

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS NATURALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**



**“ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS DISFUNCIONES
SEXUALES FEMENINAS DE 18 A 45 AÑOS DE EDAD
ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE EL SALVADOR”**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PRESENTADO POR:

AGUILAR HERNÁNDEZ, CLAUDIA MORENA

CRUZ SÁNCHEZ, FREDY OMAR

OSORIO ARAUJO, GILMA ANGELINA

PARA OPTAR AL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

INDICE

Pags.

Indice

Introducción i

Capítulo I - Planteamiento del Problema 1

1.1 Situación Problemática 1

1.2 Enunciado del problema 3

1.3 Delimitación del Problema 3

1.4 Justificación 4

1.5 Alcances de la Investigación 5

1.6 Objetivos de la Investigación 6

1.7 Matriz de variable 7

Capítulo II - Marco Teórico	10
2.1 Sexualidad Normal	10
2.1.1 Anatomía Sexual Humana	12
2.1.2 Respuesta Sexual Normal	16
2.2 Perspectivas Sobre el Desarrollo Psicosexual Normal y Anormal	19
2.2.1 Perspectiva Conductista	19
2.2.2 Perspectiva Psicoanalítica	21
2.2.3 Perspectiva Gestáltica	25
2.2.4 Perspectiva Orgánica	29
2.2.5 Perspectiva Sociocultural	34
2.2.6 Factor Individual	40
2.2.7 Factor de Relaciones Interpersonales	43
2.3 Generalidades de las Disfunciones Sexuales Femeninas	45
2.4 Clasificación de las Disfunciones Sexuales Femeninas	50
2.5 Clasificación de las Disfunciones Sexuales Masculinas	56
2.6 Tratamiento para las Disfunciones Sexuales Femeninas	57
2.7 Investigaciones en El Salvador acerca de las Disfunciones Sexuales	82

2.8 Marco Conceptual	85
----------------------	----

Capítulo III – Metodología de la Investigación	88
---	-----------

3.1 Tipos de Investigación	88
----------------------------	----

3.2 Método	88
------------	----

3.3 Población y Muestra	88
-------------------------	----

3.3.1 Población	88
-----------------	----

3.3.2 Muestra	89
---------------	----

3.4 Técnica e Instrumento	90
---------------------------	----

3.4.1 Técnica	90
---------------	----

3.4.2 Instrumento	91
-------------------	----

3.5 Procedimiento	93
-------------------	----

Capitulo IV- Análisis de Resultados	96
4.1 Presentación y Análisis de Resultados	96
4.1.1 Análisis Cuantitativo	96
4.1.2 Tabulación de Items de encuesta	97
4.2 Analisis Cualitativo.	146
4.2.1 Tabulación de Factores y Perfiles	146
4.2.2 Tabulación del Perfil de Disfunciones	
Sexuales Femeninas	151
 Capitulo V- Conclusiones y Recomendaciones	 154
5.1 Conclusiones	154
5.2 Recomendaciones	156
Bibliografía	158
Anexos	160

INTRODUCCIÓN

La sexualidad humana es parte inherente al ser humano, desde que nacemos forma parte de nuestras necesidades primarias. Desde la infancia se nos va preparando tanto físicamente como emocionalmente para la actividad sexual. Se espera que la persona al “madurar” en estos sentidos, pueda desenvolverse satisfactoriamente y gozar de sus experiencias.

A lo largo de la vida esta preparación se ve influida por diversos factores, que llegan a afectar una o varias de las etapas del ciclo de respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución), estudiosos de este tema como los psicólogos norteamericanos William Master y Virginia Johnson, han dedicado gran parte de su tiempo a tratar de descubrir cuales son esas influencias y buscar propuestas de soluciones a estos problemas. Contrariamente a lo que se pensaba estas disfunciones sexuales no sólo se presentan en los varones; estudios recientes revelaron que las mujeres no escapan a esto y que al menos en los Estados Unidos de Norteamérica el mayor porcentaje está atribuido a la población femenina.

