacional: Es la respuesta que el participante proporcionó al rubro correspondiente de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina, HCCSF (Souza, *et al.*, 1987) y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, *et al.*, 1998). Variable categórica con dos opciones de respuesta: si o no.

■ Problemas conyugales

Definición conceptual: Patrón de interacción entre cónyuges caracterizado por una comunicación negativa o distorsionada, o ausencia de comunicación, que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o ambos cónyuges (APA, 2000).

Definición operacional: Es la respuesta que el participante proporcionó al rubro correspondiente de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina, HCCSF (Souza, *et al.*, 1987) y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, *et al.*, 1998). Variable categórica con dos opciones de respuesta: si o no.

6.2 Muestra

Se capturaron dos muestras no probabilísticas de la población que ingresó al INPerIER para su atención; se obtuvo mediante un muestreo intencional por cuota, y se estableció un número determinado de participantes en cada uno de los grupos (Kerlinger, 1992).

6.3 Participantes

Las muestras fueron, una de mujeres y una de hombres, que en total fueron 400 participantes, divididos en cuatro grupos:

- Grupo 1. 100 mujeres sin disfunciones sexuales.
- Grupo 2. 100 mujeres con disfunciones sexuales.
- Grupo 1. 100 Hombres sin disfunciones sexuales.
- Grupo 2. 100 hombres con disfunciones sexuales.

Tanto las mujeres como los hombres se seleccionaron e integraron a la muestra, después del estudio socioeconómico requerido por la institución, y antes de iniciar tratamiento médico alguno, debieron cubrir todos los criterios de inclusión. Para la clasificación de las disfunciones sexuales determinando su presencia o su ausencia, se utilizaron la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina, HCCSF (Souza, *et al.*, 1987) y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, *et al.*, 1998).

6.4 Análisis descriptivo de las muestras

Para la descripción de las muestras en relación a los datos sociodemográficos se utilizaron análisis de frecuencia y medidas de tendencia central para conocer como se distribuyeron los datos en los dos grupos, se incluyen gráficos para una mayor comprensión en la observación de la distribución en cada grupo.

6.4.1 Mujeres

a) Distribución de la muestra por edad: La muestra estuvo constituida por 100 mujeres sin disfunción sexual considerados como Grupo 1 y 100 mujeres con disfunción sexual considerados como Grupo 2. Los rangos de edad del grupo 1 fueron de 23 a 45 años y de 23 a 44 años en el grupo 2. Con un promedio para el grupo 1 de 31.9 años (± 5.32), una curtosis de -0.668 y un sesgo de 0.263 y para el

grupo 2 de 33.1 años (± 5.33), una curtosis de -0.739 y un sesgo de 0.149 (véase tabla 6.1).

b) Distribución de la muestra por estado civil: En el Grupo 1 la muestra se distribuyó con el 5% de mujeres solteras, el 63% de mujeres casadas y 32% de mujeres en unión libre. En el Grupo 2 el 5% son solteras, el 68% son casadas y el 27% viven en unión libre. En los dos grupos el valor de 1 correspondió a soltera, el valor 2 a casadas y el valor 3 a unión libre (véase tabla 6.1).

Tabla 6.1 Características sociodemográficas de la muestra de mujeres

Grupo 1 n = 100 Sin disfunciones sexuales		Grupo 2 n = 100 Con disfunciones sexuales	
Edad	$\bar{X} = 31.9 \pm 5.32$ Me = 32 Mo = 32 Rango = 23-45	Edad	$\bar{X} = 33.1 \pm 5.33$ Me = 33 Mo = 35 Rango = 23-44
Escolaridad en años	$\bar{X} = 10.9 \pm 3.17$ Md = 12 Mo = 12 Rango = 6-22 años	Escolaridad en años	$\bar{X} = 10.1 \pm 2.69$ Md = 9 Mo = 9 Rango = 6-17 años
Estado civil:		Estado civil:	
Solteras	5%	Solteras	5%
Casadas	63%	Casadas	68%
Unión libre	32%	Unión libre	27%

c) Distribución de la muestra por años de escolaridad: En cuanto a los años de escolaridad, se encontró que en el Grupo 1 se obtuvo un promedio de 10.9 años de escolaridad (± 3.17) valor que corresponde a nivel de primer año de bachillerato, con un rango de 6 años como mínimo y de 22 años como máximo con una curtosis de 1.274 y un sesgo de 0.696 , de las cuales el 16% tienen educación primaria, el 31% secundaria, el 47% corresponden a nivel de bachillerato y el 6% a nivel licenciatura.

En relación a la distribución por años de escolaridad en el Grupo 2 se encontró un promedio de 10.1 años de escolaridad (± 2.69) valor que corresponde a nivel de primer año de bachillerato con un rango de 6 años como mínimo y 17 años como máximo con una curtosis de -0.014 y un sesgo de 0.519 de las cuales el 17% tienen

educación primaria, el 47% secundaria, el 34% corresponden a nivel bachillerato y el 2% a nivel licenciatura (véase tabla 6.1).

La relación del valor de las medidas de tendencia central, la media, la mediana y la moda para ver si la distribución es normal, se encuentran en la tabla 6.1.

6.4.2 Hombres

a) Distribución de la muestra por edad: La muestra estuvo constituida por 100 hombres sin disfunción sexual considerados como Grupo 1 y 100 hombres con disfunción sexual considerados como Grupo 2. Los rangos de edad del grupo 1 fueron de 22 a 43 años y de 23 a 45 años en el grupo 2. Con un promedio para el grupo 1 de 32 años (± 4.97), una curtosis de -0.595 y un sesgo de $.208$ y para el grupo 2 de 33 años (± 5.20), una curtosis de -0.489 y un sesgo de $.071$ (véase tabla 6.2).

b) Distribución de la muestra por estado civil: En el Grupo 1 la muestra se distribuyó con el 80% de hombres casados y 20% de hombres en unión libre. En el Grupo 2 el 1% son solteros, el 78% son casados y el 21% viven en unión libre. En los dos grupos el valor de 1 correspondió a soltero, el valor 2 a casados y el valor 3 a unión libre (véase tabla 6.2).

c) Distribución de la muestra por años de escolaridad: En cuanto a los años de escolaridad, se encontró que en el Grupo 1 se obtuvo un promedio de 11.7 años de escolaridad (± 2.88) valor que corresponde a nivel de bachillerato con un rango de 6 años como mínimo y de 19 años como máximo con una curtosis de -0.005 y un sesgo de $.601$, de los cuales el 5% tienen educación primaria, el 39% secundaria, el 54% corresponden a nivel de bachillerato y el 2% a nivel licenciatura.

En relación a la distribución por años de escolaridad en el Grupo 2 se encontró un promedio de 11 años de escolaridad (± 3.33) valor que corresponde a nivel de bachillerato con un rango de 6 años como mínimo y 20 años como máximo con una curtosis de -0.250 y un sesgo de $.533$ de los cuales el 12% tienen educación primaria, el 33% secundaria, el 53% corresponden a nivel bachillerato y el 2% a

nivel licenciatura. La relación del valor de las medidas de tendencia central, la media, la mediana y la moda para ver si la distribución es normal. (Véase tabla 6.2)

Tabla 6.2 Características sociodemográficas de la muestra de hombres

Grupo 1 n = 100 Sin disfunciones sexuales		Grupo 2 n = 100 Con disfunciones sexuales	
Edad	$\bar{X} = 32 \pm 4.97$ Me = 31 Mo = 31 Rango = 22-44	Edad	$\bar{X} = 33.1 \pm 5.20$ Me = 33 Mo = 32 Rango = 23-45
Escolaridad en años	$\bar{X} = 11.7 \pm 2.88$ Md = 12 Mo = 12 Rango = 6-19 años	Escolaridad en años	$\bar{X} = 11 \pm 3.33$ Md = 11 Mo = 9 Rango = 6-20 años
Estado civil:		Estado civil:	
Solteros	0%	Solteros	1%
Casados	80%	Casados	78%
Unión libre	20%	Unión libre	21%

6.5 Escenario

La investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), institución de cuarto nivel de atención que atiende problemas que giran alrededor de la reproducción, concretamente en el Departamento de Psicología con la población que asiste a la institución para su atención médica.

6.6 Criterios de inclusión

Para su inclusión, los pacientes debieron reunir los siguientes criterios:

- Pacientes femeninas que ingresaron al INPerIER solicitando atención; participantes masculinos (que acompañan a sus parejas a la institución para ser estudiados o no), sin embargo su captura fue independiente, no fue un estudio en parejas.
- El rango de edad fue de 22 a 45 años para las dos muestras.
- Con educación primaria como mínimo para la mejor comprensión de los instrumentos.

- d) Con un año de relación de pareja como mínimo.
- e) Para clasificar con disfunción sexual a un(a) participante debe tener seis meses como mínimo con la disfunción sexual reportada.

6.7 Criterios de exclusión

Deben de ser participantes que no tengan diagnóstico previo de retardo mental o trastorno psicótico, ni de enfermedad orgánica que pudiera condicionar la presencia de disfunciones sexuales, como son: síndromes neurológicos, endocrinos, cardiopatías, problemas vasculares, así como infecciones genitales.

6.8 Diseño

Se realizó un diseño correlacional-multivariado, de dos muestras independientes divididas en cuatro grupos:

Sin disfunción sexual	Con disfunción sexual
Mujeres	Mujeres
Hombres	Hombres

6.9 Tipo de estudio

Se realizó un estudio no experimental de campo, debido a que la aplicación de los cuestionarios y de los instrumentos se realizó en el ambiente natural de los participantes; retrospectivo, pues el fenómeno estudiado ya está dado, no hay un control estricto de variables; transversal, ya que no se hizo un seguimiento de los participantes.

6.10 Instrumentos

Para la clasificación de los grupos y el tipo de disfunción o disfunciones presentadas, así como para la captura de las primeras cinco variables intervinientes (antecedentes), tanto en la población femenina como en la masculina, se utilizaron:

Para la población femenina: **Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina, HCCSF (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987)**. La HCCSF se realizó con la finalidad de explorar la psicosexualidad femenina. Los autores

refieren que, desde el punto de vista clínico, la exploración de la sexualidad no difiere de otra actividad que se realice con fines de investigación, y donde sea necesario un proceso de anamnesis. Para detectar la gran cantidad de problemas de los que suelen ser portadores los pacientes, y en función de las dificultades inherentes a la exploración de esta área, (como puede ser la poca cantidad de tiempo disponible o la influencia ideológica del personal encargado de la exploración), dan como resultado que los datos puedan ser falseados o estar incompletos, derivados de la ignorancia o la distorsión, quedando muchas veces inexplorados síntomas importantes que influyen de manera determinante en la conducta y en la vida de los pacientes. El objetivo de la conformación de la HCCSF es tener una entrevista que represente ventajas técnicas prácticas que permitan, a su vez, un modelo de abordaje y conducta que reduzca la posibilidad de juicios de valor y consolide el profesionalismo de esta área, explorando problemas generalmente difíciles de tratar.

La estructura de la HCCSF es la siguiente: consta de 15 capítulos con 170 reactivos. Es un cuestionario diseñado para obtener información clara y precisa en un formato donde el informante dé sus respuestas al entrevistador; la duración aproximada es de una hora. Lleva un orden sistemático con una secuencia que va de lo superficial a lo profundo, de lo sano a lo patológico, hasta llegar a la exploración de la sexualidad y de la presencia o no de disfunciones sexuales; el riesgo de manipular la prueba es mínimo ya que el entrevistador, además de ser entrenado previamente, responderá a cualquier duda que presente el informante. Las metas fundamentales de esta entrevista, son clínicas, pero pueden extenderse a la docencia y permiten, dada su sistematización, hacer comparaciones bioestadísticas que apoyen la investigación clínica.

Los capítulos son los siguientes:

1. Datos generales del entrevistador.
2. Datos generales del entrevistado.
3. Motivo de estudio.

4. Antecedentes familiares patológicos.
5. Antecedentes personales patológicos.
6. Antecedentes personales no patológicos.
7. Problemas recientes.
8. Antecedentes biopsicosociales de la sexualidad.
9. Comportamiento sexual actual.
10. Antecedentes terapéuticos.
11. Estado actual de salud.
12. Diagnóstico.
13. Recomendaciones terapéuticas.
14. Pronóstico.
15. Comentarios y observaciones.

La validación de esta historia clínica fue realizada en la Clínica Marina Nacional del ISSSTE con el propósito de conocer la demanda de consulta por problemas sexuales de mujeres en edad fértil, aplicándose a 306 pacientes y validándose por medio de jueces independientes.

Para la población masculina: **Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, Pimentel, Aranda, 1998)**. Consta de 90 preguntas y fue diseñado en el Instituto Nacional de Perinatología para obtener información sobre aspectos de la vida sexual del participante; este instrumento es una adaptación de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina, elaborada por los doctores Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza (1987). La versión adaptada para varones se aplica al diagnóstico de disfunciones sexuales y apoyo de los protocolos de investigación llevados a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología; sus metas son

fundamentalmente clínicas. Se realiza a manera de entrevista para identificar y detectar las disfunciones sexuales.

La estructura de esta historia clínica es la siguiente:

1. Aspectos generales. Ficha de identificación.
2. Antecedentes y comportamiento actual de la vida sexual del participante.
3. Comportamiento sexual con la pareja actual.
4. Exploración de la presencia de disfunciones sexuales.
5. Antecedentes personales patológicos.
6. Diagnóstico.
7. Recomendaciones terapéuticas.
8. Pronóstico.
9. Comentarios y observaciones.

Para la medición de las demás variables intervinientes (factores de personalidad) se utilizaron los siguientes instrumentos:

Inventario de Masculinidad y Femenidad IMAFE (Lara, 1993) Realizada por Lara (1993), esta escala consta de 60 reactivos con siete opciones de respuesta de tipo Likert, agrupadas en cuatro escalas Masculino (Masc), Femenino (Fem), Machismo (Mach) y Sumisión (Sum). El objetivo principal para el diseño de este instrumento fue que midiera de manera confiable y válida en México, las características femeninas y masculinas de la personalidad, basada en los aspectos más representativos de los papeles y estereotipos en la cultura mexicana, incluidos el machismo y la sumisión.

La escala se centra en las características de personalidad que, de manera más sobresaliente, se atribuyen al varón o a la mujer, es decir, se miden los rasgos de personalidad asociados a los papeles de género. Para su elaboración, los reactivos

fueron tomados de dos fuentes: la primera, del inventario de papeles sexuales de Bem (BSRI, 1974) que consta de tres escalas -masculina, femenina y deseabilidad social-, y mide rasgos de la personalidad considerados como deseables tanto para el varón como para la mujer estadounidenses. La segunda, de reactivos diseñados específicamente con base en rasgos y estereotipos comunes en México, notificados en la literatura y en los estudios sobre papeles de género (Lara, 1994).

De esos estereotipos se seleccionaron 58 reactivos que eran los que no se traslapaban con los reactivos del BSRI y se dividieron en cuatro escalas: masculina positiva, masculina negativa, femenina positiva y femenina negativa: se aplicaron a una muestra de 1301 participantes que participaron voluntariamente y contestaron 2042 inventarios con versiones diferentes. Los participantes pertenecían a diferentes poblaciones, como estudiantes universitarios, parejas casadas y obreros. Después se procedió a la selección de reactivos mediante una prueba t entre los sexos para poder discriminar las respuestas de los varones de las mujeres y, además, para ver la cohesión y agrupamiento mediante análisis factoriales, usando el procedimiento de componentes principales, sin iteraciones y seguido de rotación varimax. En cuanto a los coeficientes de confiabilidad, los valores se situaron en un rango muy aceptable de .74 a .92 con excepción en el grupo de obreros de .67 a .69. Los reactivos que mostraron diferencias significativas en al menos dos de las seis comparaciones fueron seleccionados, quedando 36 atribuidos a los varones y 48 a las mujeres. Además, se seleccionaron 84 reactivos por medio de un análisis factorial y que resultaron con una carga alta de .40 o más en alguno de los factores masculino, femenino o masculino-femenino, quedando 92 reactivos agrupados en cuatro escalas: Masculino (Masc), Femenino (Fem), Machismo (Mach) y Sumisión (Sum), escogiéndose 15 reactivos al azar de cada escala para quedar en total 60 reactivos, los cuales constituyen este inventario. En relación al análisis por sexo los hombres presentaron en la escala de masculinidad una media de 4.74 con una desviación estándar (D.S.) de .96, y las mujeres una media de 4.69 con una D.S. de .97; en la escala de feminidad los hombres obtuvieron una media de 4.74 y una D.S. de 1.13, las mujeres una media de 5.23 y una D.S. de 1.02: en la escala de machismo los hombres tuvieron una media de 3.25 y una D.S. de .88, y las mujeres una media de

3.05 y una D.S. de .86; en la escala de sumisión los hombres tuvieron una media de 2.79 y una D.S. de .72 y las mujeres una media de 2.96 y una D.S. de .73. Con base en el IMAFE los conceptos de masculinidad y feminidad representan aquellos rasgos de la personalidad que desde un punto de vista teórico y empírico, diferencian a los hombres de las mujeres y cuyo estudio tiene relevancia para la comprensión de los mismos.

Inventario de Autoestima de Coopersmith (Lara, 1993). En 1993 Lara y Verduzco realizaron la traducción y estandarización para la población mexicana del Inventario de Autoestima de Coopersmith (1993), y fue diseñado para medir el juicio personal de valía, que se expresa en las actitudes que el individuo toma para sí mismo. La baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad, mientras que la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo; son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia; consta de 25 reactivos. Por la importancia que tiene la autoestima en la vida de las personas, Coopersmith comienza desde 1959, un estudio sobre la autoestima, y con el fin de poder evaluarla, publica en 1967 una escala de medición de autoestima para niños de 5° y 6° grados, que es ampliamente utilizada. Coopersmith utilizó esta prueba de 58 reactivos como base para el desarrollo de la versión para adultos. Ryden (1978) realizó un estudio sobre la escala para ver su confiabilidad la cual fue de .80 utilizando un diseño de test-retest en periodos de 6 a 58 semanas. Con respecto a la validez del constructo, refiere diferencias significativas entre los grupos de alta y baja autoestima.

La validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith (Lara y Verduzco, 1993) para adultos en población mexicana se realizó por el vacío en instrumentos de este tipo en lengua hispana, y los objetivos fueron determinar la validez de constructo así como su confiabilidad estudiando las diferencias en autoestima por sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación. Participaron en el estudio 411 participantes, 211 mujeres y 200 hombres de la ciudad de México, los

cuales fueron seleccionados de una amplia gama de ambientes laborales, escolares y en hogares, incluyendo en ella participantes de diversas ocupaciones, escolaridad, estado civil y edad. Se utilizó el inventario de Autoestima de Coopersmith (IAC) para adultos que consta de 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas, traducido al español. La validez del constructo del instrumento se evaluó estimando el poder de discriminación de los reactivos de las calificaciones altas y bajas por medio de pruebas T. Los resultados arrojaron una media del Inventario de Autoestima de 17.55 con una desviación estándar de 4.6; con un rango de 2 a 25 puntos, una curtosis de 0.171 y simetría de -0.76 . Todos los reactivos discriminaron significativamente ($p=.05$). La confiabilidad evaluada con el coeficiente de Alfa de Cronbach mostró un valor de 0.81. No se encontraron diferencias entre la media de los hombres ($x= 17.91$, D.S. 4.59) y de las mujeres ($x= 17.18$, D.S. 4.7) en la prueba T. En relación con la edad se encontraron diferencias significativas en el grupo de 51 años o más, en la población total, que fueron los que obtuvieron la media más baja. Con respecto al estado civil se encontraron diferencias significativas entre los hombres en los que el menor puntaje correspondió a los divorciados y a los viudos. En cuanto a la escolaridad, se encontraron diferencias significativas tanto en el grupo total, como entre los hombres y las mujeres, en todos los casos se observaron una relación directamente proporcional entre la escolaridad y los puntajes en autoestima. En la variable ocupación, tanto en el grupo total como entre los hombres, las puntuaciones mayores correspondieron al grupo de profesionales, en contraste con las puntuaciones más bajas asociadas con los obreros y campesinos. Los criterios de clasificación son: punto de corte: $X= 17\pm 5$ puntos, con tres intervalos, estableciendo que 12 puntos o menos corresponde a un nivel de autoestima baja, 13 a 17 un nivel promedio, y de 18 a 23 puntos una autoestima alta.

Escala de locus de control interno-externo de Rotter (1966). La escala de locus de control de Rotter (1966) fue diseñada para medir de manera unidimensional y bipolar su internalidad y externalidad los cuales representan los polos del constructo, la expectativa personal de control respecto de una amplia variedad de dominios de la vida. El propio Rotter, luego de analizar e interpretar los valores obtenidos por participantes evaluados como externos reconoce la existencia de dos

formas de externalidad: externalidad defensiva y externalidad congruente lo cual lo hacen multidimensional. Consiste de 29 reactivos, de los cuales 23 son reactivos válidos y 6 reactivos distractores en un formato de elección forzada. Éstos se califican otorgando un punto de corte de 11 puntos o menos para locus de control interno, y de 12 puntos o más en el caso del locus de control externo. Cada reactivo tiene dos alternativas de respuesta *a* o *b*, pidiéndole al entrevistado que escoja una de cada par, la que crea más cercana en su caso, y que esté seguro de seleccionar la que crea que es más verdadera en su caso no la que crea que debería escoger porque piense que es la verdadera. Se le enfatiza que no hay buenas o malas respuestas (Rotter, 1966).

Consistencia interna de los instrumentos

En relación al procedimiento de consistencia interna de los instrumentos, los resultados se pueden apreciar en la tabla 6.3.

Tabla 6.3 Consistencia interna de los instrumentos

Instrumentos	Núm. de reactivos	Valor de alpha
Inventario masculinidad-feminidad*	60	.8561
Inventario de Autoestima**	25	.8731
Locus de control***	29	.5973

*Lara (1993); **Lara (1993); ***Rotter (1966).

6.11 Procedimiento

1. Las mujeres se seleccionaron y se integraron a las muestras después de haber sido aceptadas como pacientes del INPer, y después del estudio socioeconómico realizado en el servicio de Trabajo Social, y antes de cualquier intervención médica.

2. La población de hombres fue capturada de los esposos de las pacientes que fueron aceptadas en el Instituto, pero su captura fue independiente de la de las pacientes; fue requisito que no fueran parejas de las mujeres seleccionadas.

3. La aplicación de los instrumentos y de las historias clínicas se realizó en una sola sesión, ya que la secuencia de éstos así lo requiere; la duración de la aplicación del cuestionario de sexualidad y de los instrumentos fue de una hora y media aproximadamente, los instrumentos se cambiaron de orden con frecuencia para hacer contrabalanceo.

4. La captura de los participantes duró aproximadamente dos años, primero se realizó la de los hombres y posteriormente la de las mujeres. La invitación a participar se realizó en el área de consulta externa de la Institución, en el momento en el que había sido aceptada la mujer como paciente del Instituto, si aceptaban participar se les daba la carta de consentimiento informado para proceder a la realización de los cuestionarios y las aplicaciones de los instrumentos.

5. Antes de la captura formal se realizaron pruebas piloto, se aplicaron 20 baterías a los participantes femeninos y 20 más a los participantes masculinos, que no formaron parte de la muestra, con el propósito de observar el procedimiento, corregir errores y ver qué dificultades surgen durante la aplicación. Esta prueba piloto duró aproximadamente un mes. Posteriormente se dio inicio a la captura de la muestra.

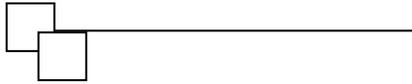
6. La realización de toda la investigación, se llevó un tiempo aproximado de tres años.

6.12 Requerimientos éticos

En cuanto a los requerimientos éticos, el procedimiento es el siguiente: Después de haber sido aprobado el protocolo de investigación por la institución por el comité de investigación, se envía al Comité de Ética, el cual, después de aprobarlo y de determinar el tipo de riesgo dio los requerimientos para elaborar la carta de consentimiento informado, la cual se diseñó con los requerimientos institucionales,

cada participante debió firmar con dos testigos, señalando que su participación es independiente de su atención institucional y con la libertad de retirarse de la investigación si así lo deseaba. Al finalizar la entrevista se les ofreció atención psicológica como un servicio especial de la institución (véase Anexo 6).

7. RESULTADOS PRIMERA FASE



En cuanto a la presentación de los resultados, ésta se realizará en siete secciones divididas en dos partes cada una, la primera con los resultados que se obtuvieron en el trabajo estadístico realizado entre los grupos de mujeres y en la segunda parte los resultados obtenidos entre los grupos de hombres, quedando conformados en ambas muestras como Grupo 1 el grupo que no presentó disfunciones sexuales y como Grupo 2 el grupo que presentó disfunciones sexuales tanto de mujeres como de hombres. Los resultados obtenidos se presentan con relación a cada uno de los objetivos.

1. Frecuencia de la presencia de disfunciones sexuales en el Grupo 2 tanto de mujeres como de hombres (primer objetivo específico).
2. Análisis descriptivo y análisis de comparación de los grupos uno sin disfunciones y otro con disfunciones sexuales tanto de mujeres como de hombres para ver si se encuentran diferencias significativas en los factores de personalidad estudiados que son: papel de género en sus cuatro dimensiones (masculino, femenino, machismo y sumisión), autoestima (alta, media, baja), y locus de control (interno o externo), lo cual se realizó con la prueba t de Student.
3. Análisis descriptivo y análisis de comparación de los grupos uno sin disfunciones y otro con disfunciones sexuales tanto de mujeres como de hombres para ver si se encuentran diferencias significativas en los antecedentes sexuales estudiados que son: experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales, con la prueba no paramétrica chi cuadrada. Los puntos 2 y 3 corresponden al segundo objetivo específico.

4. Se realizaron los análisis de las diferencias entre cada disfunción sexual con los factores de personalidad estudiados con la prueba t de Student (tercer objetivo específico).
5. Se llevó a cabo el análisis de la relación entre cada disfunción sexual y los antecedentes sexuales estudiados, lo cual se realizó con la prueba chi cuadrada. Tabla de contingencia (cuarto objetivo específico).
6. Relación de cada una de las disfunciones sexuales y los factores de personalidad con el coeficiente ETA y una V de Cramér para los antecedentes sexuales (quinto objetivo específico).
7. Análisis para ver la combinación de los factores. Lo cual se realizó con un análisis discriminante para los factores de personalidad y los antecedentes sexuales y así generar el perfil explicativo de cada una de las disfunciones sexuales (sexto objetivo específico).

7.1 Frecuencia de la presencia de disfunciones sexuales tanto de mujeres como de hombres

Mujeres

Las disfunciones femeninas estudiadas son las clasificadas en el DSM-IV-TR (2000), contemplando seis tipos diferentes, la muestra de mujeres con disfunciones sexuales fue de 100 participantes las cuales tuvieron un total de 182 disfunciones, o sea un promedio de 1.82 disfunciones por mujer de las cuales 52 participantes tuvieron una disfunción sexual, 25 presentaron dos disfunciones sexuales, 14 tuvieron tres, 7 cuatro y 2 cinco, siendo las más frecuentes deseo sexual hipoactivo y trastorno del orgasmo, y la menos frecuente aversión al sexo (véase tabla 7.1).

Tabla 7.1 Disfunciones sexuales en mujeres n=100

Deseo sexual hipoactivo	58
Aversión al sexo	4
Trastorno de la excitación	32
Trastorno del orgasmo	42
Dispareunia	33
Vaginismo	13

Hombres

Las disfunciones masculinas estudiadas son las clasificadas en el DSM-IV-TR (2000), contemplando cinco tipos diferentes, la muestra de hombres con disfunciones sexuales fue de 100 participantes los cuales tuvieron un total de 157 disfunciones, o sea un promedio de 1.57 disfunciones por hombre de los cuales 56 tuvieron una disfunción sexual, 33 presentaron dos disfunciones sexuales, 10 tuvieron tres, y 1 cinco, siendo las más frecuentes deseo sexual hipoactivo y eyaculación precoz, y la menos frecuente aversión al sexo (véase tabla 7.2).

Tabla 7.2 Disfunciones sexuales en hombres n=100

Deseo sexual hipoactivo	55
Aversión al sexo	5
Trastorno de la erección	34
Trastorno del orgasmo	15
Eyaculación precoz	48

7.2 Descripción y análisis de comparación de grupos y los factores de personalidad estudiados

En relación a los factores de personalidad estudiados éstos se dividieron en: papel de género en sus cuatro dimensiones (masculinidad, feminidad, machismo y sumisión), autoestima (alto, promedio y bajo) y locus de control (interno y externo), de las cuales, para su descripción se utilizaron medidas de tendencia central y para ver si se encuentran diferencias significativas en los factores de personalidad estudiados se realizó una prueba t de Student. Los puntos de corte obtenidos se establecieron basándose en los criterios que marca cada instrumento. Se presentan primero los resultados de las mujeres y posteriormente los de los hombres.

a) Papel de género

En relación al papel de género los puntos de corte del instrumento fueron tomados de Lara (1993), refiriendo que tanto mujeres como hombres pueden tener una u otra orientación los cuales tienen los siguientes rasgos:

Masculino: Son las conductas denominadas instrumentales, las que están dirigidas a una acción u oficio, como las que tienen que ver con la autoprotección, orientadas a metas, agresividad, búsqueda de dominio, autoafirmación reflexión, razón respeto por el orden, abstracción y objetividad.

Femenino: Son las características llamadas de relación, así de la necesidad de involucrarse con los demás, más que con las ideas, están encaminadas hacia los sentimientos y la abstracción; hay pasividad, docilidad, expresividad, deseo de dar protección, orientadas(os) a la crianza.

Machismo: Se describe como el culto a la virilidad, lo cual se traduce en una exagerada agresividad, arrogancia y agresión sexual, además de la necesidad de tener siempre la razón, e incluso llegar al extremo de considerar las opiniones divergentes como una declaración de enemistad.

Sumisión: Se describe como una necesidad exagerada de mostrar una gran fuerza espiritual con actitudes de abnegación y capacidad para soportar el sufrimiento, el cual exhibe, dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez.

b) Autoestima

En relación a la autoestima los puntos de corte del instrumento fueron tomados de Lara (1993), la definición de Coopersmith (1967) es que la autoestima es el juicio de valía que se expresa en las actitudes que el individuo tiene de sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta.

c) Locus de control

En relación al locus de control Rotter (1966) señala que es cuando un esfuerzo es percibido por un individuo como no contingente a alguna acción suya, en nuestra cultura, típicamente se percibe esto como resultado de la suerte, el destino, el control de otros poderosos, o como impredecible por causa de la gran complejidad de las fuerzas que lo rodean; a ello se le identifica con una creencia en el control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su conducta o a sus

características relativamente permanentes, se le denomina creencia en el control interno (Rotter, 1966).

Mujeres

Inventario de Masculinidad-Feminidad IMAFE (Lara, 1993)

Se presentan los resultados obtenidos en esta escala y sus cuatro dimensiones, estableciendo que, puntajes de 2 a 3 están por debajo de las características de la escala y de 4 a 5 están por arriba o sea las características que señala la escala están presentes.

La comparación entre el grupo de mujeres sin disfunciones sexuales y el grupo de mujeres con disfunciones sexuales muestra que de las cuatro dimensiones que estudia la escala, en masculinidad y en sumisión se encontraron diferencias significativas por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, en masculinidad se observa un nivel mayor en el grupo que no presenta disfunciones sexuales, sin embargo los dos grupos se encuentran por debajo del punto de corte, sin embargo el grupo que no presenta disfunciones sexuales presenta características señaladas por la escala como masculinas, en cambio el grupo que presenta disfunciones sexuales está todavía más alejado del punto de corte, abajo de las características que corresponden a las definidas en esta escala como masculinas. En cuanto a sumisión los dos grupos están por debajo del punto de corte, no alcanzando el puntaje que corresponde a tener las características que marca la escala como sumisión, sin embargo en las diferencias significativas hay un puntaje más alto en el grupo con disfunciones sexuales (véase tabla 7.3).

Inventario de Autoestima de Coopersmith (Lara, 1993)

En relación a la descripción de la variable autoestima el punto de corte que marca el instrumento: $X = 17 \pm 5$ puntos, con tres intervalos, estableciendo que 12 puntos o menos corresponde a un nivel de autoestima baja, 13 a 17 un nivel promedio, y de 18 a 23 puntos una autoestima alta (Lara, 1993) inventario que consta de 25 reactivos. Los resultados obtenidos en las dos muestras fueron los siguientes:

En la comparación de los grupos de mujeres se encontraron diferencias significativas por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna observando una autoestima alta en el grupo que no presenta disfunciones sexuales a diferencia del grupo que presenta disfunciones sexuales donde el resultado señala una autoestima promedio (véase tabla 7.3).

Escala de Locus de control interno-externo (Rotter, 1966)

Escala diseñada para medir unidimensional y bipolar internalidad y externalidad los cuales representan los polos del constructo. En cuanto a la variable locus de control el punto de corte del instrumento se califica otorgando 11 puntos o menos para locus de control interno, y 12 puntos o más en el caso del locus de control externo (Rotter, 1966).

Se presentan los resultados obtenidos en la Escala de locus de control con sus dos constructos.

En relación a la comparación de los grupos de mujeres se encontraron diferencias significativas por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, sin embargo los dos puntajes muestran un locus de control interno aunque el grupo de mujeres que presenta disfunciones sexuales está muy cerca del punto de corte (véase tabla 7.3).

Tabla 7.3 Descripción de los factores de la personalidad Grupo Mujeres

Factores de la personalidad	Punto de corte Lara(1993) Media DS	Grupo 1 sin disfunción sexual n=100 Media DS	Grupo 2 con disfunción sexual n=100 Media DS	Valor t	Sig.
Masculinidad	4.69 ±.97	4.22 ± 1.07	3.85 ± 1.04	2.523	.012**
Feminidad	5.23 ±1.02	5.05 ± 1.10	4.92 ± 1.14	.843	.400
Machismo	3.05 ± .86	2.55 ± .80	2.76 ± .92	-1.725	.086
Sumisión	2.96 ± .73	2.44 ± .695	2.92 ± .78	-4.556	.000***
Autoestima	17 ± 5	18.76 ± 4.8	14.63 ± 5.6	5.561	.000***
Locus de control		9.24 ± 3.17	10.04 ± 2.56	-1.961	.051*

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Hombres

Inventario de Masculinidad-Feminidad IMAFE (Lara, 1993)

En relación a la comparación de los grupos de hombres estas muestran diferencias significativas en las escalas de masculinidad, feminidad y sumisión, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna observando que en las dos primeras dimensiones el puntaje es más alto en el grupo sin disfunciones sexuales incluso más alto que el punto de corte, presentando características definidas por la escala como masculinas y femeninas, en cambio en sumisión el puntaje más alto se observa en el grupo que presenta disfunciones sexuales, sin embargo ambos grupos están por debajo del punto corte sin alcanzar las características marcadas como sumisas, aunque hay una mayor tendencia a presentarlas en el grupo con disfunciones sexuales (véase tabla 7.4).

Tabla 7.4 Descripción de los factores de la personalidad Grupo Hombres

Factores de personalidad	Punto de corte Lara(1993) Media DS	Grupo 1 sin disfunción sexual n=100 Media DS	Grupo 2 con disfunción sexual n=100 Media DS	Valor t	Sig.
Masculinidad	4.74 ±.96	4.98 ± .81	4.51 ± 1.08	3.459	.001**
Feminidad	4.74 ±1.13	5.18 ± .87	4.75 ± 1.03	3.193	.002**
Machismo	3.25 ± .88	3.11 ± .96	3.10 ± .98	.093	.926
Sumisión	2.79 ± .72	2.38 ± .73	2.66 ± .78	-2.568	.001**
Autoestima	17 ± 5	20.33 ± 3.51	17.33 ± 5.1	4.824	.000***
Locus de control		8.16 ± 2.96	8.03 ± 3.06	.305	.761

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Inventario de Autoestima de Coopersmith (Lara, 1993)

En relación a la comparación de los grupos de hombres se encontraron diferencias significativas por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, observando una autoestima alta en el grupo que no presenta disfunciones sexuales a diferencia del grupo que presenta disfunciones sexuales donde el resultado señala una autoestima promedio (véase tabla 7.4).

Escala de Locus de control interno-externo (Rotter, 1966)

En relación a la comparación de los grupos de hombres no se encontraron diferencias significativas por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, encontrando en los dos grupos un locus de control interno (véase tabla 7.4).

7.3 Descripción y análisis de comparación de grupos de los antecedentes sexuales estudiados

En relación a los antecedentes sexuales estudiados se presenta el análisis descriptivo y el análisis de comparación de los grupos, uno sin disfunciones y otro con disfunciones sexuales tanto de mujeres como de hombres para ver si se encuentran diferencias significativas y éstos son: experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales, y se realizó con la prueba no paramétrica chi cuadrada.

Mujeres

a) Experiencia sexual infantil traumática

Entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de una experiencia infantil traumática por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, lo que sugiere que esta variable no interviene significativamente en la presencia de disfunciones sexuales en la vida adulta de las mujeres (tabla 7.5).

Tabla 7.5 Experiencia sexual infantil traumática mujeres

Experiencia sexual infantil traumática	Grupo 1 sin disfunción sexual n=100	Grupo 2 con disfunción sexual n=100	X²	p
Sí presentó	15	25	3.125	.078 NS
No presentó	85	75		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

b) Información sexual

Los resultados indican que entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de la variable información sexual por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna lo que sugiere que el no haber recibido información sexual interviene significativamente en la presencia de disfunciones sexuales en las mujeres (tabla 7.6).

Tabla 7.6 Información sexual mujeres

Información sexual	Grupo 1 sin disfunción sexual n=100	Grupo 2 con disfunción sexual n=100	X ²	p
Sí recibió	56	41	4.504	.034*
No recibió	44	59		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

c) Temores a la sexualidad

Los resultados indican que entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de la variable temores a la sexualidad por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna lo que sugiere que el tener temores a la sexualidad interviene significativamente en la presencia de disfunciones sexuales en las mujeres (tabla 7.7).

Tabla 7.7 Temores a la sexualidad mujeres

Temores a la sexualidad	Grupo 1 sin disfunción sexual n=100	Grupo 2 con disfunción sexual n=100	X ²	p
Sí presentó	12	25	5.604	.018**
No presentó	88	75		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

d) Masturbación

Los resultados indican que entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no

de la variable masturbación por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna lo que sugiere que el haber practicado o no la masturbación no interviene significativamente en la presencia de disfunciones sexuales en las mujeres, observando que existe un mayor número de mujeres que refieren haber practicado la masturbación en el grupo con disfunciones sexuales (tabla 7.8).

Tabla 7.8 Masturbación mujeres

Masturbación	Grupo 1 sin disfunción sexual n=100	Grupo 2 con disfunción sexual n=100	X ²	P
Sí practicó	12	19	1.871	.172
No practicó	88	81		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

e) Problemas conyugales

Los resultados indican que entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de la variable problemas conyugales por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna lo que sugiere que el tener problemas conyugales interviene significativamente en la presencia de disfunciones sexuales en las mujeres (tabla 7.9).

Tabla 7.9 Problemas conyugales mujeres

Problemas conyugales	Grupo 1 sin disfunción sexual n=100	Grupo 2 con disfunción sexual n=100	X ²	p
Sí presenta	15	42	17.887	.000***
No presenta	85	58		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Hombres

a) Experiencia sexual infantil traumática

En relación a los resultados en los grupos de hombres estos indican que entre los hombres sin disfunción sexual y los hombres con disfunción sexual existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de una experiencia infantil

traumática por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, lo que sugiere que esta variable si interviene significativamente en la presencia de disfunciones sexuales en la vida adulta de los hombres (tabla 7.10).

Tabla 7.10 Experiencia sexual infantil traumática hombres

Experiencia sexual infantil traumática	Grupo 1 sin disfunción sexual n=100	Grupo 2 con disfunción sexual n=100	X ²	p
Sí presentó	3	13	6.793	.009***
No presentó	97	87		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

b) Información sexual

Los resultados indican que entre hombres sin disfunción sexual y hombres con disfunción sexual no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no a haber recibido información sexual por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, lo que sugiere que la información sexual no interviene significativamente en la presencia de disfunciones sexuales en los hombres (tabla 7.11).

Tabla 7.11 Información sexual hombres

Información sexual	Grupo 1 sin disfunción sexual n=100	Grupo 2 con disfunción sexual n=100	X ²	p
Sí recibió	72	68	.381	.538
No recibió	28	32		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

c) Temores a la sexualidad

Los resultados indican que entre hombres sin disfunción sexual y hombres con disfunción sexual no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de la variable temores a la sexualidad por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna lo que sugiere que el tener temores a la sexualidad no interviene significativamente en la presencia de disfunciones sexuales en los hombres (tabla 7.12).

Tabla 7.12 Temores a la sexualidad hombres

Temores a la sexualidad	Grupo 1 sin disfunción sexual n=100	Grupo 2 con disfunción sexual n=100	X ²	P
Sí presenta	18	29	3.365	.067
No presenta	82	71		NS

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

d) Masturbación

Los resultados indican que entre hombres sin disfunción sexual y hombres con disfunción sexual no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de la variable masturbación por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna lo que sugiere que el haber practicado o no la masturbación no interviene significativamente en la presencia de disfunciones sexuales en los hombres, observando, sin embargo, que existe un mayor número de hombres que refieren haber practicado la masturbación en el grupo con disfunciones sexuales (tabla 7.13).

Tabla 7.13 Masturbación hombres

Masturbación	Grupo 1 sin disfunción sexual n=100	Grupo 2 con disfunción sexual n=100	X ²	p
Sí practicó	74	84	3.014	.083
No practicó	26	16		NS

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

e) Problemas conyugales

Los resultados indican que entre hombres sin disfunción sexual y hombres con disfunción sexual existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de la variable problemas conyugales por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna lo que sugiere que el tener problemas conyugales interviene significativamente en la presencia de disfunciones sexuales en los hombres (tabla 7.14).

Tabla 7.14 Problemas conyugales hombres

Problemas conyugales	Grupo 1 sin disfunción sexual n=100	Grupo 2 con disfunción sexual n=100	X ²	p
Sí presenta	11	35	16.262	.000***
No presenta	89	65		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

7.4 Análisis de las diferencias entre cada disfunción sexual y los factores de personalidad estudiados

Para este análisis se igualaron las muestras tomando aleatoriamente 50 casos de los grupos sin disfunciones sexuales para evitar que la gran diferencia entre un grupo y los demás pudieran sesgar los resultados, así se igualaron lo más posible las muestras, pues esto podría modificar los resultados.

Mujeres

En los resultados obtenidos mediante la prueba t de student se encuentra que las mujeres con **deseo sexual hipoactivo** presentan puntajes significativamente menores en la escala de masculinidad y autoestima y puntajes significativamente mayores en sumisión y locus de control que las mujeres que no presentan deseo sexual hipoactivo, en las escalas restantes no se encontraron diferencias significativas. Por lo que en estas escalas se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo anterior indica que las mujeres con **deseo sexual hipoactivo** presentan un decremento en el papel de género de masculinidad y una autoestima más baja, así como un papel de género con características que tienden a la sumisión, y un locus de control con tendencia a ser externo en comparación a las mujeres que no presentan esta disfunción (tabla 7.15).

En los resultados obtenidos mediante la prueba t de student se encuentra que las mujeres con **trastorno de la excitación** presentan puntajes significativamente menores en la escala de autoestima y puntajes significativamente mayores en machismo y sumisión que las mujeres que no presentan trastorno de la excitación, en las escalas restantes no se encontraron diferencias significativas. Por lo que en

estas escalas se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo anterior indica que las mujeres con **trastorno de la excitación** presentan una autoestima más baja, así como un papel de género con características que tienden a la sumisión y al machismo en comparación a las mujeres que no presentan esta disfunción (tabla 7.16).

Tabla 7.15 Factores de personalidad y deseo sexual hipoactivo. Grupo Mujeres

Factores de personalidad	Punto de corte Lara(1993) Media DS	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50 Media DS	Grupo 2 con deseo sexual hipoactivo n=58 Media DS	Valor t	Sig.
Masculinidad	4.74 ±.96	4.27 ± 1.10	3.84 ± 1.11	2.013	.047*
Feminidad	4.74 ±1.13	5.11 ± .99	4.73 ± 1.19	1.768	.080
Machismo	3.25 ± .88	2.52 ± .84	2.83 ± .98	-1.746	.084
Sumisión	2.79 ± .72	2.39 ± .66	2.97 ± .83	-4.000	.000***
Autoestima	17 ± 5	18.86 ± 4.58	13.59 ± 5.60	5.378	.000***
Locus de control		8.98 ± 3.33	10.12 ± 2.79	-1.933	.056*

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Tabla 7.16 Factores de personalidad y trastorno de la excitación. Grupo Mujeres

Factores de personalidad	Punto de corte Lara(1993) Media DS	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50 Media DS	Grupo 2 con trastorno de la excitación n=32 Media DS	Valor t	Sig.
Masculinidad	4.74 ±.96	4.18 ± 1.05	4.04 ± 1.00	.614	.541
Feminidad	4.74 ±1.13	4.97 ± 1.18	4.69 ± 1.01	1.077	.285
Machismo	3.25 ± .88	2.62 ± .75	3.18 ± .83	-3.131	.002**
Sumisión	2.79 ± .72	2.48 ± .66	3.03 ± .85	-3.262	.002**
Autoestima	17 ± 5	18.52 ± 5.34	13.63 ± 5.17	4.095	.000***
Locus de control		9.26 ± 3.16	9.66 ± 2.71	-.584	.561

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

En los resultados obtenidos mediante la prueba t de student se encuentra que las mujeres con **trastorno del orgasmo** presentan puntajes significativamente menores en la escala de masculinidad y autoestima y puntajes significativamente mayores en sumisión que las mujeres que no presentan trastorno del orgasmo, en las escalas restantes no se encontraron diferencias significativas. Por lo que en estas escalas se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo anterior indica que las

mujeres con **trastorno del orgasmo** presentan un decremento en el papel de género de masculinidad y una autoestima más baja, así como un papel de género con características que tienden a la sumisión en comparación a las mujeres que no presentan esta disfunción (tabla 7.17).

Tabla 7.17 Factores de personalidad y trastorno del orgasmo. Grupo Mujeres

Factores de la personalidad	Punto de corte Lara(1993) Media DS	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50 Media DS	Grupo 2 con trastorno del orgasmo n=42 Media DS	Valor t	Sig.
Masculinidad	4.74 ±.96	4.18 ± 1.05	3.59 ± 1.01	2.702	.008**
Feminidad	4.74 ±1.13	4.97 ± 1.18	4.76 ± 1.23	.825	.411
Machismo	3.25 ± .88	2.62 ± .75	2.69 ± .95	-.367	.714
Sumisión	2.79 ± .72	2.48 ± .66	2.91 ± .86	-2.664	.009**
Autoestima	17 ± 5	18.52 ± 5.34	13.98 ± 5.33	4.064	.000***
Locus de control		9.26 ± 3.16	10.24 ± 2.43	-1.637	.105

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

En los resultados obtenidos mediante la prueba t de student se encuentra que las mujeres con **dispareunia** presentan puntajes significativamente menores en la escala de masculinidad y autoestima y puntajes significativamente mayores en sumisión que las mujeres que no presentan dispareunia, en las escalas restantes no se encontraron diferencias significativas. Por lo que en estas escalas se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo anterior indica que las mujeres con **dispareunia** presentan un papel de género con pobres características de masculinidad y una autoestima más baja, así como un papel de género con características que tienden a la sumisión en comparación a las mujeres que no presentan esta disfunción (tabla 7.18).

En los resultados obtenidos mediante la prueba t de student se encuentra que las mujeres con **vaginismo** presentan puntajes significativamente menores en autoestima y puntajes significativamente mayores en sumisión que las mujeres que no presentan vaginismo, en las escalas restantes no se encontraron diferencias significativas. Por lo que en estas escalas se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo anterior indica que las mujeres con **vaginismo** presentan una autoestima media pero más baja, así como un papel de género con características

que tienden a la sumisión en comparación a las mujeres que no presentan esta disfunción (tabla 7.19).

Tabla 7.18 Factores de personalidad y dispareunia. Grupo Mujeres

Factores de la personalidad	Punto de corte Lara(1993) Media DS	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50 Media DS	Grupo 2 con dispareunia n=33 Media DS	Valor t	Sig.
Masculinidad	4.74 ±.96	4.18 ± 1.05	3.72 ± 1.00	1.998	.049*
Feminidad	4.74 ±1.13	4.97 ± 1.18	4.88 ± 1.15	.340	.735
Machismo	3.25 ± .88	2.62 ± .75	2.79 ± .911	-.914	.364
Sumisión	2.79 ± .72	2.48 ± .66	3.05 ± .789	-3.487	.001***
Autoestima	17 ± 5	18.52 ± 5.34	13.42 ± 5.70	4.139	.000***
Locus de control		9.26 ± 3.16	10.52 ± 2.60	-1.896	.062

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Tabla 7.19 Factores de personalidad y vaginismo. Grupo Mujeres

Factores de la personalidad	Punto de corte Lara(1993) Media DS	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50 Media DS	Grupo 2 con vaginismo n=13 Media DS	Valor t	Sig.
Masculinidad	4.74 ±.96	4.18 ± 1.05	3.80 ± 1.35	1.098	.276
Feminidad	4.74 ±1.13	4.97 ± 1.18	4.74 ± 1.18	.609	.545
Machismo	3.25 ± .88	2.62 ± .754	2.91 ± .825	-1.197	.236
Sumisión	2.79 ± .72	2.48 ± .66	3.25 ± 1.03	-3.250	.002**
Autoestima	17 ± 5	18.52 ± 5.34	14.62 ± 4.57	2.410	.019**
Locus de control		9.26 ± 3.16	10.31 ± 2.39	-1.112	.270

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Hombres

En los resultados obtenidos mediante la prueba t de student se encuentra que los hombres con **deseo sexual hipoactivo** presentan puntajes significativamente menores en la escala de masculinidad, feminidad y autoestima y puntajes significativamente mayores en sumisión que los hombres que no presentan deseo sexual hipoactivo, en las escalas restantes no se encontraron diferencias significativas. Por lo que en estas escalas se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo anterior indica que los hombres con **deseo sexual hipoactivo** presentan un papel de género en la escala de masculinidad y feminidad y una

autoestima más baja, así como un papel de género con características que tienden a la sumisión en comparación a los hombres que no presentan esta disfunción (tabla 7.20).

Tabla 7.20 Factores de personalidad y deseo sexual hipoactivo. Grupo Hombres

Factores de la personalidad	Punto de corte Lara(1993)		Grupo 1 sin disfunción sexual n=50		Grupo 2 con deseo sexual hipoactivo n=55		Valor t	Sig.
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
Masculinidad	4.74	±.96	5.10	± .774	4.53	± 1.07	3.120	.002**
Feminidad	4.74	±1.13	5.12	± .788	4.64	± 1.15	2.527	.013**
Machismo	3.25	± .88	3.20	± 1.02	3.11	± .896	.482	.631
Sumisión	2.79	± .72	2.30	± .682	2.67	± .841	-2.499	.014**
Autoestima	17	± 5	20.84	± 2.97	16.89	± 5.40	4.697	.000***
Locus de control			7.40	± 3.01	8.25	± 3.28	-1.385	.169

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

En los resultados obtenidos mediante la prueba t de student se encuentra que los hombres con **trastorno de la erección** presentan puntajes significativamente menores en las escalas de feminidad y autoestima que los hombres que no presentan trastorno de la erección, en las escalas restantes no se encontraron diferencias significativas. Por lo que en estas escalas se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo anterior indica que los hombres con **trastorno de la erección** presentan un papel de género en la escala de feminidad y una autoestima más baja, en comparación a los hombres que no presentan esta disfunción (tabla 7.21).

En los resultados obtenidos mediante la prueba t de student se encuentra que los hombres con **trastorno del orgasmo** presentan puntajes significativamente menores en las escalas de feminidad y autoestima que los hombres que no presentan trastorno del orgasmo, en las escalas restantes no se encontraron diferencias significativas. Por lo que en estas escalas se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo anterior indica que los hombres con **trastorno del orgasmo** presentan un papel de género en la escala de feminidad y una autoestima

más baja, en comparación a los hombres que no presentan esta disfunción (tabla 7.22).

Tabla 7.21 Factores de personalidad y trastorno de la erección. Grupo Hombres

Factores de la personalidad	Punto de corte Lara(1993)*	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50		Grupo 2 con trastorno de la erección n=34		Valor t	Sig.
	Media DS	Media DS	Media DS	Media DS			
Masculinidad	4.74 ±.96*	4.87 ± .851	4.54 ± .995	1.634	.106		
Feminidad	4.74 ±1.13*	5.24 ± .958	4.79 ± 1.08	2.016	.047*		
Machismo	3.25 ± .88*	3.03 ± .915	3.26 ± 1.17	-.996	.322		
Sumisión	2.79 ± .72*	2.47 ± .787	2.72 ± .727	-1.494	.139		
Autoestima	17 ± 5*	19.82 ± 3.95	16.68 ± 5.52	2.857	.006**		
Locus de control		8.92 ± 2.73	8.09 ± 3.17	1.280	.204		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Tabla 7.22 Factores de personalidad y trastorno del orgasmo. Grupo Hombres

Factores de la personalidad	Punto de corte Lara(1993)	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50		Grupo 2 con trastorno del orgasmo n=15		Valor t	Sig.
	Media DS	Media DS	Media DS	Media DS			
Masculinidad	4.74 ±.96	4.87 ± .851	4.52 ± 1.14	1.260	.212		
Feminidad	4.74 ±1.13	5.24 ± .958	4.53 ± 1.16	2.394	.020*		
Machismo	3.25 ± .88	3.03 ± .915	3.26 ± .959	-.846	.401		
Sumisión	2.79 ± .72	2.47 ± .787	2.90 ± 1.11	-1.680	.098		
Autoestima	17 ± 5	19.82 ± 3.95	16.07 ± 4.44	3.134	.003**		
Locus de control		8.92 ± 2.73	8.13 ± 3.11	.945	.348		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

En los resultados obtenidos mediante la prueba t de student se encuentra que los hombres con **eyaculación precoz** presentan puntajes significativamente menores en las escalas de masculinidad, feminidad y autoestima que los hombres que no presentan eyaculación precoz, en las escalas restantes no se encontraron diferencias significativas. Por lo que en estas escalas se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo anterior indica que los hombres con **eyaculación precoz** presentan un papel de género en la escala de masculinidad y feminidad y una autoestima más baja en comparación a los hombres que no presentan esta disfunción (tabla 7.23).

Tabla 7.23 Factores de personalidad y eyaculación precoz. Grupo Hombres

Factores de la personalidad	Punto de corte Lara(1993)	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50		Grupo 2 con eyaculación precoz n=48		Valor t	Sig.
	Media DS	Media DS	Media DS	Media DS			
Masculinidad	4.74 ±.96	4.87 ± .851	4.34 ± 1.12	2.630	.010**		
Feminidad	4.74 ±1.13	5.24 ± .958	4.62 ± 1.17	2.879	.005**		
Machismo	3.25 ± .88	3.03 ± .915	3.13 ± 1.01	-.543	.589		
Sumisión	2.79 ± .72	2.47 ± .787	2.66 ± .691	-1.295	.199		
Autoestima	17 ± 5	19.82 ± 3.95	16.52 ± 5.43	3.447	.001***		
Locus de control		8.92 ± 2.73	8.13 ± 3.04	1.360	.177		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

7.5 Análisis de las diferencias entre cada disfunción sexual y los antecedentes sexuales estudiados

Mujeres

Se realizaron los análisis para poder determinar si existen diferencias entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con cada una de las disfunciones sexuales estudiadas, los resultados obtenidos se presentan a continuación:

Entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con **deseo sexual hipoactivo** existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de una experiencia infantil traumática, temores a la sexualidad y problemas conyugales por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que sugiere que estas variables intervienen significativamente en la presencia de deseo sexual hipoactivo en la vida adulta de las mujeres y en cuanto a información sexual y masturbación no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de estas variables por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, lo que sugiere que estas variables no intervienen significativamente en la presencia de deseo sexual hipoactivo en la vida adulta de las mujeres (tabla 7.24).

Entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con **trastorno de la excitación** existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de temores a la sexualidad y problemas conyugales por lo que se acepta la hipótesis alterna y se

rechaza la hipótesis nula, lo que sugiere que estas variables intervienen significativamente en la presencia del trastorno de la excitación en la vida adulta de las mujeres y en cuanto a experiencia sexual infantil traumática, información sexual y masturbación no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de estas variables por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, lo que sugiere que estas variables no intervienen significativamente en la presencia del trastorno de la excitación en la vida adulta de las mujeres (tabla 7.25).

Entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con **trastorno del orgasmo** existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de temores a la sexualidad, información sexual y problemas conyugales por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que sugiere que estas variables intervienen significativamente en la presencia del **trastorno del orgasmo** en la vida adulta de las mujeres y en cuanto a la experiencia sexual infantil traumática y masturbación no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de estas variables por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, lo que sugiere que estas variables no intervienen significativamente en la presencia del trastorno del orgasmo en la vida adulta de las mujeres (tabla 7.26).

Tabla 7.24 Antecedentes y deseo sexual hipoactivo. Grupo mujeres

<i>Antecedentes</i>	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50	Grupo 2 con deseo sexual hipoactivo n=58	X ²	P
<i>Experiencia sexual infantil traumática</i>				
Sí presentó	8	18	3.321	.054*
No presentó	42	40		
<i>Información sexual</i>				
Sí recibió	25	25	.514	.562
No recibió	25	33		
<i>Temores a la sexualidad</i>				
Sí presentó	5	18	7.088	.009**
No presentó	45	40		
<i>Masturbación</i>				
Sí reportó	3	12	4.889	.087
No reportó	47	46		
<i>Problemas conyugales</i>				
Sí reportó	9	27	9.850	.002**
No reportó	41	31		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Tabla 7.25 Antecedentes y trastorno de la excitación. Grupo mujeres

<i>Antecedentes</i>	Grupo 1 Sin disfunción sexual n=50	Grupo 2 Con trastorno de la excitación n=32	X ²	P
<i>Experiencia sexual infantil traumática</i>				
Sí presentó	7	4	.038	.562
No presentó	43	28		
<i>Información sexual</i>				
Sí recibió	31	14	2.624	.118
No recibió	19	18		
<i>Temores a la sexualidad</i>				
Sí presentó	7	10	3.533	.056*
No presentó	43	22		
<i>Masturbación</i>				
Sí reportó	10	6	.089	.956
No reportó	40	26		
<i>Problemas conyugales</i>				
Sí reportó	5	19	22.97	.000***
No reportó	45	13		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Tabla 7.26 Antecedentes y trastorno del orgasmo. Grupo mujeres

<i>Antecedentes</i>	Grupo 1 Sin disfunción sexual n=50	Grupo 2 Con trastorno del orgasmo n=42	X ²	P
<i>Experiencia sexual infantil traumática</i>				
Sí presentó	7	10	1.458	.285
No presentó	43	32		
<i>Información sexual</i>				
Sí recibió	31	16	5.220	.036*
No recibió	19	26		
<i>Temores a la sexualidad</i>				
Sí presentó	7	13	3.856	.044*
No presentó	43	29		
<i>Masturbación</i>				
Sí reportó	10	7	.643	.725
No reportó	40	35		
<i>Problemas conyugales</i>				
Sí reportó	5	21	18.01	.000***
No reportó	45	21		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con **dispareunia** existen diferencias significativas en cuanto a la presencia de problemas conyugales por lo que se acepta

la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que sugiere que esta variable interviene significativamente en la presencia de dispareunia en la vida adulta de las mujeres y en cuanto a una experiencia infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad y masturbación no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de estas variables por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, lo que sugiere que estas variables no intervienen significativamente en la presencia de dispareunia en la vida adulta de las mujeres (tabla 7.27).

Tabla 7.27 Antecedentes y dispareunia. Grupo mujeres

<i>Antecedentes</i>	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50	Grupo 2 con dispareunia n=33	X ²	P
<i>Experiencia sexual infantil traumática</i>				
Sí presentó	7	6	.263	.759
No presentó	43	27		
<i>Información sexual</i>				
Sí recibió	31	14	3.069	.115
No recibió	19	19		
<i>Temores a la sexualidad</i>				
Sí presentó	7	9	2.251	.161
No presentó	43	24		
<i>Masturbación</i>				
Sí reportó	10	5	.813	.666
No reportó	40	28		
<i>Problemas conyugales</i>				
Sí reportó	5	16	15.57	.000***
No reportó	45	17		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con **vaginismo** existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de información sexual, temores a la sexualidad y problemas conyugales por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que sugiere que estas variables intervienen significativamente en la presencia de vaginismo en la vida adulta de las mujeres y en cuanto a una experiencia infantil traumática y masturbación no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de estas variables por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, lo que sugiere que estas variables no

intervienen significativamente en la presencia de vaginismo en la vida adulta de las mujeres (tabla 7.28).

Tabla 7.28 Antecedentes y vaginismo. Grupo mujeres

<i>Antecedentes</i>	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50	Grupo 2 con vaginismo n=13	X²	P
<i>Experiencia sexual infantil traumática</i>				
Sí presentó	7	2	.016	.599
No presentó	43	11		
<i>Información sexual</i>				
Sí recibió	31	3	6.292	.026*
No recibió	19	10		
<i>Temores a la sexualidad</i>				
Sí presentó	7	6	6.513	.019**
No presentó	43	7		
<i>Masturbación</i>				
Sí reportó	10	2	.201	.905
No reportó	40	11		
<i>Problemas conyugales</i>				
Sí reportó	5	5	6.259	.025*
No reportó	45	8		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Hombres

Entre hombres sin disfunción sexual y hombres con **deseo sexual hipoactivo** existen diferencias significativas en cuanto a la presencia de temores a la sexualidad y problemas conyugales, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que sugiere que estas variables intervienen significativamente en la presencia de deseo sexual hipoactivo en la vida adulta de los hombres y en cuanto a una experiencia infantil traumática, información sexual y masturbación no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de estas variables por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, lo que sugiere que estas variables no intervienen significativamente en la presencia de deseo sexual hipoactivo en la vida adulta de los hombres (tabla 7.29).

Tabla 7.29 Antecedentes y deseo sexual hipoactivo. Grupo hombres

<i>Antecedentes</i>	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50	Grupo 2 con deseo sexual hipoactivo n=55	X ²	P
<i>Experiencia sexual infantil traumática</i>				
Sí presentó	1	5	2.444	.208
No presentó	49	50		
<i>Información sexual</i>				
Sí recibió	33	40	.559	.527
No recibió	17	15		
<i>Temores a la sexualidad</i>				
Sí presentó	6	15	3.818	.056*
No presentó	44	40		
<i>Masturbación</i>				
Sí reportó	38	48	2.246	.204
No reportó	12	7		
<i>Problemas conyugales</i>				
Sí reportó	4	18	9.669	.002**
No reportó	46	37		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Entre hombres sin disfunción sexual y hombres con **trastorno de la erección** existen diferencias significativas en cuanto a la presencia de problemas conyugales, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que sugiere que esta variable interviene significativamente en la presencia de trastorno de la erección en la vida adulta de los hombres y en cuanto a una experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad y masturbación no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de estas variables por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, lo que sugiere que estas variables no intervienen significativamente en la presencia de trastorno de la erección en la vida adulta de los hombres (tabla 7.30).

Tabla 7.30 Antecedentes y trastorno de la erección. Grupo hombres

<i>Antecedentes</i>	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50	Grupo 2 con trastorno de la erección n=34	X ²	P
<i>Experiencia sexual infantil traumática</i>				
Sí presentó	2	5	3.037	.113
No presentó	48	29		
<i>Información sexual</i>				
Sí recibió	39	26	.027	.536
No recibió	11	8		
<i>Temores a la sexualidad</i>				
Sí presentó	12	14	2.794	.148
No presentó	38	20		
<i>Masturbación</i>				
Sí reportó	36	26	.209	.801
No reportó	14	8		
<i>Problemas conyugales</i>				
Sí reportó	7	11	4.049	.042*
No reportó	43	23		

*p≤.05 **p≤.01***p≤.001

Entre hombres sin disfunción sexual y hombres con **trastorno del orgasmo** existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de una experiencia infantil traumática, masturbación y problemas conyugales, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que sugiere que estas variables intervienen significativamente en la presencia de trastorno del orgasmo en la vida adulta de los hombres y en cuanto a información sexual y temores a la sexualidad no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de estas variables por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, lo que sugiere que estas variables no intervienen significativamente en la presencia de trastorno del orgasmo en la vida adulta de los hombres (tabla 7.31).

Entre hombres sin disfunción sexual y hombres con **eyaculación precoz** existen diferencias significativas en cuanto a la presencia de problemas conyugales, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que sugiere que esta variable interviene significativamente en la presencia de eyaculación precoz en la vida adulta de los hombres y en cuanto a una experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad y masturbación no existen

diferencias significativas en cuanto a la presencia o no de estas variables por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, lo que sugiere que estas variables no intervienen significativamente en la presencia de eyaculación precoz en la vida adulta de los hombres (tabla 7.32).

Tabla 7.31 Antecedentes y trastorno del orgasmo. Grupo hombres

<i>Antecedentes</i>	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50	Grupo 2 con trastorno del orgasmo n=15	X ²	P
<i>Experiencia sexual infantil traumática</i>				
Sí presentó	2	4	7.075	.022*
No presentó	48	11		
<i>Información sexual</i>				
Sí recibió	39	11	.142	.734
No recibió	11	4		
<i>Temores a la sexualidad</i>				
Sí presentó	12	5	.520	.512
No presentó	38	10		
<i>Masturbación</i>				
Sí reportó	36	15	5.353	.028*
No reportó	14	0		
<i>Problemas conyugales</i>				
Sí reportó	7	9	13.15	.001***
No reportó	43	6		

*p≤.05 **p≤.01 ***p≤.001

Tabla 7.32 Antecedentes y eyaculación precoz. Grupo hombres

<i>Antecedentes</i>	Grupo 1 sin disfunción sexual n=50	Grupo 2 con eyaculación precoz n=48	X ²	P
<i>Experiencia sexual infantil traumática</i>				
Sí presentó	2	7	3.289	.088
No presentó	48	41		
<i>Información sexual</i>				
Sí recibió	39	31	2.160	.181
No recibió	11	17		
<i>Temores a la sexualidad</i>				
Sí presentó	12	14	.335	.649
No presentó	38	34		
<i>Masturbación</i>				
Sí reportó	36	35	.010	.550
No reportó	14	13		
<i>Problemas conyugales</i>				
Sí reportó	7	18	7.117	.010**
No reportó	43	30		

*p≤.05 **p≤.01 ***p≤.001

*El reporte de aversión al sexo se omitió porque solo se presentaron 4 casos en el grupo de mujeres y 5 casos en el grupo de hombres, en la discusión se hará el análisis correspondiente.

7.6 Relaciones de cada una de las disfunciones sexuales y los factores psicológicos y los antecedentes sexuales

Factores de personalidad

Mujeres

En estos resultados, para los que se utilizó el coeficiente ETA, se encontró una relación positiva entre las mujeres con **deseo sexual hipoactivo** y las características de sumisión (.35), y una relación negativa en masculinidad (-.19) y autoestima (-.45), o sea se incrementan las características de sumisión y se decrementan las de masculinidad y la autoestima. Así se encuentra que la relación negativa más alta se encuentra en autoestima seguida de la relación positiva de las características de sumisión, el locus de control no se encontró relación significativa. En cuanto al **trastorno de la excitación** se observa una relación en las características de machismo (.33), en las características de sumisión (.34), y una relación negativa en los niveles de autoestima (-.41), o sea que se incrementan las características de machismo y sumisión y se decrementan las de autoestima. En cuanto al **trastorno de orgasmo** se encontró una relación positiva en las características de sumisión (.27), y una relación negativa en las características de masculinidad (-.27) y en los niveles de autoestima (-.39), o sea se incrementan las características de sumisión y se decrementan las de masculinidad y la autoestima. En relación a **dispareunia** se encuentra una relación positiva en las características de sumisión (.36), y una relación negativa en las características de masculinidad (-.21) y en los niveles de autoestima (-.41), o sea se incrementan las características de sumisión se decrementan las características de masculinidad y autoestima. Así se encuentra una relación negativa, la más alta, en autoestima. En **vaginismo** se encuentra una relación positiva en las características de sumisión (.38) y una relación negativa en los niveles de autoestima (-.29), o sea se incrementan las características de sumisión y se decrementan las características de autoestima (tabla 7.33). Se puede observar

que en todas las disfunciones sexuales femeninas está presente la relación positiva con las características de sumisión y la relación negativa con los niveles de autoestima.

Tabla 7.33 Relaciones entre los factores de personalidad y cada una de las disfunciones sexuales femeninas

Factores de la personalidad	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de la excitación	Trastorno del orgasmo	Dispareunia	Vaginismo
Masculinidad	-.192*		-.274**	-.217*	
Feminidad					
Machismo		.330**			
Sumisión	.357**	.343**	.270**	.361**	.384**
Autoestima	-.458**	-.416**	-.394**	-.418**	-.295*
Locus de control					

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Hombres

En estos resultados, para los que se utilizó el coeficiente ETA, se obtuvieron relaciones significativas, tanto positivas como negativas; se observa que en los hombres con **deseo sexual hipoactivo** hay una relación positiva en las características de sumisión (.23) y una relación negativa en las características de masculinidad (-.29), en las características de feminidad (-.23) y en los niveles de autoestima (-.41) o sea, se incrementan las características de sumisión y se decrementan las de masculinidad, las de feminidad y las de autoestima. En el **trastorno de la erección**, se encontró una relación negativa en las características de feminidad (-.21) y los niveles de autoestima (-.31) o sea, se decrementan las características de feminidad y las de autoestima. En el **trastorno del orgasmo** se encuentra una relación negativa en las características de feminidad (-.28) y en los niveles de autoestima (-.36) o sea, se decrementan las características de feminidad y autoestima. En **eyaculación precoz** se encuentra una relación negativa en las características de masculinidad (-.26) en las características de feminidad (-.28) y en los niveles de autoestima (-.33) o sea,

se decrementan las características de masculinidad, feminidad y autoestima (tabla 7.34).

Tabla 7.34 Relaciones entre los factores de personalidad y cada una de las disfunciones sexuales masculinas

Factores de la personalidad	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de la erección	Trastorno del orgasmo	Eyacuación precoz
Masculinidad	-.290**			-.261**
Feminidad	-.238**	-.217*	-.289*	-.282**
Machismo				
Sumisión	.239*			
Autoestima	-.411**	-.318**	-.367**	-.332**
Locus de control				

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Antecedentes sexuales

Mujeres

En cuanto a las relaciones de cada una de las disfunciones sexuales femeninas y los antecedentes sexuales en donde se encontró significancia en la prueba chi cuadrada, se utilizó la prueba V de Cramér, para ver la fuerza de la relación. Se encontró que en **deseo sexual hipoactivo** y experiencia sexual infantil traumática hay una relación que aunque significativa es débil de .17; en temores a la sexualidad se encontró una relación de .25 y en problemas conyugales de .30 que es la que tiene la relación más fuerte. En cuanto a **trastorno de la excitación** y los temores a la sexualidad la relación es de .20 y de los problemas conyugales es de .52. El **trastorno del orgasmo** y la información sexual la relación es de -.23, en temores a la sexualidad con un relación de .20, y en problemas conyugales de .44. En **dispareunia** y problemas conyugales la relación es de .43. En **vaginismo** e información sexual la relación es de -.31, en temores a la sexualidad la relación es de .32 y en problemas conyugales de .31 (tabla 7.35).

Hombres

En cuanto a las relaciones de cada una de las disfunciones sexuales masculinas y los antecedentes sexuales, se encontró que en **deseo sexual hipoactivo** y temores a la sexualidad hay una relación que aunque significativa es débil de .19 y en problemas conyugales de .30 que es la que tiene la relación más fuerte. En cuanto a **trastorno de la erección** y problemas conyugales la relación es de .22. En **trastorno del orgasmo** y la experiencia sexual infantil traumática la relación es de .33, en masturbación la relación es de .28 y en problemas conyugales es de .45. En **eyaculación precoz** y problemas conyugales la relación es de .26 (tabla 7.36).

Tabla 7.35 Relación entre los antecedentes sexuales y cada una de las disfunciones sexuales femeninas

Antecedentes sexuales	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de la excitación	Trastorno del orgasmo	Dispareunia	Vaginismo
Experiencia sexual infantil traumática	.175*				
Información sexual			-.238*		-.316*
Temores a la sexualidad	.256**	.208*	.205*		.322**
Masturbación					
Problemas conyugales	.302**	.529***	.442***	.433***	.315*

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Tabla 7.36 Relación entre los antecedentes sexuales y cada una de las disfunciones sexuales masculinas

Antecedentes sexuales	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de la erección	Trastorno del orgasmo	Eyaculación precoz
Experiencia sexual infantil Masculinidad			.330***	
Información sexual				
Temores a la sexualidad	.191*			
Masturbación			.287*	
Problemas conyugales	.303**	.220*	.450***	.269**

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

7.7 Análisis para ver la combinación de los factores y generar los perfiles predictivos

Con la finalidad de proponer los perfiles teóricos, uno por cada disfunción sexual femenina y masculina, y observar la relación de cada una de las disfunciones sexuales, los factores de personalidad y los antecedentes sexuales propuestos para el estudio y su combinación se realizó un análisis discriminante tanto del grupo de mujeres como del grupo de hombres. El análisis discriminante es una prueba para obtener funciones lineales de las variables independientes, denominadas funciones discriminantes, que permitan clasificar a los individuos en una de las subpoblaciones o grupos establecidos por los valores de la variable dependientes (Ferrán, 2000). Tal función discrimina en forma máxima a los miembros del grupo: nos dice a qué grupo es probable que pertenezca cada miembro, la función discriminante da la mejor predicción (Kerlinger, 1992).

El último procedimiento realizado y después de haber aislado variables, primero con la comparación por grupo, segundo con la comparación de grupos por disfunción y, tercero, para ver la relación, se realizó un análisis discriminante para obtener cuáles variables se discriminaban en cada una de las disfunciones sexuales y así obtener los perfiles.

Cada uno de los grupos estuvieron divididos en dos, el grupo 1 sin disfunciones sexuales y el grupo 2 de cada una de las disfunciones sexuales.

Se incluyeron todas las variables que se aislaron, que tuvieron relación, en los procedimientos anteriores, incluidas, en el discriminante las variables cualitativas (antecedentes), después de haber sido recodificadas por valores numéricos, para hacer el análisis. Se recodificaron a valores 0 y 1, el valor uno indica la presencia de la cualidad correspondiente (cada una de las disfunciones sexuales), y el 0 la ausencia de la cualidad (sin disfunciones sexuales) y en consecuencia la presencia de la otra, esta es la condición para poder entrar en el análisis (Ferrán, 2000).

Mujeres

Deseo sexual hipoactivo: Las variables contempladas son: masculinidad, sumisión, autoestima, experiencia infantil traumática, temores a la sexualidad y problemas conyugales.

Se obtuvo una función canónica discriminante que explica el 100% de la varianza, con una significancia de $p=.000$, todas las variables fueron discriminadas por la función (tabla 7.37).

Tabla 7.37 Funciones canónicas discriminantes

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica	Prueba de la función	Lambda de Wilks	Chi ²	gl	Sig
1	.368	100	100	.519	1	.731	32.2	6	.000

La matriz de estructura con las variables que intervienen en la explicación del deseo sexual hipoactivo (tabla 7.38).

Tabla 7.38 Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Autoestima	-.848
Sumisión	.630
Problemas conyugales	.522
Temores a la sexualidad	.437
Masculinidad	-.322
Experiencia infantil sexual traumática	.294

La función de los centroides de los grupos (tabla 7.39).

Tabla 7.39 Funciones en los centroides de los grupos

Deseo sexual hipoactivo	Función 1
No lo presenta	-.647
Sí lo presenta	.558

Se obtuvo una sola función que da un factor de seis variables las cuales están relacionadas a la presencia de deseo sexual hipoactivo en las mujeres, donde observamos que las mujeres con esta disfunción tienen una baja autoestima, que es

la variable que mayor contribución tiene, este factor de la personalidad es importante si consideramos que esta se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta, que en este caso sería la falta de deseo sexual que implica una limitación importante para el establecimiento y continuidad de la vida sexual satisfactoria; respecto a las variables contempladas dentro del papel de género, observamos que se discriminaron las variables sumisión y masculinidad, pero en sentidos opuestos, la sumisión, es la más alta de las dos y con una introyección de este papel que se manifiesta fundamentalmente en actitudes de abnegación y capacidad para soportar el sufrimiento, las cuales se presentan como una tendencia en las mujeres con esta disfunción sexual y cuya contribución es importante; en relación a la masculinidad, cuyas características son las conductas denominadas, entre otras cosas, instrumentales pues están dirigidas a una acción, y que en estas mujeres están disminuidas. De los antecedentes sexuales se discriminaron tres variables, la que tiene una mayor contribución son los problemas conyugales, y que pueden darse como causa o como consecuencia, seguido por los temores a la sexualidad, y por último la relación de esta disfunción con la experiencia sexual infantil traumática, lo cual complica mucho el desarrollo de una sexualidad satisfactoria.

Finalmente, encontramos que las mujeres son correctamente clasificadas en el 75% de los casos. Lo que muestra que en este porcentaje las mujeres con deseo sexual hipoactivo, tienen indicadores relacionados pues es un fenómeno multifactorial, las variables que se discriminan nos dan una aproximación explicativa.

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

Se obtuvo una función canónica discriminante que explica el 100% de la varianza, con una significancia de $p=.000$, todas las variables fueron discriminadas por la función (tabla 7.40).

Tabla 7.40 Funciones canónicas discriminantes

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

La matriz de estructura con las variables que intervienen en la explicación del trastorno de la excitación (tabla 7.41).

Tabla 7.41 Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas

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

La función de los centroides de los grupos (tabla 7.42).

Tabla 7.42 Funciones en los centroides de los grupos

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

En el trastorno de la excitación se obtuvo una sola función que da un factor de cinco variables las cuales están relacionadas a la presencia de esta disfunción en las mujeres, donde observamos que los problemas conyugales es la variable que mayor contribución tiene, la segunda variable es la baja autoestima, este factor de la personalidad es importante pues contribuye a la presencia de esta disfunción de manera importante, respecto a las variables contempladas dentro del papel de género, observamos que se discriminaron las variables sumisión y machismo por lo que hay una tendencia a presentar éstas características, siendo la más alta sumisión, y cuyas características están presentes en las mujeres con este trastorno, aunque esto parece contradictorio, éstos dos papeles de género pueden ser parte de la construcción interna y pueden manifestarse de manera combinada; la última variable discriminada en esta disfunción son los temores a la sexualidad.

Finalmente, encontramos que las mujeres son correctamente clasificadas en el 82.9% de los casos. Lo que muestra que en este porcentaje las mujeres con trastorno de la excitación, tienen éstos indicadores relacionados pues es un fenómeno multifactorial, las variables que se discriminan nos dan una aproximación explicativa.

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

Se obtuvo una función canónica discriminante que explica el 100% de la varianza, con una significancia de $p=.000$, todas las variables fueron discriminadas por la función (tabla 7.43).

Tabla 7.43 Funciones canónicas discriminantes

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

La matriz de estructura con las variables que intervienen en la explicación del trastorno del orgasmo (tabla 7.44).

Tabla 7.44 Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas

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

La función de los centroides de los grupos (tabla 7.45).

Tabla 7.45 Funciones en los centroides de los grupos

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

En el trastorno del orgasmo se obtuvo una sola función que da un factor de seis variables las cuales están relacionadas a la presencia de esta disfunción en las mujeres, donde observamos que los problemas conyugales es la variable que mayor contribución tiene, la segunda variable es la baja autoestima, este factor de la personalidad es importante pues contribuye a la presencia de esta disfunción de manera importante, respecto a las variables contempladas dentro del papel de género, observamos que se discriminaron las variables masculinidad y sumisión pero en sentidos contrarios, la masculinidad es la más alta, éstos dos papeles de género pueden ser parte de la construcción interna del papel de género, teniendo éstas mujeres características disminuidas de masculinidad y una tendencia a presentar características de sumisión, las dos últimas variables discriminadas por la función fueron temores a la sexualidad e información sexual que está disminuida en las mujeres con esta disfunción.

Finalmente, encontramos que las mujeres son correctamente clasificadas en el 71.7% de los casos. Lo que muestra que en este porcentaje las mujeres con trastorno del orgasmo, tienen éstos indicadores relacionados pues es un fenómeno multifactorial, las variables que se discriminan nos dan una aproximación explicativa.

Dispareunia: Las variables contempladas son: autoestima, sumisión, masculinidad y problemas conyugales.

Se obtuvo una función canónica discriminante que explica el 100% de la varianza, con una significancia de $p=.000$, todas las variables fueron discriminadas por la función (tabla 7.46).

Tabla 7.46 Funciones canónicas discriminantes

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica	Prueba de la función	Lambda de Wilks	Chi ²	gl	Sig
1	.385	100	100	.527	1	.722	25.7	4	.000

La matriz de estructura con las variables que intervienen en la explicación de la dispareunia (tabla 7.47).

Tabla 7.47 Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Problemas conyugales	.774
Autoestima	-.741
Sumisión	.624
Masculinidad	-.358

La función de los centroides de los grupos (tabla 7.48).

Tabla 7.48 Funciones en los centroides de los grupos

Dispareunia	Función 1
No lo presenta	-.498
Sí lo presenta	.755

En dispareunia se obtuvo una sola función que da un factor de cuatro variables las cuales están relacionadas a la presencia de esta disfunción en las mujeres, donde observamos que los problemas conyugales es la variable que mayor contribución tiene, la segunda variable es la baja autoestima, respecto a las variables contempladas dentro del papel de género, observamos que se discriminaron las variables sumisión y masculinidad pero en sentidos contrarios, la sumisión es la más alta en esta disfunción, éstos dos papeles de género pueden ser parte de la construcción interna del papel de género, teniendo éstas mujeres características disminuidas de las características de masculinidad y una tendencia a presentar características de sumisión.

Finalmente, encontramos que las mujeres son correctamente clasificadas en el 75.9% de los casos. Lo que muestra que en este porcentaje las mujeres con dispareunia, tienen éstos indicadores relacionados con esta disfunción, pues es un fenómeno multifactorial, las variables que se discriminan nos dan una aproximación explicativa.

Vaginismo: Las variables contempladas son: autoestima, sumisión, información sexual, temores a la sexualidad y problemas conyugales.

Se obtuvo una función canónica discriminante que explica el 100% de la varianza, con una significancia de $p=.006$, todas las variables fueron discriminadas por la función (tabla 7.49).

Tabla 7.49 Funciones canónicas discriminantes

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica	Prueba de la función	Lambda de Wilks	Chi ²	gl	Sig
1	.326	100	100	.496	1	.754	16.5	5	.006

La matriz de estructura con las variables que intervienen en la explicación del vaginismo (tabla 7.50).

Tabla 7.50 Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Sumisión	.729
Problemas conyugales	.582
Información sexual	-.549
Autoestima	-.541
Temores a la sexualidad	.456

La función de los centroides de los grupos (tabla 7.51).

Tabla 7.51 Funciones en los centroides de los grupos

Trastorno del orgasmo	Función 1
No lo presenta	-.286
Sí lo presenta	1.102

En el vaginismo se obtuvo una sola función que da un factor de cinco variables las cuales están relacionadas a la presencia de esta disfunción en las mujeres, donde observamos que la sumisión fue discriminada por la función siendo la variable que más contribuye, los problemas conyugales es la segunda variable que fue discriminada, seguida de una pobre información sexual, donde hay una disminución de este factor, la baja autoestima también fue discriminada y por último los temores a la sexualidad.

Finalmente, encontramos que las mujeres son correctamente clasificadas en el 84.1% de los casos. Lo que muestra que en este porcentaje las mujeres con

vaginismo, tienen éstos indicadores pues es un fenómeno multifactorial, las variables que se discriminan nos dan una aproximación explicativa.

Hombres

Deseo sexual hipoactivo: Las variables contempladas son: masculinidad, feminidad, sumisión, autoestima, temores a la sexualidad y problemas conyugales.

Se obtuvo una función canónica discriminante que explica el 100% de la varianza, con una significancia de $p=.001$, todas las variables fueron discriminadas por la función (tabla 7.52).

Tabla 52: Funciones canónicas discriminantes

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica	Prueba de la función	Lambda de Wilks	Chi ²	gl	Sig
1	.272	100	100	.462	1	.786	24.0	6	.001

La matriz de estructura con las variables que intervienen en la explicación del deseo sexual hipoactivo (tabla 7.53).

Tabla 7.53 Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Autoestima	.865
Problemas conyugales	-.611
Masculinidad	.581
Sumisión	-.472
Feminidad	.470
Temores a la sexualidad	-.373

La función de los centroides de los grupos (tabla 7.54).