Estos nos lleva a pensar que nuestro país no se escapa a tal situación, por ello se ha considerado necesario retomar tan delicado tema, y poder conocer el impacto que tiene en la población femenina. Además se considera que al ser un tema delicado y difícil de abordar, es un reto para los profesionales de la salud mental estar no solo al día con la teoría si no también estar conscientes de sus propias deficiencias en estas áreas, si es que las tienen, para buscar ayuda adecuada y así proporcionar en la clínica de asistencia psicológica un servicio mas eficiente.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo dar a conocer los resultados obtenidos de una investigación exploratoria, tomando como referencia a la población femenina estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica. Se considera de vital importancia al hacer énfasis a dicha población de la necesidad, como parte del propio proceso de la salud mental, de recibir atención psicológica para superar dichos problemas. Se pretende que este material se utilice en beneficio de las mujeres que padecen de disfunciones sexuales y para todos aquellos que deseen estar informados sobre el tema, a continuación se detallará brevemente el contenido del presente trabajo de investigación.

En el capítulo I, trata del planteamiento del problema, justificación, objetivos y alcances de la investigación. En el capítulo II, Marco Teórico, contiene lo que es la sexualidad normal, las diferentes perspectiva del desarrollo psicosexual, generalidades de las disfunciones sexuales femeninas, clasificación de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas, tratamientos para las disfunciones sexuales femeninas. El capítulo III Metodología de la Investigación, en donde se trata el tipo de investigación, población y muestra, técnicas e instrumento y procedimientos. El capítulo IV Análisis de Resultados, presenta los resultados obtenidos tanto cuantitativos como cualitativos, perfil de los factores (sociocultural, vida sexual, orgánico, emocional y autoimagen) y el perfil de las disfunciones sexuales femeninas más frecuentes. El capítulo V, hace referencia a lo que son las conclusiones y recomendaciones planteadas por el equipo investigador y fuentes bibliográficas

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación Problemática

Hablar de “sexualidad” no resulta tan fácil, ya que en nuestras sociedades hasta hace algunos años era todavía uno de los temas mitificados; mucho menos si esta sexualidad no era normal, esto se reserva para los amigos mas íntimos pero difícilmente compartido por la pareja, uno de los principales problemas a la hora de tratar el tema podría ser la falta de educación sexual generalizada. Se nos enseña desde pequeños que las exigencias son diferentes para ambos sexos, que el varón tiene mayor necesidad y que, en definitiva, la mujer puede abstenerse totalmente de mantener relaciones sexuales. La sexualidad humana normal puede definirse como: “La forma de expresión integral, el conjunto de formas de comportamiento del ser humano, que tiene que ver con procesos biológicos, afectivos sociales y culturales del sexo”.(1)

La sexualidad es una parte esencial de la existencia humana, según el manual Merck, la función normal en hombres y mujeres implica tanto la mente, pensamientos y emociones; como el cuerpo, el Sistema Nervioso, Circulatorio y Endocrino (hormonal) interactúan de forma conjunta para producir una respuesta sexual la cual tiene cuatro etapas: deseo, excitación, orgasmo y resolución.

(1)Manual para Facilitadores de la Estrategia L.E.C. de la Salud Sexual y Reproductiva en EL Salvador, 1999.

No se puede dejar de lado el hecho, que hay muchas personas que sufren alteraciones en cualquiera de estas etapas mencionadas anteriormente, esto ya sea por factores orgánicos que influyen directamente sobre los órganos genitales de la persona, los de tipo emocional o psicológicos, de tipo cultural en donde incluyen los medios de comunicación, creencias religiosas, etc.

Algunas mujeres contrariamente a lo que se creía, padecen de algún tipo de trastornos o disfunción de su sexualidad, incluso este problema se presenta con más frecuencia que en los hombres; este fue el resultado de una investigación publicada en el Journal of the Medical Association (revista de la asociación médica americana JAMA,1999), esto ha llevado no sólo ha aprender sobre las causas de estas disfunciones en la mujer, si no sobre el funcionamiento de los órganos sexuales de la mujer.

El presente tema de investigación, en la actualidad es considerado; difícil de profundizar, ya que se cuenta con escasa información acerca de investigaciones sobre ello en El Salvador. Considerando que como profesionales de la Salud Mental, nos corresponde brindar un servicio adecuado en la clínica de atención psicológica a todas esas personas que presentan algún trastorno sexual, es necesario que como verdaderos profesionales evaluemos como nos encontramos al respecto. Esto ayudaría a poder en un futuro brindar a los pacientes alternativas favorables basadas no solo en la teoría, si no, también en la experiencia propia.

De lo anteriormente expuesto surge la inquietud de investigar las disfunciones sexuales más frecuentes en la población femenina de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica, por lo tanto se formula la siguiente pregunta:

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las disfunciones sexuales más frecuentes encontradas en la población femenina de 18 a 45 años de edad, estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador?

1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

En la presente investigación: se tomarán como referencia los siguientes puntos:

1.3.1 Delimitación temporal:

El tiempo estipulado para la realización del trabajo de campo será desde el mes de noviembre 2000 a marzo de 2001.

1.3.2. Delimitación Espacial:

El lugar donde se realizara dicha investigación será la Universidad Tecnológica De El Salvador.

1.3.3. Delimitación Social:

La población con la que se trabajará son mujeres de 18 a 45 años de edad; Pertenecientes a la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador, sin importar su estado civil, socioeconómico, religión, procedencia, etc.

1.3.4. Delimitación en contenido:

Por la complejidad de la investigación, esta adopta un carácter exploratorio descriptivo, la cual consistirá en conocer las disfunciones sexuales mas frecuentes en la población femenina, aplicada a las estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador.

1.4 JUSTIFICACION

Profundizar en las disfunciones sexuales más frecuentes en la población femenina es importante, ya que este tema ha sido hasta el momento poco tratado en El Salvador siendo un tema tan delicado y difícil de abordar por la población femenina, no sólo por que esta implica lo que para las mujeres es algo muy íntimo y privado si no también por una cultura que empieza a abrirse ante el tema de la sexualidad.

En El Salvador, se hace necesario una investigación científica de esta naturaleza, que permitirá, a los especialistas de la salud mental (psicólogos, médicos, psiquiatras, sexólogos, ginecólogos, etc.) intervenir adecuadamente en el abordaje terapéutico de dichas mujeres, encaminada a mejorar su calidad de vida en general, enfocada más que todo a un desarrollo saludable de su sexualidad, por lo que se considera que las mujeres que pueden presentar cualquier tipo de disfunciones sexuales, sin duda serán las más beneficiadas al ser atendidas de forma efectiva.

En un inicio de la investigación se buscó apoyo en instituciones que trabajan con grupos de mujeres que de alguna manera pueden presentar disfunciones sexuales, pero la población era sumamente reducida motivo por el cual se elige trabajar conjuntamente con las estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica que forman un grupo más numeroso, pero debido a la situación de emergencia nacional causado por el terremoto del 13 de enero de dos mil se tuvo que trabajar con la población femenina estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador.

Se espera que esta investigación pionera quede como precedente, tomando la iniciativa al considerar este aspecto de las disfunciones sexuales y se convierta en un tema de actualidad, siendo de gran apoyo para todos aquellos profesionales que brindan su ayuda terapéutica a personas que presentan algún tipo de disfunción sexual, como también para aquellos que quieran conocer más sobre el tema en nuestra sociedad.

1.5 ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación de carácter exploratorio – descriptivo, que consiste en conocer las disfunciones sexuales más frecuentes en la población femenina de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica, por medio de un instrumento en forma de cuestionario cuyas preguntas permiten abordar aspectos relacionados con su vida sexual, permitiendo identificar las disfunciones sexuales que puedan estar sufriendo y que de alguna manera afecten su relación de pareja.

Además se creará una fuente de conocimientos sobre el tema de disfunciones sexuales femeninas que servirá para los futuros profesionales de la Universidad Tecnológica abocados al área de la salud mental, para que cuenten con información y herramientas efectivas y así puedan brindar una atención terapéutica de acuerdo a nuestra realidad de forma integral.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores (sociocultural, vida sexual, orgánico, emocional y autoimagen) y las disfunciones sexuales más frecuentes presentadas por la población femenina de 18 a 45 años de edad de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

► Identificar los factores (sociocultural, vida sexual, orgánicos, emocional y autoimagen) presentes en la población femenina estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador.

► Identificar las disfunciones sexuales más frecuentes que se presentan en la población femenina de 18 a 45 años de edad estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador.