Tabla 7.54 Funciones en los centroides de los grupos

Deseo sexual hipoactivo	Función 1
No lo presenta	.541
Sí lo presenta	-.492

Se obtuvo una sola función que da un factor de seis variables las cuales están relacionadas a la presencia de deseo sexual hipoactivo en los hombres, donde

observamos que los hombres con esta disfunción tienen una baja autoestima, que es la variable que mayor contribución tiene; la segunda variable discriminada fue el reporte de problemas conyugales; respecto a las variables contempladas dentro del papel de género, observamos que se discriminaron las variables masculinidad, sumisión y feminidad, pero la sumisión en sentido opuesto, la masculinidad, es la más alta de las tres, éstos hombres presentan características disminuidas tanto de masculinidad como de feminidad, que se pueden presentar o no, de manera combinada, y una tendencia a presentar características de sumisión, cuya contribución es importante en esta disfunción; de los antecedentes sexuales se discriminó también la variable temores a la sexualidad.

Finalmente, encontramos que los hombres son correctamente clasificados en el 68.6% de los casos. Lo que muestra que en este porcentaje los hombres con deseo sexual hipoactivo, tienen indicadores relacionados, pues es un fenómeno multifactorial, las variables que se discriminan nos dan una aproximación explicativa.

Trastorno de la erección: Las variables contempladas son: feminidad, autoestima y problemas conyugales.

Se obtuvo una función canónica discriminante que explica el 100% de la varianza, con una significancia de $p=.019$, todas las variables fueron discriminadas por la función (tabla 7.55).

Tabla 7.55 Funciones canónicas discriminantes

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica	Prueba de la función	Lambda de Wilks	Chi ²	gl	Sig
1	.132	100	100	.342	1	.883	9.98	3	.019

La matriz de estructura con las variables que intervienen en la explicación del trastorno de la erección (tabla 7.56).

Tabla 7.56 Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Autoestima	.924
Problemas conyugales	-.619
Feminidad	.613

La función de los centroides de los grupos (tabla 7.57).

Tabla 7.57 Funciones en los centroides de los grupos

Trastorno de la erección	Función 1
No lo presenta	.296
Sí lo presenta	-.436

Se obtuvo una sola función que da un factor de tres variables las cuales están relacionadas a la presencia del trastorno de la erección en los hombres, donde observamos que los hombres con esta disfunción tienen una baja autoestima, que es la variable que mayor contribución tiene; la segunda variable discriminada fue el reporte de problemas conyugales y la tercera fue la variable feminidad, donde se observa que éstos hombres presentan características disminuidas de este papel de género.

Finalmente, encontramos que los hombres son correctamente clasificados en el 66.7% de los casos. Lo que muestra que en este porcentaje los hombres con trastorno de la erección, tienen indicadores relacionados, pues es un fenómeno multifactorial, las variables que se discriminan nos dan una aproximación explicativa.

Trastorno del orgasmo: Las variables contempladas son: feminidad, autoestima, experiencia sexual infantil traumática, masturbación y problemas conyugales.

Se obtuvo una función canónica discriminante que explica el 100% de la varianza, con una significancia de $p=.000$, todas las variables fueron discriminadas por la función (tabla 7.58).

La matriz de estructura con las variables que intervienen en la explicación del trastorno del orgasmo (tabla 7.59).

Tabla 7.58 Funciones canónicas discriminantes

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica	Prueba de la función	Lambda de Wilks	Chi ²	gl	Sig
1	.475	100	100	.568	1	.678	23.5	5	.000

Tabla 7.59 Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Problemas conyugales	.731
Autoestima	-.573
Experiencia sexual infantil traumática	.507
Feminidad	-.438
Masturbación	.435

La función de los centroides de los grupos (tabla 7.60).

Tabla 7.60 Funciones en los centroides de los grupos

Trastorno del orgasmo	Función 1
No lo presenta	-.372
Sí lo presenta	1.239

Se obtuvo una sola función que da un factor de cinco variables las cuales están relacionadas a la presencia del trastorno del orgasmo en los hombres, donde observamos que los hombres con esta disfunción reportan problemas conyugales, que es la variable que mayor contribución tiene; la segunda variable discriminada fue la baja autoestima y la tercera fue el antecedente de experiencia sexual infantil traumática la cual es en la única disfunción donde se aisló esta variable, después se discriminó la variable feminidad, donde se observa que éstos hombres presentan características disminuidas de este papel de género, y por último el antecedente masturbación, donde se encontró que el mayor número de participantes que reportan esta experiencia están en el grupo con esta disfunción sexual.

Finalmente, encontramos que los hombres son correctamente clasificados en el 83.1% de los casos. Lo que muestra que en este porcentaje los hombres con trastorno del orgasmo, tienen indicadores relacionados, pues es un fenómeno multifactorial, las variables que se discriminan nos dan una aproximación explicativa.

Eyacuación precoz: Las variables contempladas son: masculinidad, feminidad, autoestima y problemas conyugales.

Se obtuvo una función canónica discriminante que explica el 100% de la varianza, con una significancia de $p=.005$, todas las variables fueron discriminadas por la función (tabla 7.61).

Tabla 7.61 Funciones canónicas discriminantes

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica	Prueba de la función	Lambda de Wilks	Chi ²	gl	Sig
1	.169	100	100	.380	1	.855	14.6	4	.005

La matriz de estructura con las variables que intervienen en la explicación de la eyacuación precoz (tabla 7.62).

Tabla 7.62 Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Autoestima	.856
Feminidad	.715
Problemas conyugales	-.681
Masculinidad	.657

La función de los centroides de los grupos (tabla 7.63).

Tabla 7.63 Funciones en los centroides de los grupos

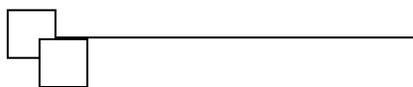
Eyacuación precoz	Función 1
No lo presenta	.399
Sí lo presenta	-.415

Se obtuvo una sola función que da un factor de cuatro variables las cuales están relacionadas a la presencia de la eyacuación precoz, donde observamos que los hombres con esta disfunción presentan una autoestima baja, que es la variable que más contribución tiene; la segunda variable discriminada es la feminidad cuyas características están disminuidas; la tercera es el antecedente del reporte de problemas conyugales y por último es la masculinidad, cuyas características también se encuentran disminuidas en los hombres que presentan esta disfunción.

Finalmente, encontramos que los hombres son correctamente clasificados en el 69.4% de los casos. Lo que muestra que en este porcentaje los hombres con eyaculación precoz, tienen indicadores relacionados, pues es un fenómeno multifactorial, las variables que se discriminan nos dan una aproximación explicativa.

Se observa que en todas las disfunciones sexuales se discriminaron la baja autoestima y el reporte de presentar problemas conyugales tanto en las mujeres como en los hombres.

8. DISCUSIÓN PRIMERA FASE



8.1 Descripción de la muestra

En esta primera parte se discuten los resultados de los factores sociodemográficos controlados que son edad, estado civil y escolaridad, donde en relación a los dos grupos de mujeres, uno sin disfunciones sexuales y otro con disfunciones sexuales, y a los dos grupos de hombres con las mismas características, se encontró que en los tres factores (edad, estado civil y escolaridad), las medidas de tendencia central tienen puntajes similares, por lo que los dos grupos estudiados, cada uno dividido en dos, encontramos una distribución normal.

8.2 Frecuencia de la presencia de disfunciones sexuales tanto de mujeres como de hombres (primer objetivo)

En relación a la frecuencia de las disfunciones sexuales, las cuales se estudiaron en 100 mujeres (Grupo 2), observamos que la frecuencia fue de 182 disfunciones, 1.82 disfunciones por mujer; en cuanto a la frecuencia, en el grupo de 100 hombres que presentaron disfunciones sexuales, se encontraron 157 disfunciones, 1.57 disfunciones por hombre, lo que indica que la frecuencia es alta en ambos sexos, pero en el grupo de mujeres es mayor, infiriendo con esto que la vida sexual de las mujeres tiene mayores complicaciones a lo largo de todo el desarrollo, aunque hay carencias en ambos sexos. Esto corrobora lo obtenido en un estudio de prevalencia realizado en población del INPerIER en años anteriores (Sánchez, *et al*, 2005); por otro lado se observa que la disfunción más frecuente encontrada en ambos sexos es el deseo sexual hipoactivo y que se presenta en más de la mitad de la población estudiada. Ello es relevante, porque es precisamente esta disfunción la que tiene un mayor impacto en la posibilidad de construir, en una relación, la intimidad, además de que puede empobrecer la vida en pareja, como lo han estudiado y demostrado

autores como Basson (2005); la segunda disfunción sexual femenina en frecuencia es trastorno del orgasmo y en los hombres es la eyaculación precoz, en relación a éstas disfunciones, algunos reportes señalan, que, a diferencia del hombre, la mujer necesita un mayor tiempo con una estimulación eficaz, en cambio en el hombre se presenta el llamado orgasmo rápido que es la eyaculación precoz (Hernández y Reyes, 2001), clasificado dentro de los trastornos del orgasmo masculino.

En cuanto a la disfunción sexual menos frecuente, tanto en las mujeres como en los hombres, se encontró que es la aversión al sexo con muy pocos casos; esta disfunción está descrita por la psiquiatra Helen Kaplan (1990), como aquella que tiene las características comportamentales de un trastorno de ansiedad y así debe ser manejada. Es importante señalar que los resultados del análisis de esta disfunción no se realizaron por esta razón, pues hay que hacer un estudio con más casos para poder tener indicadores válidos. Cabe señalar que alrededor de la mitad de la población estudiada con disfunciones sexuales, tanto de mujeres como de hombres, presentan más de una disfunción sexual.

8.3 Descripción y análisis de la comparación de grupos de los factores de personalidad estudiados (segundo objetivo)

A partir de este segundo objetivo, todos los procedimientos que se realizaron tuvieron la finalidad de ir aislando variables para trabajar el procedimiento final. En el análisis de comparación entre grupos en **mujeres**, se encontró desventaja en las características encontradas en el grupo que presenta disfunciones sexuales. En el papel de género hay una tendencia a presentar características de sumisión y una autoestima baja, en cambio en el grupo que no presenta disfunciones sexuales la tendencia es a presentar características instrumentales, de autoafirmación y una autoestima alta. En cuanto al locus de control se encontraron diferencias, pero dentro del locus de control catalogado como interno en ambos grupos, este factor fue eliminado en los demás procedimientos, por no ser significativo.

En los **hombres** se observa que en el papel de género, hay una tendencia a presentar características de sumisión y una autoestima, que si bien no se encuentra en límites bajos, si es significativamente mayor en el grupo que no presenta

disfunciones sexuales, además en este grupo se encuentra la tendencia a presentar características catalogadas como femeninas y masculinas, y que en este grupo se presentan de manera combinada lo cual Lara (1993) describe como androginia.

Observamos que, como grupo, hay una desventaja en las mujeres, pues tienen menores niveles de autoestima y características más acentuadas de sumisión. Esto coincide con los primeros estudios que Sullerot (1979) hizo sobre el cuestionamiento y análisis de las diferencias de género, él lo analiza desde el punto de vista biológico, psicológico y social, concluyendo que las diferencias sexuales no implican superioridad de un sexo sobre el otro y explica cómo estas construcciones sociales son producto de un largo proceso histórico, donde las diferencias establecidas entre los géneros han implicado una jerarquización y una desigualdad entre ambos. Esto también coincide con la desventaja de la mujer en relación a la frecuencia con que presenta las disfunciones sexuales, que es mayor que en el grupo de hombres.

8.4 Descripción y análisis de comparación de grupos de los antecedentes sexuales estudiados (tercer objetivo)

a) Experiencia sexual infantil traumática

En el análisis que se hace de los resultados de esta variable, como grupo, en las mujeres no se observan diferencias significativas. Se encontró un resultado marginal con un mayor número de mujeres con disfunción sexual que reportan esta experiencia, sin embargo es necesario el análisis de cada disfunción sexual y estudios minuciosos en poblaciones mayores ahondando en las distintas variantes de las experiencias infantiles sexuales traumáticas. En cambio en los hombres los resultados que se obtuvieron en la relación de esta variable y la presencia de disfunciones sexuales, las diferencias significativas muestran que este tipo de experiencias en los hombres impactan el desarrollo de la sexualidad en la vida adulta y que es un elemento que puede abrir líneas de trabajo con personas que presentan problemas en su sexualidad.

b) Información sexual

En relación al análisis de esta variable en los grupos de mujeres los resultados muestran diferencias significativas, donde se observa que las mujeres que presentan algún tipo de disfunción sexual han tenido menos información sexual y que esto es un indicador de riesgo. En cambio en los hombres no hay diferencias significativas encontrando que solo la tercera parte de cada grupo refieren no haber recibido información sexual lo que muestra que los hombres tienen más acceso a la información sexual, lo que coincide con lo señalado por Cerruti (1990) al estudiar las diferencias de género, donde señala que el conocimiento y el manejo corporal le da mayor permisividad a los hombres desde la infancia, pues este tiene mayor familiaridad con su cuerpo, facilitado por la anatomía, encontrando que el desconocimiento que las mujeres tienen de su cuerpo, y que se presenta a lo largo de su vida es alarmante.

c) Temores a la sexualidad

En el análisis de esta variable en las mujeres, se encontraron diferencias significativas, se observa que en el grupo de mujeres que presenta disfunciones sexuales hay un mayor número de mujeres que reportan temores a la sexualidad lo que se considera un elemento de riesgo para favorecer la presencia de disfunciones sexuales. En cambio en el grupo de hombres aunque existe un mayor reporte de hombres con temores a la sexualidad en el grupo que presenta disfunciones sexuales no se encontraron diferencias significativas, sin embargo el resultado es marginal.

d) Masturbación

En cuanto a esta variable tanto en el grupo de mujeres como en el de hombres no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, se analiza que el porcentaje de mujeres es muy bajo y, aunque en los hombres es mucho mayor, se puede observar que en los dos grupos hay un número mayor de participantes que reportan haber practicado la masturbación en los grupos que presentan disfunciones sexuales, por lo que se puede inferir que esta práctica puede ser realizada para cubrir una necesidad inmediata y no como una práctica de

autoconocimiento, pero es necesario hacer estudios que lo confirmen o que aporten una explicación más amplia de este factor y su intervención en el desarrollo de la sexualidad.

e) Problemas conyugales

En el análisis de esta variable encontramos que, en las mujeres existen diferencias significativas con una significancia de .000, de este grupo de variables catalogadas como antecedentes, esta es la variable con la más alta significancia, donde en el grupo con disfunciones sexuales hay un porcentaje de 42% de mujeres que reportan tener problemas conyugales. En el análisis de esta variable, en los hombres, encontramos que también existen diferencias significativas con una significancia de .000, y donde también es la variable con la más alta significancia, donde en el grupo con disfunciones sexuales hay un porcentaje de 35% de hombres que reportan tener problemas conyugales, en comparación con solo el 11% de hombres que reportan tenerlos del grupo que no presenta disfunciones sexuales, es importante hacer estudios donde se pueda dar una mayor especificidad, relacionando más ampliamente los distintos tipos de problemas de pareja con la presencia o no de disfunciones sexuales tanto en mujeres como en hombres.

Observamos que en el grupo de mujeres, en relación a estos antecedentes, también hay una desventaja en cuanto a los hombres, con un menor acceso a la información sexual, mayor presencia de temores a la sexualidad, y, en relación a la experiencia sexual infantil traumática, y a pesar de que en el grupo de hombres con disfunción sexual si hay una relación significativa, el reporte de mujeres con esta experiencia es mayor.

Los siguientes análisis realizados, (cuarto y quinto objetivo), para ver las diferencias, asociación y fuerza de la relación entre cada disfunción sexual y los factores de personalidad y los antecedentes estudiados, permitió realizar el último análisis incluyendo a todas las variables aisladas, lo que permitió la conformación de los perfiles.

8.5 Análisis para ver la combinación de los factores. Lo cual se realizó con un análisis discriminante para los factores de personalidad y los antecedentes sexuales y así generar los perfiles de cada disfunción sexual (sexto objetivo específico)

Mujeres

Deseo sexual hipoactivo

En el análisis de la discusión del **deseo sexual hipoactivo**, en la combinación obtenida (masculinidad, sumisión, autoestima, experiencia infantil traumática, temores a la sexualidad y problemas conyugales), encontramos que el factor que tiene una mayor intervención es la baja autoestima, que es el juicio personal de valía que cada sujeto tiene de sí mismo y que en estas participantes está disminuida, además de tener pobres características instrumentales que tienen que ver con la acción, y una tendencia a presentar características de sumisión lo cual se describe como una necesidad exagerada de mostrar capacidad para soportar el sufrimiento, con actitudes de abnegación y dependencia, también interviene el reporte de haber tenido experiencias sexuales traumáticas en su niñez y temores a la sexualidad, tal vez derivados de esta situación y presentar problemas conyugales.

La peculiaridad de esta disfunción sexual es que al tener un deseo sexual anormalmente bajo o nulo, la persona no se siente atraída por la búsqueda de actividad sexual, lo que la empobrece e impide su desarrollo, y tiene repercusiones en las relaciones de pareja, pues la búsqueda o el establecimiento de esta tendrán serias limitaciones. En este sentido pueden darse dos situaciones fundamentales: la falta de deseo tiene como consecuencia los problemas de pareja, o los problemas de pareja tendrán como consecuencia el bajo deseo sexual.

Dentro de la primera situación podemos decir que el pobre desarrollo de la sexualidad en la infancia, de la incapacidad para relacionarse con los demás, el miedo al rechazo, la desconfianza, la inseguridad y la baja autoestima influyen e impactan la sexualidad adulta, pues la intimidad les resulta amenazante (Kaplan,

1990). Esto también se relaciona con la presencia de temores tempranos que se actualizan en la sexualidad adulta y que impactarán la vida en pareja.

En la segunda situación, donde los problemas de pareja desembocarán, entre otras cosas, en la inhibición del deseo sexual, un factor asociado son las características de la polarización o estereotipos de los papeles de género que generan parejas disfuncionales, como lo señala Flores (2001) en relación a las representaciones sociales y de cómo la educación es un factor determinante en la construcción del género que tradicionalmente forma varones agresivos y mujeres pasivas, que en su grado extremo serían el machismo y la sumisión, lo que está íntimamente ligado al sexo propio y al enfrentamiento con el otro sexo.

En relación a los otros factores relacionados, Basson (2005) señala que los factores psicológicos que inhiben la sexualidad son la memoria negativa de la sexualidad como experiencias traumáticas, específicamente el abuso sexual, se puede inferir que éste factor si impacta el desarrollo sexual específicamente el deseo sexual, por lo que es un indicador importante. En estudios realizados se ha obtenido evidencia que indica que el abuso sexual infantil puede afectar la función sexual a largo plazo, encontrando una relación estadística entre el abuso sexual infantil y respuestas sexuales como la relación sexual a temprana edad, desórdenes del deseo sexual y prostitución en adolescentes y adultos (Fergusson y Mullen, 1999), además de que pueden presentar dos vías de dificultad: o hipersexualización o hiposexualización (DiLillo, 2001), lo que coincide con lo encontrado en este trabajo.

En el **trastorno de la excitación**, interviene una baja autoestima, una tendencia a presentar características de papel de género de machismo o sumisión, que son los extremos de la feminidad y la masculinidad, y que se pueden presentar de manera combinada, así como temores a la sexualidad y problemas conyugales.

En la discusión de esta disfunción sexual y la intervención de los papeles de género de machismo y sumisión, que puede parecer contradictorio, Katchadurian (1990), hace referencia a que son los fenómenos de carácter psicológico del género los que se convierten en masculinidad y feminidad, estereotipos que se adquieren a lo largo del proceso de socialización y que se pueden presentar de manera combinada en

una sola persona, con dos polos opuestos, que también se pueden presentar de manera combinada en una persona, y que son las características de machismo y las características de sumisión.

En cuanto a los temores a la sexualidad estos pueden deberse al temor a no cumplir con las respuestas y comportamientos sexuales, reforzado por la falta de experiencia pues la percepción de auto-eficacia consiste en la creencia de que se tiene la capacidad para lograr respuestas tanto conductuales como afectivas en un contexto sexual, entre mayor percepción de la capacidad mayor ajuste sexual y aumento de la frecuencia de la actividad sexual, por lo que el temor es limitante para obtener una respuesta sexual adecuada (Reissing, 2005), esto podría estudiarse más a fondo pues habría que explorar el tipo de temores y de donde provienen, sin embargo es un indicador importante. En relación a los problemas conyugales es un indicador que señala el abordaje de terapia sexual puede verse limitado pues el focalizar el manejo a los ejercicios sexuales puede no tener éxito, si no se amplía a resolver primero este tipo de problema que impacta la respuesta sexual.

En el **trastorno del orgasmo** Las variables contempladas son: autoestima, sumisión, masculinidad, información sexual, temores a la sexualidad y problemas conyugales.

Entre los factores que intervienen, y que no han sido analizados antes, es un indicador importante la poca o inadecuada información sexual, porque limita la respuesta sexual afectando la culminación de esta con un orgasmo, por lo que la falta de una educación sexual de calidad, si bien, no influye en que haya deseo y excitación, si contribuye en la presencia del trastorno del orgasmo, autores como Gruszecki y cols. (2005) señalan la importancia del nivel educativo, pues las mujeres con poca educación pueden percibir menor placer sexual, tener una actitud menos liberal que las mujeres con un mayor nivel educativo, las cuales pueden iniciar el ejercicio de su sexualidad desde antes del matrimonio o practicar la masturbación. También Kinsey (citado en Masters y Johnson, 1995), señala que se necesita de un aprendizaje y confianza en la pareja para llegar al orgasmo lo cual se logra con el

tiempo de casados y un desarrollo adecuado de la sexualidad, lo que se corrobora en este trabajo en la relación con los problemas conyugales.

En cuanto a los temores a la sexualidad Basson (2005), refiere que la inhibición a la respuesta sexual muchas veces se debe al miedo al embarazo, o a no alcanzar el orgasmo o a no responder debidamente a las expectativas del otro, sin embargo los temores pueden ser de muchos tipos y haberse gestado en épocas tempranas de la vida y actualizados ante situaciones que provocan angustia, o ser temores que se adquirieron en la adolescencia por problemas de represión o prohibiciones rígidas hacia todo lo que implica desarrollo de la sexualidad o por incapacidad de los padres de dar una educación sexual adecuada. Autores como Hernández y Reyes (2001) también mencionan el impacto que tiene una educación sexual inadecuada con rigidez y puritanismo, así como aspectos de género en los que se responsabiliza a la mujer de la satisfacción del hombre, lo que genera temor a no cumplir con esa expectativa, también el temor relacionado con el miedo a perder el control al tener o demostrar mucho placer sexual y ser criticada por la pareja.

En **dispareunia** los factores intervinientes son: autoestima, sumisión, masculinidad y problemas conyugales.

El dolor genital puede provocar miedo al encuentro sexual, lo que generalmente lleva a la evitación de las relaciones sexuales repercutiendo esto en la relación de pareja. Aquí influyen las características psicológicas presentadas en la mujer que impiden el establecimiento de relaciones adecuadas como sería la baja autoestima y las características de sumisión.

En **vaginismo** los factores intervinientes son: autoestima, sumisión, información sexual, temores a la sexualidad y problemas conyugales.

Consiste en el obstáculo físico debido al espasmo que impide generalmente la relación sexual, por lo que esta disfunción sexual limita la actividad sexual y afecta la relación de pareja. Se reportan casos de matrimonios no consumados e infertilidad asociada al problema. Las causas de esta disfunción sexual, que señalan algunos autores como Hernández y Reyes (2001), y que coinciden con lo encontrado en esta

disfunción sexual, y que son factores que pueden facilitar la aparición de este trastorno son: el haber recibido una educación que genera culpa ante las relaciones sexuales y temores diversos ante el ejercicio de su sexualidad.

En estas dos últimas disfunciones sexuales femeninas que son llamadas las disfunciones sexuales por dolor, los factores encontrados son los que ya se han discutido con anterioridad, sin embargo los reportes de algunos estudiosos de la sexualidad, no coinciden con estos resultados, pues Tharinger (1990), refiere que el abuso sexual infantil se relaciona con problemas sexuales como dispareunia y vaginismo, y en este trabajo solo tuvo intervención este factor, en deseo sexual hipoactivo, además de referir la presencia de otros sentimientos que pueden condicionar la respuesta sexual provocando este tipo de disfunciones que son la culpa y la depresión.

Podemos decir que las características encontradas relacionadas con cada una de las disfunciones sexuales son indicadores de importancia, pues si bien estas características no se van a presentar en todas las personas que tengan una disfunción sexual, si es importante considerarlas para poder entender este fenómeno.

Entre las coincidencias que encontramos con otros estudios, autores como Basson (2005), refiere que las motivaciones en la mujer para el ejercicio de la sexualidad son complejas, pues son fundamentales, la relación emocional con la pareja y el estado estable de la relación. Gruszecki *et.al.* (2005) refieren que las mujeres casadas pueden tener menor deseo sexual por estar enfrentando mayor estrés debido a las presiones diarias del matrimonio. Laumann y cols. (1999) observaron asociaciones entre las diferentes disfunciones sexuales y la satisfacción tanto física, como con la pareja, así como la sensación de felicidad en general. Otra aportación importante es el reconocimiento de la vinculación entre las disfunciones sexuales y los problemas conyugales en la búsqueda de algunas etiologías de los problemas sexuales.

En algunas consideraciones generales en un artículo de Drex Earle (2003) cita las conclusiones de la Dra. Leiblum, Directora del Centro para Salud Sexual y Marital, donde indica que se deben considerar varios factores en la disfunción sexual

femenina como edad, físico y la relación de pareja. Dice que la satisfacción sexual no depende tanto del orgasmo en la mujer, porque no está centrada en lo genital, sino en el deseo de lograr mayor intimidad. Se ve al deseo sexual femenino más dependiente del contexto y basado en la satisfacción con su pareja, un hecho central para la vida sexual. También refiere que la falta de masturbación y el poco conocimiento del área genital pueden contribuir a problemas sexuales en algunas mujeres.

Hombres

En el **deseo sexual hipoactivo** los factores relacionados son: masculinidad, feminidad, sumisión, autoestima, temores a la sexualidad y problemas conyugales.

Hay una disminución de la autoestima y de las características de masculinidad y la feminidad, se puede observar que el papel de género de feminidad en el grupo de hombres que no tiene ninguna disfunción sexual es el que presenta los puntajes más altos, el cuarto factor donde el puntaje es significativamente menor es el de la tendencia a presentar características de sumisión, esto coincide con lo encontrado en algunas disfunciones femeninas, donde las características de sumisión impactan el desarrollo de una sexualidad satisfactoria.

En cuanto a las tendencias a presentar características de sumisión y los problemas conyugales, coincidimos con algunos autores que explican que el bajo deseo sexual masculino puede ser una forma de mantener el equilibrio en una relación que no tiene balanceado el poder y mantener distancia emocional de una forma agresiva-pasiva, lo cual también tiene que ver con las diferencias encontradas en los factores de personalidad donde las tendencias a las características sumisas se relacionan con esta disfunción sexual en los hombres (Hogan y Friedman, 1986)

Los temores a la sexualidad solo se relacionaron con esta disfunción sexual masculina, con relación a esto Swindle, Cameron, Lockhart, y Rosen (2004), sostienen que el presentar esta disfunción sexual afecta la confianza del hombre en sí mismo, en su habilidad para actuar sexualmente, estableciéndose un círculo vicioso que lo afecta psicológicamente.

En el **trastorno de la erección** Los factores encontrados son: feminidad, autoestima y problemas conyugales.

En un estudio sobre esta disfunción, Swindle, *et.al.* (2004) refieren que las parejas que viven con esta disfunción pueden experimentar falta de intimidad emocional y física, por lo que la relación de pareja se ve afectada. Esto último se ha detectado con gran frecuencia en el programa de Sexualidad Humana del Departamento de Psicología del INPerIER, donde se ha detectado que en las parejas que tienen conflictos la terapia sexual no funciona, de lo contrario en las parejas funcionales con algún tipo de disfunción sexual que se presenta por otras razones, la terapia sexual es muy eficaz.

En el **trastorno del orgasmo** las variables contempladas son: feminidad, autoestima, experiencia sexual infantil traumática, masturbación y problemas conyugales.

Llama la atención que en este estudio, tanto la experiencia sexual infantil traumática y la masturbación, solo se relaciona en el hombre con el trastorno del orgasmo, esto no coincide con un estudio realizado en 359 hombres norteamericanos con disfunciones sexuales, donde solo 30 reportaron haber sufrido una experiencia sexual infantil traumática, y donde una de las hipótesis era que el abuso sexual infantil podría predecir la presencia de disfunciones sexuales en la etapa adulta. Lo que los resultaron no apoyaron (Sarwer y cols., 1997); en otro estudio realizado por Holmes y Slap (1998) compararon a hombres que reportaron abuso sexual infantil y los que no lo reportaron, y encontraron que los primeros eran hasta cinco veces más vulnerables de reportar problemas relacionados con la sexualidad, incluidas las disfunciones sexuales, en ese estudio no se especifica en cual disfunción, pero coincide con lo encontrado en este trabajo. En relación a la masturbación, cabe señalar que el mayor número de hombres que reportaron haber practicado la masturbación se encuentra en el grupo de hombres con disfunción sexual, se puede inferir que estos resultados pueden deberse a que el tipo de masturbación que se practica es muy focalizada y esto no ayuda a un autoconocimiento, sin embargo es necesario hacer estudios específicos para poder llegar a conclusiones válidas.

En relación a las experiencias sexuales infantiles traumáticas, Kaplan (1990) señala que son decisivas para un funcionamiento sexual adecuado en la edad adulta, también el impulso al deseo de masturbarse puede desencadenar ansiedad y vergüenza, por la influencia social, lo que puede derivar en una disfunción sexual.

En la **eyaculación precoz** las variables contempladas son: masculinidad, feminidad, autoestima y problemas conyugales.

La característica esencial de este trastorno consiste en la aparición de un orgasmo y eyaculación rápida, que es recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. Un problema importante en este trastorno, son los criterios para hacer el diagnóstico, donde ha existido controversia y que finalmente el criterio más aceptado es el propuesto por Kaplan (1990), que lo caracteriza por la sensación del individuo de la falta de control voluntario de la eyaculación.

Esta disfunción sexual tiene repercusiones muy negativas sobre la propia actividad sexual y sobre la relación de pareja, pues la reducción del tiempo y calidad del disfrute sexual en la persona que padece el trastorno, dificulta también el disfrute en su pareja, lo que provoca malestar y dificultades en la relación.

La eyaculación precoz es una conducta aprendida por el hombre y que se manifiesta en las interacciones sexuales, las razones por la que se instauró son porque hay factores psicológicos que determinan que el control automático sea ineficaz, y estas, las encontradas en este trabajo, señalan que son la baja autoestima, la incapacidad de conductas activas, instrumentales y de autoafirmación, así como la incapacidad para establecer relaciones de mayor intimidad que le den confianza y eviten la ansiedad sexual.

Diferencias entre mujeres y hombres

Analizando y comparando los factores que se asociaron en las disfunciones sexuales tanto femeninas como masculinas encontramos que en la falta de información sexual no se encontró relación con ninguna disfunción sexual masculina, a

diferencia de las mujeres donde se relaciona con el trastorno del orgasmo y vaginismo, sin embargo se observa que en el grupo de mujeres con disfunciones sexuales hay un número mucho mayor de mujeres que no recibió información sexual que en el grupo de hombres. En cuanto a los problemas conyugales esta variable se relacionó con todas las disfunciones sexuales masculinas y femeninas, la importancia de este indicador es que la medicalización o la terapia sexual, sin la exploración de los problemas de relación, puede resultar contraproducente, como lo señala en un artículo Rotella (1999), donde hace referencia al Dr. Melchiodi psiquiatra involucrado en las primeras pruebas del viagra, el cual mostró que los problemas de pareja son factores clave en la presencia de trastorno de la erección, y que solo es posible la indicación del viagra cuando existe en la pareja una buena comunicación, de lo contrario es contraindicada.

Al respecto Masters y Johnson (1995), describieron, en relación a los problemas conyugales, que puede haber rechazo al compañero(a), o repulsión o ira, esto repercutirá inevitablemente en su vida sexual, dando como resultado una disfunción sexual, donde la terapia sexual, como una primera intervención, sería contraproducente. Otro elemento de conflicto en la pareja es la incapacidad para la intimidad, o la decepción por haber generado expectativas poco realistas en relación al funcionamiento de pareja. La inseguridad, la desconfianza, sentirse dominado por el otro, puede provocar trastorno del orgasmo o trastorno de la erección por la incapacidad de abandonarse al contacto erótico o por el enojo ante el dominio del otro, asociado a una relación de dependencia infantil que dará como resultado, al no tener sus demandas infantiles cubiertas, sentimientos hostiles, también influye la lucha de poder entre ellos.

Sin embargo, los problemas conyugales no siempre se asocian con disfunciones sexuales, habiendo incluso parejas que disfrutaban más de la sexualidad después de un enfrentamiento, por lo que esto debe estudiarse con mucha seriedad.

En cuanto a las diferencias de género en relación a la experiencia sexual infantil traumática en un artículo de Najman *et al.* (2005), señalan que, en general, los hombres hablan de esta experiencia como una aventura que satisfizo su curiosidad,

en cambio las mujeres lo ven como una invasión a su cuerpo y moralmente incorrecto, y su reacción es de miedo, confusión y pena, en comparación a los hombres que reaccionaron con indiferencia poca ansiedad y placer positivo sobretodo cuando fue con alguien del sexo opuesto, en cambio las mujeres vivieron esta experiencia generalmente con familiares y a edades más tempranas. Sin embargo los resultados obtenidos en este estudio muestran que hay una relación de la experiencia sexual infantil traumática tanto en mujeres, en deseo sexual hipoactivo, como en hombres, en trastorno del orgasmo.

Otros autores (Heath, Bean y Feinauer, 1996) detectaron algunos factores asociados al abuso sexual en la infancia, no importando el género, que son experiencias disociativas, suicidio, problemas sexuales, problemas para relacionarse, conductas autodestructivas, sin embargo se debe tomar en cuenta la severidad y las variantes, pues encontraron que la severidad del abuso sexual es el más fuerte predictor en la presencia de sintomatología lo mismo que la frecuencia y duración para el establecimiento de disfunciones sexuales. Fromuth (1986), señala que el abuso sexual, en ambos sexos, depende también del contexto, como la procedencia y las experiencias subsecuentes, en particular la calidad de la relación con la familia y el apoyo de los padres, pues las secuelas a largo plazo no tienen tanto que ver con la condición de abuso sexual, sino más bien al ambiente familiar que lo acompaña; las familias disfuncionales donde además hay un abuso sexual en el niño, puede provocar una disfunción sexual cuando llegue a la edad adulta, así como también desórdenes de la alimentación o problemas de fármaco-dependencia, también refiere que las familias donde hay negligencia emocional y violencia física aumentan las predisposición a desarrollar disfunciones sexuales más que el abuso sexual propiamente dicho. Concluyendo el abuso sexual infantil se debe entender como un elemento más de una red de experiencias negativas familiares, sociales e interpersonales que aumenta la vulnerabilidad de padecer alguna alteración psicológica.

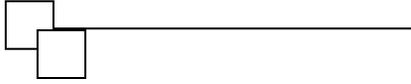
También Masters y Johnson y Kaplan (1995, 1990) señalan que los sucesos que impactan enormemente la vida sexual de las personas son las experiencias infantiles sexuales traumáticas, pues como describen, éstas desempeñan un importante papel

en la causa de las disfunciones sexuales, encontrando un alto porcentaje de personas que sufren de eyaculación precoz, trastorno de la erección y trastorno del orgasmo, y puede ser por un episodio para el cual el individuo no estaba emocionalmente preparado o por una experiencia aterradora, frustrante o humillante que puede desencadenar una disfunción sexual con una carga emocional muy intensa.

En relación a los papeles de género encontrados en el estudio, Katchadurian (1990), proporciona una clara concepción de lo que significan los fenómenos de carácter psicológico, que es cuando el género se convierte en masculinidad y feminidad, estereotipos que se adquieren a lo largo del proceso de socialización y que se pueden presentar de manera combinada en una sola persona, con dos polos opuestos, que también se pueden presentar de manera combinada en una persona, y que son las características de machismo y las características de sumisión.

En los estudios mencionados encontramos coincidencias, por lo que es importante el abordaje de los factores, algunos presentes en todas las disfunciones sexuales como la baja autoestima y los problemas conyugales, para entender que la presencia de una disfunción sexual no es simplemente un problema mecánico, sino es consecuencia de toda una construcción interna que tiene que ver con situaciones diversas tanto pasadas como presentes que tienen un impacto en la sexualidad adulta.

9. CONFORMACIÓN DE LOS PERFILES



Como resultado de los análisis estadísticos, y sobre la base de los objetivos del estudio, se obtuvo la combinación de los perfiles de cada una de las disfunciones sexuales, tanto de mujeres como de hombres.

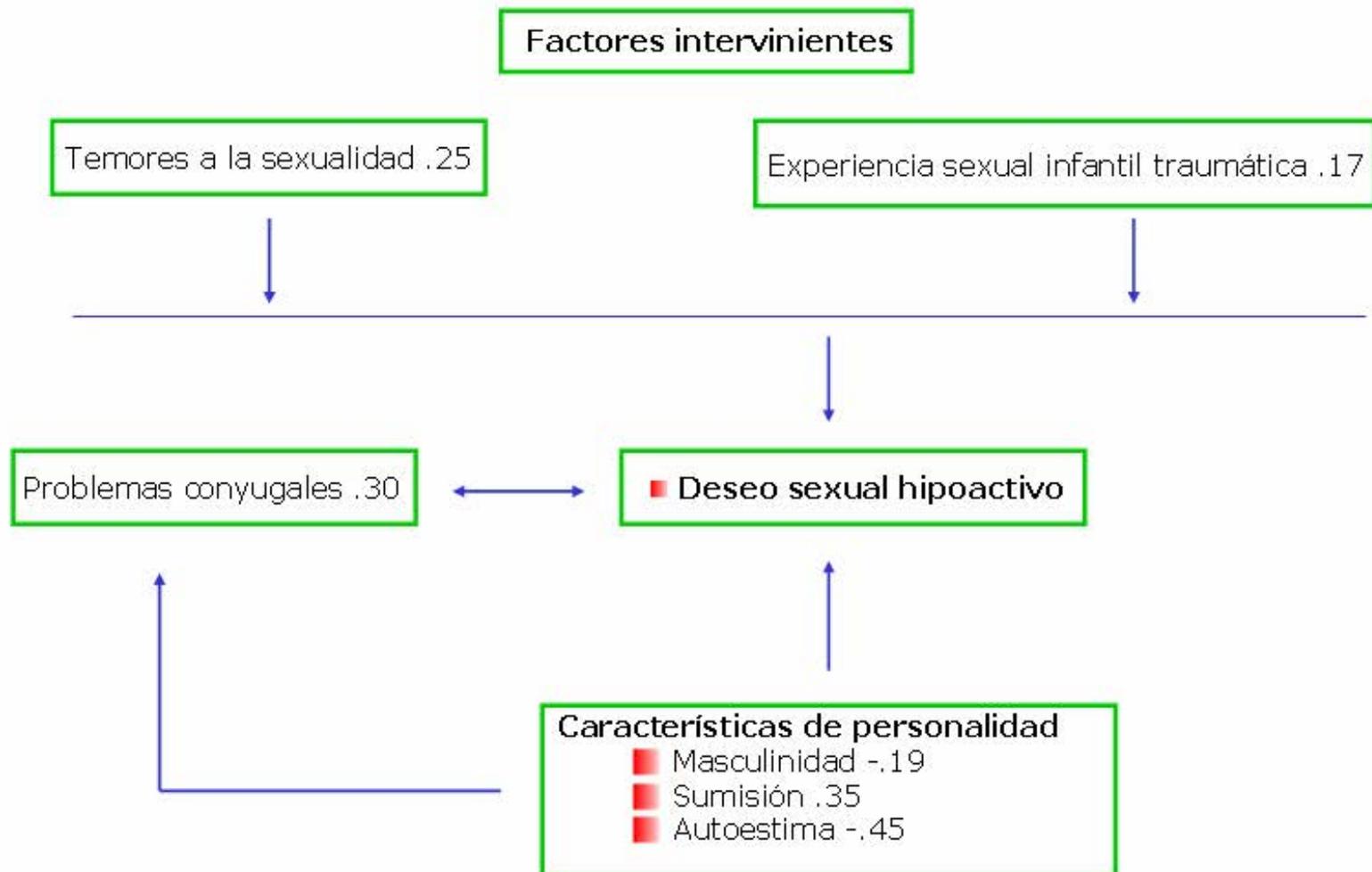
En estos perfiles, los factores asociados que intervienen en el desarrollo de cada una de las disfunciones sexuales, son indicadores que pueden permitir tener una mayor especificidad sobre los elementos que puedan estar presentes.

Como se obtuvo en el último análisis, estos resultados sólo nos pueden dar especificidad en un número determinado de casos que presenten alguna disfunción sexual; no se pretende con esto dar por terminada la búsqueda de nuevos elementos relacionados, que puedan darnos una mayor claridad en un fenómeno tan complejo.

Conformación de los perfiles

- La conformación final de los perfiles mostraron combinaciones distintas de los factores relacionados para cada disfunción sexual, algunos factores están presentes en todas ellas. El objetivo principal de este trabajo fue la búsqueda de especificidad para cada disfunción sexual y podemos decir que estos factores son indicadores que aportan elementos para la generación de modelos de intervención (séptimo objetivo).