1.7 MATRIZ DE VARIABLES	
TEMA: Estudio exploratorio de las disfunciones sexuales más frecuentes en la población femenina de 18 a 45 años de edad.	
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA: ¿Cuáles son las disfunciones sexuales más frecuentes en la población femenina de 18 a 45 años de edad estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador?.	
X1. FACTORES	INDICADORES
X1.1. Sociocultural.	➤ Conocimientos sobre sexualidad. ➤ Nivel de educación sexual. ➤ Influencia religiosa. ➤ Influencia de los medios de comunicación.
X1.2. Vida Sexual.	➤ Experiencia sexual. ➤ Vivencia de relación sexual. ➤ Relaciones interpersonales de pareja. ➤ Vida sexual ➤ Nivel de satisfacción sexual. ➤ Frecuencia de relaciones sexuales.
X1.3 Orgánico.	➤ Enfermedades. ➤ Medicamentos. ➤ Drogas. ➤ Influencia de los factores anteriores.
X1.4. Emocional.	➤ Situaciones estresantes. ➤ Violencia. ➤ Influencia de la violencia. ➤ Cambios emocionales. ➤ Ayuda psicológica.

X2.2. Trastorno de la Excitación Sexual.	➤ Incapacidad de mantener lubricación vaginal en la fase de excitación. ➤ Dificultad en las relaciones interpersonales. ➤ No asociado al consumo de sustancias o enfermedad médica.
X2.3 Trastorno del Orgasmo.	➤ Ausencia o retraso del orgasmo. ➤ No es capaz de tener un orgasmo cuando lo desea. ➤ Dificultad en las relaciones interpersonales. ➤ No asociado al consumo de sustancias o enfermedad médica.
X2.4. Trastorno Sexual por Dolor. X2.4.1. Dispareunia Femenina X2.4.2. Vaginismo.	➤ Dolor genital recurrente en la relación sexual. ➤ Dificultad en las relaciones interpersonales. ➤ No asociado al consumo de sustancias o enfermedad médica. ➤ Aparición persistente de espasmos involuntarios de la vagina que dificulta la realización del acto sexual. ➤ Dificultad en las relaciones interpersonales. ➤ No asociado al consumo de sustancias o enfermedad médica.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Sexualidad Normal:

La sexualidad humana normal se define como “La forma de expresión integral, el conjunto de forma de comportamiento del ser humano, que tiene que ver con los procesos biológicos, psicológicos, afectivos, sociales, culturales del sexo,⁽²⁾” por lo que se necesita profundizar en el conocimiento de la sexualidad humana para lo cual se deben tomar en cuenta diversos componentes como: biológicos, psicológicos, emocionales, sociales, culturales y espirituales.

La sexualidad es una parte natural de la vida que se desarrolla a lo largo de la existencia humana en diferentes etapas, esta es fuente de placer, es una necesidad de comunicación, tiene que ver con lo que se piensa del cuerpo y de los sentimientos y acciones hacia las personas.

Así mismo, la sexualidad es influida desde el período prenatal por el sexo como género, posteriormente por el medio social, la educación, costumbres y expectativas de la vida familiar.

(2) Manual para Facilitadores de la Estrategia L.E.C. de Salud Sexual y Reproductiva en El Salvador, 1999 FUNDASIDA.

En la medida que la sexualidad sea considerada como tabú, tanto hombres como mujeres seguirán enfrentándose con la dificultad de aceptar sus necesidades, inquietudes y deseos sexuales así como hablar del riesgo de las enfermedades sexuales .

Cabe destacar la influencia del medio social a través de los tiempos: "Mientras la actitud de la sociedad continúe en el terreno de lo prohibido, seguirá siendo difícil que los jóvenes y adultos hablen de forma natural sobre la sexualidad; impidiendo también que se eduque de manera abierta y con naturalidad a niños(as) hacia la sexualidad sana, responsable, placentera".⁽³⁾

Aunque posiblemente las personas tengan sus propias ideas respecto a lo que es o no es normal, a menudo el sentido de un acto específico (sexual o de otro tipo) puede entenderse cabalmente con sólo observar el contexto cultural e histórico en que se da. "Hay tal diversidad cultural entre los pueblos del mundo que hasta la idea de lo que es sexualmente excitante varía mucho".⁽⁴⁾

La diversidad de la expresión sexual en el mundo suele ocultar la generalización fundamental que puede aplicarse sin excepción a cualquier orden social: toda sociedad cuenta con normas que regulan el curso del comportamiento sexual si bien las regulaciones varían de una a una no se conoce orden social que permita que la sexualidad permanezca sin regular totalmente. Cada sociedad moldea, estructura y restringe el desenvolvimiento y la expresión de la sexualidad en todos sus miembros.