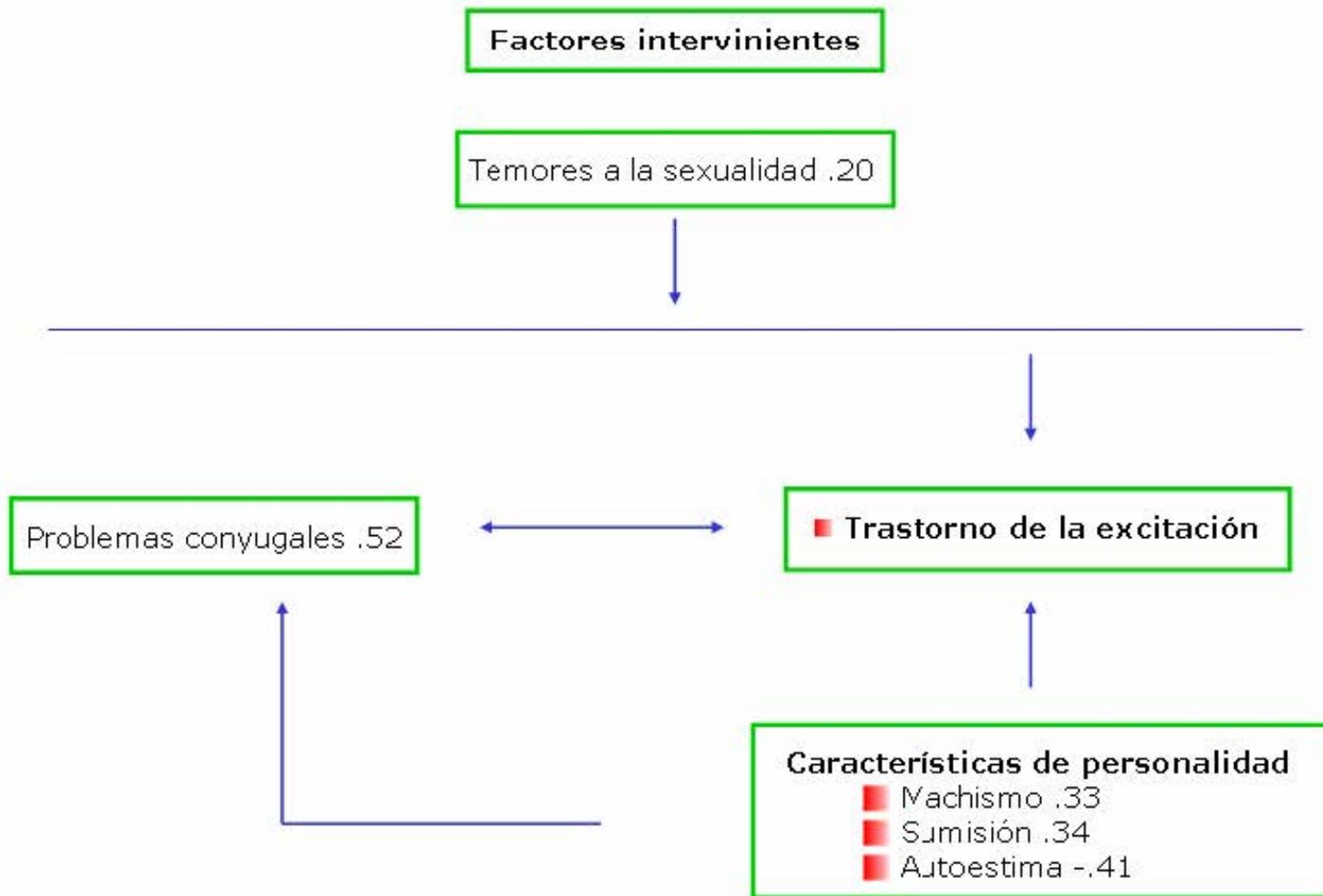
1. Perfil teórico obtenido del deseo sexual hipoactivo en mujeres



Perfil 1

- En este perfil se obtuvo relación con pobres características del papel de género masculinidad, y una tendencia a presentar características de sumisión.
- Una autoestima baja.
- Un factor predisponente para el desarrollo de esta disfunción sexual es haber tenido una experiencia sexual infantil traumática, el tener temores a la sexualidad y problemas conyugales.

2. Perfil teórico obtenido del trastorno de la excitación en mujeres



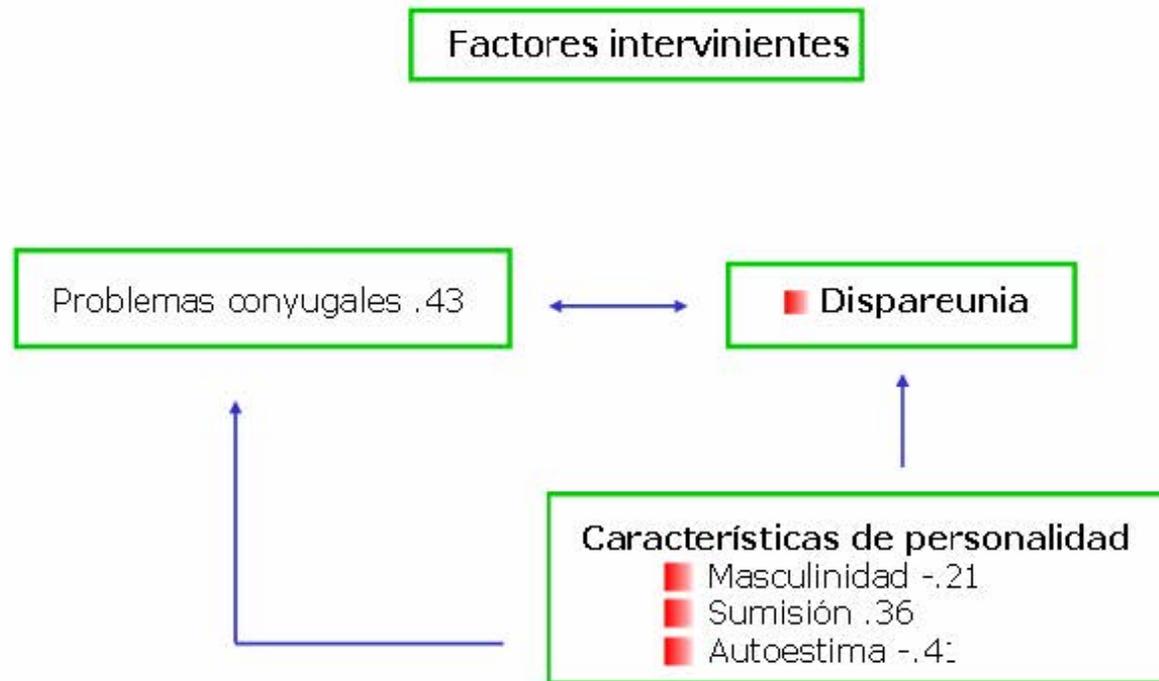
Perfil 2

- En este perfil se obtuvo relación con la tendencia a presentar características de machismo y sumisión de manera combinada.
- Baja autoestima.
- El reporte de problemas conyugales y temores a la sexualidad.

Perfil 3

- En este perfil se obtuvo relación con una disminución de las características de masculinidad y una tendencia a presentar características de sumisión.
- Baja autoestima.
- Reporte de problemas conyugales, temores a la sexualidad y una carencia de información sexual.

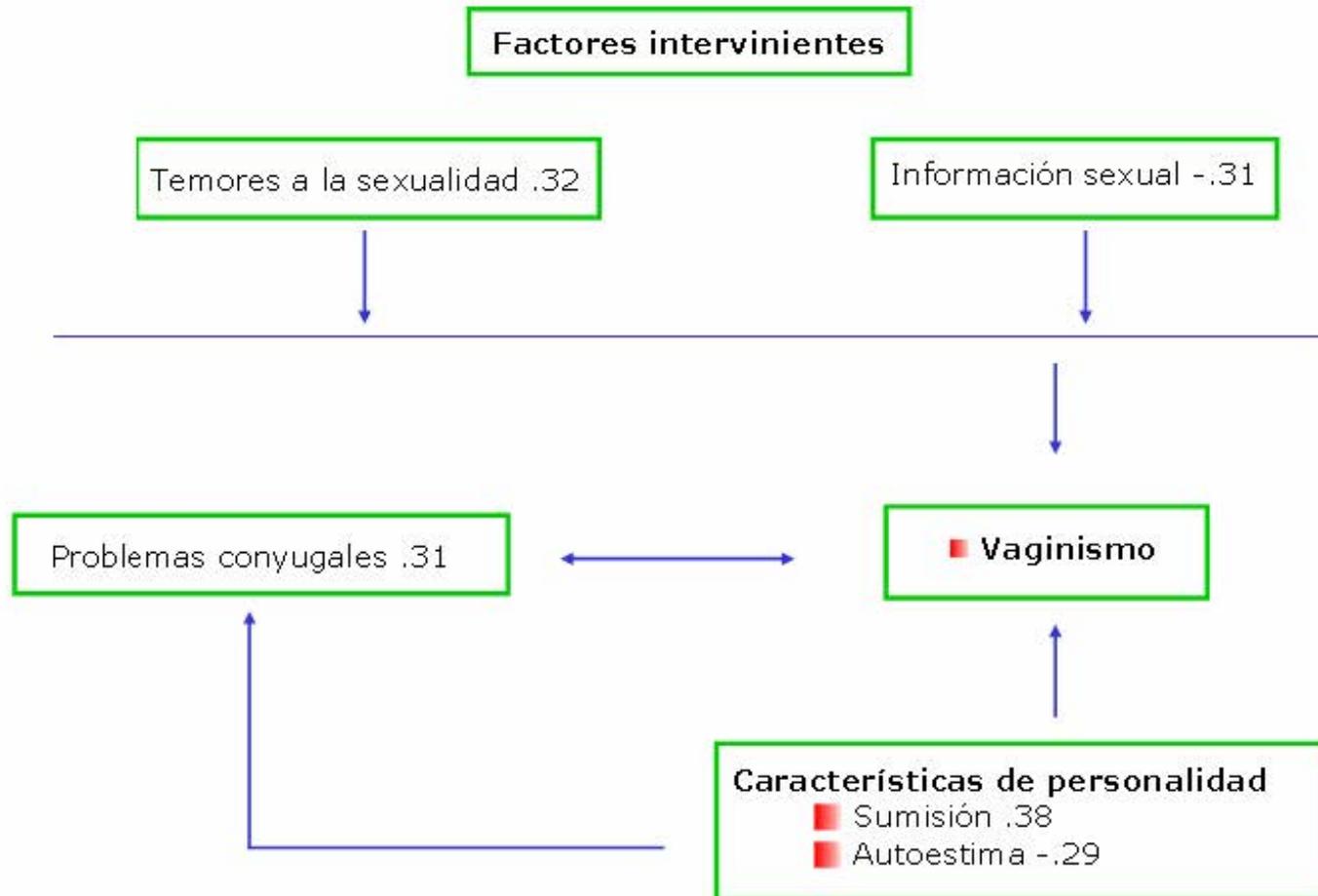
4. Perfil teórico obtenido de dispareunia en mujeres



Perfil 4

- En este perfil se obtuvo una relación con la disminución de las características de masculinidad y una tendencia a presentar características de sumisión.
- Baja autoestima.
- El reporte de problemas conyugales.

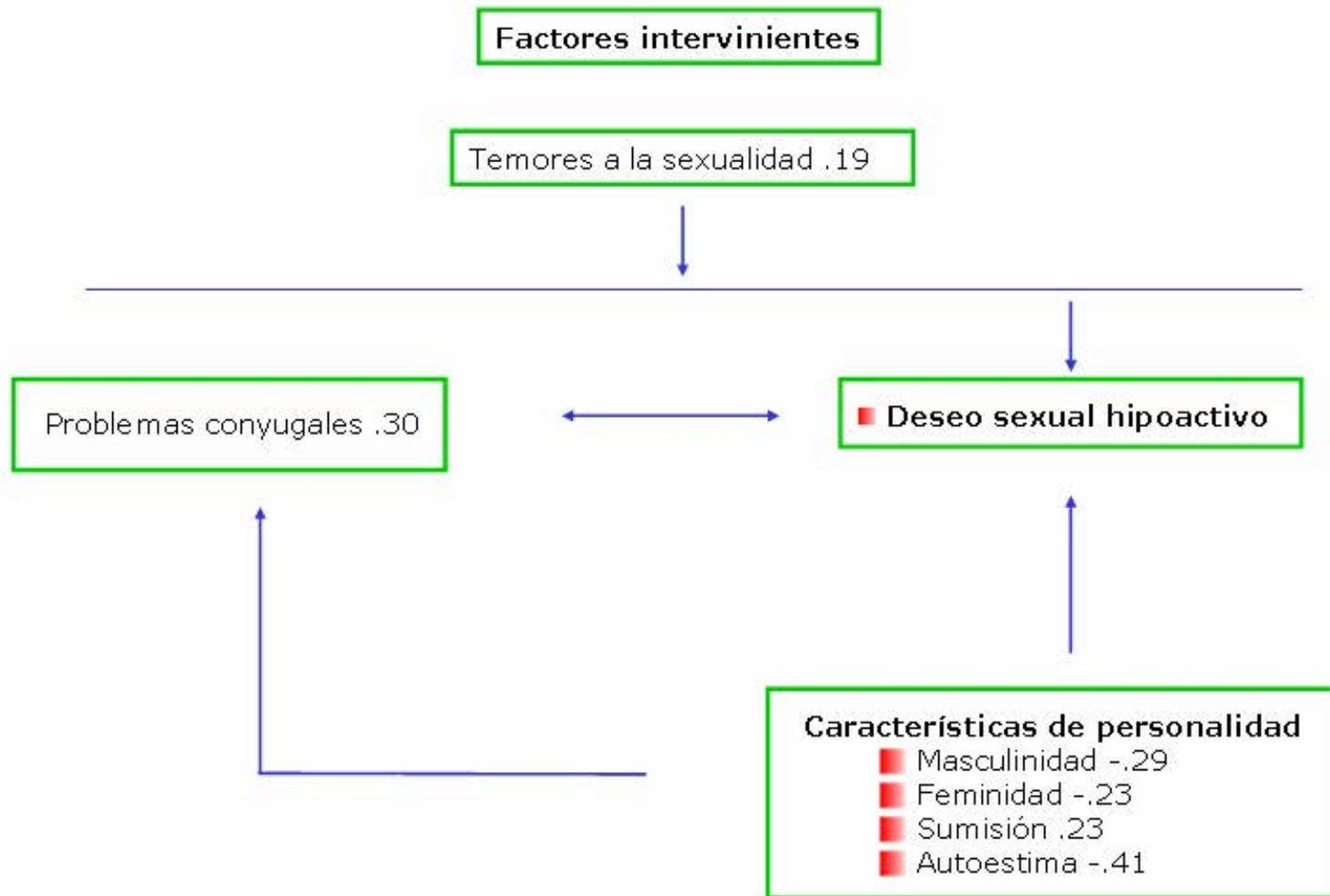
5. Perfil teórico obtenido del vaginismo en mujeres



Perfil 5

- En este perfil se obtuvo relación con la tendencia a presentar características de sumisión.
- Una autoestima baja.
- Un factor predisponente para el desarrollo de esta disfunción sexual es haber tenido una pobre información sexual, el tener temores a la sexualidad y el reporte de problemas conyugales.

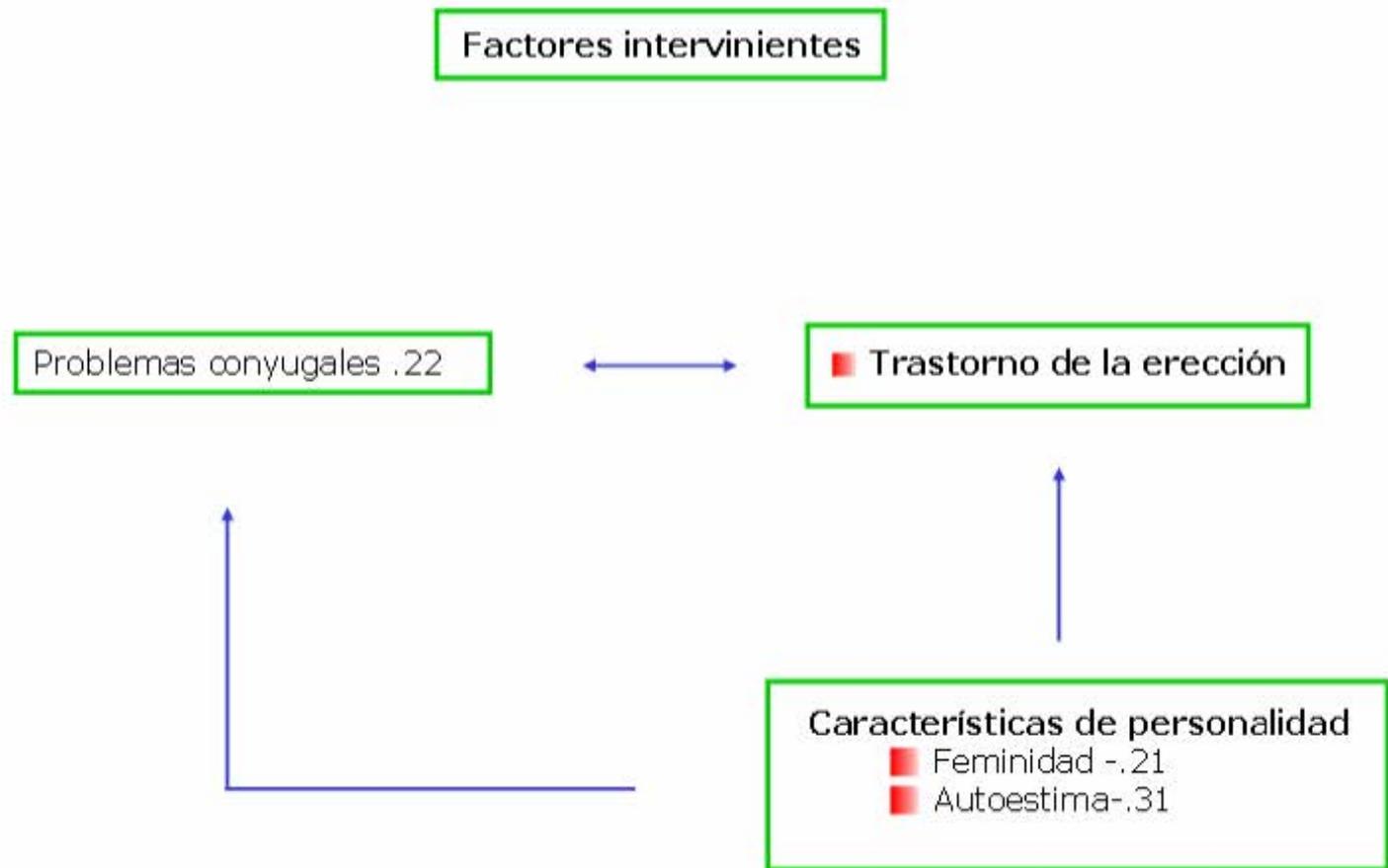
6. Perfil teórico obtenido del deseo sexual en hombres



Perfil 6

- En este perfil se obtuvo relación con un decremento de las características de masculinidad y feminidad de manera combinada y una tendencia a presentar características de sumisión.
- Baja autoestima.
- Temores a la sexualidad y el reporte de problemas conyugales.

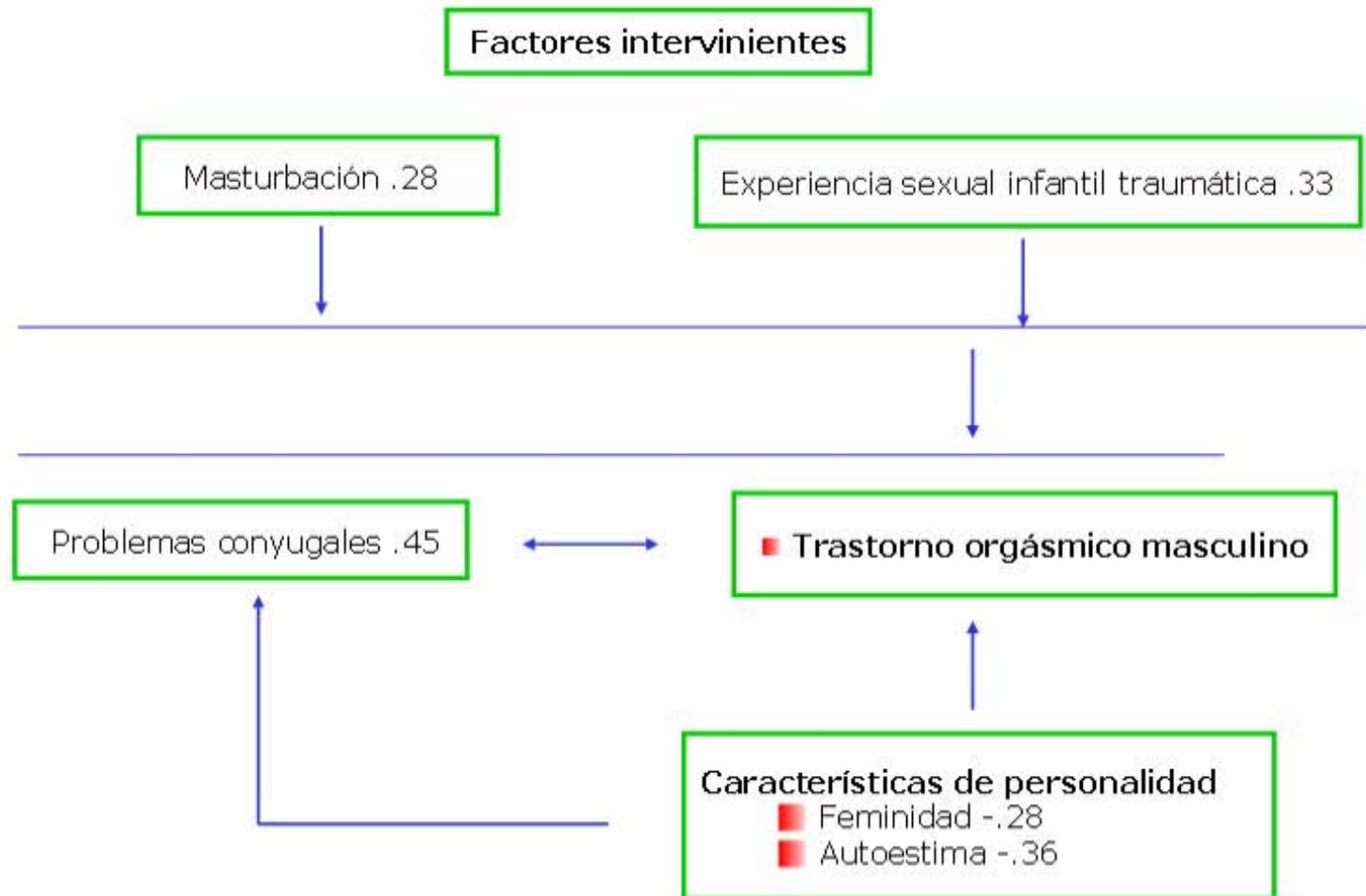
7. Perfil teórico obtenido del trastorno de la erección en hombres



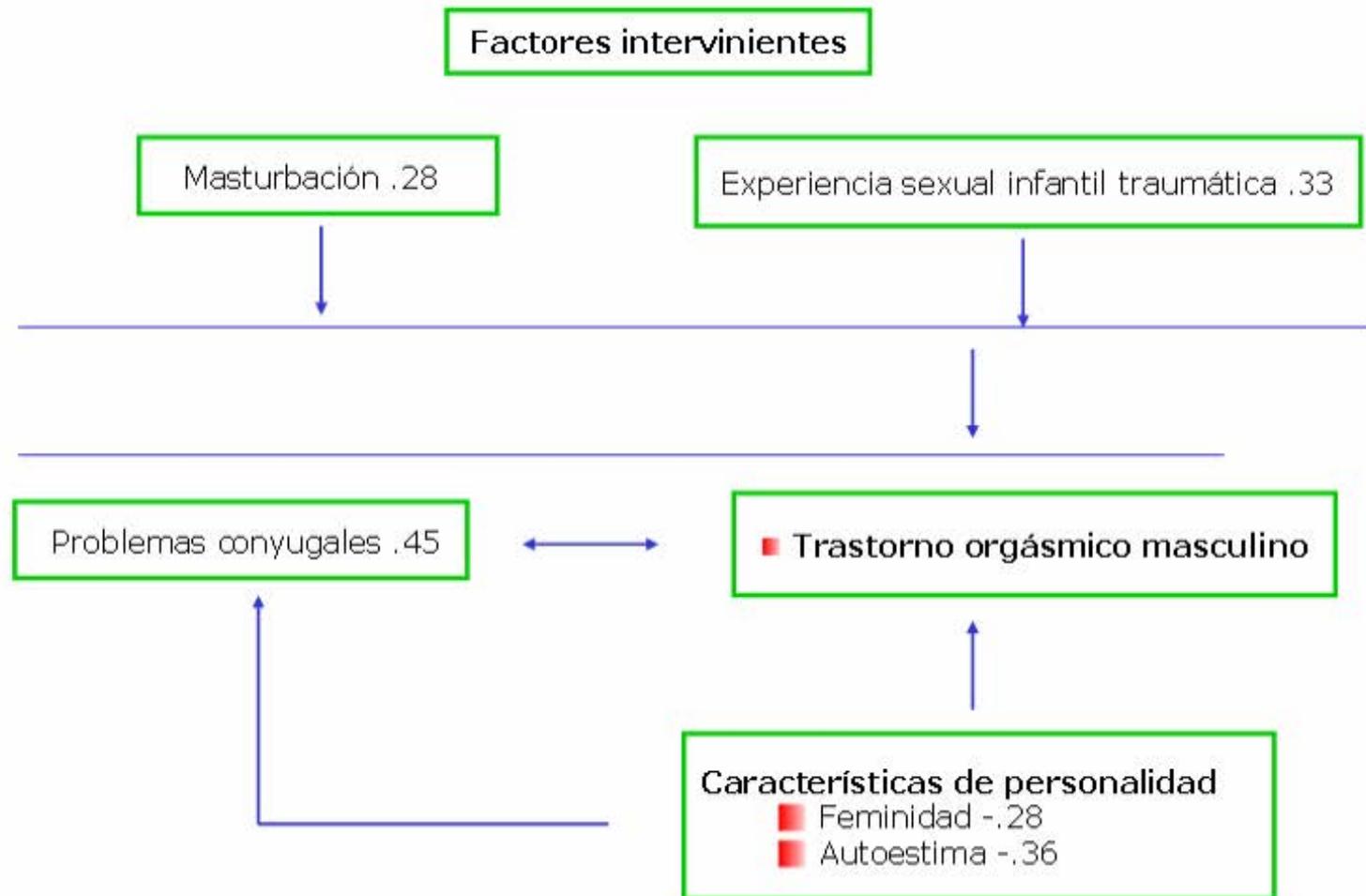
Perfil 7

- En este perfil se obtuvo relación con el decremento de las características de feminidad.
- Baja autoestima.
- Reporte de problemas conyugales.

8. Perfil teórico obtenido del trastorno del orgasmo en hombres



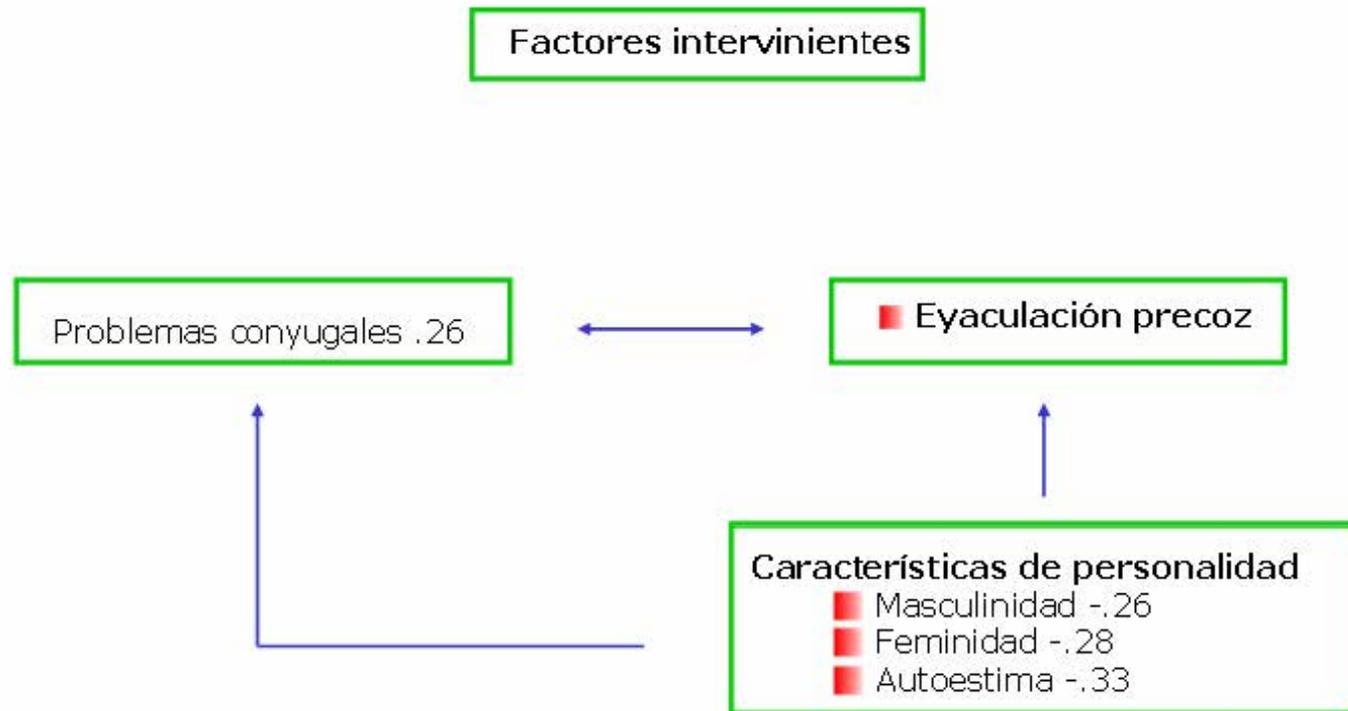
8. Perfil teórico obtenido del trastorno del orgasmo en hombres



Perfil 8

- En este perfil se obtuvo relación con pobres características del papel de género de feminidad.
- Una autoestima baja.
- Un factor predisponente para el desarrollo de esta disfunción sexual es haber tenido una experiencia sexual infantil traumática, el haber practicado la masturbación de manera focalizada y no como una práctica de autoconocimiento y el reporte de problemas conyugales.

9. Perfil teórico obtenido en la eyaculación precoz

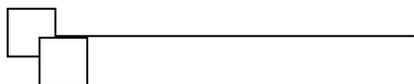


Perfil 9

- En este perfil se obtuvo una relación con la disminución de las características de masculinidad y feminidad de manera combinada.
- Baja autoestima.
- El reporte de problemas conyugales.

SEGUNDA FASE

10. RECURSO COMPLEMENTARIO



10.1 Planteamiento del problema

En la segunda fase se realizó un recurso complementario, desde un enfoque cualitativo, el cual tiene como objetivo la obtención de datos que permitan tener una mayor comprensión del problema de estudio, específicamente las disfunciones sexuales y que, a través de lenguaje humano, que en este método es una herramienta valiosa para alcanzar un mayor conocimiento, registrar información para dar cuenta de otros factores que intervienen en la instauración de una problemática que afecta profundamente la vida de las personas y que es imposible obtener sólo por el método cuantitativo, ya que como lo refieren Balcázar, González-Arratia, Gurrola y Moysén (2006), el método cualitativo proporciona información, que de ser estudiada de manera cuantitativa, se dejaría de lado u oculta.

Para ello se utilizó el método **cualitativo-interpretativo** con la modalidad de **entrevistas a profundidad semi-estructuradas**, y analizadas por medio del **análisis de contenido**, con el objetivo de corroborar: primero, si los resultados en cuanto al papel de los factores estudiados en la primera fase fueron los mismos y, segundo, identificar otros factores que, con el análisis del contenido de los datos obtenidos, nos lleven a tener una mayor comprensión de las disfunciones sexuales desde el punto de vista del protagonista y de los significados que éste le da.

De lo anterior surge la siguiente **pregunta de investigación**:

¿Cuales son los factores en la vida sexual actual de las pacientes con disfunción sexual, que influyen en la presencia de ésta; además, qué elementos, dentro de la historia de su vida sexual, influyeron en el desarrollo de su sexualidad, así como cual

es la percepción que tienen las participantes, de la vida sexual de sus padres y finalmente, como se manejaba la sexualidad dentro de su familia?

■ **Justificación de la segunda fase**

La realización de esta segunda fase es necesaria pues el problema de estudio es tan complejo como son las disfunciones sexuales; por lo que se requiere de una parte exploratoria cualitativa que permita descubrir nuevos elementos que intervienen en los problemas sexuales, para profundizar y ampliar al respecto en futuros estudios.

10.2 Objetivo general

El objetivo general de esta segunda fase es el de poder aislar nuevos factores que permitan tener una mayor comprensión del porqué un individuo tiene un desarrollo de la sexualidad que lo lleva a tener una respuesta sexual adecuada y porqué en el desarrollo de otra persona la respuesta sexual presenta alteraciones que dan como resultado la presencia de una disfunción sexual.

10.3 Objetivos específicos

1. Identificar factores que en su vida sexual actual, influyen en la presencia de disfunciones sexuales.
2. Identificar factores que hayan influido en un desarrollo insatisfactorio de su sexualidad.
3. Identificar elementos, de la percepción que tiene el participante, de la vida sexual de sus padres, y que pudieron impactar el desarrollo de su sexualidad.
4. Identificar factores que dentro del manejo sexual que le dio su familia, impactaron su vida sexual.

Esta parte del trabajo es descriptivo-exploratorio, por lo que no hay hipótesis.

10.4 Muestra

Para la segunda fase de la investigación, el escenario fue el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, la muestra estuvo constituida por

participantes pacientes de la Institución y que fueron capturadas en el Servicio de Psicología, las cuales aceptaron participar en la investigación, y cubrieron los mismos criterios de inclusión requeridos en la primera fase. La muestra quedó constituida por tres participantes mujeres, una participante que no presentó ninguna disfunción sexual, y dos participantes que presentaron disfunciones sexuales, a los criterios de la primera fase se le agregó el que se detectara como buena informante, en una entrevista previa a su participación en esta segunda fase.

10.5 Instrumento

Entrevista a profundidad semi-estructurada

Para la segunda fase de la investigación y con el propósito de hacer análisis cualitativo se propuso como instrumento la entrevista a profundidad semi-estructurada. Esta entrevista busca entender nuestro objeto de estudio desde la perspectiva del participante, indagando los significados de sus experiencias para entender las perspectivas del entrevistado sobre su vida sexual. Al respecto, Ruiz e Ispizúa (1989) elaboran los fundamentos operativos que estructuran a la conversación en una entrevista en profundidad, señalando tres procesos que se retroalimentan y determinan la acertada aplicación de la entrevista y que son: el proceso social de interacción, el proceso técnico de recolección de información y el proceso de registro de la misma. Por otro lado Taylor y Bogdan (1984) definen la entrevista en profundidad como una técnica de investigación cualitativa que consiste en encuentros cara a cara, entre un investigador y sus informantes, para entender las perspectivas del entrevistado sobre su vida, experiencia o situaciones personales tal y como son expresadas por sus propias palabras, y es el investigador el que decide cuándo y cómo aplicar algunas frases que orienten al entrevistado hacia los objetivos propuestos.

Kvale (1996) refiere esta entrevista como una conversación que tiene una estructura y un propósito el cual es para obtener descripciones del mundo del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos, y delimita doce elementos para la comprensión de la entrevista cualitativa:

Mundo de la vida: Se considera que el tema de la entrevista cualitativa, es la vida de la persona entrevistada y su relación con su propia vida.

Significado: La entrevista busca descubrir e interpretar el significado de los temas centrales del mundo del entrevistado. El entrevistador registra e interpreta el significado de lo que se dice y la forma en que se dice.

Cualidad: La entrevista busca obtener un conocimiento cualitativo por medio de lo expresado en el lenguaje común y corriente, y no busca cuantificación.

Descripción: La entrevista busca descripciones ricas de los diversos factores de la vida de las personas.

Especificidad: Se persiguen descripciones de situaciones específicas, y no opiniones generales.

Ingenuidad propositiva: El entrevistador mantiene apertura plena a cualquier fenómeno inesperado o nuevo, en vez de anteponer ideas y conceptos preconcebidos.

Focalización: La entrevista se centra en determinados temas; no está estrictamente estructurada con preguntas estandarizadas, pero tampoco es totalmente desestructurada.

Ambigüedad: Las expresiones de las personas entrevistadas pueden en ocasiones ser ambiguas, reflejando así las contradicciones con las que vive una persona en su mundo.

Cambio: El proceso de ser entrevistado puede producir introspección en el individuo, por lo que, en el curso de la entrevista, éste puede cambiar las descripciones o los significados respecto de cierto tema.

Sensibilidad: Diferentes entrevistadores propician diferentes respuestas sobre determinados temas, dependiendo de su grado de sensibilidad y conocimiento sobre el tema en particular.

Situación interpersonal: El conocimiento se producirá a partir de la interacción personal durante la entrevista.

Experiencia positiva: Una entrevista de investigación bien realizada puede constituir una experiencia única y enriquecedora para el entrevistado, quien a lo largo de ella puede obtener visiones nuevas acerca de su propia situación de vida.

En relación al tipo de entrevista a profundidad, se eligió el que fuera semi-estructurada pues este tipo de entrevista parte del supuesto de que el entrevistado tiene una “teoría subjetiva” del objeto a estudiar, en donde algunas de sus ideas son explícitas y con solo preguntarle las dice, pero otras son implícitas y para conocerlas se necesita la ayuda de un determinado método que este tipo de entrevista propone, con la elaboración de preguntas que requieren de una definición del tema, basadas en la literatura o en las hipótesis del investigador, a su vez basadas en investigaciones anteriores. Este tipo de entrevista, aunque requiere de una guía temática, no debe ser estricta en la secuencia de las preguntas, pues esto podría coartar al entrevistado en su discurso, pues él al profundizar o asociar puede aparentar desviarse del tema, cuando en realidad podría estar aportando información valiosa y si se le interrumpe con la siguiente pregunta se puede evitar la profundización (Flick, 2002). El contenido de las entrevistas se puede someter al **análisis de contenido**. Entrevista que se mantiene informal en cuanto al procedimiento pero, se lleva una guía temática de los temas a cubrir y de la información requerida. Debe haber un flujo natural de conversación, libertad para que el entrevistado explore líneas de razonamiento no pronosticados y flexibilidad del entrevistador para que explore en cuanto a que puede seleccionar aspectos del discurso a los que desee dar seguimiento.

10.6 Guía temática

En relación con esta investigación, se elaboró una guía temática con las preguntas enfocadas a la exploración de su sexualidad Para esta fase los ejes temáticos fueron organizados a partir de los resultados de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina HCCSF (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987) y del

Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, Pimentel, Aranda, 1998), aplicada en la primera parte y fueron las siguientes:

1. Su estado actual sexual:
 - a) ¿Hábleme de su vida sexual?
 - b) ¿Cómo valora su vida sexual en este momento?
 - c) ¿Dentro de su vida sexual actual considera que hay problemas?
 - d) ¿Qué tipo de problemas?
 - e) ¿Desde cuándo los tiene, en qué situaciones se dan?
 - f) ¿Por qué cree que los tiene?
 - g) ¿Qué piensa de la manera en que maneja la situación?

2. Su historia de vida sexual:
 - a) ¿Podría decirme ¿Cómo relaciona su historia de vida sexual con el ejercicio de su sexualidad en la etapa adulta?
 - b) ¿Dentro de esta historia que elementos considera positivos?
 - c) ¿Dentro de esta historia que elementos considera negativos?
 - d) ¿Dentro de esta historia hubo alguna experiencia particularmente difícil?
 - e) ¿Qué de esta historia impactó el desarrollo de su sexualidad?

3. Percepción del participante de la vida sexual de sus padres:
 - a) ¿Cuál es la percepción que usted tiene de la vida sexual de sus padres?
 - b) ¿Cómo considera que fue la vida sexual de sus padres cuando ellos tenían la edad de usted?

- c) ¿Qué efecto cree que tuvo en usted el tipo de relación con sus padres?
 - d) ¿Considera que eso influyó para su vida de pareja y sexual actual?
4. Manejo que le dio la familia a la sexualidad:
- a) ¿Cómo considera que fue el manejo familiar hacia los aspectos sexuales?
 - b) ¿Le hablaron sus padres de sexualidad, le dieron educación sexual?
 - c) ¿De dónde provino la información sobre sexualidad que usted adquirió?
 - d) ¿Cómo la califica ahora en la edad adulta?

10.7 Procedimiento

Al terminar la captura de la muestra de la primera fase de la investigación, la recolección de datos de la segunda fase se realizó de la siguiente manera: durante la primera parte de la investigación y en el proceso de captura a todos los participantes se les invitó a participar en una segunda parte de la investigación, a todos los participantes que hayan dicho que “sí” se les puso en una lista. Al final de esta captura a éstos participantes se les contactó para confirmar su deseo de participar en esta segunda fase de la investigación, a los que ratificaron su interés se les dio una cita en la cuál se detectó su disposición para realizar este tipo de entrevistas, las cuales se realizaron en el departamento de Psicología del Instituto, con el consentimiento previo del participante de grabar la entrevista y después de haber firmado una segunda carta de consentimiento informado, según los requerimientos éticos institucionales, se procedió a la segunda etapa que fue la realización y grabación de las entrevistas. La duración de la dos entrevistas fue de aproximadamente 120 minutos, la tercera entrevista se realizó en dos sesiones de 90 minutos cada una por la cantidad que la paciente aportó, las entrevistas fueron grabadas en su totalidad. Al finalizar se les ofreció el servicio de Psicología para darle atención asistencial como parte de un servicio especial que ofrece el Instituto a sus pacientes. En la tercera fase se hizo la transcripción de las entrevistas; en la cuarta, se procedió al análisis de la información.

10.8 Análisis de la información

Para la realización del análisis de la información utilizamos como herramienta el **análisis de contenido** que es una técnica para estudiar y analizar la comunicación, con una orientación fundamentalmente empírica, exploratoria, vinculada a fenómenos reales y de finalidad predictiva, que trasciende las nociones convencionales del contenido pues está ligado a concepciones sobre los fenómenos simbólicos (Krippendorff, 1990), es una técnica para leer e interpretar el contenido de documentos escritos que pueden ser preparados previamente y orientados para su análisis e interpretación, basado en la lectura, como instrumento, cuyo texto original debe ser entendido en su significado subjetivo para codificarlos y transformarlos mediante un proceso de manipulación captando el contenido manifiesto y el latente y que debe realizarse de modo científico, sistemático, objetivo, replicable y válido (Ruiz Olabuénaga, 1996), además de seguir una secuencia y un orden (Álvarez Gayou, 2004).

Las tres fases que se siguieron fueron:

1. Fase de obtención de la información
2. Captura, organización, transcripción de las entrevistas y manejo de la información.
3. Selección de datos oportunos de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Esto se realizó a través de:

- **Conceptuar:** ordenamos por ideas y/o pensamientos, y los categorizamos por unidades de análisis.
- **Categorizar:** reunimos las ideas y/o pensamientos en grupos que las contengan, esquematizamos las unidades de análisis, creando un nombre para la categoría en base de un criterio unificador.
- **Organizar:** visualizamos la forma como se estructura un todo, para conocer la organización lógica de las categorías.