(3) Ramírez, Martha, *Protocolo de Investigación y Necesidades en Educación Sexual de los Estudiantes*,

El Salvador, 1999

(4) Crooks, Robert. *Nuestra Sexualidad*. México, 2000

2.1.1 Anatomía Sexual Humana (anexo 7)

Al hablar de sexualidad humana es importante conocer los órganos genitales de el hombre y los de la mujer. La anatomía sexual masculina consta de órganos externos y órganos internos.

Los órganos sexuales externos son el pene y el escroto que contiene los testículos. La forma del pene es alargada y cilíndrica, y su extremo anterior termina en un engrosamiento, a manera de cabeza, denominado glande. Al nacer todos los niños tiene el glande cubierto por un pliegue cutáneo que se llama prepucio, el cual debe ser capaz de retraerse fácilmente descubriendo el glande. La circuncisión es el corte quirúrgico del prepucio que deja el glande al descubierto.

En forma característica, la piel del glande(no el prepucio) es muy tersa y sumamente sensible. Respecto al prepucio y la circuncisión existen muchos mitos e ideas preconcebidas, pero la verdad es que a cualquier varón que no sea capaz de retraer el prepucio con facilidad y dejar al descubierto el glande, se le debe practicar la circuncisión. Por otro lado, la operación no afecta en nada su función sexual y permite una mayor higiene en este órgano.

El escroto está constituido por unas bolsas formadas por varias capas de diversos tejidos y recubiertas por la piel. Su principal función es contener a los testículos y mantenerlos en una temperatura adecuada para producir espermatozoides. Los testículos tienen forma ovoide y están compuestos por una cantidad de pequeños tubillos en los que se producen los espermatozoides.

Estos tubos seminíferos, desembocan a unos más gruesos que se ubican por arriba y al lado de cada testículo; la estructuras que forman se conoce como epidídimo, donde se colocan los espermatozoides y desde donde se trasportan por un largo tubo llamado conducto deferente. Este corre por el conducto inguinal y entra en la cavidad pélvica, llevando a que los espermatozoides se acumulen en las pequeñas bolsas colocadas detrás de la vejiga urinaria, conocidas como vesículas seminales.

Estas desembocan en unos tubos que se introducen en la glándula prostática y terminan en un tubo único conocido como uretra prostática. También por este conducto sale la orina, la próstata es la glándula del tamaño de una nuez que se localiza debajo de la vejiga urinaria; por detrás está en contacto directo con el recto, razón por la cual mediante tacto rectal se puede reconocer.

La uretra prostática se continua hasta el pene y su nombre cambia entonces a uretra peneana. El semen, esta constituido por los espermatozoides que se producen en los testículos y por diversos líquidos que apartan el conducto deferente, las vesículas seminales y la próstata, principalmente.

De lo anterior puede pensarse que si la uretra prostática recibe a los conductos eyaculadores de las vesículas seminales y al mismo tiempo es vía de salida de la orina, seria factible que el hombre pudiera eyacular y orinar a la vez. La realidad es que en el cuello (o salida) de la vejiga existe un músculo circular llamado esfínter vesicular ,que automáticamente se cierra durante eyaculación, impidiendo la salida de la orina.

Cuando los varones son operados de la próstata, por lo general el mecanismo descrito con anterioridad sufre daños, y suele suceder que cuando eyaculan, el semen , en vez de salir por la uretra peneana, se vierte al interior de la vejiga urinaria; a este hecho se le conoce como eyaculación retrógrada. Esto de ninguna manera implica peligro alguno ni disminuye la capacidad de disfrute sexual. Posteriormente, el semen es expulsado junto con la orina.⁽⁵⁾

La anatomía sexual femenina consta también de órganos externos e internos. Los primeros comprenden⁽⁶⁾ :

- La vulva : Comprende el monte de venus, los labios mayores y menores. el clítoris, y las aberturas urinaria y vaginal.
- El Monte de Venus: Montículo triangular que se encuentra sobre el hueso del pubis por arriba de la vulva.
- Los labios mayores: Carnosidades externas de la vulva.
- Clítoris: Estructura muy sensible de los genitales externos femeninos cuya única función es el placer sexual.
- Prepucio: Pliegue cutáneo que se halla sobre el clítoris
- Cuerpos Cavernosos: Estructuras en el tubérculo del clítoris que se congestionan de sangre durante la excitación sexual.
- Labios Menores: Carnosidades internas de la vulva, una a cada lado de la abertura de la vagina.

⁽⁵⁾ Alvarez, Juan Luis, Sexualidad en la Pareja, Editorial Manual Moderno, México, 1996

⁽⁶⁾ Crooks, Robert, Nuestra Sexualidad, México, 2000.