■ **Estructurar:** Distribuimos y ordenamos las partes en un todo, elaboramos un esquema en el que se incluyeron de manera gráfica las categorías y subcategorías organizadas, incluimos el número total de unidades de análisis, las frecuencias y los participantes que las aportaron, para finalmente crear un mapa conceptual.

Esto se realizó en dos etapas:

1. Categorización para la construcción del texto de campo: Fue el primer acercamiento al texto cuya finalidad fue conceptuar y categorizar pensamientos en grupos que las contengan a través de las respuestas de la entrevista, nombrando el fenómeno, descubriendo y nombrando las categorías, esto se hizo con la identificación de opiniones, sentimientos o ideas que se repiten, se clasificaron los datos con el recuento de frecuencias, de palabras, con lo que se hizo un listado de palabras clave clasificando las palabras en categorías de contenido. Se hicieron notas de los códigos con comentarios a cada categoría. Se subrayaron todas las partes del texto con diferentes colores, para detectar las unidades de análisis y hacer la categorización, que nos parecieron importantes dentro de los objetivos planteados. De esto se obtuvieron las diferentes categorías que fueron nombradas respetando el texto, las cuales pueden ser desde palabras hasta ideas o conjunto de ideas, y como refiere Ruiz Olabuénaga (1996), que todo elemento formal de contenido presente en el texto de campo y que guarde conexión con el objeto de estudio puede ser entendido como dato a analizar.

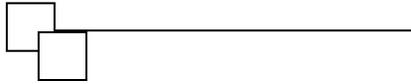
2. Categorización para la construcción del texto de investigación: En esta segunda parte se procedió a hacer una primera sistematización, realizando una organización de las categorías, donde diferentes registros se incluyeron en una misma categoría por tener el mismo significado, o por la relación que tienen entre sí, esto se hizo: identificando el fenómeno central (disfunciones sexuales), donde podemos ubicar las categorías de las condiciones causales que influyen el fenómeno central, se especificó las acciones o interacciones que resultaron del fenómeno central, se identificó el contexto y las condiciones que intervinieron para que se diera el fenómeno central. Se procedió a la estructuración del análisis, después se realizó una codificación de cada sistema de categorías, el cual al principio era un

sistema abierto hasta que estos estuvieron más completos, se terminó con un sistema cerrado de categorías, haciendo un mapa conceptual (Mejía y Sandoval, 1998).

10.9 Requerimientos éticos

Los participantes firmaron una segunda carta de consentimiento, donde da su aprobación para grabar la entrevista y poniendo énfasis en la confidencialidad de la información, con la misma consigna que para la primera fase, que si desea retirarse no habrá ninguna sanción en cuanto a su atención hospitalaria (véase Anexo 7).

11. RESULTADOS SEGUNDA FASE



11.1 Plan de análisis

El análisis cualitativo se realizó mediante el **análisis de contenido**.

El análisis de contenido es un enfoque convencional y tiende a preparar los datos cualitativos para un análisis en términos de códigos y conteos de frecuencias. Es una manera de observar a las personas a través de los mensajes que produce. Se llevó a cabo el análisis de contenido con el material que proporcionaron las participantes y que fueron obtenidos a través de las entrevistas en profundidad semi-estructuradas (Coolican, 2005). El análisis de contenido es uno de los procedimientos que más se acercan a los postulados cualitativos desde sus propósitos, busca analizar mensajes, rasgos de personalidad, preocupaciones y otros aspectos subjetivos. La principal característica es que el análisis de los datos se realiza mediante la codificación; por esta se detectan y señalan los elementos relevantes del discurso verbal y no verbal, y a su vez ellos se agrupan en categorías de análisis. Este constituye el procedimiento general por excelencia del análisis cualitativo (Álvarez Gayou, 2004).

La estrategia metodológica del análisis de contenido requirió que los datos fueran analizados haciendo, primero una categorización para la construcción de un texto de campo de donde surgieron las unidades de registro, para luego formar una categorización de las unidades de registro donde se generaron categorías, para posteriormente formar una codificación, de los factores. El sistema de categorización y su código correspondiente fue el resultado de los objetivos planteados basados en el marco teórico que sustenta este trabajo, respetando las dos normas básicas que menciona Ruiz Olabuénaga (1996), y que señalan lo siguiente: a) la codificación empieza siempre con un sistema abierto de categorías para acabar

con un sistema cerrado de las mismas, y *b*) a partir del texto de campo se elaboró un segundo texto con base en categorías y codificación del contenido.

11.2 Participantes

La muestra quedó constituida por tres mujeres. A cada una se le realizó una entrevista en profundidad semi-estructurada, dos con disfunción sexual y una sin disfunción sexual, a esta última participante se le realizaron las preguntas al revés, para inferir qué factores influyeron en el desarrollo de la sexualidad lo cual dio como resultado una vida sexual libre de disfunciones sexuales.

- La primera participante, Alfa, de 32 años de edad, cinco años de casada, con escolaridad de nivel medio (secundaria) que ingresa al INPerIER por embarazo de riesgo (hipertensión en control). Después de realizada la captura de esta participante en la primera fase de la investigación, ella aceptó participar en esta segunda fase, cubriendo los criterios de inclusión. Esta participante no presentó ninguna disfunción sexual.
- La segunda participante, Beta, de 36 años, seis años de casada, con escolaridad de nivel medio superior (preparatoria) está en el INPerIER por no haber logrado embarazarse (esterilidad primaria), la envían al servicio de Psicología por referir problemas sexuales, al realizarle la historia clínica se diagnosticó con la disfunción sexual: Vaginismo. Se le ofreció participar en la investigación lo cual aceptó, paciente que cubrió todos los criterios de inclusión.
- La tercera participante, Gama, de 33 años de edad, con unión libre de un año, pero con problemas de una probable separación, con escolaridad de pasante universitaria, ingresa al INPerIER por esterilidad primaria, la envían al servicio de psicología por referir problemas de pareja en gran parte por problemas sexuales, al realizar la historia clínica se diagnostica con la disfunción sexual: Dispareunia. Se le ofreció participar en la investigación lo cual aceptó. La participante cubrió todos los criterios de inclusión.

11.3 Obtención de datos

En la investigación cualitativa utilizamos el proceso inductivo, que fundamentalmente es partir de lo particular a lo general, y según los requerimientos metodológicos, para realizar la sistematización y análisis de los datos recabados, el proceso es el siguiente: **Conceptuar:** ordenamos por ideas y/o pensamientos, y los categorizamos por unidades de análisis. **Categorizar:** reunimos las ideas y/o pensamientos en grupos que las contengan, esquematizamos las unidades de análisis, creando un -nombre para la categoría en base de un criterio unificador y creando un mapa conceptual. **Organizar:** visualizamos la forma como se estructura un todo, para conocer la organización lógica de las categorías. **Estructurar:** Distribuimos y ordenamos las partes en un todo, elaboramos un esquema en el que se incluyeron las categorías y subcategorías organizadas, considerando el número total de unidades de análisis, las frecuencias y los participantes que las aportaron.

Categorización para la construcción del texto de campo

Siguiendo esta secuencia en un inicio, en la fase de **conceptuar**, se leyó la transcripción varias veces, haciendo anotaciones descriptivas, un registro de las asociaciones del investigador o una primera interpretación, identificando los objetivos que surgieron de la entrevista y las primeras anotaciones para en una etapa posterior, reordenarlos y organizarlos en los que se agrupan juntos o los que están en un nivel superior o incorporan más temas primarios. En esta etapa se retomó constantemente la transcripción, se pusieron títulos a los temas utilizando las palabras reales de los participantes, por último se elaboró una tabla de temas organizados con la mejor agrupación y jerarquía. Una vez obtenidos los datos se dio inicio a la identificación de material con un mismo significado para generar unidades de análisis adecuadas al tipo de objetivos planteados y generar categorías además de señalar las frecuencias, para poder pasar a la segunda fase.

Posteriormente se realizó la **categorización** de las unidades de análisis, nombrando cada categoría, basándonos y nombrándolas en lo que está en el texto, una vez que se categorizaron las unidades de análisis, se revisaron para clasificar los elementos

encontrados, respetando en todo momento el texto, elaborando el mapa conceptual, para después, pasar al siguiente procedimiento.

Categorización para la construcción del texto de investigación:

Después se procedió a la **organización** que se hizo respetando la perspectiva del participante, organizando de manera lógica las categorías, cubriendo cada uno de los objetivos planteados, lo cual nos permitió tener una mejor visualización para poder hacer la estructuración final.

Por último se realizó la **estructuración** donde se procedió a hacer un esquema en el que se incluyeron las categorías organizadas.

11.4 Categorías a partir de las unidades de análisis

En esta parte expondremos el número de unidades de análisis, respetando las ideas que las participantes vertieron en cada objetivo, descubriendo y nombrando las categorías, para la construcción del texto de campo, detectadas a partir de éstas, conceptualizando con éstas el fenómeno a estudiar, que en este caso son los factores relacionados con la presencia o no presencia de disfunciones sexuales.

Esta primera sistematización se realizó dividiendo las unidades de análisis en dos grupos de categorías, en el primer grupo se incluyeron las categorías de las dos participantes que presentaron disfunción sexual, y en el segundo grupo los de la participante que no presentó disfunción sexual (con la cual se invirtió la pregunta en el primer objetivo).

Categorías asociadas a la disfunción sexual y a la sexualidad normal

Primer Objetivo: Identificar factores actuales que influyen en la presencia de disfunciones sexuales

Categorías	Mujer sin disfunción sexual Alfa	Mujer con vaginismo Beta	Mujer con dispareunia Gama
1. Imagen corporal y relación con el cuerpo	Autocuidado	Rigidez	Autocuidado, violencia al propio cuerpo, reconciliación con el cuerpo
2. Relaciones sexuales	Comunicación sexual, expresión del deseo a la pareja, conducta sexual activa, identificación de necesidades	Rigidez, frustración sexual	Frustración sexual, sensación de incapacidad de regulación en su vida sexual, devaluación
3. Temores a la sexualidad			Ante el deseo sexual, a la autoexploración
4. Vida afectiva			Carencias afectivas, fragilidad, vulnerabilidad, inseguridad con su cuerpo, sentimiento de devastación
5. Concepto de si misma	Activa, autoafirmada, búsqueda de alternativas para la solución de problemas		Devaluación, sensación de desventaja, sentimientos de inutilidad, fragilidad
6. Relación de pareja	Comunicación marital eficaz	Pobreza en la comunicación, frustración, enojo, angustia, problemas reactivos a la frustración sexual	Confusión, angustia, miedo al abandono por la incapacidad sexual, sometimiento
7. Calidad en la vida sexual	Búsqueda de satisfactores sexuales	Pobreza sexual	Pobreza sexual, vergüenza sexual

Segundo objetivo: Identificar factores que hayan influido en el desarrollo insatisfactorio de su sexualidad

Categorías	Mujer sin disfunción sexual Alfa	Mujer con vaginismo Beta	Mujer con dispareunia Gama
1. Relación con su cuerpo durante el desarrollo		Anulación y vergüenza del cuerpo, de los genitales, desconocimiento del cuerpo	Hostilidad al cuerpo, borramiento del cuerpo, episodios de anorexia, maltrato y miedo de su cuerpo
2. Inicio de vida sexual	Problemas sexuales, frustración sexual	Problemas y frustración sexual, prohibiciones, evitación del placer, anulación del deseo	Sexo satanizado, evitación del placer, prohibiciones, anulación del deseo, confusión de la identidad
3. Concepto de sí misma durante el desarrollo	Asertividad, reconocimiento de sus necesidades	inseguridad, aislamiento, encierro	Sensación de fealdad, devaluación, inseguridad, búsqueda constante de aprobación
4. Temores a la sexualidad durante el desarrollo	Ante los cambios de su cuerpo	Temor ante el deseo sexual, a defraudar a los demás	
5. Relación con el hombre		Pobreza en las relaciones	Pobreza en las relaciones, miedo al fracaso en la relación con el hombre, imagen del hombre: abusivo, poderoso
6. Erotización temprana			Abuso sexual, doble moral del adulto, prohibición sexual vs. erotización de los vínculos familiares

Tercer objetivo: Identificar elementos de la percepción que tiene el participante de la vida sexual de sus padres, y que pudieron impactar el desarrollo de su sexualidad

Categorías	Mujer sin disfunción sexual Alfa	Mujer con vaginismo Beta	Mujer con dispareunia Gama
1. Vida sexual de los padres	Madre utilizada, insatisfecha	Padre frío y distante, sexualidad escondida	Madre utilizada, insatisfecha, violentada
2. Imagen materna	Madre sumisa, objeto sexual		Madre sumisa, objeto sexual, débil, sin poder, temerosa, devaluada, resignada, falta de cuidado en la infancia
3. Imagen paterna	Padre macho y poderoso	Distante, frío e inalcanzable	Padre macho y poderoso, con problemas psicológicos, irracional, odiado, abusivo, violento
4. Percepción de los padres	Rígidos y sin expresiones de afecto entre ellos, establecimiento de la comunicación con ellos, flexibilidad	Rígidos y sin expresiones de afecto entre ellos, pobreza en la comunicación	Rígidos y sin expresiones de afecto entre ellos

**Cuarto objetivo: Identificar factores que dentro del manejo sexual
que le dio su familia, impactaron su vida sexual**

Categorías	Mujer sin disfunción sexual Alfa	Mujer con vaginismo Beta	Mujer con dispareunia Gama
1. Vida afectiva		Niñez feliz, adolescencia infeliz	Con represión, con soledad, con pobreza afectiva
2. Estereotipos de género	Polarización en los papeles de género, hombre negativo, mujer ignorante	Hombre libre y macho	Hombre libre y macho, mujer sumisa y restringida
3. Ambiente sexual en la familia	Pobre comunicación sexual	Pobre comunicación sexual, represivo hacia la sexualidad femenina, permisivo a la sexualidad masculina	Pobre comunicación sexual, erotizado, violentado, simulación, abuso sexual, incoherencia
4. Socialización		Pobre socialización, encierro	Pobre socialización, encierro
5. Actitud familiar frente a la sexualidad	Prohibiciones en lugar de educación	Prohibiciones en lugar de educación, negación de la sexualidad	
6. Educación sexual	Búsqueda de educación e información sexual, pobre, nula o irracional información sexual	Pobre, nula o irracional información sexual	Pobre, nula o irracional información sexual

11.5 Organización y estructuración de las categorías

Aquí se exponen la organización y estructuración de las categorías que fueron detectadas, tratando de respetar la lógica del fenómeno central, que son la identificación de los factores relacionados con la presencia o no de las disfunciones sexuales, para la construcción del texto de investigación. El análisis de las categorías indica que hay tres grupos de factores básicos que tienen que ver con las dificultades o no en el desarrollo de la sexualidad que repercuten en su vida sexual actual y que se manifiestan o son producto de la interacción con la pareja.

Organización de los factores asociados a la disfunción sexual

I. Factores actuales que intervienen en la vida sexual y que condicionan o influyen la respuesta sexual, tanto personales como interpersonales

1. Imagen corporal y relación con el cuerpo. Presencia de violencia hacia el propio cuerpo, lo que impide un adecuado desarrollo de la sexualidad, con una imposibilidad de tener un conocimiento y dominio de su cuerpo por lo que la capacidad de desarrollar el placer está limitada a ello; ello aparece en éstas disfunciones (vaginismo y dispareunia) que son las disfunciones relacionadas con el dolor, donde hay deseo, pero este desaparece por la rigidez ante la penetración. En el vaginismo hay negación y rigidez, esto finalmente impide el coito, a diferencia de lo encontrado en dispareunia, donde hay una mayor presencia del cuerpo pero con automaltrato y sentimientos de hostilidad hacia su cuerpo.

2. Relaciones sexuales: Incapacidad de la regulación sexual, se detectaron límites difusos ante el manejo de su sexualidad, que tienen como consecuencia la polarización, o la rigidez ante el desempeño sexual o una hipersexualidad en la búsqueda de satisfacción sexual, con fracasos repetidos, lo que lleva nuevamente a la rigidez, con incapacidad de sostener el placer hasta llegar a una resolución de este y por lo tanto a la satisfacción y la sensación subjetiva de plenitud. Por el contrario el deseo y placer inicial se transforman en dolor, lo que deriva en frustración sexual. En esta categoría encontramos fundamentalmente devaluación ante sus propios deseos de placer por sentirse incapaz de manejar la interacción con la pareja.

3. Temores a la sexualidad. Se distinguen varios tipos de temores, como son el miedo ante las sensaciones de deseo sexual, miedo al conocimiento de su cuerpo, por vivir el placer como algo prohibido que los demás pueden descubrir.

4. Vida afectiva. Se detectan carencias afectivas que se evidencian en la incapacidad del ejercicio sexual, sentimientos de devastación, fragilidad, vulnerabilidad, inseguridad de su cuerpo, de su desempeño en la interacción con la pareja, ante lo cual se aísla.

5. Concepto de sí misma. El concepto de sí misma está relacionado fundamentalmente con la incapacidad sexual lo cual es su eje rector, con sentimientos de devaluación y desventaja, sentimientos de inutilidad y fragilidad, lo que impacta la interacción de los demás

6. Relación de pareja. Aquí se detecta miedo al abandono de la pareja por su incapacidad sexual, lo que produce una sensación de desventaja que se compensa con el sometimiento hacia el otro para controlar la angustia, esto provoca sentimientos de enojo, confusión, frustración. También hay pobreza en la comunicación, y miedo al abandono por la incapacidad sexual.

7. Calidad en la vida sexual. Pobreza en la vida sexual, vergüenza por la propia incapacidad sexual.

II. Factores que influyeron en el desarrollo de su vida sexual actual

1. Relación con su cuerpo durante el desarrollo. Durante el desarrollo se encontró anulación y vergüenza del cuerpo, de sus genitales, hostilidad y borramiento del cuerpo, encontrando maltrato y miedo de su cuerpo, lo que se manifiesta en trastornos de la alimentación (crisis de anorexia), el deseo se anula para neutralizar la ambivalencia entre el deseo de placer y la prohibición, pobre autocuidado.

2. Inicio de vida sexual. Pobreza en el desarrollo de la sexualidad, con frustración sexual, el sexo está satanizado, manejo inadecuado a través de prohibiciones por lo que anula el deseo, confusión en la identidad.

3. Concepto de si misma durante el desarrollo. El concepto de si misma está ligada a las vivencias afectivas tempranas las cuales se actualizan durante el desarrollo sexual, sensación de fealdad, devaluación, encierro, depende de la aprobación de los demás. Solo hay dos tipos de mujeres: la mujer mala (sexualmente activa), mujer buena (sin deseo sexual), lo que deriva en una confusión interna entre lo que percibe de sus necesidades y sus deseos y lo que se le dice en el mundo externo.

4. Temores a la sexualidad durante el desarrollo. Se presentan temores ante la aparición del deseo sexual, temor a explorar y mostrar su cuerpo, a los cambios y la sexualización de su cuerpo durante el desarrollo, temor a ejercer su sexualidad por estar en contra de las normas familiares, miedo a defraudar a los demás si ejerce su sexualidad.

5. Relación con el hombre. Miedo al hombre y a la interacción con él, evitación de todo tipo de relaciones, el hombre es concebido como: abusivo, poderoso, y lo más importante, como un buscador solo de sexo no de relación.

6. Erotización temprana. Se encuentran dos polos opuestos, o la prohibición y anulación de la sexualidad o la erotización de los vínculos familiares, que se pueden presentar de manera combinada, hay una doble moral familiar, cuando esto sucede, se presentan: riesgos de abuso sexual, lo que posteriormente se traduce en conductas que van de la rigidez y negación del deseo sexual hasta la hipersexualidad; cuando solo hay prohibiciones y negación de todo tipo de expresiones sexuales pueden presentarse en mayor medida la rigidez; estos dos modelos pueden derivar en una disfunción sexual, si no hay factores protectores.

III. Percepción de la vida sexual de los padres que impactaron el desarrollo de su sexualidad

1. Vida sexual de los padres. La percepción es de una sexualidad escondida o violentada, con una madre insatisfecha, utilizada y un padre frío y distante.

2. Imagen materna. La imagen materna es predominantemente sumisa, débil, sin poder, proclive al maltrato, la perciben como objeto sexual del padre, negada al placer, temerosa ante la autoridad del hombre, con descuido hacia los hijos en la infancia.

3. Imagen paterna. En la percepción del padre predominan dos imágenes del padre: la de un padre frío, distante e inalcanzable afectivamente, cuyos acercamientos están condicionados a la obediencia o de lo contrario hay prohibiciones y castigos; o la de un padre irracional, poderoso, con problemas psicológicos, abusivo, violento.

4. Percepción de los padres. Se perciben con una relación rígida y sin expresiones afectivas entre ellos, con pobreza en la comunicación, con una relación asimétrica e insatisfactoria.

IV. Factores que, por el manejo de la sexualidad en la familia, impactaron su vida sexual

1. Vida afectiva. En la vida afectiva se observan dos modalidades diferentes que impactan el desarrollo de la sexualidad. Una niñez feliz y una adolescencia infeliz como producto de un manejo inadecuado de la familia ante el desarrollo sexual de las hijas ante lo cual el recurso utilizado es la prohibición; o una infancia con maltrato lo cual continúa o se agrava en la adolescencia, con represión y soledad.

2. Estereotipos de género. Polarización en los papeles de género de las figuras paternas. Madre: sumisa, restringida, ignorante. Padre: macho, libre, negativo. La polarización de papeles de género es muy marcada.

3. Ambiente sexual en la familia. Ambiente familiar con pobreza en la comunicación sexual, con un manejo diferenciado según el género, represivo hacia las mujeres, permisivo hacia los hombres, ambiente erotizado y violentado, con predominio de dos formas de manejo de la sexualidad: familia con una doble moral: vínculos erotizados con los hijos, por un lado, y actitudes y discurso represivo por otro, y esta es una forma de relación que se establece de manera cotidiana; o familia

represiva hacia las manifestaciones sexuales a partir de la adolescencia. Ambiente familiar polarizado entre la represión y la sexualidad escondida y agresiva, incoherencia en los mensajes, simulación ante los demás.

4. Socialización. Aquí se detecta pobreza en la socialización, encierro, pobre desarrollo intelectual, el cual está limitado en la mujer, anulación de toda posibilidad de vivencias placenteras, actitudes agresivas hacia los demás: huraña, arisca, aislada, como defensa para no socializar,

5. Actitud familiar frente a la sexualidad. La actitud familiar ante los cambios en el desarrollo sexual de los hijos llevan a los padres a tener pocos recursos para dar una educación sexual adecuada, su repertorio conductual es muy limitado y se traduce en negar la sexualidad, prohibiciones en lugar de educación.

6. Educación sexual. No hay educación sexual, hay un vacío en ésta área, solo actitudes en las cuales hay una incoherencia entre sus sensaciones y las actitudes de la familia. En éstas actitudes hay una carga reprobatoria y satanizada hacia las expresiones, necesidades y cambios en la sexualidad.

Organización de los factores asociados a la sexualidad normal

I. Factores actuales que intervienen en la vida sexual y que condicionan o influyen la respuesta sexual, tanto personales como interpersonales

1. Imagen corporal y relación con el cuerpo. Se observa preocupación por su cuerpo que deriva en un mayor autocuidado.

2. Relaciones sexuales. Comunicación marital sexual, se detecta la importancia del bienestar sexual de los dos, preocupación por enriquecer la vida sexual, evitar la frustración sexual a través de la comunicación, reconocimiento y expresión de las necesidades sexuales, deseos de complacer al otro, variantes sexuales para enriquecer la vida sexual.

3. Temores a la sexualidad. No hay reporte de temores, más bien se observan varias formas de enfrentar sus necesidades sexuales para poder cubrirlas, pues no se

paraliza ante las frustraciones sexuales, sino trata de resolverlas, no conformándose con el manejo familiar de la sexualidad.

4. Vida afectiva. No hay reporte de carencias, busca cubrir sus necesidades afectivas, amorosas y sexuales.

5. Concepto de sí misma. Se considera una mujer inconforme, deseosa de conocer y de mejorar su vida, busca tener una mayor calidad en su vida marital y sexual, así como entender que pasó en su vida, en su familia, activa, autoafirmada.

6. Relación de pareja. Funcionalidad marital, hay comunicación sexual eficaz, manifestación de la importancia de la pareja en su vida, sus problemas, sus necesidades, sus preocupaciones, con el reconocimiento de su malestar ante situaciones difíciles, ubicación de los problemas.

7. Calidad en la vida sexual. Se encuentra una mayor riqueza en la vida sexual, con búsqueda de alternativas para evitar la frustración sexual.

II. Factores que influyeron en el desarrollo y que predisponen su vida sexual actual

1. Relación con su cuerpo durante el desarrollo. Búsqueda del conocimiento del cuerpo.

2. Inicio de vida sexual. Se encuentra problemas y frustración sexual, fracasos en sus primeras incursiones de la práctica sexual, pero con una búsqueda de soluciones para mejorar su vida sexual.

3. Concepto de si misma durante el desarrollo. Hay inconformidad ante la frustración sexual, búsqueda de alternativas de solución, asertiva, reconocimiento de las necesidades.

4. Temores a la sexualidad durante el desarrollo. No hay reporte de temores

5. Relación con el hombre. Se observa mayor interacción en las relaciones con los hombres, búsqueda de alternativas para la solución de problemas, mayor interacción y conocimiento del hombre, comunicación.

6. Erotización temprana. No hay reporte

III. Percepción de la vida sexual de los padres que impactaron el desarrollo de su sexualidad

1. Vida sexual de los padres. Percepción de una nula expresión de la afectividad entre ellos.

2. Imagen materna. La imagen materna es predominantemente de sumisión y debilidad, negada al placer, temerosa ante la autoridad del hombre, pero con una apertura hacia el diálogo sin ser mediado por el padre. La hija se convierte paulatinamente en educadora de la madre, hay comunicación sobre la vida sexual de ambas.

3. Imagen paterna. En la percepción del padre predomina una imagen de un padre poderoso, autoritario, no hay apertura al diálogo.

4. Percepción de los padres. Percibe estereotipos de género polarizados en las figuras paternas. Madre: sumisa, ignorante, objeto sexual. Padre: poderoso, inflexible, sin expresiones de afecto entre ellos.

IV. Factores que, por el manejo de la sexualidad en la familia, impactaron su vida sexual

1. Vida afectiva. No hay reporte

2. Estereotipos de género. Polarización en los papeles de género de las figuras paternas. Madre: sumisa, restringida. Padre: macho, poderoso, libre.

3. Ambiente sexual en la familia. Pobreza en la comunicación sexual., búsqueda de respuestas fuera de la familia.

4. Socialización. No hay reporte.

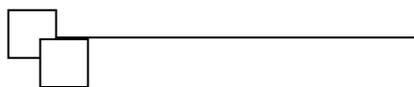
5. Actitud familiar frente a la sexualidad. Hay prohibiciones en lugar de educación.

6. Educación sexual. La educación sexual es pobre, sin embargo hay una mayor iniciativa de búsqueda de información sexual.

Se presentan estos resultados donde se pudieron aislar indicadores a través del método cualitativo-interpretativo y con el recurso de entrevistas a profundidad semi-estructuradas, con el objeto de aportar elementos, en una aproximación exploratoria, de nuestro objeto de estudio, factores asociados a las disfunciones sexuales, en esta segunda fase solo se realizaron entrevistas a tres mujeres, su aportación es importante, pues muestra todos los factores que pueden encontrarse a través del uso de esta herramienta metodológica. Los resultados obtenidos ponen los cimientos para continuar con este tipo de recurso y así poder hacer generalizaciones abarcando un número considerable de participantes mujeres y hombres con esta problemática tan compleja.

En el Anexo 8 se presenta un ejemplo de cómo se realizaron las distintas etapas del análisis de contenido: se seleccionaron algunos párrafos significativos de las entrevistas, luego la selección de las unidades de análisis y un ejemplo del mapeo. Esto se realizó en las tres entrevistas, y es así como surgieron las categorías y la conceptualización de las mismas (Mejía y Sandoval, 1998).

12. DISCUSIÓN SEGUNDA FASE



Incursionar en el estudio de la sexualidad con el método cualitativo-interpretativo, permitió abrir un abanico en cuanto al conocimiento de las distintas circunstancias que rodean nuestro objeto de estudio, además de confirmar cómo intervienen los factores estudiados en la primera fase. Ello permitió poder detectar, en esta segunda fase, la gama de matices que encierran dichos factores y que impactan la vida sexual de las personas, lo cual da una mayor comprensión del fenómeno. Es importante destacar que si bien lo anterior no permite generalizar por tratarse de un estudio exploratorio, está claro que abre las puertas para futuras investigaciones.

De los cuatro objetivos contemplados en esta fase se detectaron factores recientes y factores remotos, lo que coincide con lo señalado por Kaplan (1979), mismos que se dividen en factores de riesgo y factores protectores. En estos dos grupos de factores, hay algunos que tienen un mayor impacto, tanto para el desarrollo de una vida sexual satisfactoria como para la vida sexual insatisfactoria y, aunque hay factores compartidos, es en su combinación donde encontramos su diferencia, lo que da la especificidad.

En relación a los problemas conyugales, factor recurrentemente presente en las dos fases, éste aparece en ciertas partes de los relatos como causa o como consecuencia de la disfunción sexual. El hecho es que este elemento es un indicador importante en tanto está asociado a otros factores que, como se dijo anteriormente, puede ser recientes o remoto; es en la combinación con otros elementos lo que nos da la especificidad. Cuando se presentan juntos los problemas conyugales y cualesquiera de las disfunciones sexuales se requiere explorar otras áreas para tener clara la complejidad del problema. La especificidad consiste en entender de qué manera están presentes otros elementos que influyen en otras áreas.

Por otro lado, fue posible delimitar una frontera entre los hallazgos de la primera fase y la claridad en la gama de dichos problemas enmarcados en la segunda fase, lo que ha permitido introducirnos en la subjetividad de las pacientes. Al respecto, coincidimos con Basson (2005), quien refiere que la calidad de la relación de pareja impacta la vida sexual femenina, pues las motivaciones en la mujer para el ejercicio de la sexualidad son fundamentalmente dos: la relación emocional con la pareja y el estado estable de la relación.

Otros elementos de riesgo son baja autoestima y sumisión y/o machismo, lo cual está incorporado en la psicología de las personas a través de los modelos familiares. Respecto de la presencia de la experiencia sexual infantil traumática, encontramos coincidencias con el estudio de la primera fase que, aunque no está presente en todas las disfunciones sexuales; cuando se presenta es un elemento de alto riesgo que impacta el desarrollo de la sexualidad, en particular cuando se complica con elementos en la relación familiar, como violencia, descuido, erotización de los vínculos familiares con una doble moral. El valor de detectar estas variantes nos da especificidad, como lo señala Fromuth (1986), que el abuso sexual, en ambos sexos, depende también del contexto, como la procedencia y las experiencias subsecuentes, en particular la calidad de la relación con la familia y el apoyo de los padres, pues las secuelas a largo plazo no tienen tanto que ver con la condición de abuso sexual, sino más bien con el ambiente familiar que lo acompaña. En las familias disfuncionales hay un mayor riesgo de provocar problemas sexuales.

En cuanto a los temores a la sexualidad, factor encontrado en las dos fases, Kaplan (1990) ya hablaba de los diferentes tipos de temores. Se observa incapacidad de abandonarse a la experiencia erótica por un exceso de autocrítica sobre la propia capacidad de agradar al compañero(a), ligado al temor del fracaso, por un exceso de exigencias. Otro elemento importante es la inseguridad, ligada a los temores, inseguridad de su propio funcionamiento sexual. Otro factor que interviene es que el estímulo sexual efectivo sea muy pobre, con prácticas sexuales deficientes e ineficaces que lleven a bloquear la respuesta sexual. Éstas, se deben a la falta de información o a sentimientos de culpabilidad sexual, lo que lleva a las personas a no explorar ni experimentar, por ignorar su potencial en cuanto a poder dar y recibir

placer erótico, donde ambos miembros de la pareja contribuyen a una interacción ineficaz y restringida.

Además, en esta fase encontramos elementos que tienen que ver con una educación sexual deficiente de la familia, con represión sexual y con prohibiciones irracionales. También el pobre desarrollo de la sexualidad en la infancia genera incapacidad para relacionarse con los demás, miedo al rechazo, desconfianza, inseguridad y baja autoestima que influyen e impactan la sexualidad adulta, pues la intimidad les resulta amenazante. Esto también se relaciona con la presencia de temores tempranos que se actualizan en la sexualidad adulta y que impactan la vida en pareja.

Otro factor es haber sufrido descuido por negligencia en la niñez, pues las experiencias infantiles son decisivas para un funcionamiento sexual adecuado en la edad adulta.

Otro elemento encontrado es la violencia al propio cuerpo, como desórdenes de la alimentación, y que tienen su origen en la violencia detectada en la familia, lo que aumenta la predisposición a desarrollar disfunciones sexuales, más que el abuso sexual propiamente dicho. La violencia al propio cuerpo también se manifiesta en hostilidad a uno mismo, cancelación de los deseos, falta de autocuidado, y el “afearse” para evitar la interacción con el sexo opuesto.

Otro factor detectado importante es la percepción de los papeles de género de los padres, tradicionalmente referidos: madre sumisa y padre macho, con una identificación confusa, por el odio al padre, a quien se le percibe poderoso y la hostilidad a la madre, por sentirla débil.

En estudios realizados se ha obtenido evidencia que indica que el abuso sexual infantil puede afectar la función sexual a largo plazo, encontrando una relación estadística entre el abuso sexual infantil y respuestas sexuales como la relación sexual a temprana edad, desórdenes del deseo sexual y prostitución en adolescentes y adultos (Fergusson y Mullen, 1999), además de que pueden presentar dos vías de dificultad: hipersexualización o hiposexualización (DiLillo, 2001), lo que coincide con lo encontrado en este trabajo.

Gruszecki y cols. (2005) señalan la importancia del nivel educativo, pues las mujeres con poca educación pueden percibir menor placer sexual, tener una actitud menos liberal que las mujeres con un mayor nivel educativo, las cuales pueden iniciar el ejercicio de su sexualidad desde antes del matrimonio, lo que favorecerá el desarrollo de la sexualidad.

También encontramos que las mujeres con problemas sexuales son más centradas en sí mismas por las carencias afectivas que tuvieron en la infancia, lo que se traduce en angustia de separación cuando tienen miedo al abandono de la pareja por su incapacidad sexual, lo que complica la relación de pareja.

En cuanto a la diferencia con los factores protectores que favorecen la sexualidad satisfactoria, se detecta una mayor capacidad de interacción con los otros, sin inseguridad, ni sentimientos de desventaja ante el otro, por haber menos carencias afectivas y demandas menos infantiles, mayor comunicación y entendimiento de las necesidades o conflictos de la pareja, diferenciando mejor los conflictos internos de los externos.

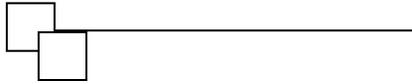
En algunas consideraciones generales se concluye que las disfunciones sexuales femeninas son dependientes del contexto y de la satisfacción con su pareja, hecho central para la vida sexual. También la falta de información sexual eficaz, por el poco conocimiento del área genital, la violencia familiar vivida en la infancia, el modelo de papel de género de los padres, la confusión en la identidad, la incapacidad de relacionarse, los temores tempranos y arcaicos, pueden contribuir a alteraciones psicológicas en algunas mujeres, como son problemas sexuales, hostilidad y maltrato a sí misma, demandas afectivas infantiles, trastornos de la alimentación, entre otras.

Se concluye que la disfunción sexual es un síntoma de peso que generalmente va acompañado de otras alteraciones. Debemos señalar que los hallazgos clínicos encontrados en esta fase son producto de un estudio exploratorio, sin que se pretenda hacer generalizaciones, sólo se abren las puertas para nuevas líneas de investigación.



Discusión general y
conclusiones

DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES



En esta última parte de la investigación nos propusimos integrar los resultados que se obtuvieron en las dos fases, además de resaltar las coincidencias o los desacuerdos con los autores en los que está basado el marco teórico y que son los estudios sistematizados de la sexualidad.

El estudio de las disfunciones sexuales es, en sí mismo, complejo, no sólo por las implicaciones psicológicas directas que tiene, sino porque pone en evidencia la intervención de una serie de factores que tienen relación con toda una construcción social, la cual acaba incorporándose a la vida psíquica del individuo, generando un entramado que impacta el desarrollo sexual normal y que afecta tanto a mujeres como a hombres, transmitiéndose de generación en generación y cuya manifestación última y objetiva es la presencia de una disfunción sexual.

La presencia de una disfunción sexual no puede verse como un hecho aislado, ya sea causa o consecuencia siempre será un indicador importante que habla de que algo le sucede a la persona que la padece, y que en muchos casos, compromete en general la personalidad del individuo. Su estudio nos da la posibilidad de identificar elementos que nos orientan en cuanto al cómo se construyen las relaciones individuo-sociedad, ya que estos patrones de comportamiento (en este caso el desarrollo sexual) no se dan en el vacío, en tanto mucho nos dicen de cómo están construidas las relaciones sociales, mismas que terminan por ser incorporadas por el sujeto convirtiéndose en parte de su construcción psíquica y de su relación con el mundo.

Una coincidencia fundamental con Masters, Johnson y Kolodny (1995) es el planteamiento que hacen cuando refieren que:

Cuando la función sexual es normal, se acepta desde el supuesto básico que tiene que ser así, y ni siquiera se piensa en ello; pero cuando la función sexual se convierte en un problema de cualquier tipo, es fuente de angustia y frustración, lo que a menudo genera una sensación de malestar e insatisfacción tanto individual como en las relaciones interpersonales.

Así, encontramos que las personas que padecen una disfunción sexual tienen indicadores que corroboran lo planteado por dichos autores. Kaplan (1990) enriquece las investigaciones emprendidas por estos pioneros al considerar la causalidad en los problemas sexuales, es decir, no basta abordar las disfunciones sexuales mediante una terapia sexual en la que se exploren de manera limitada las causas recientes, sino que habrá que profundizar en las causas remotas que son las que terminan por impactar la vida sexual del individuo.

Y esto es justamente lo que encontramos en nuestro trabajo: cuando se presenta una disfunción sexual no puede verse como un problema aislado, sino que detrás de ella habrá que encontrar los motivos que subyacen y afectan la vida sexual de las personas, los cuales deben estudiarse, pues el hecho de aislar los distintos elementos que influyen en este fenómeno tan complejo, dará una mayor claridad y especificidad, permitiendo su prevención y abordaje, con acciones eficaces que den como resultado un desarrollo sexual integral y satisfactorio.

El objetivo central de este trabajo consistió en determinar si las disfunciones sexuales tienen combinaciones diferentes dentro de un grupo de factores estudiados, siendo distinta la fuerza de la relación entre estos factores, además de que existen factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo sexual de las personas. Las distintas combinaciones que conformaron cada perfil, más los factores encontrados en la segunda fase de la investigación, corroboran lo que se plantea como motivación principal del trabajo: cada una de las disfunciones sexuales, aunque comparten factores relacionados, son diferentes.

Si bien cada disfunción sexual tiene combinaciones diferentes, se encontró que algunos de estos factores también están presentes en personas que no presentan disfunción sexual. Lo que marca la diferencia es que estos factores están

disminuidos y que también están presentes factores protectores que permiten que el desarrollo sexual no derive en una disfunción sexual, porque si bien puede haber momentos donde la respuesta sexual se vea impactada, ello no se establece de manera persistente.

Coincidimos con Katchadurian (1990), quien señala que la experiencia sexual incluye no sólo el comportamiento con el otro en la interacción social, sino la experiencia sexual privada y solitaria, esto es, las personas pueden tener una experiencia privada y solitaria y ésta ser placentera, pero en la relación se manifiesta una disfunción sexual, lo cual se hace evidente en las categorías encontradas en la segunda fase y en los factores aislados en la primera, pues en el desarrollo sexual está implicada la interacción con el otro, tal y como lo señala Basson (2005), quien refiere que la intimidad y la satisfacción en la relación es lo que da como resultado una respuesta sexual satisfactoria. Si observamos los resultados de este trabajo, se podrá corroborar que la parte subjetiva es fundamental y que ésta se construye en la interacción con la realidad, por lo que estas manifestaciones son una medida de lo que la realidad va inyectando a la subjetividad de cada persona, como lo refiere Corres (1996): “Cambiar las creencias es cambiar la realidad de los individuos”. Para que haya una expresión satisfactoria de la sexualidad humana, además de un cuerpo receptivo, se necesita un mundo subjetivo capaz de sentir deseo y placer, que sería un factor de peso para la construcción de la intimidad, pues los obstáculos manifestados en diferentes formas, según la disfunción de que se trate, es un indicador que nos dice mucho de ese mundo subjetivo de la persona, de su contexto y, finalmente, de su personalidad.

Una conclusión es que se habla prioritariamente del estudio de la sexualidad femenina por el papel social que ha tenido; sin embargo, los estudios actuales plantean que la mujer no puede ser estudiada sin que se estudie también al hombre, pues estudiar a ambos explicaría la presencia de diversos fenómenos. Así observamos que, a pesar de que hay una menor prevalencia de disfunciones sexuales en la población de hombres estudiada en el INPerIER (Sánchez *et al*, 2005), los problemas sexuales que desembocan en una sexualidad dolorosa y frustrante atañe a los dos sexos, y aún contemplando las diferencias en el papel masculino y el

femenino en la sociedad, el impacto se da en los dos sexos, tal vez con algunos elementos diferentes, que pueden entorpecer aún más el desarrollo sexual, pero el resultado es el mismo: pobreza en el ejercicio de la sexualidad, pues aunque se habla de una mayor complejidad en el desarrollo sexual de la mujer, en la interacción esta complejidad limita la satisfacción de ambos.

También podemos decir que en la relación íntima y sexual, se ponen a prueba los recursos psicológicos de la persona que en su desarrollo quedaron finalmente establecidos, y que aquí se hacen evidentes, y cuya manifestación más clara se traduce en la presencia o no de una sexualidad satisfactoria y que puede impedir que la interacción con el otro sea placentera; es aquí donde intervienen, en la construcción de su mundo interno, los factores que llevan a la negación del placer y que se ponen de manifiesto en la respuesta sexual. Señalamos, por último, que la comprensión de las disfunciones sexuales debe tomar en cuenta al individuo y su contexto, y que la discriminación y el entendimiento de los diferentes factores que intervienen en el fenómeno, está el conocimiento que hace menos complejo el problema.

Podemos decir que la presencia de una disfunción sexual es lo que se manifiesta en el puente entre el mundo subjetivo y la construcción social, o sea, se requiere pasar del entendimiento del mundo exterior al estudio y entendimiento del mundo subjetivo interno.

El mundo afectivo es atemporal y se actualiza en tanto las emociones o vivencias pretéritas se viven y se experimentan con la intensidad de ayer, lo que nos da la explicación del porqué algunos factores que intervienen en el desarrollo sexual tienen que ver más con su pasado que con el presente. La expresión que se tenga en la respuesta sexual humana será la expresión de distintos aspectos de la vida.

CONCLUSIONES

La principal aportación es que en esta integración de las fases se detectaron factores tanto de riesgo como protectores que aparecen en las dos fases y que pueden ser actuales o remotos y que se presentan de manera combinada; además, en la segunda

fase, hay una enorme riqueza en cuanto a elementos que deben ser detectados en un estudio más amplio.

Las disfunciones sexuales son un síntoma de peso e indicador de factores tanto psicológicos como familiares, sociales e interpersonales que es necesario tomar en cuenta para entender la causalidad de este fenómeno tan complejo.

Uno de los elementos que se detectaron es que algunos factores que se relacionan con la presencia de las disfunciones sexuales se deben a la falta de una educación sexual integral, esto es consecuencia no de factores particulares de una u otra familia sino de todo un constructo social que se encuentra instalado en todas las formas de influencia social que acaba por incorporarse y determina muchas formas de conducta, sobre todo en cuanto a las distintas formas de comportamiento sexual, las cuales muchas veces van en contra de favorecer un desarrollo sexual adecuado, y que se transmiten de una a otra generación.

Por ejemplo, en nuestro estudio detectamos elementos dentro de la interacción familiar, que impactan este desarrollo sexual y que constituyen un riesgo para su adecuado funcionamiento, como son rigidez excesiva, control irracional, negación de la sexualidad y doble moral, y cuya expresión última es la presencia de una disfunción sexual.

Cada una de las disfunciones sexuales, tanto femeninas como masculinas, tienen factores asociados diferentes, por lo que es necesaria la especificidad tanto para su estudio como para su tratamiento, y pueden ser causa o consecuencia, lo que importa es que están relacionados.

La tendencia de tener baja autoestima y a presentar problemas conyugales son factores presentes en todas las disfunciones sexuales, tanto femeninas como masculinas.

Los papeles de género pueden encontrarse de manera combinada. Cuando están presentes prioritariamente las características masculinas y/o femeninas, el riesgo de presentar una disfunción sexual disminuye, por lo que podemos decir que hay

factores de riesgo y factores protectores. Cuando por el contrario, están presentes prioritariamente las características de sumisión y/o machismo, hay un mayor riesgo de presentar una disfunción sexual.

Los temores a la sexualidad intervienen en la presencia de varias disfunciones sexuales; sin embargo, hay diferentes tipos de temores, desde aquellos tempranos de diversa índole, que impactan la vida sexual adulta, hasta temores actuales.

El abuso sexual está relacionado con la presencia de deseo sexual hipoactivo en las mujeres y con trastorno del orgasmo en los hombres; sin embargo, hay que realizar estudios sobre este factor, donde se contemplen las variantes y severidad del abuso sexual. La liga placer-dolor, placer-culpa, sexualidad-repugnancia.

Coincidimos con la propuesta de Kaplan (1990), quién plantea la etiología de las disfunciones sexuales como fenómenos que se deben tanto a causas recientes como remotas, por lo que en la intervención se deben tomar en cuenta los dos niveles.

La disfunción sexual es un trastorno que generalmente va acompañado de otras alteraciones como: trastornos de la alimentación, conductas autodestructivas, problemas de relación, confusión en la identidad, confusión en cuanto a la ubicación de los conflictos, problemas de violencia familiar en la infancia, culpa sexual, represión sexual, baja autoestima, características de sumisión o machismo, temores a la sexualidad, información sexual deficiente, experiencias traumáticas tanto sexuales como de relación, pobreza en la interacción de pareja y sexual.

La idea de que el hombre es más sexual que la mujer es un mito, pues lo que encontramos es que el impacto es el mismo cuando los factores de riesgo están presentes, lo que pasa es que en el hombre algunos de estos factores se presentan de manera menos rígida, por la construcción social menos castigada para los hombres.

El manejo de las disfunciones sexuales requiere de un plan de atención integral, pues la terapia sexual puede ser ineficaz cuando no se especifican o se detectan los distintos factores que impactan su desarrollo sexual, y que pueden ser actuales o remotos.

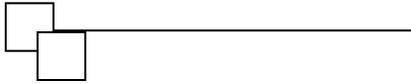
La especificidad de cada una de las disfunciones sexuales la dan las distintas combinaciones encontradas en el estudio.

Éstas son las diferencias, a veces pequeñas, que hacen a un individuo distinto de otro, en cuanto al desarrollo de un problema psicológico, en este caso las dificultades generadas en su desarrollo sexual que derivan en una vida sexual disfuncional e insatisfactoria. Por lo que una conclusión final es que el estudio o abordaje de los problemas sexuales no puede hacerse de manera simple y concreta pues éste es un fenómeno que nos habla de múltiples factores que inciden en su presencia.



Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA



- Agacinski, S. (1998). *Política de sexos*. Buenos Aires: Taurus.
- Aguilar, G.M. & Berganza, C.E. (1996). Autoestima y Depresión en adolescentes Guatemaltecos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28 (2) 65-72.
- Álvarez-Gayou, J.L., Sánchez, D. & Delfin, L. (1986). *Sexoterapia Integral*. México: El Manual Moderno.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador.
- American Psychiatric Association. (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (DSM-III). Madrid: Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (DSM-IV-TR). Madrid: Masson.
- Anguiano, C. (1992). *Diccionario de Ciencias Médicas*. (9^a.ed.) Buenos Aires: El Ateneo.
- Anónimo. (2005). Premature Ejaculation: Out of the Dark Ages and Into the 21st Century. *Urology Times*: 33, 7, 3-20.
- Bancroft, J.H. (1983). *Human Sexuality and its problems*. New York: Churchill Livingstone.
- Bancroft, J., Loftus, J. & Long, J.S. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch sex Behavior*. 32: 193-208.

- Baker, C. & De Silva, P. (1988). The relationship between male sexual dysfunction and belief in Zilbergeld's myths: An empirical investigation. *Sexual and Marital Therapy*. 3: 229-238.
- Bardwick, J.M. (1971). *Psychology of Women*. New York: Harper and Row.
- Barragán, F. (1996). El sistema sexo género y los procesos de discriminación. *Archivos hispanoamericanos de Sexología*. Vol.2 (1) pp. 37-51.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association. Journal*. Ottawa. 172: 1327-1333.
- Beck, A. (1976). *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión*. U.S.A.: Merck Sharp and Dohme International.
- Belén, R., García, J. & Fiallos, L. (2000) Prevalencia de las disfunciones sexuales masculinas. *Revista de Ciencias Médicas-Córdoba*. Vol. 57: 10-12.
- Bem, S.L. (1977). On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 45, 196-205.
- Benería, L. (1984). *Reproducción, producción y división sexual del trabajo*. Santo Domingo: Ed. CIPAF.
- Binik, Y., Reissing, E., Pukall, C., Flory, N., Payne, K. & Khalifé, S. (2002). The Female Sexual Pain Disorders: Genital Pain or Sexual Dysfunction? *Archives of Sexual Behavior*. 31 (5). 425-429.
- Birnbaum, G., Glaubman, H. & Mikulincer, M. (2001). Women's Experience of Heterosexual Intercourse-Scale Construction, Factor Structure, and Relations to Orgasmic Disorder. *The Journal of Sex Research*. 38 (3). 191-204.
- Birnbaum, G. (2003). The Meaning of Heterosexual Intercourse Among Women With Female Orgasmic Disorder. *Archives of Sexual Behavior*. 32 (1) 61-71.

- Broverman, I. K., Broverman, D., Clarkson, F.E., Rosenkrantz, P.S. & Vogel, S.R. (1970). Sex role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal Consulting and Clinical Psychology*. 34 (1). 1-7.
- Burin, M. & Meler, I. (2000). *Varones*. Buenos Aires. Paidós.
- Bustos, O. (1994). La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación. En CONAPO (Ed.). *Antología de la Sexualidad Humana*. (tomo 1, pp. 267-298). México: Miguel Angel Porrúa.
- Byrne, D. (1986). Introduction: The Study of Sexual Behaviour as a Multidisciplinary Venture. *Alternative Approaches to the Study of Sexual Behavior*. Hillside, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cardenal, V. (1999). *El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal*. Málaga. Aljibe.
- Carlson, R. (1971) Sex differences in ego functioning: Exploratory studies of agency and communion. *Journal Consulting and Clinical Psychology*. 37, 266-267.
- Catania, J., McDermott, L., & Wood, J. H (1984). Assessment of locus de control: *Situational Specificity in the Sexual Context*. 20 (3). 310-324.
- Cerruti, S. (1990). *Sexualidad humana: aspectos para desarrollar docencia en educación sexual*. Montevideo. OMS.
- Charnay, M. & Henríquez, E. (2003). Prevalencia del deseo sexual hipoactivo en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *En Ciencia y enfermería*. 9 (1). 55-64.
- Coopersmith, S. (1967). A Meted for Determining Types of self-steem. *Journal of abnormal and social psychology*. 59 (1). 87-94.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-steem. *Consulting Psychologists Press*.

- Corona, E. (1994). Resquicio en las Puertas. La Educación Sexual en México en el Siglo XX. En CONAPO (Ed.) *Antología de la Sexualidad Humana*. (tomo 3, pp. 681-707). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Corres, P., Bedolla, P., Martínez, I. (1996). *Los significados del placer en mujeres y hombres*. México: Fontamara.
- Devine, R. & Stillion, J. (1978). An examination of locus de control and sex role orientation. *The journal of psychology*, 98, 75-79.
- Díaz, R. (1977). Culture and Personality revisited. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 285. 119-130.
- Díaz, R., Rivera, S. & Sánchez, R. (1994). Género y Pareja. *Psicología contemporánea*. 1 (2). 4-15.
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functionin among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*. 21. 553-576.
- Dio Bleichmar, E. (1997). *La sexualidad femenina. De la niña a la mujer*. Buenos Aires. Paidós.
- Drex Earle. (2003). Female dysfunction called complex, individual problem. *Urology Times*. 31 (4). 37-38.
- Ellis, R.A. (1984). The effects of sex role and self-disclosure on self-esteem among undergraduates. *Dissertation Abstracts International*, Vol. 44, No. 07.
- English, H. & English, A. (1977). *Diccionario de Psicología y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Fergusson, D. & Mullen, P.E. (1999). *Childhood sexual abuse: An evidence based perspectiva*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Flick, U. (2002). *An introduction to Qualitative Research*. London: Sage.

- Flores, F. (2001). *Psicología social y género*. México: McGraw-Hill.
- Fraenkel, B. (1971). A favor de Wilhelm Reich. En *Sexualidad: libertad o repression*. (pp. 49-70). México: Grijalbo.
- Freud, Sigmund. (1967). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fromuth, M. (1986). The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. *Child abuse and Neglect*. 10, 5-15.
- González, C. G., Sánchez, B. C., Morales, C. F., Díaz, P. R. & Valdez, C. A. (1999). Niveles de Ansiedad y Depresión en Mujeres con y sin Disfunción Sexual: *Estudio Comparativo*. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 17-24.
- González, C.G. & Morales, C.F. (1993). Normalización de un Instrumento para medir la Depresión (EAMD) en mujeres embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*. 7, 110-113.
- Gruszecki, L. , Forchuk, Ch. & Fisher, W. (2005). Factors Associated with Common Sexual Concerns in Women: New Findings from the Canadian Contraceptions Study in Women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14 (1-2), 1-11.
- Hale, V.E. & Strassberg, D.S. (1990). The Role of Anxiety on Sexual Arousal. *Archives of Sexual Behavior*. 19 (6). 569-581.
- Hartmann, U., Heiser, K., Rüffer-Hesse, C. & Kloth. (2002). Desórdenes del deseo sexual femenino. Subtipos, clasificación, factores de personalidad y nuevas indicaciones de tratamiento. *World J Urol*. 20: 79-88.
- Hawton, K. (1985). *Sex therapy: A practical guide*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Heath, V., Bean, R. & Feinauer, L. (1996). Severity of childhood sexual abuse: Symptom differences between men and women. *The American Journal of Family Therapy*. 24 (4). 305-314.

- Heiman, J.R., & LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women*. (Rev.ed.). New York: Prentice-Hall.
- Heiman, J.(2002) Dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors and treatments. *Journal of Sex Research*. 1, Vol. 39: 73-78.
- Herrera, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana Médica de Género Integral*. 16 (6). 568-73.
- Herrero, J. Musitu, G. & Gracia, E. (1995) Autoestima y Depresión: relaciones directas versus indirectas. *Revista de Psicología Social*. 10 (2). 191-204.
- Hogan, D. & Friedman, J. (1986) Treatment of low sexual desire. *Behavioral treatment of adult disorders*. Guilford Press, New York.
- Holmes, W.C., & Slap, G. B. (1998). Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *Journal of the American Medical Association*. 280. 1855-1862.
- Hurlbert, D., Fertel, E., Singh, D., Fernández, F., Menéndez, D.A. & Salgado, C. (2005). The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of women with hypoactive sexual desire. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14 (1-2). 15-30.
- Hunt, L. (1993). *La decisión de ser madre para la mujer de hoy*. Gedisa: Barcelona.
- Jayne, C. (1981). A two-dimensional modelo female sexual response. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 7. 3-30.
- Kaplan, H. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Brunner Mazel.
- Kaplan, H. (1990). *La nueva terapia sexual*. México. Alianza Editorial.
- Kasckak, E. & Tiefer, L. (2001). *A New View of Women's Sexual problems*. England: Haworth Press University.

- Katchadurian, H. (1990). *Sexuality*. En *At the threshold. The Developing Adolescent*. England: The Haworth Press University.
- Katchadurian, H. (Compilador). (2005). *La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Kerlinger, F. (1992). *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. México: McGraw-Hill.
- Kling, K. & Shibley, H.J. (1999). Gender differences in self-esteem: A metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 125 (4). 126-135.
- Krueger, R. (1998). *Analyzing and Reporting Focus Group Results*. California: Sage Publications.
- Kvale, S. (1996). *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. California: Sage Publications.
- La Plante, M., McCormick, N. & Brannigan, G. (1980). Living the sexual script: College students' views of influence in sexual encounters. *The Journal of Sex Research*, 16: 338-355.
- Labrador, F.J. & Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*. 13 (3). 428-441.
- Lamas, M. (1995). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género". En PUEG (Ed.) *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp. 327-367). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Lara, A. (1993). *Inventario de Masculinidad y Femenidad*. México: El Manual Moderno.
- Lara, C., Verduzco, M., Acevedo, M. & Cortés, J. (1993). Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de psicología*, 25 (2). 247-255.

- Laumann, E., Paik, A. & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. 281: 537-544.
- Levin, J. & Levin, W. (1997). *Fundamentos de estadística en la investigación social*. México: Alfaomega.
- LoPiccolo, J. & Daiss, S. (1988). Psychologic Issues in the Evaluation of Erectile Failure. En E.M. Tanagho, T.F. Lue y R.D. McClure, (Editores). *Contemporary Management of Impotence and Infertility*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- LoPiccolo, J. & Friedman, J. (1988). Broad spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral and systemic therapy. In S. Leiblum y R. Rosen (Eds.), *Sexual desire disorders*. New York: Guilford Press.
- LoPiccolo, J. & Lobitz, W.C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*. 2. 163.
- LoPiccolo, J. & Stock, W. (1986). Treatment of Sexual Dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54 (2). 158-167.
- Mandolini, R. (1994). *De Freud a Fromm. Historia general del psicoanálisis*. Buenos Aires: Braga.
- Marina, J.A. (2002). *El rompecabezas de la sexualidad*. Barcelona. Anagrama.
- Masters, W. & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown. y Co.
- Masters, W., Johnson, V. & Kolodny, R. (1995). *La Sexualidad Humana*. Barcelona. Grijalbo.
- Masters, W., Johnson, V. & Kolodny, R. (1996). *EROS: Los Mundos de la Sexualidad*. Barcelona: Grijalbo.
- Mead, M. (1981). *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. LAIA.

- Mejía Arauz, R. & Sandoval, S. (1998). *Tras las vetas de la investigación cualitativa*. Tlaquepaque: ITESO.
- Méndez, I. Namihira, D. Moreno, L. & Sosa, C. (2004). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas.
- Money, J. & Ehrhardt, A. (1972). *Man and Woman: Boy and Girl*.
- Morales, C.F. & González, C.G. (1990). Normalización del Instrumento de Ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. *Revista Mexicana de Psicología*. 7: 75-80.
- Morales, F. Pimentel, D. & Aranda, C. (1998). Sexualidad en pacientes con cáncer ginecológico. *Perinatología Reproducción Humana*. 12 (1). 8-17.
- Muñoz, L. (1991) Impotencia sexual. Tratamiento conductual con pareja sustituta. *Acta de Psiquiatría y Psicología de América Latina*. 37 (3). 223-240.
- Najman, J., Dunne, M., Purdie, Ph. D., Boyle, F. & Coxeter, M. P. H. (2005). Sexual Abuse in Childhood and Sexual Dysfunction in Adulthood: An Australian Population-Based Study. *Archives of Sexual Behavior*. 34 (5). 517-526.
- Nobre, P. & Pinto, G. (2006). Dysfunctional Sexual Beliefs and Vulnerability Factors for Sexual Dysfunction. *The Journal of Sex Research*. 43 (1). 68-75.
- O'Donohue, W., Dopke, C. & Swingen, D. (1997). Psychotherapy for female sexual dysfunction. *A review. Clinical Psychology Review*, 17 (5). 537-566.
- O'Donohue, W., Swingen, D., Dopke, C. & Regev, L. (1999). Psychotherapy for Male Sexual dysfunction: *A review. Clinical Psychology Review*, 19: 591-630.
- Pascual, E. & Echave, R. (1994). *Diccionario esencial de la Lengua Española*. México: Larousse.
- Patrick, D., Rothman, M. & Jamieson, C. (2004). Perceptions of control and satisfaction are central themes for men with premature ejaculation. Paper

presented at: *Annual Meeting of the International Society for Sexual and Impotence Research*. October 17-31. Buenos Aires.

Perelman, M., McCullough, A. & Bull, S. (2004). The impact of self-reported premature ejaculation on other aspects of male sexual function. Paper presented at: *Annual Meeting of the International Society for Sexual and Impotence Research*. October 17-31, Buenos Aires.

Pick, S. & Vargas, E. (1992). *Yo adolescente. Respuestas claras a mis grandes dudas*. México: Limusa.

Quijada, O.A. (1983). *Diccionario Integrado de Sexología*. Madrid: Alambra.

Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. (2005). *Diccionario panhispánico de dudas*. Bogotá: Santillana.

Reich, Wilhelm. (1971). *Sexualidad: libertad o represión*. México: Grijalbo.

Reich, Wilhelm. (1974). *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Paidós.

Reiss, I. (1986). *Journey into Sexuality. An Exploratory Voyage*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Reissing, E., Laliberté, G. & Davis, H. (2005). Young Women's Sexual Adjustment: The Role of Sexual Self-Schema, Sexual Self-Efficacy, Sexual Aversión and Body Attitudes. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 3-4. 77-83.

Rosen, R.C. & Leiblum, S.R. (1988). Assessment and Treatment of Desire Disorders. En S.R. Lieblum y R.C. Rosen (Eds.) *Principles and Practice of Sex Therapy*. (2a. ed.) USA: The Guilford Press.

Rosen, R. & Laumann, E. (2003). The Prevalence of Sexual Problems in Women: How Valid Are Comparisons Across Studies? Commentary on Bancroft, Loftus, and Long's (2003) "Distress About Sex: A National Survey of Women in heterosexual Relationships". *Archives of Sexual Behavior*. 32 (3). 209-211.

- Rotella, M. (1999). Beyond Viagra: A Commonsense Guide to Building a Healthy Sexual Relationship. *Publishers Weekly*. 246 (5). Pp. 81.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1, Whole No. 609).
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 80. (Whole No. 609).
- Rubio, E. (1996). Visión Panorámica de la Sexualidad Humana. *Revista Latinoamericana de Sexología*. 11 (2). 139-153.
- Rubio, E. & Covián, S. (1991). Reporte de 180 casos atendidos en la Clínica de Disfunción Sexual de Amssac. Trabajo presentado en el XII Congreso de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Acapulco Gro. 23 de noviembre de 1991.
- Rubio, E. & Díaz, J. (1994). Las Disfunciones Sexuales. En CONAPO (Ed.) *Antología de la Sexualidad Humana* (tomo 3, pp. 17-46). México: Miguel Angel Porrúa.
- Ruiz, J. & Ispizcua MA. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Universidad de Deusto.
- Ryden, M. (1978). An adult version of the Coopersmith Self-esteem Inventory. Test-retest reliability and social desirability. *Psychological Reports*, 43: 1180-1190.
- Sánchez, B. C. Carreño, M. J. González, C. G. & González, V. I. (1997). Autoconcepto y Satisfacción Marital en mujeres con Disfunción Sexual. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*. 11 (4). 190-197.

- Sánchez, B. C., Carreño, M. J. & Martínez, R. S. (2002). Disfunción sexual masculina y su relación con el rol de género y asertividad: *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, 16, (3). 123-131.
- Sánchez, C., Carreño, M., Martínez, S. & Gómez, M.E. (2003). Comunicación Marital y Estilo de Comunicación en Mujeres con Disfunción Sexual. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 17 (2). 91-101.
- Sánchez, C., Carreño, J., Martínez, S. & Gómez, M.E. (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Revista de Salud Mental*, 28, (4). 74-80.
- Sánchez, C. Morales, F. Pimentel, D. Carreño, J. & Guerra, G. (2002). Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. Un estudio comparativo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 16 (1). 16-25.
- Sánchez, C. Morales, F., González, G. Souza. M. & Romo, C. (1997). Prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina. *Psicopatología*, 17 (1). 174-178.
- Sarwer, I., Crawford, I. & Durlak, A. (1997). The Relationship Between Childhood Sexual Abuse and Adult Male Sexual Dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 21 (7). 649-655.
- Seftel, A., Althof, S. & McAchnan, S. (2003). How to evaluate and treat male sexual dysfunction. *Urology Times*. 31 (12). 32-34.
- Segraves, R.T. & Althof, S. (1998). Psychotherapy and Pharmacotherapy of Sexual Dysfunction. En J.E. Nathan y J.M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments that Work* (pp. 447-471). Nueva York: Oxford University Press.
- Sinelnikoff, C. (1971). *La obra de Wilhelm Reich*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Souza, M., Cárdenas, J., Montero, MC. & Mendoza, L. (1987). Historia Clínica de la Sexualidad Femenina. *Ginecología y Obstetricia de México*. 55: 277-287.

- Spielberg, A., Martínez, U., González, R. Natalicio, L. & Díaz, G. (1980). *Inventario Ansiedad Rasgo-Estado*. México: Manual Moderno.
- Stoller, R.J. (1968) *Sex and gender*. Nueva York: Science House.
- Stowers, D.A. & Durm, M.W. (1996). Does self-concept depend on body image? A gender analysis. *Psychological Reports*, 78 (2). 643-646.
- Sullerot, E. (1979). *El hecho femenino ¿qué es ser mujer?* Barcelona: Argos Vergara.
- Swindle, R., Cameron, A., Lockhart, D. & Rosen, R. (2004). The Psychological and Interpersonal Relationship Scales: Assessing Psychological and Relationship Outcomes Associated With Erectile Dysfunction and Its Treatment. *Archives of Sexual Behavior*. 33 (1). 19-30.
- Symonds, T. Roblin, D. & Hart, K. (2004). How does premature ejaculation impact a man's life? *Journal Sex Marital Therapy*. 29: 361-370.
- Tharinger, D. (1990). Impact of child sexual abuse on developing sexuality. *Professional Psychology: Research and Practice*. 21. 331-337.
- Tarrés, M.L. (2004). *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Miguel Angel Porrúa.
- Taylor, J. & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. México: Paidós.
- Tiefer, L. (2001). A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? *The Journal of Sex Research New York*. 38 (2). 89-96.
- Ugarte, F. & Barroso, J. (2001). Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. *Revista Mexicana de Urología*. 61 (2). 63-76.
- Winton, M.A. (2000). The Medicalization of Male Sexual Dysfunctions: An Analysis of Sex Therapy Journals. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 25 (4). 231-239.

Winton, M.A. (2001). Paradigm Change and Female Sexual Dysfunctions: An Analysis of Sexology Journals. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, Vol. 10 (1-2), 19-24.

Women's Health Weekly. (1999). *Sexual problems common among women and men*. 1078-7240, Vol. 17: 16-18.

Zung, W.W. & Dhuram, C.A (1991). Self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat*, 13: 508.



Anexo I
Historia clínica codificada de la
sexualidad femenina

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DIRECCION DE INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

HISTORIA CLINICA CODIFICADA DE LA SEXUALIDAD FEMENINA

DATOS GENERALES:

- A. Número de la entrevista _____
B. Número del expediente _____

CAPITULO I

Datos generales del aplicador:

1. Fecha: día ____ mes ____ año ____
2. Nombre: _____
apellido paterno apellido materno nombre
3. Sexo: M F
4. Edad: ____ años cumplidos
5. Estado civil:
- Soltero (1)
Casado (2)
Viudo (3)
Divorciado (4)
Unión libre (5)
Separado (6)
Otro, especificar (7) _____
6. Profesión:
- Médico (1)
Psicólogo (2)
Trabajador social (3)
Enfermero (4)
Otro, especificar (5) _____
7. Categoría:
- Interno de post-grado (1)
Residente (2)
Adscrito (3)
Otro, especificar (4) _____
8. Servicio:
- Psicología (1)
Ginecología (2)
Urología (3)
Medicina interna (4)
Psiquiatría (5)
9. Motivo de la aplicación:
- Investigación (1)
Docencia (2)
Ambos (3)
Otros, especificar (4) _____
- 3130-29/A
10. Lugar de aplicación:
- Consulta externa (1)
Hospitalización (2)
Urgencias (3)
Otro, especificar (4) _____
11. Forma de aplicación:
- Directa (1)

Indirecta (2)
Ambas (3)

12. Ocasión/aplicación
Primer contacto (1)
Subsecuente (2)

CAPITULO II

Datos generales del entrevistado:

13. Nombre: _____
apellido paterno apellido materno nombre

14. Edad: ___ años cumplidos

15. Sexo: M F

16. Estado civil

Soltero (1)
Casado (2)
Viudo (3)
Divorciado (4)
Unión libre (5)
Separado (6)
Otro, especificar (7) _____

17. Lugar de origen (donde paso los 10 primeros años de su vida):
México. D.F. (1)

Estado, especificar (2) _____
Otro, especificar (3) _____

de escolaridad: _____

19. Ocupación (fecha de la entrevista):

Profesional (1)
Empresario (2)
Burócrata (3)
Empleado iniciativa privada (4)
Comercio en pequeño (5)
Oficio mayor (obrero) (6)
Oficio menor (asistente) (7)
Labores domésticas (8)
Empleado esporádico (9)
Desempleado (10)
Estudiante (11)
Hogar (12)
Otro, especificar (13) _____

20. Si trabaja, ¿Cuántas horas al día dedica a esta actividad? _____

3130-29/B

21. Si estudia, ¿Cuántas horas al día dedica a esta actividad? _____

22. Religión:

Católica (1)
Protestante (2)
Testigo de Jehová (3)
Ninguna (4)
Otra, especificar (5) _____

23. ¿Con quién vive actualmente?:

Solo (1)
Cónyuge (2)
Cónyuge e hijos (3)
Cónyuge, hijos y otro familiar (4)
Hijos sin cónyuge (5)

- Otros familiares (6)
 Padres (7)
 Otro, especificar (8) _____
- Nivel socioeconómico
24. Ingreso mensual:
- 0 a 1000 N\$ (1)
 1000 a 2000 N\$ (2)
 2000 a 3000 N\$ (3)
 3000 a 4000 N\$ (4)
 4000 a 5000 N\$ (5)
 5000 o más N\$ (6)
- Ingreso per cápita al mes _____
 ¿Cuántas recámaras tiene su casa? _____
 ¿Cuántas personas promedio duermen en cada recámara? _____
 ¿Cuenta con una recámara para ud. y su pareja? _____

CAPITULO III

Motivo de estudio

25. Razón de la entrevista:
- Investigación (1)
 Interconsulta (2)
 Iniciativa propia (3)
 Otras, especificar (4) _____
26. Impresión diagnóstica del envío _____

CAPITULO IV

Antecedentes familiares patológicos

27. Diabetes
 no (1) Si, especificar (2) _____
28. Alcoholismo
 No (1) Si, especificar (2) _____
- 3130-29/C
29. Cáncer
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
30. Cardiovasculares
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
31. Padecimientos endocrinológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
32. Padecimientos psiquiátricos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
33. Padecimientos respiratorios
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
34. Padecimientos dermatológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
35. Alergias
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
36. Padecimientos digestivos
 No (1)

- Si, especificar (2) _____
37. Padecimientos psicosomáticos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
38. Migraña
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
39. Padecimientos inmunológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
40. Padecimientos de transmisión sexual
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
41. Padecimientos de vías biliares
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
42. Farmacodependencia
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
43. Padecimientos sexuales
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
44. Padecimientos neurológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
45. Padecimientos genéticos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____

3130-29/D

46. Padecimientos congénitos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
47. Padecimientos vasculares
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
48. Otros _____

CAPITULO V

Antecedentes personales patológicos

49. Alcoholismo
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
50. Diabetes
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
51. Cáncer
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
52. Cardiovasculares
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
53. Padecimientos endocrinológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
54. Padecimientos psiquiátricos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
55. Padecimientos respiratorios
 No (1)

- Si, especificar (2) _____
56. Padecimientos digestivos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
57. Alergias
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
58. Padecimientos psicosomáticos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
59. Migraña
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
60. Padecimientos inmunológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
61. Padecimientos de las vías biliares
 No (1)
 Si, especificar (2) _____

3130-29/E

62. Padecimientos de transmisión sexual
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
63. Padecimientos dermatológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
64. Padecimientos quirúrgicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
65. Padecimientos sexuales
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
66. Padecimientos urinarios
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
67. Padecimientos traumáticos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
68. Tabaquismo
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
69. Farmacodependencia
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
70. Padecimientos infecciosos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
71. Padecimientos en la piel
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
72. Otros _____

CAPITULO VI

Antecedentes personales no patológicos

73. Higiene personal
 Buena (1)
 Regular (2)

- Mala (3)
74. Higiene habitacional
Buena (1)
Regular (2)
Mala (3)
75. Alimentación
Tres veces al día (1)
Menos de tres veces al día (2)
76. ¿Come carne o sustitutos de la misma?
¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
77. ¿Come fruta?
¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

3130-29/F

78. ¿Come verduras?
¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
79. ¿Come leguminosas(frijol, habas lentejas, etc.)?
¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
80. ¿Consume lacteos?
¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
81. ¿Consume cereales(Pan, tortillas, arroz)?
¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
82. Uso del tiempo libre
Actividades recreativas (1)
Actividades culturales (2)
Actividades deportivas (3)
Ninguna (4)
Ambas, especificar (5)_____

CAPITULO VII

Problemas recientes

83. ¿Durante el último año de su vida ha experimentado algún problema grave en alguna de las siguientes áreas?
- a) Salud (1)
b) Económico (2)
c) Familiar (3)
d) Pareja (4)
e) Laboral (5)
f) Ginecológico (6)
g) Obstétrico (7)
h) Emocional (8)
i) Sexual (9)
j) Otro (10)
84. Explique brevemente cual fué_____
- _____
- _____

CAPITULO VIII

Antecedentes biopsicosociales de la sexualidad

85. Experiencias sexuales traumáticas infantiles:
No (1)
Si, especificar (2)_____
- Edad _____
86. ¿Recibió información sobre la menstruación?
- Ninguna (1)
Padre(s) (2)
Maestro (3)

- Amiga (4)
- Otro(s) familiar(es) (5)
- Sacerdote (6)
- Otro, especificar (7)_____

3130-29/G

87. ¿Recibió información sobre relaciones sexuales y sus variantes no patológicas y patológicas antes de la pubertad?

- No (1)
- Si, especificar (2)_____

88. Edad de aparición de los caracteres sexuales secundarios:

- Antes de los 8 años (1)
- De 8 a 10 años (2)
- De 10 a 12 años (3)
- De 12 a 14 años (4)
- De 14 a 16 años (5)
- Después de los 16 años (6)

89. Edad de la menarca _____

90. Recuerdo que tiene acerca de su primera menstruación_____

91. Ritmo menstrual

- Regular (1)
- Irregular (2)

92. Síntomas acompañantes de la menstruación

- No (1)
- Si, especificar (2)_____

93. Masturbación durante la adolescencia

- Con orgasmo (1)
- Sin orgasmo (2)
- No procede (3)

94. Frecuencia masturbatoria durante la adolescencia

- Entre 1 y 2 veces por semana (1)
- Entre 3 y 4 veces por semana (2)
- Entre 5 y 6 veces por semana (3)
- Más de 7 veces por semana (4)
- No procede (5)

95. Edad de inicio de la masturbación _____

96. Motivo para realizar su sexualidad:

- Reproducción (1)
- Satisfacción (2)
- Afecto (3)
- Autoafirmación (4)
- Ambas, especificar (5)_____
- Otro, especificar (6)_____

97. Temores hacia la sexualidad y lo sexual:

- No (1)
- Si, especificar (2)_____

98. Edad de la primera experiencia sexual(No necesariamente coital)

99. ¿La primera experiencia sexual fue voluntaria?

- Si (1)
- No, especificar (2)

3130-29/H

100. ¿Sexo de la pareja de su primera experiencia sexual?

- Hombre (1)
- Mujer (2)
- Otro, especificar (3)_____
- Edad de la pareja de esa experiencia_____

- Vínculo de unión con esa pareja_____
101. ¿Su primera experiencia sexual dejó alguna consecuencia?
 No (1) Si, especificar (2)_____
102. Su primera experiencia coital fue:
 Con orgasmo (1)
 Sin orgasmo (2)
 No procede (3)
103. Edad de inicio de la actividad coital_____
104. La desfloración sucedió:
 Adecuadamente (1)
 Inadecuadamente (2)
 No procede (3)
105. Actividad sexual durante la menstruación:
 Siempre (1)
 Ocasionalmente (2)
 Nunca (3)
106. Actividad masturbatoria durante la menstruación:
 Siempre (1)
 Ocasionalmente (2)
 Nunca (3)
107. Episodios de dolor durante el coito:
 Al inicio de este, no impide el coito (1)
 Al inicio de este, impide el coito (2)
 Durante el coito (3)
 Al final del coito (4)
 No procede (5)
108. Número de compañeros sexuales no estables (relación menor a dos años)_____
109. Sexo de los compañeros sexuales referidos:
 Masculino (1)
 Femenino (2)
 Ambos, especificar (3)_____
110. Número de compañeros sexuales estables (Relación mayor a dos años)_____
111. Sexo de los compañeros sexuales referidos:
 Masculino (1)
 Femenino (2)
 Ambos, especificar (3)_____
112. Uso de métodos anticonceptivos:
 Dependientes del coito, especificar (1)_____
- Independiente del coito, especificar (2)_____
- No procede (3)
- 3130-29/I
113. Tiempo transcurrido entre el inicio de la vida sexual activa y el embarazo:
 Menos de 1 año (1)
 De 1 a 2 años (2)
 De 3 a 4 años (3)
 De 5 a 6 años (4)
 De 7 a 8 años (5)
 De 9 a 10 años (6)
 Mas de 10 años (7)
 No procede (8)
114. Datos ginecoobstétricos (indicar con número):
 Gestas_____
- Partos_____
- Abortos_____
- Cesáreas_____

- Obitos (muerte fetal)_____
- Mortinatos (muerte perinatal)_____
115. Edad y sexo de los hijos en orden cronológico de mayor a menor
-
116. Productos con defecto al nacimiento:
- No (1)
- Si, especificar (2)_____
- Sexo del producto M F
117. Repercusión sexual negativa del embarazo:
- Ninguna (1)
- Durante el embarazo (2)
- Postparto (3)
- Postaborto (4)
- Postcesárea (5)
- No procede (6)
118. Repercusión sexual negativa de la menopausia:
- No (1)
- Si, especificar (2)_____
- No procede (3)

CAPITULO IX

Comportamiento sexual actual

a) Descripción general

119. Disposición actual hacia la sexualidad (no es referido exclusivamente al coito)
- Desea y coopera (1)
- Desea y no coopera (2)
- No desea y coopera (3)
- No desea y no coopera (4)
- No procede (5)
120. Preparación higiénica para la relación sexual:
- No (1)
- Si (2)
- 3130-29/J
121. Ubicación más frecuente de la relación sexual:
- En casa (1)
- Fuera de casa (2)
- Ambos, especificar (3)_____
- No procede (4)
122. Posición más frecuente para la relación coital:
- Mujer boca arriba-hombre encima (1)
- Hombre boca arriba-mujer encima (2)
- Mujer arrodillada y agachada-hombre atrás (3)
- Hombre y mujer sentados (4)
- Hombre y mujer de pie (5)
- Todas sin predominio (2 o mas de las anteriores) (6)
- Otra, especificar (7)_____
-
- No procede (8)
123. Horario predominante de la relación sexual:
- Matutino (1)
- Vespertino (2)
- Nocturno (3)
- Ambos, especificar (4)_____
- No procede (5)

124. ¿Quién propone la relación sexual más frecuentemente?:
- Mi pareja (1)
 - Solo yo (2)
 - Ambos (3)
 - No procede (4)
125. La proposición de la relación sexual se hace preferentemente:
- De manera verbal (1)
 - Paraverbal (2)
 - Ambas, especificar (3) _____
 - No procede (4)
126. Las condiciones ambientales para la relación sexual son:
- Cómodas y satisfactorias (1)
 - Cómodas e insatisfactorias (2)
 - Incómodas y satisfactorias (3)
 - Incómodas e insatisfactorias (4)
 - No procede (5)
127. La relación sexual se realiza preferentemente:
- Vestidos (1)
 - Desnudos (2)
 - Semivestidos (3)
 - Ambas, especificar (4)
 - No procede (5)

b) Síndromes clínicos específicos
Trastornos de la identidad de género

3130-29/K

128. ¿En el curso de los últimos dos años presenta malestar e inadecuación con su sexo anatómico o deseo de liberarse de sus genitales y vivir como miembro del otro sexo?

- No (1)
- Si (2)

Parafilias

129. ¿En el curso de los cinco últimos años ha usado objetos inertes como método preferencial o exclusivo que suplen la relación sexual?

- No (1)
- Si (2)

130. ¿En el curso de los cinco últimos años ha usado ropa del sexo opuesto de manera repetida y persistente para obtener excitación sexual o se frustra cuando tal conducta es interferida?

- No (1)
- Si (2)

131. ¿En el curso de los cinco últimos años ha llevado a cabo relaciones sexuales con animales o tiene la fantasía al respecto, como método preferido o exclusivo para alcanzar excitación sexual?

- No (1)
- Si (2)

132. ¿En el curso de los cinco últimos años ha tenido relaciones sexuales o fantasías de ellas con niños de edad prepuberal, como método preferido o exclusivo para alcanzar excitación sexual?

- No (1)

Si (2)

133. ¿En el curso de los cinco últimos años a realizado actos de exposición de sus genitales ante desconocidos sin intento posterior de efectuar relaciones sexuales, y ello como método preferencial o exclusivo para alcanzar excitación sexual?

No (1)

Si (2)

134. ¿En el curso de los cinco últimos años ha observado repetida y subrepticamente a la gente cuando se desnuda o lleva a cabo relaciones sexuales sin buscar relacionarse con los observados y ello como método preferido o exclusivo para alcanzar satisfacción sexual?

No (1)

Si (2)

135. ¿En el curso de los cinco últimos años ha participado deliberada o intencionalmente de modo repetido en actividades sexuales que lesionan, humillan o atormentan y ello con objeto de alcanzar satisfacción sexual?

No (1)

Si (2)

3130-29/L

136. ¿En el curso de los cinco últimos años ha producido sufrimiento psicológico o físico repetida e intencionalmente a una pareja sexual, causándole lesiones o combinando sufrimiento corporal con la excitación y ello con el fin de satisfacerse sexualmente?

No (1)

Si (2)

137. ¿En el curso de los últimos cinco años ha buscado alcanzar satisfacción sexual de modo preferido o exclusivo con el uso de enemas u otros objetos inertes, mensajes telefónicos obscenos, o relación sexual con cadáveres?

No (1)

Si (2)

Disfunciones psicosexuales

138. ¿En el curso de últimos cinco años ha presentado inhibición persistente y profunda del deseo sexual sin relación a problemas físicos?

No (1)

Si (2)

139. ¿En el curso de los cinco últimos años ha presentado aversión extrema, persistente o recurrente al sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Si (2)

140. ¿En el curso de los cinco últimos años ha habido insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Si (2)

141. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado fracaso completo en mantener la lubricación y la tumefacción de la excitación sexual, hasta el final del acto sexual, bajo condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos?

No (1)
Si (2)

142. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado inhibición recurrente y persistente del orgasmo, tras una fase de excitación normal, en condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos?

No (1)
Si (2)

143. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado dolor genital recurrente y persistente asociado a la práctica de la actividad coital y sin relación a problemas físicos?

No (1)
Si (2)

3130-29/M

144. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado espasmos involuntarios recurrentes y persistentes en el tercio externo de la vagina, que interfieran con el coito y sin relación a problemas físicos?

No (1)
Si (2)

Trastornos sexuales debidos a enfermedad médica.

145. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado inhibición persistente y profunda del deseo sexual?

No (1)
Si (2)

Indicar enfermedad médica _____
Tiempo de evolución _____

146. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado aversión extrema, persistente o recurrente al sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales, en condiciones adecuadas?

No (1)
Si (2)

Indicar enfermedad médica _____
Tiempo de evolución _____

147. ¿A raíz de una enfermedad médica ha habido insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas?

No (1)
Si (2)

Indicar enfermedad médica _____
Tiempo de evolución _____

148. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado fracaso completo en mantener la lubricación y la tumefacción de la excitación sexual, hasta el final del acto sexual, bajo condiciones adecuadas para ello?

No (1)
Si (2)

Indicar enfermedad médica _____
Tiempo de evolución _____

149. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado inhibición recurrente y persistente del orgasmo, tras una fase de excitación normal, en condiciones adecuadas para ello?

No (1)

Si (2)

Indicar enfermedad médica _____

Tiempo de evolución _____

150. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado dolor genital recurrente y persistente asociado a la práctica de la actividad coital?

No (1)

Si (2)

Indicar enfermedad médica _____

Tiempo de evolución _____

3130-29/M

151. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado espasmos involuntarios recurrentes y persistentes en el tercio externo de la vagina, que interfieran con el coito?