- Vestíbulo: Área de la vulva dentro de los labios menores.
- Uretra : Conducto de la vejiga por donde se expulsa la orina.
- Introito: Abertura de la vagina.
- Himen :Tejido que cubre parcialmente la abertura de la vagina.
- Periné: Área entre la vagina y el ano de la mujer.
- Bulbos vestibulares: Par de bulbos uno a cada lado de la abertura de la vagina, que se congestionan de sangre durante la excitación sexual.
- Glándulas de Bartholin: Par de pequeñas glándulas que se adentran ligeramente en la abertura de la vagina y las cuales decretan algunas gotas de flujo durante la excitación sexual.

Los órganos internos comprenden:

- La vagina : Canal extensible de la mujer que se abre en la vulva y se extiende cerca de diez centímetros dentro de la pelvis.
- Cervix o cuello uterino: Extremo pequeño del útero ubicado en la parte posterior de la vagina.
- Útero: órgano en forma de pera que se encuentra dentro de la pelvis y en el cual se desarrolla el feto.

2.1.2 Respuesta Sexual Normal (anexo 8)

La respuesta sexual es un proceso físico, emocional y mental muy individual. Sin embargo hay un gran número de cambios fisiológicos comunes que nos permiten resumir algunos patrones generales del ciclo de respuesta sexual. William Masters, Virginia Johnson (1966); y Helen Singer Kaplan (1979), renombrados autores y terapeutas sexuales han explicado estos patrones.

- Modelo de Kaplan de las tres etapas:

El modelo de Kaplan de respuesta sexual, consiste en tres etapas: deseo, excitación y orgasmo, según la autora, las dificultades sexuales suelen encajar en una de estas tres categorías y que resulta posible que una persona tenga problemas en una, en tanto que continúa funcionando de manera normal en las otras dos. Una de las características del modelo de Kaplan es que comprenda el deseo como un estado distinto del ciclo de repuesta sexual.⁽⁷⁾

- Modelo de Masters y Johnson de las cuatro fases:

William Masters y Virginia Johnson distinguen cuatro fases en los patrones de respuesta sexual tanto del hombre como de la mujer: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Además incluyen un periodo refractario (estado de recuperación en el cual hay una imposibilidad temporal de alcanzar el orgasmo) en la fase de resolución del hombre.⁽⁸⁾

⁽⁷⁾ Crooks, Robert, Nuestra Sexualidad, México, 2000

⁽⁸⁾ Idem

En la estimulación sexual efectiva se producen dos respuestas fisiológicas:

La vasocongestión y la miotónia. Estas dos reacciones básicas son las principales fuentes subyacentes a casi todas las respuestas biológicas que tienen lugar durante la excitación sexual.

La vasocongestión es la saturación de sangre de los tejidos corporales que responden a la excitación sexual, las manifestaciones más patentes de esta respuesta son : la secreción del pene en los hombres y la lubricación de la vagina en las mujeres. Además pueden congestionarse otras regiones corporales: los labios de la vagina, los testículos, el clítoris, los pezones y hasta los lóbulos de las orejas.

La segunda respuesta fisiológica es la miotónia, la tensión muscular creciente que ocurre en todo el cuerpo durante la excitación. Esta es evidente tanto en la flexión voluntaria como en las contracciones involuntarias, sus manifestaciones mas patentes son: los gestos, las contracciones espasmódicas de manos y pies y los espasmos musculares que ocurren durante el orgasmo.

Las reacciones fisiológicas a la estimulación sexual que suceden durante cada una de las cuatro fases del ciclo de respuesta son las siguientes:

- La primera fase del ciclo de respuesta sexual es la fase de excitación, en la que se manifiesta el congestionamiento de varias regiones de la anatomía sexual; entre estos: El clítoris, los labios menores, la vagina, los pezones (en

la mujer), el pene y los testículos (en el hombre) aumentan de tamaño y la mayoría de ellos intensifica su color.

- Durante la fase de meseta, la tensión sexual continua en aumento hasta que llega al punto máximo que conduce el orgasmo. Resulta difícil definir con claridad el punto en el que la respuesta sexual de un individuo hace la transacción a esta fase. A diferencia de la fase de excitación, la de la meseta no tiene signos externos claros, como la lubricación y la secreción que marque su aparición.
- En el orgasmo a medida que la estimulación continua, muchos pasan de meseta a esta fase. Esto es en particular cierto para los hombres quienes casi siempre experimentan el orgasmo luego de alcanzar el nivel de meseta.