No (1)

Si (2)

Indicar enfermedad médica _____

Tiempo de evolución _____

Homosexualidad egodistónica

152. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado excitación heterosexual persistentemente débil o nula y ello interfiere significativamente para iniciar o mantener relaciones heterosexuales?

No (1)

Si (2)

153. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado molestia ante la práctica regular de las relaciones homosexuales, siendo esta una fuente persistente de malestar emocional?

No (1)

Si (2)

Variantes sexuales no patológicas

¿Ha realizado o participa como parte de su actividad sexual regular alguna de las siguientes preguntas?

154. Felatio

No (1)

Si (2)

155. Cunnilingus

No (1)

Si (2)

156. Coito anal

No (1)

Si (2)

157. Sexo en grupo

No (1)

Si (2)

158. Uso de parafernalia sexual (Enemas, vibradores y otros instrumentos diseñados para lograr la excitación)

No (1)

Si (2)

159. Consumo de alcohol y/o drogas

No (1)

Si (2)

160. Bisexualidad
 No (1)
 Si (2)
161. Pornografía
 No (1)
 Si (2)
162. Homosexualidad egosintónica
 No (1)
 Si (2)

3130-29/N

163. Otro, especificar _____
164. Actitud de la pareja ante el problema disgnosticado:
 Cooperación (1)
 Rechazo (2)
 Ambivalencia (3)
 Ignorancia (4)
 No procede (5)

CAPITULO X

Antecedentes terapéuticos

165. La paciente ha recibido tratamiento:
 Médico (1)
 Quirúrgico (2)
 Psicológico (3)
 Psiquiátrico (4)
 Ambos, especificar (5) _____
 Automedicación (6)
 Otro, especificar (7) _____
 No procede (8)
166. El tratamiento lo recibió en:
 Consulta externa (1)
 Hospitalización (2)
 Ambos, especificar (3) _____
 Otros, especificar (4) _____
 No procede (5)
167. Duración del tratamiento:
 De 1 a 2 consultas (1)
 De 3 a 5 consultas (2)
 De 6 a 10 consultas (3)
 De 11 a 20 consultas (4)
 De 21 a 30 consultas (5)
 De 31 a 40 consultas (6)
 Más de 40 consultas (7)
 No procede (8)
 Privado _____
 Institucional _____
 Ambos _____
 Otro _____
168. Resultados del tratamiento:
 Se eliminó la sintomatología (1)
 Se modifico parcialmente la sintomatología (2)
 La sintomatología continua como tal (3)
 Se agravó la sintomatología (4)
 No procede (5)

CAPITULO XI

Estado actual de salud

169. Describa el motivo por el cual ingresa al Instituto:

- | | | |
|-------------------------|-----|-------|
| Adolescente embarazada | (1) | |
| Embarazo de alto riesgo | (2) | |
| Esterilidad | (3) | |
| Pérdidas, especificar | (4) | _____ |
| Climaterio | (5) | _____ |
| Problema ginecológico | (6) | |
| Trastorno sexual | (7) | |
| Otros, especificar | (8) | _____ |

170. Describa brevemente _____

CAPITULO XII

Diagnóstico

171. Indique diagnóstico de la condición que ameritó tratamiento y la impresión diagnóstica actual:

	Anterior	Actual
Trastornos de la identidad en la infancia	(1)	(1)
Transexualismo	(2)	(2)
Trastorno de la identidad sexual atípica	(3)	(3)
Fetichismo	(4)	(4)
Transvestismo	(5)	(5)
Zoofilia	(6)	(6)
Paidofilia	(7)	(7)
Exhibicionismo	(8)	(8)
Voyeurismo	(9)	(9)
Masoquismo sexual	(10)	(10)
Sadismo sexual	(11)	(11)
Parafilia atípica	(12)	(12)
Inhibición del deseo sexual	(13)	(13)
Inhibición de la excitación sexual	(14)	(14)
Inhibición orgásmica	(15)	(15)
Dispareunia funcional	(16)	(16)
Vaginismo funcional	(17)	(17)
Disrritmia	(18)	(18)
Aversión al sexo	(19)	(19)
Disfunción psicosexual atípica	(20)	(20)
Homosexualidad egodistónica	(21)	(21)
En estudio	(22)	(22)
No procede(se ignora, no tuvo)	(23)	(23)
Ambos, especificar	(24)	(24)

Otros, especificar	(23)	3130-29/0 (23)
--------------------	------	-------------------

CAPITULO XIII

Recomendaciones terapéuticas

172. Indique el manejo que debe recibir la condición a tratar:

- Solo información general (1)
- Orientación profesional (2)
- Farmacoterapia (3)
- Terapia conductual (4)
- Psicoterapia (5)
- Tratamiento quirúrgico (6)
- Interconsulta (7)
- Canalización (8)
- No procede (9)
- Ambas, especificar (10) _____
- Otra, especificar (11) _____

CAPITULO XIV

Pronóstico

173. Evaluación global de la severidad:

- Paciente asintomática (1)
- Solo amerita manejo individual (2)
- Amerita manejo de pareja (3)
- Amerita manejo familiar (4)
- Amerita manejo grupal (5)
- Requiere interconsulta (6)
- Requiere canalización (7)
- Ambos especificar (8) _____
- No procede (9)

CAPITULO XV

Comentarios y observaciones

174. La información fue relatada por:

- La paciente (1)
- La paciente y su pareja (2)
- Otro, especificar (3) _____

175. Credibilidad de la información:

- Buena (1)
- Regular (2)
- Pobre (3)

176. Actitud de la paciente ante el interrogatorio _____

177. Observaciones a la forma y contenido de la información obtenida _____



Anexo II
Cuestionario de sexualidad
versión para hombres

CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD VERSIÓN PARA HOMBRES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Entrevistador: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ día / mes / año

1. Nombre: _____

2. No. de expediente: _____ 3. Edad: _____ 4. Teléfono: _____

5. Nivel socioeconómico (INPer): _____

6. Estado Civil: 1) Soltero.
 2) Casado. _____ (años y meses)
 3) Viudo. _____ (años y meses)
 4) Divorciado. _____ (años y meses)
 5) Unión Libre. _____ (años y meses)
 6) Separado. _____ (años y meses)

7. Escolaridad: _____ (años)

8. Ocupación: 1) Profesional.
 2) Empresario.
 3) Burócrata.
 4) Empleado iniciativa privada.
 5) Comerciante.
 6) Obrero.
 7) Labores domésticas.
 8) Subempleo (eventuales)
 9) Desempleado.
 10) Maestro.
 11) Estudiante.
 12) Hogar.
 13) Otro, especificar _____

9. Religión: _____

10. ¿Con quién vive actualmente? 1) Solo
 2) Cónyuge
 3) Cónyuge e hijos
 4) Cónyuge, hijos y otro familiar.
 5) Hijos sin conyuge.
 6) Otros familiares.
 7) Padres.
 8) Otro, especificar _____

11. Número y edad de hijos vivos _____

12. Experiencias traumáticas infantiles:
 1) Si, especificar _____
 Edad: _____
 2) No

13. ¿Recibí información sobre la vida sexual antes de la pubertad?
- 1) Sí, especificar: _____
 - 2) No _____
14. Edad de la Primera Eyaculación: _____
15. En algún momento de su vida practicó la masturbación:
- 1) Sí. ¿Con que frecuencia? _____
 - 2) No.
16. ¿Practica actualmente la masturbación?
- 1) Sí, ¿Con qué frecuencia? _____
 - 2) No.
17. Temores hacia la sexualidad y lo sexual:
- 1) Sí, Especificar _____
 - 2) No.
18. Edad de inicio de vida sexual _____
19. ¿Actualmente cuenta con pareja sexual?
- 1) Si.
 - 2) No.
20. Ritmo Coital: _____
21. ¿Utiliza algún anticonceptivo?
- 1) Si.
 - 2) No.
- 1b) ¿Cual? _____
22. Disposición actual hacia la sexualidad (no es referido exclusivamente al coito):
- 1) Desea y coopera.
 - 2) Desea y no coopera.
 - 3) No desea y coopera.
 - 4) No desea y no coopera.
 - 5) No procede.
23. Preparación higiénica para la relación sexual:
- 1) Si.
 - 2) No.
24. Ubicación más frecuente de la relación sexual:
- 1) En casa.
 - 2) Fuera de casa.
 - 3) Ambos, especificar.
 - 4) No procede.
25. Posición más frecuente para la relación coital:
- 1) Mujer boca arriba - hombre encima.
 - 2) Hombre boca arriba - mujer encima.
 - 3) Mujer arrodillada y agachada - hombre atrás.
 - 4) Hombre y mujer sentados.
 - 5) Hombre y mujer de pie.
 - 6) Todas sin predominio (2 o más de las anteriores)
 - 7) Otra, especificar.
 - 8) No procede.

26. Horario predominante de la relación sexual:

- 1) Matutino.
- 2) Vespertino.
- 3) Nocturno.
- 4) Ambos, especificar.
- 5) No procede.

27. ¿Quién toma la iniciativa o propone la relación sexual más frecuentemente?

- 1) Mi pareja.
- 2) Solo yo.
- 3) Ambos.
- 4) No procede.

28. La proposición de la relación sexual se hace preferentemente:

- 1) De manera verbal.
- 2) Paraverbal.
- 3) Ambas, especificar
- 4) No procede.

29. Las condiciones ambientales para la relación sexual son:

- 1) Cómodas y satisfactorias.
- 2) Cómodas e insatisfactorias.
- 3) Incómodas y satisfactorias.
- 4) Incómodas e insatisfactorias.
- 5) No procede.

30. La relación sexual se realiza preferentemente:

- 1) Vestidos.
- 2) Desnudos.
- 3) Semivestidos.
- 4) Ambas, especificar
- 5) No procede.

¿Ha usted presentado alguna de las siguientes situaciones?:

31. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual.

- 1) Si. 2) No.

32. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida. 2) Adquirido _____ (edad) 3) No procede.

33. ¿Esta situación le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si. 2) No. 3) No procede.

34. ¿La situación se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, Alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

35. Dicho evento lo llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) No procede.

36. Aversión extrema hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

- 1) Si.
- 2) No.

37. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida .
- 2) Adquirido _____ (edad)
- 3) No procede.

38. ¿Esta situación le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si.
- 2) No.
- 3) No procede.

39. ¿La situación se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

40. Dicho evento lo llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) No procede.

41. Incapacidad para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

- 1) Si.
- 2) No.

42. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida .
- 2) Adquirido _____ (edad)
- 3) No procede.

43. ¿Lo anterior le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si. 2) No. 3) No procede.

44. ¿Esto se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

45. Dicho evento lo llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) No procede.

46. Ausencia o retraso del orgasmo tras una fase de excitación normal.

- 1) 1) Si. 2) No.

47. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida . 2) Adquirido _____ (edad) 3) No procede.

48. ¿Esta situación le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si. 2) No. 3) No procede.

49. ¿La situación se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

50. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) No procede.

51. Eyacuación en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que lo desee.

- 1) Si. 2) No.

52. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida . 2) Adquirido _____ (edad) 3) No procede.

53. ¿Lo anterior le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si. 2) No. 3) No procede.

54. ¿Esto se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

55. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) No procede.

56. Insatisfacción de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual.

- 1) Si. 2) No.

57. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida . 2) Adquirido _____ (edad) 3) No procede.

58. ¿Lo anterior le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si. 2) No. 3) No procede.

59 ¿Esto se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

60. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) No procede.

61. ¿preenta conflicto en alguna de las siguientes areas?

- 1) Salud
- 2) Relaciones familiares
- 3) Relaciones laborales
- 4) Economico

62. Ha recibido tratamiento (especificar causa de tratamiento)

- 1) Médico.
- 2) Quirúrgico.
- 3) Psicológico.
- 4) Psiquiátrico.
- 5) Ambos, especificar
- 6) Otro, especificar
- 7) No procede.

63. El tratamiento lo recibió en:

- 1) Consulta externa.
- 2) Hospitalización.
- 3) Ambos, especificar
- 4) Otros, especificar
- 5) No procede.

64. Duración del tratamiento:

- 1) De 1 a 2 consultas.
- 2) De 3 a 5 consultas.
- 3) De 6 a 10 consultas.
- 4) De 11 a 20 consultas.
- 5) De 21 a 30 consultas.
- 6) De 31 a 40 consultas.
- 7) No procede.

Privado _____
Institucional _____
Ambos _____
Otro _____

65. Resultado del tratamiento:

- 1) Se eliminó la sintomatología.
- 2) Se modificó parcialmente la sintomatología.
- 3) La sintomatología continua igual.
- 4) Se agravó la sintomatología.
- 5) No procede.

OBSERVACIONES



Anexo III
Cuestionario de feminidad-masculinidad
IMAFE

Instituto Nacional de Perinatología
 Dirección de Investigación
 Subdirección de Investigación Clínica
 Departamento de Psicología

CUESTIONARIO DE MASCULINIDAD Y FEMINEIDAD
 IMAFE

Nombre o número de cuestionario: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

ESCALAS		
M	_____ /15 Σ 1 5 9 13 17 21 25 29 33 37 41 45 49 53 57	_____
F	_____ /15 Σ 2 6 10 14 18 22 26 30 34 38 42 46 50 54 58	_____
MA	_____ /15 Σ 3 7 11 15 19 23 27 31 35 39 43 47 51 55 59	_____
S	_____ /15 Σ 4 8 12 16 20 24 28 32 36 40 44 48 52 56 60	_____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una lista de palabras que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñoso, flojo. Le voy a pedir que utilice esas palabras para describirse. Esto es, a cada palabra le pondrá un número entre uno y siete, según qué también crea que describe su manera de ser.

Estos números del uno al siete significan lo siguiente:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca o casi nunca soy así	Muy pocas veces soy así	Algunas veces soy así	La mitad de las veces soy así	A menudo soy así	Muchas veces soy así	Siempre o casi siempre soy así

Ejemplo:

Listo 3 Le pondrá el número 3 si cree que algunas veces usted es listo.

Malicioso 1 Le pondrá el número 1 si cree que nunca o casi nunca usted es malicioso.

Responsable 7 Le pondrá el número 7 si cree que siempre o casi siempre usted es responsable.

Enseguida se encontrarán estas descripciones, asigne un número de acuerdo con la escala del 1 al 7 como se muestra arriba.

Por favor no deje ningún inciso sin contestar

1. Seguro de mi mismo(a)	21. Dispuesto(a) a arriesgarme	41. Racional
2. Afectuoso(a)	22. Deseoso(a) a consolar al que se siente lastimado	42. Me gustan los niños
3. Enérgico(a)	23. Agresivo(a)	43. Rudo(a)
4. Conformista	24. De personalidad débil	44. Dependiente
5. Me comporto confiado(a) de los demás	25. Autosuficiente	45. Maduro(a)
6. Compasivo(a)	26. Cariñoso(a)	46. De voz suave
7. Dominante	27. Uso malas palabras	47. Incomprensivo(a)
8. Simplista	28. Inseguro(a) de mi mismo(a)	48. Influenciable
9. Analítico(a)	29. Independiente	49. Valiente
10. Sensible a las necesidades de los demás	30. Amigable	50. Generoso(a)
11. Individualista	31. Materialista	51. Frío(a)
12. Sumiso(a)	32. Pasivo(a)	52. No me gusta arriesgarme
13. Hábil para dirigir	33. Competitivo(a)	53. Reflexivo(a)
14. Comprensivo(a)	34. Tierno(a)	54. Espiritual
15. Ambicioso(a)	35. Autoritario(a)	55. De voz fuerte
16. Incapaz de planear	36. Resignado(a)	56. Retraído(a)
17. Tomo decisiones con facilidad	37. Atlético(a)	57. De personalidad fuerte
18. Caritativo(a)	38. Dulce	58. Cooperador(a)
19. Arrogante	39. Egoísta	59. Malo(a)
20. Indeciso(a)	40. Cobarde	60. Tímido(a)



Anexo IV
Inventario de autoestima de Coopersmith

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
COOPERSMITH-INVENTARIO

Nombre: _____ Fecha: _____

De las siguientes afirmaciones, señale la opción que se aplique a usted. Sólo es SÍ o NO.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Generalmente los problemas me afectan muy poco | Sí | No |
| 2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público | Sí | No |
| 3. Si pudiera cambiaría muchas cosas en mí | Sí | No |
| 4. Puedo tomar una decisión fácilmente | Sí | No |
| 5. Soy una persona simpática | Sí | No |
| 6. En mi casa me enojo fácilmente | Sí | No |
| 7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo | Sí | No |
| 8. Soy popular entre las personas de mi edad | Sí | No |
| 9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos | Sí | No |
| 10. Me doy por vencido (a) fácilmente | Sí | No |
| 11. Mi familia espera demasiado de mí | Sí | No |
| 12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy | Sí | No |
| 13. Mi vida es muy complicada | Sí | No |
| 14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas | Sí | No |
| 15. Tengo mala opinión de mí mismo (a) | Sí | No |
| 16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa | Sí | No |
| 17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo | Sí | No |
| 18. Soy menos bonita que la mayoría de la gente | Sí | No |
| 19. Si tengo algo que decir generalmente lo digo | Sí | No |
| 20. Mi familia me comprende | Sí | No |
| 21. Los demás son mejor aceptados que yo | Sí | No |
| 22. Siento que mi familia me presiona | Sí | No |
| 23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago | Sí | No |
| 24. Muchas veces me gustaría ser otra persona | Sí | No |
| 25. Se puede confiar muy poco en mí | Sí | No |



Anexo V
Escala de locus de control de Rotter

NOMBRE: _____

Fecha: _____

ESCALA DE LOCUS DE CONTROL DE ROTTER

Este es un cuestionario para encontrar la forma en que ciertos acontecimientos importantes en nuestra sociedad afectan a distintas personas. Cada pregunta consiste en un par de alternativas marcadas con los incisos **A** y **B**. Por favor elija una de las afirmaciones de cada pregunta asegurándose de seleccionar la opción que usted considere que es verdad en su caso y no la que crea que debería escoger o la que le gustaría que fuera verdad. Este cuestionario evalúa creencias personales, por lo que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Conteste las preguntas cuidadosamente, pero no tome mucho tiempo decidiendo su respuesta. Marque con una **X** en la línea de la izquierda su opción garantizando seleccionar una afirmación en cada reactivo. No deje ninguna pregunta sin contestar.

En algunos casos usted descubrirá que tanto la opción **A** como la **B** se ajustan a su forma de pensar o que no puede elegir ninguna, en dado caso, seleccione la que más se apegue a sus convicciones. Trate que sus respuestas sean independientes unas de otras, no se deje influenciar por los incisos que conteste previamente.

Recuerde: seleccione la afirmación que crea más cierta en su caso.

Creo firmemente que:

1. ____ A Los niños se meten en problemas porque sus padres los castigan mucho.
____ B Actualmente, el problema con la mayoría de los niños es que sus padres son muy consecuentes con ellos.
2. ____ A Muchas de las cosas tristes en la vida de la gente se deben en parte a la mala suerte.
____ B La mala suerte de la gente es el resultado de sus errores.
3. ____ A Una de las principales razones por las cuales existen las guerras se debe a que la gente no se interesa lo suficiente en la política.
____ B Siempre existirán las guerras, no importa cuánto se esfuerce la gente en prevenirlas.
4. ____ A Al final, la gente adquiere el respeto que se merece en este mundo.
____ B Desafortunadamente, el valor de una persona muchas veces pasa desapercibido, no importa qué tanto se esfuerce.
5. ____ A La idea de que los maestros son injustos con los alumnos es absurda.
____ B La mayoría de los estudiantes no se dan cuenta hasta qué punto las calificaciones que sacan dependen de la suerte.

Creo firmemente que:

6. ___ A Uno no puede ser un líder efectivo sin que rompa las reglas.
___ B Las personas capaces que no logran ser líderes, son aquellas que no han sabido aprovechar las oportunidades.
7. ___ A No importa que tanto te esfuerces, hay gente a la que simplemente no le vas a caer bien.
___ B La gente que no logra caerle bien a los demás, no sabe llevarse con otros.
8. ___ A Nuestra personalidad esta determinada principalmente por la herencia.
___ B Las experiencias que uno tiene en la vida son las que determinan como somos.
9. ___ A Frecuentemente me doy cuenta que siempre pasa lo que tiene que pasar.
___ B Confiar en el destino nunca me ha funcionado bien cuando tengo que tomar una decisión para algo definitivo.
10. ___ A Es muy raro que los estudiantes bien preparados consideren un examen injusto.
___ B Muchas veces las preguntas de los exámenes no tienen relación con el trabajo en clase, por ello estudiar es realmente inútil.
11. ___ A Tener éxito es cuestión de trabajar duro. En esto, la suerte tiene muy poco o nada que ver.
___ B Conseguir un buen trabajo depende principalmente de estar en el lugar y en el momento correcto.
12. ___ A El ciudadano promedio puede influir en las decisiones del gobierno.
___ B El mundo está en manos de poca gente en el poder y no hay mucho que la gente común pueda hacer al respecto.
13. ___ A Cuando hago planes, estoy casi seguro (a) de que puedo llevarlos a cabo.
___ B No siempre es sabio planear el futuro porque muchas cosas, de cualquier modo, dependen de Dios o de la mala suerte.
14. ___ A Hay ciertas personas que simplemente no son buenas.
___ B Hay algo bueno en todas las personas.
15. ___ A En mi caso, lograr lo que quiero tiene poco o nada que ver con la suerte.
___ B Muchas veces debemos simplemente decidir que hacer echando un volado.
16. ___ A Lograr ser el jefe, depende en muchas ocasiones de tener suficiente suerte de estar primero en el sitio correcto.
___ B Lograr que las personas hagan lo correcto depende de la habilidad; la suerte tiene poco o nada que ver con ello.
17. ___ A Diferentes acontecimientos mundiales son preocupantes, la mayoría de nosotros somos víctimas de fuerzas que no podemos entender ni controlar.
___ B Al tomar parte activa en cuestiones políticas y sociales, la gente puede controlar lo que pasa en el mundo.
18. ___ A La mayoría de las personas no se dan cuenta hasta que grado sus vidas están controladas por hechos accidentales.

___ B En realidad la suerte no existe.

Creo firmemente que:

298

20. ___ A Es difícil saber si realmente le caes bien o no a una persona.
___ B El número de amigos que tengas depende de qué tan agradable seas como persona.
21. ___ A A final de cuentas, las cosas malas que nos pasan se equilibran con las buenas.
___ B Muchas veces la mala suerte es el resultado de la falta de habilidad, ignorancia, flojera o de la combinación de las tres.
22. ___ A Podemos acabar con la corrupción política si nos esforzamos lo suficiente.
___ B Es difícil para las personas tener control sobre las cosas que los políticos hacen en sus puestos.
23. ___ A Algunas veces no comprendo como los maestros califican a sus alumnos.
___ B Existe una relación directa entre que tanto me esfuerzo en estudiar y las calificaciones que obtengo.
24. ___ A Un buen líder espera que la gente decida por sí misma lo que debe hacer.
___ B Un buen líder deja claro a todos cual es su trabajo.
25. ___ A Muchas veces siento que tengo poca influencia sobre las cosas que me pasan.
___ B Es imposible creer que el azar o la suerte jueguen un papel importante en mi vida.
26. ___ A Las personas están solas porque no tratan de ser amigables.
___ B No sirve mucho esforzarse por agradar a la gente; si les caes bien, les caes bien.
27. ___ A Se le da demasiada importancia al deporte en las escuelas.
___ B Los deportes en equipo son una excelente manera para formar el carácter.
28. ___ A Lo que me sucede es producto de mi propio esfuerzo.
___ B A veces siento que no tengo suficiente control sobre la dirección que mi vida está tomando.
29. ___ A La mayoría de las veces no entiendo por qué los políticos se comportan como lo hacen.
___ B A fin de cuentas, la gente es responsable del mal gobierno ya sea local o nacional.

299



Anexo VI
Carta de consentimiento informado
FASE I

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

MÉXICO D.F. A ____ DE _____ DE 20__

El departamento de Psicología está realizando una investigación titulada “ESTUDIO DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS Y MASCULINAS”. Por esta razón pretendemos tener más información sobre los aspectos psicológicos que están relacionados con la Sexualidad Humana y sus disfunciones, y que esto nos permita entender más el comportamiento sexual con el objeto de mejorar la atención y el tratamiento de las pacientes que lo requieran y que la institución les brinda como parte de una atención integral.

Con este fin les hacemos una cordial invitación a participar respondiendo a una entrevista y unos cuestionarios que contienen preguntas referentes a como usted se describe. La información que usted nos proporcionará es completamente confidencial y su participación es voluntaria; si no desea participar, no afecta en nada la atención que usted recibe en el Instituto. El tiempo de aplicación de la entrevista de 30 minutos y de los cuestionarios de 45 minutos aproximadamente.

En caso de alguna duda el psicólogo encuestador lo atenderá y si es necesario podrá platicar con la psicóloga responsable de la investigación, Mtra. Claudia Sánchez Bravo, Depto. De Psicología, donde usted cuenta con apoyo psicoterapéutico si valoramos que es necesario el cual se le dará sin costo alguno.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud nos pide que con su firma en esta carta, manifieste usted que ha sido informada(o) y acepta participar en esta investigación. Deberán firmar también dos testigos.

PARTICIPANTE.

Nombre	Firma	No. de expediente
_____	_____	_____

TESTIGO 1:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FIRMA: _____

TESTIGO 2:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FIRMA: _____

INVESTIGADOR

PSIC. CLAUDIA SÁNCHEZ BRAVO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA (TORRE DE INVESTIGACIÓN 1ER PISO.

TELÉFONO 55209900 EXT. 147.

Prot. 212250-48471



Anexo VII
Carta de consentimiento informado
FASE II

Instituto Nacional de Perinatología
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

MÉXICO D.F. A ____ DE _____ DE 20__

El departamento de Psicología está realizando la segunda parte de una investigación titulada “ESTUDIO DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS Y MASCULINAS”. Por esta razón pretendemos tener más información sobre los aspectos psicológicos que están relacionados con la Sexualidad Humana y sus disfunciones, y que esto nos permita entender más el comportamiento sexual con el objeto de mejorar la atención y el tratamiento de las pacientes que lo requieran y que la institución les brinda como parte de una atención integral.

Con este fin les hacemos una cordial invitación a participar respondiendo a una entrevista en profundidad, que contienen preguntas referentes a como usted se describe. La información que usted nos proporcionará es completamente confidencial y su participación es voluntaria; si no desea participar, no afecta en nada la atención que usted recibe en el Instituto. El tiempo de aplicación de la entrevista es de 2 a 4 horas aproximadamente, y de una a dos sesiones.

En caso de alguna duda el psicólogo entrevistador lo atenderá y si es necesario podrá platicar con la psicóloga responsable de la investigación, Mtra. Claudia Sánchez Bravo, Depto. De Psicología, donde usted cuenta con apoyo psicoterapéutico si valoramos que es necesario el cual se le dará sin costo alguno.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud nos pide que con su firma en esta carta, manifieste usted que ha sido informada(o) y acepta participar en esta investigación. Deberán firmar también dos testigos.

PARTICIPANTE.

Nombre	Firma	No. de expediente
--------	-------	-------------------

TESTIGO 1:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FIRMA: _____

TESTIGO 2:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FIRMA: _____

INVESTIGADOR

PSIC. CLAUDIA SÁNCHEZ BRAVO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA (TORRE DE INVESTIGACIÓN 1ER PISO.

TELÉFONO 55209900 EXT. 147.

Prot. 212250-48471



Anexo VIII
Ejemplo de la construcción del texto, las
unidades de análisis y del mapeo
de donde se establecieron
las categorías

PRIMER OBJETIVO: IDENTIFICAR FACTORES ACTUALES QUE INFLUYEN EN LA PRESENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES

Categoría 1	Imagen corporal y relación con el cuerpo
	Autocuidado (1), rigidez (2), violencia al propio cuerpo (3), reconciliación con el cuerpo (4)
Mujer sin disfunción sexual	(1) Como que ya cada quien trae uno en su inconsciente el hecho de defender su cuerpo, de defenderse a uno mismo para no sufrir lo que las compañera sufrían.
Mujer con vaginismo	(2) Entonces le digo: jamás me voy a quitar de ponerme así tensa porque me dice: es que siento tus piernas muy duras, muy tensas; le digo: por lo mismo, por lo mismo, digo, hasta que empecemos otra vez de inicio, que empecemos con un juego.
Mujer con dispareunia	(1,3,4) Tiene poco realmente, relativamente poco, meno...como menos de un año, que yo, nuevamente me, me reencuentro con mi cuerpo, me reencuentro con mi cuerpo, a partir ehh, ehh precisamente a partir de una un problema físico, un problema ginecológico, muy abandonada, yo la tenía como muy descuidada, muy abandonada...de toda la violencia con la que yo me...con la que yo he vivido mi mi, mi propio cuerpo, entonces en ese momento... decido tomar el control, de alguna manera, decido ponerme a hacer mi tratamiento, decido empezar a cuidar mi alimentación, obviamente ha sido paulatino que poco a poco, que me voy, doy mis masajes, ehh que me unto crema con mucho cuidado y me veo al espejo desnuda, que me apapacho más, pero eso ha sido como un proceso así, muy muy a cuenta gotas y muy muy reciente ¿no? donde yo me he ido y me he dado el chance de aprender a reconciliarme con mi cuerpo con mi intimidad.

Categoría 2	Relaciones sexuales
	Comunicación sexual (1), expresión del deseo a la pareja (2), conducta sexual activa (3), identificación de necesidades (4), rigidez (5), frustración sexual (6), sensación de incapacidad de regulación en su vida sexual (7), devaluación (8).
Mujer sin disfunción sexual	(1,2,3,4) Cuando me casé, pues haga de cuenta que todo lo malo empezó a cambiar, porque yo ya buscaba, o más bien ya esperaba otra cosa, en el cual exige uno; sabes qué: yo quiero esto, yo quiero esto otro; como que se da uno cuenta de en qué momento la está regando uno; por decir, quiero... yo necesito algo mejor, entonces ya cuando empezaron mis relaciones con mi esposo pues todo fue cambiando, todo fue de mutuo. Sabes qué: yo deseo esto, yo quiero esto, ¿tú

	<p>qué quieres? dime qué es lo que quieres; al principio fue difícil porque él era más cohibido, entonces siempre mis preguntas eran: ¿tú qué quieres? ¿qué sientes? ¿qué deseas? Sí, le digo, entonces todo se fue conjugando poco a poco, qué era lo que él quería y qué era lo que yo quería, un poco, pues también entrando más en cuanto a... a relaciones que la gente, por decir, no está acostumbrada que... un acto sexual bucal, por decirlo así, entonces se fue viendo de qué forma lo podíamos hacer y de qué forma sí le agradaba o no me agradaba a mí, entonces fuimos estableciendo, como, ¿qué quieres tú? ¿qué sientes tú? ¿te gusta? e igual él a mí; entonces es lo que nos... siento yo que nos ha ayudado, que, cada quien dice qué es lo que le gusta, qué es lo que no le gusta, si tú tienes deseo... ah, pero si tú no tienes yo te ayudo, si no se puede se evita totalmente para que no sea una relación frustrante.</p>
Mujer con vaginismo	<p>(5,6) No le puedo decir que sea plena porque muy pocas veces he sentido satisfacción, muy pocas veces, este, nuestra relación no es buena porque cuando ligamos y nos apresuramos tanto y no llegamos al juego, lo que ocasiona es malestar por parte de los dos, no se concluyó y yo me quedo frustrada y me quedo con coraje y mi pareja, este, pues se siente incómoda, se siente mal y no quiere continuar, y aunque quisiera, no puede, y ya no puede, no puede porque a lo mejor yo lo impulsé o con mi coraje o con lo que le haya dicho lo incomodo, entonces lo incomodo y ya no podemos continuar, o sea, una relación no muy buena.</p> <p>Hemos caído tanto en la monotonía de que llegamos y tenemos a lo mejor muchísimas ganas de tener relaciones que en lo que en lugar de ayudarnos, nos estamos perjudicando porque llegamos y luego luego para penetrar, no empezamos con el juego, no hay caricias, no hay nada, terminamos enojados ¿no? o sea, él se voltea, yo me volteo y... pero yo me quedo con esas ganas, o sea con esa frustración, porque tengo muchas ganas, y yo digo: bueno, qué pasa ¿no?</p>
Mujer con dispareunia	<p>(6,7,8) No, no me respetaba a mí misma, entonces ehh... sin, o sea, tuve por ahí tres encuentros, mmm, sin penetración pero tres encuentros no, ehh, con con, con otras personas, con otros chicos, y que no fueron de mi agrado ¿no? Que no fueron de mi agrado, y yo me sentí usada, me sentí... sucia, me sentí... como que dije “na’ más ven en mí un par de tetas” ¿no?..</p>

Categoría 3	Temores a la sexualidad
	Ante el deseo sexual (1), a la autoexploración (2)
Mujer sin disfunción sexual	
Mujer con vaginismo	
Mujer con dispareunia	(1,2) Yo siempre me masturbaba pero me masturbaba a escondidas ¿no? siempre me daba mucho miedo o mucho temor, porque yo vivo con mi madre, entonces me daba miedo que... que ella, algún, en algún momento ehh pudiera sospechar algo.

Categoría 4	Vida afectiva
	Carencias afectivas (1), fragilidad (2), vulnerabilidad (3), inseguridad con su cuerpo (4), sensación de devastación (5)
Mujer sin disfunción sexual	
Mujer con vaginismo	
Mujer con dispareunia	(1,2,3,4,5) Me doy cuenta de todas mis necesidades y de todas mis carencias... afectivas y que tienen que que queee... que se depositan directamente en mi sexualidad, la impresión de ser una mujer como frágil, como vulnerable, como, como necesito que me quieran ¿no? Como en el papel de necesito que me quieran, y y, y yo decía bueno, la única, lo único que tengo para que me quieran es mi cuerpo ¿no? Entonces ése, ése fue un manejo muy... muy distorsionado ¿no? No me lo puedes decir porque le digo yo he tratado de olvidar todos estos años, ay no me ha servido de nada, yo he guardado silencio todos estos años y tampoco me ha servido de nada, le digo, y ve como estoy ahorita, y ve como estoy con una depresión, con muchas inseguridades y y yo así devastada ¿no? devastada emocionalmente, entonces ehh.

Categoría 5	Concepto de si misma
	Activa, autoafirmada (1), búsqueda de alternativas para la solución de problemas (2), devaluación (3), sensación de desventaja (4), sentimientos de inutilidad (5), fragilidad (6).
Mujer sin disfunción sexual	(1,2) No me cerré a la ideología del... que el hombre es el que, el que manda, como que se queda uno exigiendo más, es que yo merezco más, eso es lo que yo consideraría.
Mujer con vaginismo	
Mujer con dispareunia	(3,4,5) Me doy cuenta de todas mis necesidades y de todas mis carencias... afectivas y que tienen que que queee... que se depositan directamente en mi sexualidad, la impresión de ser una mujer como frágil, como vulnerable, como, como

	necesito que me quieran ¿no? Como en el papel de necesito que me quieran, y y, y yo decía bueno, la única, lo único que tengo para que me quieran es mi cuerpo ¿no? Entonces ése, ése fue un manejo muy... muy distorsionado ¿no? No me lo puedes decir porque le digo yo he tratado de olvidar todos estos años, ay no me ha servido de nada, yo he guardado silencio todos estos años y tampoco me ha servido de nada, le digo, y ve como estoy ahorita, y ve como estoy con una depresión, con muchas inseguridades y y yo así devastada ¿no? devastada emocionalmente, entonces ehh.
--	--

Categoría 6	Relación de pareja
	Comunicación marital eficaz (1), pobreza en la comunicación (2), frustración (3), enojo (4), confusión (5), angustia (6), problemas reactivos a la frustración sexual (7), miedo al abandono por la incapacidad sexual (8), sometimiento (9).
Mujer sin disfunción sexual	(1) Cuando me casé, pues haga de cuenta que todo lo malo empezó a cambiar, porque yo ya buscaba, o más bien ya esperaba otra cosa, en el cual exige uno; sabes qué: yo quiero esto, yo quiero esto otro; como que se da uno cuenta de en qué momento la está regando uno; por decir, quiero... yo necesito algo mejor, entonces ya cuando empezaron mis relaciones con mi esposo pues todo fue cambiando, todo fue de mutuo..., cómo crees, si tú no vas a querer pues para qué; dice: no es justo que yo sí sienta y que tú no sientas; lo dejábamos así, no había problema, no había: es que tú nada más cuando quieres; quizá no había ese problema de... que yo he escuchado comúnmente que hay entre pareja, esa es la diferencia que yo he visto.
Mujer con vaginismo	(2,3,4,6,7) Yo sí he platicado últimamente con él que hay que acercarnos y hemos tenido comunicación, tiene escaso una semana que hemos estado platicando de esto porque le he comentado lo que yo deseo para que yo pueda sentir satisfacción y pueda ser... Que podamos congeniar los dos como pareja. Formando y este y yo creo que en la mente, en la mente lo fui teniendo siempre, toda la vida, inclusive cuando me casé para mí fue muy difícil la primera, este, la primera noche, muy difícil, porque pues inclusive no hubo acercamiento como tal ¿no? se supone que todo mundo cuando se casa, la primera noche, pues es felicidad. En mi caso no, porque tenía temor, no sé, angustia, y en, pues en mi niñez no puedo recordar, no hubo nada que me haya acordado yo que me haya lastimado y que haya sido motivo para que mi relación no funcione.

<p>Mujer con dispareunia</p>	<p>(5,6,7,8,9) La razón por la que él y yo tronamos fue esa, porque yo era muy demandante, muy insegura, era muy ansiosa muy, siempre lo hice sentir como sí, si él se... si él se alejaba de mí, yo me iba a morir, esa parte de de de, de esa inseguridad enferma, patológica ¿no? de de de de, de que yo estaba al pendiente de todo lo que hacía, de que yo quería complacerlo en todo, lo que él me pidiera lo hacía ¿no? yo estaba dispuesta a acceder a lo que él, a lo que él quisiera... y eso también, e eso fue lo que lo que lo causó ¿no?. daba es que un dolor... nunca tuvimos el acto sexual porque una vez lo intentó y fue así como dolorosísimo, entonces ya ya no quise y él ya no volvió a insistir, pero después de... que duramos un año, yo, me quedo así como muy excitada y yo lo empecé... fue cuando lo empecé a buscar, a llamar por teléfono a todas horas ehh todos los días ¿no? ehh entonces yo, yo empecé a generar una relación o sea él es... se termina porqué bueno él es actor de teatro, va de gira constantemente entonces deci... decidimos así como que cada quien, bueno no decidimos, lo decidió él porque más bien porque yo no, así como que, yo no lo, no lo decidí propiamente. Y como yo decía es que yo te quiero, yo estoy dispuesta a complacerte en todo lo que tú quieras, entonces, pero yo me sentía muy mal porque dije bueno lo que él quiere de mí es sexo y yo no se lo puedo dar, él no me puede penetrar, entonces no lo, no lo puedo complacer como él quiere ¿no? entonces como no lo podía complacer en el en el área coital, buscaba complacerlo de todas las maneras ¿no? posibles, yo era la que le compraba libros, yo era la que siempre invitaba las salidas al cine, y él me decía eso, es... no no por... y él curiosamente me decía “yo pago”, le digo no es que yo ya compré los boletos... o sea así, es que vamos a... un restorán, es que... no es que fíjate, ehh yo sé que a él le gusta la comida italiana, ah vamos ¿no? y yo siempre apa... en ahh en el restorán que íbamos a ir yo apartaba la mesa, entonces le decía bueno ya... entonces yo siento, como no lo podía complacer en el acto coital yo buscaba otras formas ¿no? de complacerlo de otras miles de formas ¿no? de llenarlo de otras formas, de escucharlo, de que si estaba enojado, o sea lo que fuera, o sea yo con él... y y ahorita me doy cuenta que que aguanté situaciones que no debí de haber aguantado ¿no? por ejemplo nos quedábamos de ir a... nos quedábamos de ver para comer a un restaurante y él no llegaba.</p>
------------------------------	--

Categoría 7	Calidad en la vida sexual
	Búsqueda de satisfactores sexuales (1), pobreza sexual (2), vergüenza sexual (3)
Mujer sin disfunción sexual	(1) Sabes qué: yo deseo esto, yo quiero esto, ¿tú que quieres? dime qué es lo que quieres; al principio fue difícil porque él era más cohibido, entonces siempre mis preguntas eran: ¿tú qué quieres? ¿qué sientes? ¿qué deseas? Sí, le digo, entonces todo se fue conjugando poco a poco, qué era lo que él quería y qué era lo que yo quería, un poco, pues también entrando más en cuanto a... a relaciones que la gente, por decir, no está acostumbrada que... un acto sexual bucal, por decirlo así, entonces se fue viendo de qué forma lo podíamos hacer y de qué forma sí le agradaba o no me agradaba a mí, entonces fuimos estableciendo, como, ¿qué quieres tú? ¿qué sientes tú? ¿te gusta? e igual él a mí; entonces es lo que nos... siento yo que nos ha ayudado, que, cada quien dice qué es lo que le gusta, qué es lo que no le gusta, si tú tienes deseo... ah, pero si tú no tienes yo te ayudo, si no se puede se evita totalmente para que no sea una relación frustrante, así lo llamamos nosotros, de que... por decirlo, empezamos a tener, este, pues que las caricias para iniciar una relación, y hay veces que yo... al menos yo... él normalmente no... creo yo no ha tenido ese problema.
Mujer con vaginismo	(2) Mi vida sexual yo creo que ha sido muy pobre, porque he vivido o mis papás eran muy arraigados a las ideas antiguas, ¿no? Entonces siempre me tuvieron presionada, o sea, no llegar tarde, no ir a fiestas, todo ese tipo de obligaciones, muy reservada no terminé a tiempo.
Mujer con dispareunia	(2,3) O no podía tener relaciones sexuales, siempre ha habido mucho, mucho dolor, y todas mis relaciones pasadas, mis relaciones sentimentales, eh, sobre todo dos, habían o han fraca..., o, o yo sentía que habían fracasado porque, por cuestiones de la situación del abuso y por cuestiones psicológicas, eh yo no podía o no permitía la penetración, entonces eh eso generó muchos conflictos y muchas inseguridades en mí, ¿no? A pesar de que yo estaba delgada o a pesar de... eh, yo me sentía poco atractiva, me sentía... que sentía que no, que no valía.

SEGUNDO OBJETIVO: IDENTIFICAR FACTORES QUE HAYAN INFLUIDO EN EL DESARROLLO
INSATISFACTORIO DE SU SEXUALIDAD

Categoría 1	Relación con el cuerpo durante el desarrollo
	Anulación y vergüenza del cuerpo (1), de los genitales (2), hostilidad al cuerpo (3), borramiento del cuerpo (4), episodios de anorexia (5), maltrato y miedo de su cuerpo (6)
Mujer sin disfunción sexual	
Mujer con vaginismo	(1,2,4) Yo me acuerdo de niña que, este, que tenía luego infección y me revisaban y para mí eso fue, a lo mejor, este, pues no traumante pero con mucha pena ¿no? Pero yo siento que eso a lo mejor no tuvo nada que ver, o no sé. Mi mamá entraba conmigo, a que me revisaran, me revisaban todo pero, este, sí me incomodaba muchísimo, inclusive me acuerdo que me mandaban una pomada para que me la aplicara y yo no me la aplicaba, porque, no sé, yo era una niña, o sea, no sé cuántos años tendría, no puedo recordar si 8 o 9 años, no sé, pero me acuerdo que me mandaban ese medicamento y me lo tenía que aplicar y no me lo aplicaba, o mi mamá me decía: yo te lo voy a aplicar. Y, este, pero no sé, siento que ese tipo de situaciones es lo único que viví.
Mujer con dispareunia	(3,4,5,6) Yo trataba pues a mi cuerpo con mucha, hostilidad ¿no? ehh siempre era como muy... muy... muy alejada de mi cuerpo ¿no? o sea poco tierna, poco afectuosa, ehh, yo lo veo mucho o lo relaciono mucho como cuando yo me bañaba ¿no? siempre me he bañado así rapidísimo y salte <i>fuum</i> , y siempre yo... yo desconocía mi cuerpo, yo, yo lo desconocía, no sabía que había ciertas partesss ehh alrededor de mi vagina, ehh raras veces me veía desnuda frente a un espejo... obviamente pues la autoexploración era, era casi... era muy, muy difícil ¿no? sobretodo darme cuenta de mi cuerpo, que era algo que yo no... no... no percibía, o sea, en los escarceos o en esos fajes que yo tenía, tenía con estas perso, que tuve con estos... hombres, o sea ellos eran los que descubrían mi cuerpo, yo no, o sea yo no sabía ni como eran mis genitales, ni qué... área de mis senos era la parte más sensible, nada, o sea yo era como, como un mapa, un mapa en blanco, o sea nada, o sea yo, o sea eran otras personas las que me decían como, como, como, como debía de... como era mi cuerpo y como debía yo de vivir mi sexualidad ¿no? en esa época se da en una una violencia que todavía no tiene mucho se manifiesta en mí , pero yo empecé yo era, yo en esa época a los 20 años yo pesaba, yo llegue a pesar 39 kilos y estoy hablando que soy una mujer de 1,53 de estatura, o sea, realmente yo llegue, yo me

	<p>mantenía con una... pues con una sopa, al día, era con lo que yo me mantenía yyy, no o sea yo en er... yo era un palo, yo decía yo ay M, yo veo mis fotos, yo soy de cara medio redonda, tons mi cara, en mi cara no se ve tanto, pero yo llego a ver fotos mías en esa época.</p> <p>Y yo o sea, yo yo yo siempre dije, yo siempre he sido muy propensa a la anorexia, muy muy propensa, porque yo dejaba de comer, o sea mi mamá me decía “es que hija no tienes...” “es que ya vente a comer “ le digo “no mamá, estoy bien”, y yo me podía estar exactamente con una sopa todo el día, y con un licuado que me hacía mi mamá en la mañana, y no comía nada.</p>
--	--

Categoría 2	Inicio de vida sexual
	<p>Problemas y frustración sexual (1), sexo satanizado (2), prohibiciones (3), evitación del placer (4), anulación del deseo (5), confusión de la identidad (6)</p>
Mujer sin disfunción sexual	<p>(1) Mi primera pareja era todo lo contrario, o sea, era de... yo tengo deseo, tú si tienes que bueno y como... como de utilizarme, entonces yo no tenía orgasmo, yo no tenía una estimulación adecuada por lo cual mi relación no era nada... no era bonita. mi estado de ánimo bajó mucho, mi... mi forma de pensar que la relación sexual era... pues no era importante, entonces, como que ya en su momento dices: no quiero esto, quiero algo mejor; terminó la relación y pues ahora sí que ahí quedó todo, en el cual yo no tenía muy buena impresión de las relaciones, las relaciones sexuales.</p>
Mujer con vaginismo	<p>(1,3,4,5) Cuando mi esposo y yo intentamos tener relaciones antes de casarnos, a lo mejor también fue lo que influyó muchísimo para que yo, este, pues a lo mejor tenga problemas en la actualidad porque yo decía: no, eso es malo, o yo decía: qué tal si quedo embarazada y mis papás, va a ser un este, pues se van a sentir mal o voy a ser un mal ejemplo para ellos, ¿no? entonces siempre tratamos de detenernos, y siento que antes, este, pues era bonito, a lo mejor de novios, no sé si era bonito, pero yo sentía algo, mucha satisfacción, y sentía, puedo decir que me sentía con más seguridad que en la actualidad. No volví a salir y, este, o sea, nunca volví a salir a una fiesta; por eso le digo que me quedó muy bien grabado lo que nada más fueron dos ocasiones y por orgullo... yo no era de esas personas de irme a divertir o decir: quiero irme a divertir; no porque mi papá me dijo que no y por orgullo entonces ahora no voy... y no iba. Si me invitaban a algún lado nunca iba o nunca salía. Me acuerdo que cuando éramos novios ahora mi esposo y yo, para poder salir también fue, ¡hijole!, fue un, fue</p>

	<p>mucho... estar pidiendo, a lo mejor, este... fue mucho esfuerzo para que pudiéramos salir él y yo a muchos lugares. Me acuerdo que ya casi estábamos por comprometernos para casarnos y tuvieron que ir sus papás de, ahora mi esposo, para pedir permiso para que me dejaran salir, porque era una salida de dos días, entonces... de todos modos iba con su familia de él: con mis suegros, con mis cuñados, con todo mundo, entonces fueron, tuvieron que pedir permiso ellos con mis papás para que me dejaran ir, y mi papá me acuerdo que me dijo... a mi cuñado; le dijo mi papá a mi cuñado: sabes qué, tú no tienes que venir y pedir permiso, el que tiene que venir a pedir permiso es tu papá, tú no te puedes hacer responsable. Entonces todo ese tipo de cosas me dolían muchísimo, entonces, este, tuvo que ir otra familiar, la mayor, a pedir permiso, y después dije: bueno, ya nos dieron permiso; y nos fuimos y todo y... yo siempre dije: papá, porqué, o sea... ya sé que... dice: es que no debes...ya la juventud de la actualidad nada más se van y ya ni avisan ni nada pero tiene que venir a pedir permiso.</p>
<p>Mujer con dispareunia</p>	<p>(2, 3, 4, 5,6) Yo por ejemplo de niña recuerdo haberme masturbado en en una ocasión y mi mamá se... se llegó a dar cuenta ¿no? y mi mamá, lo veía como algo muy malo, como algo pecaminoso, como algo que... definitivamente está por... estaba como fuera de la moral y fuera de, que que una niña... y sobretodo que una niña no lo debería descubrir. Me veo en una foto y digo “M ¡cómo es posible!” una unas fachas, yo usaba mucha ropa de hombre ¿no? por ejemplo mi hermano, me dejaba su ropa, sus pantalones y yo los cortaba y los los hacía a mi medida, y yo usaba mucha ropa de hombre, o sea siempre ropa muy holgada, las playerototototas, las más grandes y las más feas eran las que yo me ponía, los pantalones obviamente de hombre pues nada de... ¿cuál forma, no? mis botas, siempre usaba botas, y botas como de minero o botas de esas cafés, así como de escalar, era lo que yo usaba. Tenía el cabello largo, siempre me lo me lo amarraba aquí, una trenza, siempre utilizaba un sombrero medio extraño así como que sacado de la basura, y siempre es así como que, yo decía no, yo voy a tener puros amigos yo decía yo nunca, y en ese momento yo... yo tengo una carta de esas épocas ¿no? ehh donde me describo, y y y decía es que yo nunca me voy a casar, y yo nunca voy a estar con un hombre, o sea o sea yo eh eso era lo que yo pensaba o sea, que yo nunca iba a estar con un hombre, y yo no necesitaba vivir con un hombre para ser feliz.</p>

Categoría 3	Concepto de si misma durante el desarrollo
	Asertividad (1), reconocimiento de sus necesidades (2), sensación de fealdad (3), devaluación (4), inseguridad (5), aislamiento (6), búsqueda constante de aprobación (7)
Mujer sin disfunción sexual	(1,2) Que afortunadamente no, no me afectó porque no me... no me cerré a la ideología del... que el hombre es el que, el que manda, como que se queda uno exigiendo más, es que yo merezco más, eso es lo que yo consideraría.
Mujer con vaginismo	(5,6) Sobreviví en un mundo encerrada, este, no hablando de eso porque se veía malo o era malo para mí, porque así me lo contaron mis padres, y pues, pues nada más. Creo que por ese lado nada más, o sea, que yo haya vivido una frustración, o que, no sé, que haya vivido una cosa o una experiencia desagradable, no. O sea, que yo pueda decir o pueda disimular, decir, sabes qué, puedo decir con franqueza, puedo decir con seguridad de que mi trauma fue porque viví una experiencia desagradable, no la hay, o sea, no la hay. Este, siento que, que es por lo que viví, porque viví muy encerrada, porque no viví o no hubo la comunicación entre mis padres y por ejemplo de todo este de relación, a lo mejor siempre cerraba las puertas o siempre decía: pues eso es malo ¿no? y le decía a mi papá.
Mujer con dispareunia	(3,4,5,7) A pesar de que yo estaba delgada o a pesar de... eh, yo me sentía poco atractiva, me sentía... que sentía que no, que no valía, que no era lo suficientemente mujer, y que... y de hecho. Yo necesito sentirme querida por dentro, y querida y deseada por alguien, validada por alguien en la intimidad porque es que decía es que si yo no soy buena en la cama dije ¡nadie me va a querer! ¿no? o sea esa era la consigna que yo tenía, o sea si no puedo aceptar placer coital a un hombre yo no valgo.

Categoría 4	Temores a la sexualidad durante el desarrollo
	Temor ante el deseo sexual (1), ante los cambios de su cuerpo (2), de defraudar a los demás (3)
Mujer sin disfunción sexual	(2) Mi mamá lo único que nos decía era que, pues que no nos fuéramos a espantar cuando, cuando empezáramos a sangrar, eso era normal; pero no con las palabras que... que uno quisiera, vaya; entonces en su momento... por decir, mi primera... mi primer periodo fue traumante... traumante en el aspecto de que no se le dio esa importancia que yo esperaba, porque cuando yo le avisé a mi mamá: oye mamá, fíjese que ya me vino... ¿quién te vino?... pues mi... no sabía yo ni como decirlo, como dios me dio a entender le dije: ah

	sí... entonces yo esperaba esa atención, esa... de algo nuevo ¿no? de decirte: mira mamá, me está pasando esto, que para mí es algo nuevo, y ella no le dio la importancia, entonces yo lo recuerdo.
Mujer con vaginismo	(1,3) El temor siempre de que no vaya a pensar mal, y siempre yo tenía en mente decir: no voy a defraudar a mis papás, no quiero defraudar a mis papás; siempre decía yo eso y siempre tenía yo en mente eso de que no voy a defraudar a mi papá y luego, poniéndome a analizar, yo dije: bueno, eso fue con nosotras y con mis hermanos más tranquilos, pues yo siempre con mis temores siempre decía, no, no porque no puede ser porque qué tal si quedo embarazada o porque, que van a decir mis papás, todo eso, pero, nada más, creo que nada más.
Mujer con dispareunia	

Categoría 5	Relación con el hombre
	Pobreza en las relaciones (1), miedo al fracaso en la relación con el hombre (2), hombre abusivo, poderoso (3)
Mujer sin disfunción sexual	
Mujer con vaginismo	(1) Que muchos novios o relaciones no. Fui en lo personal muy seria, muy reservada, novios, no, casi no tuve y si tenía novios y sentía que se propasaban o algo yo siempre me detenía, siempre les decía que no, ¿no? o trataba de, este, o trataba de, pues, o terminar la relación, mi mamá siempre me decía; debes de tener cuidado, cuídate de los hombres, no permitas que abusen de tí, no permitas que se sobrepasen, los hombres nada más quieren esto y después te dejan.
Mujer con dispareunia	(1,2,3) Mis relaciones sentimentales, ehh, sobre todo dos, habían o han fraca..., o, o yo sentía que habían fracasado porque, por cuestiones de la situación del abuso y por cuestiones psicológicas, ehh yo no podía o no permitía la penetración, entonces ehh eso generó muchos conflictos y muchas inseguridades en mí, ¿no?

Categoría 6	Erotización temprana
	Abuso sexual (1), doble moral del adulto (2), prohibición sexual vs. erotización de los vínculos familiares (3)
Mujer sin disfunción sexual	
Mujer con vaginismo	

Mujer con dispareunia	<p>(1,2,3) Yo viví un abuso sexual cuando yo era pequeña..., eh yo estuve en terapia en una asociación que se trabaja, que trabajan con personas que han sido abusadas sexualmente tres años, dos años y fracción, tres años casi... el abuso se cometió cuando yo era eh a..., a una edad muy temprana eh yo no recuerdo muy bien, yo tengo recuerdos como muy... como flashazos ¿no? y el abuso fue cometido por parte de mi papá, él fue el agresor, el agresor, él fue el que... cometió el abuso, no nada más conmigo, con mi hermana, entonces pues vino... una serie de..., una... disfunción... a nivel de... mi estructura de personalidad, muy seria ¿no? porque eh yo eh... empecé a tener, a partir de ese momento que yo lo ubico como a los cinco seis años, eh problemas de comportamiento.</p>
-----------------------	---

TERCER OBJETIVO: IDENTIFICAR ELEMENTOS DE LA PERCEPCIÓN QUE TIENE EL PARTICIPANTE DE LA VIDA SEXUAL DE SUS PADRES, Y QUE PUDIERON IMPACTAR EL DESARROLLO DE SU SEXUALIDAD

Categoría 1	Vida sexual de sus padres
	Madre utilizada, insatisfecha (1), padre frío y distante (2), sexualidad escondida (3), o violentada (4),
Mujer sin disfunción sexual	(1) Pésima porque... yo ahora que lo comento con mi mamá, mi mamá ya es una señora demasiado adulta, no demasiado adulta, tiene 66 años, este, en los cuales siempre, siempre estuvo el problema de que se sintiera utilizada ¿por qué? Porque nunca tuvo una relación en que dijera: hoy estuvo bonita. Le digo: en cuanto a mis papás no... no, no la considero una relación buena, ni la considero ni la consideraré. Que afortunadamente no, no me afectó porque no me... no me cerré a la ideología del... que el hombre es el que, el que manda, como que se queda uno exigiendo más, es que yo merezco más, eso es lo que yo consideraría.
Mujer con vaginismo	(2,3) Mis papás tuvieron muchísimo cuidado porque, nunca yo vi que se acercaran, nunca, este, yo no vi que fueran, no sé que palabra decir, yo no vi que fueran... su relación... yo no pude... no puedo adivinar si su relación fue buena o fue mala porque ellos siempre tuvieron muchísimo cuidado para eso, este, yo siempre los veía... mi papá no es muy afecto y no es muy cariñoso, entonces yo nunca vi que se acercara con mi mamá y que la estuviera abrazando o besando; fueron muy pocas veces, este, yo no puedo decir que su relación sexual haya sido buena o mala porque, como lo repetí, yo no... yo no vi nada. Siempre fueron muy reservados.
Mujer con dispareunia	(1,4) Vida sexual yo creo que muy violentada, muy muy hostil, inclusive mi mamá llegaba a hacer comentarios de que qué chiste le veían al sexo si nada más se trataba de abrir las patas y cerrar los ojos ¿no? ese era uno de los comentarios, yo no recuerdo que mis papás tuvieran mucha vida sexual.

Categoría 2	Imagen materna
	Madre sumisa (1), objeto sexual (2), débil, sin poder (3), temerosa (4), devaluada (5), resignada (6), falta de cuidado en la infancia (7)
Mujer sin disfunción sexual	(1,2) Pésima porque... yo ahora que lo comento con mi mamá, mi mamá ya es una señora demasiado adulta, no demasiado adulta, tiene 66 años, este, en los cuales siempre, siempre estuvo el problema de que se sintiera utilizada. ¿Por qué? Porque nunca tuvo una relación en que dijera: hoy estuvo bonita.

Mujer con vaginismo	
Mujer con dispareunia	(1,2,3,4,5,6,7) Las mujeres tenemos una obligación... eh que es... olvidar y callar” y yo me quedo ¿cómo que olvidar y callar? O sea ¿cómo que olvidar y callar? Le digo eso no me lo puedes decir ¿sí? No puedes decir, que yo olvide y calle ¿no? que yo olvide lo que pasó y que me quede callada, no, no me lo puedes decir, , y mi mamá siempre se quedó callada y y... y una vez lo que ella me dice, “es que esa fue la cruz que me tocó vivir ¿no?” sí, le digo, mamita, tu cruz pero yo, nosotras porqué teníamos que estar en medio, tu, tu cruz por aguantar un marido así, y uno que se joda ¿no? entonces, mi mamá si ósea, mi mamá nunca negó las las co..., mi mamá siempre dijo, mi mamá nunca me creyó. percibir en mi mamá como una mujer muy temerosa de la sexualidad, una mujer que ehh hablaba con muchos... o no hablaba de de la sexualidad ehh ehh tenía muchos miedos yo creo que muchos tabúes, a mí se da una relación de de mucha violencia con mi mamá, ehh sobretodo emo..., violencia emocional porque yo le empiezo a reclamar que porqué no nos cuidó, que porqué no sé qué.

Categoría 3	Imagen paterna
	Padre macho y poderoso con la familia (1), con problemas psicológicos (2), irracional (3), distante (4), frío e inalcanzable (5), odiado (6), abusivo (7), violento (8)
Mujer sin disfunción sexual	(1) Mi papá siempre ha sido una persona muy ¿cómo se le podría llamar? muy, o sea, que nada más él, nada más él podía sentir, nada más él podía disfrutar, este, cuando él quisiera, él. Él sigue pensando lo mismo y... va a morir pensando lo mismo, de que el hombre es hombre y el hombre es el que, el que decide, y como que uno dice: no quiero vivir con él, no quiero pasar lo mismo.
Mujer con vaginismo	(4,5) Mi papá es una persona muy reservada, muy huraño, este, es más, inclusive no podemos bromear con él, o sea, una broma a lo mejor sana o una broma de... cualquiera no, o sea, cualquier broma que tratamos de hacer a lo mejor aunque sea sana, no la podemos hacer porque mi papá es muy, muy enojón, no le gustan las bromas, no le gusta... muy serio, muy muy serio; inclusive yo siento que, que de mi papá yo... yo sé que eso es de él ¿no?
Mujer con dispareunia	(1,2,3,6,7,8) Yo decía es que porqué nosotras si éramos sus princesas, si éramos... porqué nos tenía que haber lastimado ¿no? si se supone que éramos lo más importante para él, y yo llegue a la conclusión de que definitivamente mi papá debe de estar por ahí con sus traumas y con sus

	<p>broncas muy canijas ¿no? y que la sexualidad debe ser una parte muy muy insatisfecha en él ¿no? que no logra comunicarse eh sexualmente de una manera sana ¿no? Empiezo a platicar de mi papá ¿no? entonces empiezo a platicar siempre con mucha rabia, con mucho rencor, con mucho resentimiento con... o sea yo odiaba y detestaba a mi padre, bueno que si yo lo hubiera podido matar, lo mato, o sea yo las... mi papá vivió conmigo, con nosotros, hasta hace diez años, y en esos... en ese inter, sobretodo ya de de de joven adulta digamos, eh yo me pelee en en mas de una ocasión con él. tenía como muchas pesadillas, muchas muchas pesadillas ¿no? una de ellas eh yo estaba en un túnel y mi papá estaba atrás de mí y yo trataba de salir del túnel pero mi papá es el q... estaba atrás y atrás, y yo o que tengo mucho la sensación es que yo sentía que él me iba a alcanzar, y en el momento que me despertaba eh el sueño siempre terminaba sintiendo yo la respiración de mi papá atrás, siempre terminaba el sueño así, otro sueño que yo tenía mu... muy recurrente es que yo me soñaba brincando en la cama, yo me so... soñaba así brincando en la cama, con un calzoncito, me acuerdo, con holanes en la parte de atrás, en las nalguitas, con los holancitos muy bonitos y en e... y en el momento... yo estaba brincando feliz y yo... y el sueño era, era que mi papá entraba, en el momento que yo... entraba, yo me sentía muy muy aterrada, otro sueño también, fue muy recurrente que no fu... que eh que ese fue un sueño, no fue un sueño porque pasó, en la realidad.</p>
--	---

Categoría 4	Percepción de los padres
	<p>Rígidos y sin expresiones de afecto entre ellos (1), pobreza en la comunicación (2), establecimiento de la comunicación con ellos (3), flexibilidad (4)</p>
Mujer sin disfunción sexual	<p>(1,3,4) Nunca fue de preguntar: oye, ¿tienes?... ¿te sientes bien? mira, vamos a hacer esto, nunca fue... nunca hubo comunicación de él hacia ella, entonces ella nada más se sentía utilizada, entonces pues yo la considero pésima, porque yo sí le dije: mamá, como es posible que... que no haya exigido y, se lo atribuyo muchas veces a la ignorancia, a que nunca hubo una comunicación sexual, por decir, de sus padres hacia con ella, ahorita ella como que se está abriendo más porque yo voy y le hablo directamente: ¿por qué esto? ¿por qué esto otro? mamá ¿tú por qué no, no peleaste por lo que tú sentías, por lo que tú deseabas? con la que tengo más comunicación es con mi mamá, ahora ella es la que me está diciendo: cómo se sentía, qué eran o cuáles</p>

	<p>son sus pensamientos; cosa que no sé si los demás comenten eso con ella, porque yo conviví mucho con ella, entonces mi comunicación con ella siempre ha sido de: oiga ma' ¿cómo ve? o sea, como que le he quitado ese tabú de hablar de sexo, de hablar de las relaciones... es ahorita cuando ella se está abriendo a decir: es que mi relación fue pésima, porque si esto me lo hubiera preguntado hace 6, y 7 años... no sabía yo nada de cómo era su vida sexual.</p>
Mujer con vaginismo	<p>(1,2) Mi papá siempre, por ejemplo, cuando veíamos la televisión y pasaban, no películas fuertes pero, escenas en donde habían parejas que se besaban o escenas ya más, más atrevidas, este, mi papá siempre ha sido de esas personas que le cambiaba, ¿no? No trataba de, pues de ver esas cosas como la normalidad que es, él trataba de esconderla y con mi papá fue muy difícil que yo pudiera platicar de este tipo de temas, muy muy difícil, con mi mamá un poquito más de cerca pero no fue, no fue pleno, este, yo fui descubriendo poco a poco las, lo que es el amor, la sexualidad, yo sola porque pues a lo mejor no tuve la comunicación con mis papás, la comunicación suficiente para que yo pudiera a lo mejor entender con mi mamá un poquito más de cerca pero no fue, no fue pleno, este, yo fui descubriendo poco a poco las, lo que es el amor, la sexualidad, yo sola porque pues a lo mejor no tuve la comunicación con mis papás, la comunicación suficiente para que yo pudiera a lo mejor entender.</p>
Mujer con dispareunia	<p>(1) No, no los recuerdo besándose, ni nada por el estilo, ni ni teniendo sexualidad de ninguna índole no no no no lo ubico ¿no? quizá no me di cuenta pero nunca hubo un gesto o algo que que que, que demostrara ¿no? o sea ese afecto o o esa pasión, jamás.</p>

CUARTO OBJETIVO: IDENTIFICAR FACTORES QUE DENTRO DEL MANEJO
SEXUAL QUE LE DIO SU FAMILIA, IMPACTARON SU VIDA SEXUAL

Categoría 1	Vida afectiva
	Niñez feliz (1), adolescencia infeliz(2), con represión (3) con soledad (4), pobreza afectiva (5)
Mujer sin disfunción sexual	
Mujer con vaginismo	(1,2) Yo de niña fui una niña muy feliz, muy muy feliz, este, convivía mucho con mi familia, con mis primos, con mis tíos, este, con mis hermanos y yo creo que la etapa más difícil para mí fue la adolescencia porque, pues mi papá empezó, yo creo ahí era diferente porque soy la mayor y soy mujer y mi papá tiene de esas ideas, este, machistas, no. la mujer a lo mejor está en la casa y hacer sus actividades y nada más; y yo pues iba a la escuela, este, normal.
Mujer con dispareunia	(3,4,5) Yo me recuerdo como una niña muy sola, como una niña muy apartada, como una niña muy... arisca, como una niña siempre a la defensiva, como una niña muy... eh, insolente, y con una ni, como una niña que no puede comunicar sus sentimientos, como una niña que que siempre, muy reprimida en sus afectos, muy reprimida en sus emociones en general ¿no? lo único que yo puedo externar con cierto cier... cier... cierto... eh, relajamiento por así decirlo es el enojo... ¿no? es lo único que que, que la gente puede percibir en mí ¿no? porque, la alegría es muy difícil que yo la, que yo la exteriorice, el llan... la la tristeza menos, entonces hay muchas emociones que se dan muy muy, muy reprimidas ¿no? la mayoría, la inmensa mayoría de mis emociones quedan reprimidas, y eso pues se trastorna en en, en un medio social pues un poco complicado porque... me siento apartada, me siento alejada, siento que no encajo.
Categoría 2	Estereotipos de género
	Polarización en los papeles de género, hombre negativo (1) libre y macho (2), mujer ignorante (3) sumisa y restringida (4)
Mujer sin disfunción sexual	(1,3) Así es mi papá, por ser muy negativo y cerrado, y mi mamá por ignorancia, yo lo considero de mi mamá ignorancia, al no esperar nada bueno, como que se hace una costumbre.
Mujer con vaginismo	(2) Tipo machista, o porque ellos son hombres tienen toda la libertad. Yo me acuerdo que nos... quince años, trece años ya los dejaba así; le digo... Inclusive mi papá tuvo la oportunidad de comprarle un carro a mis hermanos; le digo: porqué todo eso para ellos, y para nosotras que somos mujeres, nos tuviste siempre así, o sea, reprimidas, o sea,

	<p>porque digo: nada más porque somos mujeres; y le digo: a ellos les diste toda la libertad del mundo, ellos podían irse, ellos eran de irse un día, dos días, y no aquí, sino a Oaxaca o a... tenían toda la libertad del mundo; le digo: porqué a nosotros no. Le digo, ¿porqué? Porque somos mujeres y... mi hermana afortunadamente, ella fue como más rebelde porque ella sí no hacía caso, ella sí se salía, ella se iba a divertir, ella era más rebelde; inclusive tuvo muchos problemas también con mi papá pero... pero ella fue más aventada, ella fue más rebelde, ella sí hacía lo que quería o se iba o era más rebelde; y yo no, yo siempre fui como que más tranquila, más reservada a lo que ellos dijeran.</p>
Mujer con dispareunia	<p>(2,4) Siempre hay una... una sumisión con respecto al varón y con respecto ehh nosotras apenas nos enteramos que una de mis, de mis primas ganaba más que su marido y el hecho parece que, pareciera que es una vergüenza ¿no? de que ella gane más que su que su pareja ¿no? porque así como que le ven casi como un escándalo, entonces ese tipo de situaciones ¿no? que se llevan a la vida social y a la vida sexual de muchas personas. Creo que mi mamá fue una mujer que se vivió a sí misma como una mujer muy reprimida y muy sola, porque siempre, siempre ha dicho quee queee ella no le ve como mucho chiste a los besos o a las caricias ¿no? o sea como que lo ve como como algo... no propio ¿no? o sea como no se o sea como que no tiene ningún sentido. mi papá yo por el, por el perfil y por lo que vivimos, yo creo que mi papá ha vivido una sexualidad muy muy muy poco... madura ¿no? o sea muy... o no se cómo cómo o si él habrá vivido otro tipo de relaciones pero creo que también vivió una educación muy castrante ¿no? en en en el en el seno de la familia en la que nos educamos yo... y sobretodo mi papá con costumbres muy muy... muy arcaicas diría.</p>

Categoría 3	Ambiente sexual en la familia
	<p>Pobre comunicación sexual (1), represivo hacia la sexualidad femenina (2), permisivo a la sexualidad masculina (3), erotizado (4), violentado (5), simulación (6), abuso sexual (7), incoherencia (8)</p>
Mujer sin disfunción sexual Alfa	<p>(1) Nunca se habló de sexo abiertamente, ni de nuestros padres hacia nosotros, ni de nosotros a preguntar. Mi relación en cuanto a... con mis hermanos, por decir, de platicar: oye tú ¿cómo te va? ¿cómo le haces? ¿cómo ves tú? Nunca, siempre fue muy hermética, nunca ha habido comunicación en ese aspecto; y yo considero, pues que es a consecuencia de lo mismo, de que como ellos no tuvieron</p>

	<p>una relación sexual buena, ni nunca hubo comunicación, como iban a darnos a nosotros esa información, cada quien fue sacando su propia, su propia ideología de lo que es el sexo, al menos yo creo que así fue, pero de platicar nosotros: oye hermano, oye hermana, tú qué piensas de esto, tú que piensas de esto otro, en relación al sexo, nunca; como que fue una, no una familia conservadora, sino, más bien, hermética, cada quien, ahora sí como dicen: cada quien se rascó con sus propias uñas.</p>
<p>Mujer con vaginismo Beta</p>	<p>(1,2,3) Creo que por ese lado nada más, o sea, que yo haya vivido una frustración, o que, no sé, que haya vivido una cosa o una experiencia desagradable, no. O sea, que yo pueda decir o pueda disimular, decir, sabes qué, puedo decir con franqueza, puedo decir con seguridad de que mi trauma fue porque viví una experiencia desagradable, no la hay, o sea, no la hay. Este, siento que, que es por lo que viví, porque viví muy encerrada, porque no viví o no hubo la comunicación entre mis padres y por ejemplo de todo este de relación, a lo mejor siempre cerraba las puertas o siempre decía: pues eso es malo ¿no? y le decía a mi papá. porque yo puedo recordar que nada más fueron dos escasas salidas en toda mi vida ¿no? en mi juventud, porque nada más dos salidas tuve para ir a bailar, le digo: y la segunda vez fue porque llegué... bueno, la segunda vez que me dieron oportunidad de salir, yo creo que tendría como unos 18 años, antes era la... bueno, antes salíamos a bailar ¿no? a las discos que se llamaban antes; pues fuimos en un grupo y lamentablemente de regreso, eh, el coche se descompuso y quedamos en una vía, este, me acuerdo que quedamos en periférico y no... nadie nos auxiliaba y pues hasta que llegaron auxiliarnos eran las 6... a las 5 de la mañana. Llegué a mi casa a las 6 de la mañana y a partir de ahí, este, fue mi acabose porque, se me quedó muy grabado que mi papá me dijo: a partir de ahorita se... quedan prohibidas tus salidas ¿no? este, y... intenté explicarle y... intenté explicarle a mi papá y mi papá no lo entendió; me dice: no es que una señorita no llega a esta hora; y le dije: papá, no pienses nada malo de mí, yo no hice nada malo, simplemente se descompuso el carro y no pude llegar a la hora que tú me dijiste; y me dice: es que una señorita no llega a esta hora, y si te di permiso, tenías que respetarlo; y le dije: es que no es mi culpa papá... Era muy duro mi papá para esa situación y nunca me... no me dejó hablar, nada más... no me dejó hablar, simplemente me dijo: no es hora de llegar para una señorita, se te acabaron los permisos.</p>

<p>Mujer con dispareunia Gama</p>	<p>(1,4,5,6,7,8) Jamás se habló de... de la sexualidad en la casa jamás jamás jamás jamás jamás, era un tema como que poco como que se haya ... con mi madre denso y con mi padre menos, ehh no o sea yo recuerdo cuando tuve mi primera menstruación yo, es curioso pero yo se lo platique a una monja. hay mensajes como ambivalentes por un lado la mujer tiene que ser de determinada manera pero por otro lado mis... mis familiares varones sí hacen y deshacen ¿no? más de uno de ellos tiene su amante, una de mis primas tiene los cuernos súper bien puestos o sea el el mono este inclusive le ha llevado sus sus amantes a la casa, o sea y yo digo bueno, entonces, cuál es el mensaje que tú les estás dando a tus hijos ¿no? o sea... qué qué do... cuál es, cuál es, cuál es el valor que le das, no sólo a la sexualidad sino a ti mismo como un ser sexual, como un ser emotivo, como un ser pensante, como un ser de... con muchas cualidades ¿no? o sea tú mujer sirves para ciertas cosas ¿no? Percibo en una estructura como... de donde viene mi familia, quizás estoy siendo muy injusta al a a al juzgarla, pero hay muchas cosas que se permiten ¿no? mientras las terceras, mientras otras personas no se enteren ¿no? mientras no manches el honor del apellido frente a otras personas con esta familia con con mi tío, yo a mi tío lo dejo de ver, dejo de tener la la relación como frecuente, pero a mí esas dos situaciones tanto la la de mi tío como mi papá me hacen sentirme como una profunda aversión a las relaciones íntimas ¿no? y a los hombres en general a los... o sea yo puedo tener, yo puedo ya tener, muy buenos amigos pero no he podido tener encuentros de otro tipo con con los hombres. mi entorno familiar lo veo como muy hostil ¿no? con toda la carga... en donde se permiten muchas cosas porque además, yo de repente viéndolo en perspectiva yo veo a mi familia y digo en ese caldo de cultivo se dan mu... se pueden dar muchas cosas, se puede dar incesto, ehh se puede dar todo tipo de engaños, todo tipo de simulaciones.</p>

Categoría 4	Socialización
	Pobre socialización (1), encierro (2)
<p>Mujer sin disfunción sexual Alfa</p>	
<p>Mujer con vaginismo Beta</p>	<p>(1,2) A lo mejor no tenía la misma libertad que mis demás amigos porque pues no podía ir a fiestas, no podía llegar tarde y, este, pues casi no conviví con mis amigos, sobreviví en un mundo encerrada, este, no hablando de eso porque se</p>

	veía malo o era malo para mí, porque así me lo contaron mis padres, y pues, pues nada más.
Mujer con dispareunia Gama	(1,2) Yo soy, soy particularmente como muy ermitaña ¿no?

Categoría 5	Actitud familiar frente a la sexualidad
	Prohibiciones en lugar de educación (1), negación de la sexualidad (2)
Mujer sin disfunción sexual	(1) Pues, como que muchas veces uno se entera de las cosas prohibidas ¿no? como que uno no quiere enterarse o... no sé cómo lo podría decir. Fue como un tabú, porque pienso yo que si en su momento nos hubieran comentado algo... mucho.
Mujer con vaginismo	(1,2) Muy, muy pobre, este, para nosotros era muy prohibido, este, hablar de eso con mis papás, eh, era algo... yo lo noté por mi papá que era algo como prohibido, eh, no se podía hablar de eso, no se podía ver en la televisión nada de eso, ni que un beso, ni que un abrazo, ni mucho menos que cuando había una relación sexual, era prohibidísimo, este, mi papá nunca tuvo, este, pues la confianza, o nunca... nunca hubo la oportunidad de decirle o explicarme que era esto de la sexualidad, porque... nunca nunca lo hubo, a lo mejor, eh, más con mi mamá como que hubo más relación porque, o siempre me... de alguna manera... pero no eran consejos, a lo mejor en la actualidad lo veo, no eran consejos buenos porque, el hecho de decirme... a lo mejor... no puedo decir bueno o malo, a lo mejor estaría equivocada si lo digo pero, eh, mi mamá siempre me decía; debes de tener cuidado, cuídate de los hombres, no permitas que abusen de ti, no permitas que se sobrepasen, los hombres nada más quieren esto y después te dejan, entonces mi mamá tuvo de alguna manera, eh... al acercarse, al poderme decir por lo menos algo de la sexualidad, cosa que mi papá jamás.
Mujer con dispareunia	

Categoría 6	Educación sexual
	Búsqueda de educación e información sexual (1), pobre, nula o irracional información sexual (2)
Mujer sin disfunción sexual	(1,2) Entonces en mi caso, yo buscaba la información, cuando llegaban a ir a la secundaria, ahí empezaban las informaciones, digo, afortunadamente me tocó y me ayudó mucho, entonces dije: no, pues tengo que seguir, este, informándome; digo, al fin de cuentas la información no fue muy agradable, digo, en cuanto a mi relación que tuve, que

	<p>era donde yo ponía las cosas en la balanza: pero es que yo vi esto y debe de ser esto y a mí me está pasando todo lo contrario, porque me dicen que el sexo es bonito, que el sexo es lo mejor en una pareja y a mí no me está pasando esto, ¿pues qué está pasando entonces? Entonces es una contrariedad en cuanto a la información que uno obtiene, a veces torcida, a veces buena y que tiene que ver mucho la gente que... que nos rodea, porque hay gente que te informa bien y te dice: mira, has esto, te va a funcionar, pero para bien, o sea, una información de... de pareja, de decirte: mira, es que tú debes de querer mucho a tu pareja, debes de serle fiel, debes de... de prestarte, vaya, para tener una buena relación y debes de recibir lo mismo; pero había otras personas que... que me decían todo lo contrario: eh, sabes que mira... por decir en cuanto a información en la secundaria, ve que luego hay muchas chamaquitas que... pues que ya lo que piden ellas es sexo, entonces, este, me decía a mí cómo hacerlo para conseguirlo: ah, mira, se estás con un muchacho páratele así, y así lo vas a calentar y vas a... lo vas a traer aquí; entonces yo decía: bueno, pero para qué ¿no? A lo mejor si yo hubiera sido maliciosa, si yo hubiera sido mala o no sé... sí lo hubiera hecho pero nunca lo hice, y es que yo veía luego a las compañeras: que una ya había salido embarazada, que la otra ya andaba con fulano de tal, más grande y se hablaban mucho de las relaciones sexuales, y en su momento como que yo siempre me detenía, siempre me detenía ¿porqué? no sé, como que ya cada quien trae uno en su inconsciente el hecho de defender su cuerpo, de defenderse a uno mismo para no sufrir lo que las compañera sufrían, como que era una defensa, y en su momento pues yo no se lo platicaba a nadie, por lo mismo de que no había, no había comunicación en ese aspecto, siempre fue un tabú la sexualidad en la familia; entonces toda esa información yo la iba juntando, la iba juntando, al menos así lo considero, sí... me fui haciendo y mis... en una información en cuanto a sexo, sexualidad y pareja pero sí... retomando la pregunta mi... mi experiencia en la infancia no fue muy halagadora.</p>
<p>Mujer con vaginismo</p>	<p>(2) Era increíble que por ejemplo ya en la prepa, a esa edad conocí los preservativos, siendo que en la actualidad muchos jóvenes, yo creo que desde la secundaria o la primaria, y yo no. Y yo me acuerdo muchísimo que lo conocí por la escuela, que los niños, este, pues traviosos agarraban y los inflaban, ahí los conocí. Yo platicaba con ellos y me decían: es increíble que estando tan cerrada en ese tipo de situaciones que hasta esa edad conocí el preservativo, ¿no? Y así como esas cosas pues yo creo que</p>

	fue de grande.
Mujer con dispareunia	(2) En general en mi familia percibo una educación sexual muy... muy poco abierta, muy poco tolerante, muy reprimida ¿no? con mucho complej... con muchos miedos al cuerpo, que al final de cuentas... eso no, no impide nada ¿no? porque bueno en mi familia ha habido muchos embarazos a muy temprana edad, etcétera, pero... pero si hay muchos tabues ¿no? aaa a que si te ven con un chi... sobretodo en Oaxaca ¿no? si te ven con un chico platicando, si te ven sentada de determinada manera, si te ven con... ropa de determinada forma, si te ven expresándote de una manera más o menos sexual o hablando de determinados temas, es como muy, muy como muy, una... una cierta agresión ¿no? y ahí todo ese ambiente ehh fino, poca... poco, poca tolerancia ¿no? aaa a a, no y poca tolerancia a cualquier a cualquier diferencia ¿no?

PARTICIPANTE MUJER CON DIAPAREUNIA

Unidades de análisis	Mapeo
Empiezo a descubrir mi cuerpo.	Reconocimiento del cuerpo
Redescubro mi cuerpo	
Empiezo a hacer ejercicios con mi cuerpo.	Aprender a vivir con su propio cuerpo
A acariciarme a bañarme	
Me doy cuenta de todas mis necesidades, de mis carencias afectivas	Reconciliación con el cuerpo
Que se depositan directamente en mi sexualidad	Violencia al propio cuerpo
Toda la violencia con la que yo he vivido mi propio cuerpo	Si alguien me violenta yo lo violento (a mi cuerpo)
Autodescubrimiento	
Aprender a vivir con mi cuerpo	
Que se depositan directamente en mi sexualidad	Falta de regulación
Darme cuenta de los límites que tengo que poner respecto de mi sexualidad	Violencia sexual
A hacerme mis propias caricias	
Disfrutar mi sexualidad	Autodescubrimiento
Sin necesidad de ser juguete sexual de nadie	
Hay carga muy fuerte de la sexualidad violentada II	Sensación de ser objeto
La sexualidad yo ahorita la entiendo como fundamental	
El sexo siempre ha sido un tema muy complicado en mi vida	Represión sexual
Aprender a dejar de tenerle miedo al sexo	Temores a la sexualidad
Me doy cuenta de todas mis necesidades, de mis carencias afectivas	Carencias afectivas

<p>Necesito que me quieran No hice nada para complacerlo No necesito ceder en todo Mucho más relajada Me siento apartada, me siento alejada, siento que no encajo Me siento como una persona antisocial Me siento muy poco valorada Ahora veo que aguanté situaciones que no debí haber aguantado Que pinches burradas hiciste Yo necesito sentirme querida Validada por alguien en la intimidad Si yo no soy buena en la cama nadie me va a querer Si no puedo aceptar placer total a un hombre yo no valgo Aprender a respetarme implica no ponerme en el plan de objeto sexual Tienes que aprender a manejarte con límites Muy divertida muy lúdica con mi cuerpo Quiero estar en paz conmigo</p>	<p>Afectividad confusa Miedo a socializar Proclive al abuso por miedo al abandono Sensación de ser objeto sexual Ambivalencia Confusión de la identidad Mayor aceptación de si misma Búsqueda de afecto Necesidad de ser querida El otro cubre sus necesidades Miedo a la soledad Confusión del origen del conflicto</p>
--	---