En contraste con los hombres las mujeres pueden mantener niveles de meseta de excitación sin llegar al clímax sexual. El orgasmo es la fase mas breve del ciclo de respuesta sexual, pues por lo general dura unos pocos segundos.

- Durante la fase final del ciclo de respuesta sexual, la resolución, los sistemas sexuales vuelven a su estado de no-excitación tienen lugar con rapidez, en tanto que otros ocurren de manera menos lenta. En comparación con el hombre, la mujer no experimenta un período refractario; ella es capaz fisiológicamente de volver a otro punto orgasmico en cualquier momento de la fase de resolución, sin embargo tal vez desee hacerlo o no.

2.2 Perspectivas sobre el Desarrollo Psicosexual Normal y Anormal.

Diversos investigadores proponen puntos de vista definidos de cómo se construye el desarrollo psicosexual y de cómo diferentes factores influyen en el desarrollo de una sexualidad normal y en el apareamiento, en algunos casos, de disfunciones sexuales:

2.2.1 Perspectiva Conductista:

El enfoque conductual trata de encontrar el origen o la clave de la naturaleza de cada individuo en la forma en la que lo moldea el ambiente, es decir que por lo general todo comportamiento se adquiere y ello se logra mediante el aprendizaje. Así la terapia conductual se funda sobre las teorías psicológicas del aprendizaje.

Existen diferentes posiciones teóricas – empíricas para explicar el fenómeno del aprendizaje; por lo que no es de extrañar que al respecto hayan predilecciones por parte de los distintos terapeutas de la conducta, esto hace que alguno de ellos desarrollen métodos de accionar a partir de los trabajos de Skinner.

Los componentes esenciales del análisis de cualquier comportamiento se han definido como estímulos y respuestas. Una extensión de este modelo incluye la representación de otros tres componentes: la condición biológica del organismo que se observa, las consecuencias del comportamiento para el propio organismo o para su ambiente y las relaciones de contingencia entre el comportamiento y sus consecuencias.

En la aplicación clínica, subraya los efectos de la respuesta en la persona y en su ambiente, más que en los antecedentes o causas del comportamiento. Supone que el comportamiento problemático es aprendido y que puede modificarse ya sea

por desaprendizaje o por la modificación del ambiente, de modo que se cambie el estímulo que controla el comportamiento.

Las experiencias subjetivas del paciente, junto con el de su incomodidad, de sus pensamientos, sentimientos y otras actitudes encubiertas, se tratan como comportamientos que tienen la doble función de afectar al que lo escucha y de servir como una respuesta a cualquier tipo de estimulación interna que haya ocurrido por lo general las técnicas de modificación del comportamiento se derivan del modelo de condicionamiento clásico, trabajado por Iván Pavlov (1928). Este modelo permite el manejo de una respuesta indeseada, generalmente nocivos, tal es el caso de las disfunciones sexuales.

Los conductistas conciben el desarrollo de la conducta a través de la vida como una acumulación gradual de conocimiento, por lo que los problemas sexuales pueden tener su origen por la aprehensión de una conducta determinada por experiencias traumatizantes de la persona como en el caso de algún tipo de asalto o agresión sexual.

Una de las técnicas conductistas utilizada para tratar los problemas sexuales ha sido la Desensibilización Sistemática ya que es una de las mejor conocidas, fue desarrollada por Joseph Wolpe (1958 – 1969), dirigida también al alivio de ansiedad así como otros problemas clínicos, algunos de los cuales en apariencia no tienen mucho que ver con la ansiedad.⁽⁹⁾

⁽⁹⁾ Monterrosa de Ramos, Alicia, Psicoterapia, Teorías y Técnicas, 1997.

2.2.2 Perspectiva Psicoanalítica:

El modelo psicoanalítico de la conducta sexual tiene dos características principales que lo distinguen. Primero; este enfoque pone un énfasis intenso en las experiencias infantiles para explicar la conducta adulta, el psicoanálisis ve a los trastornos de los adultos como el resultado de traumas experimentados en la infancia. Segunda, sostiene que muchas de estas ansiedades están basadas en la infancia y operan de manera inconsciente; debido a que son demasiado amenazadoras para que el adulto las enfrente, son reprimidas por medio de mecanismos de defensa mentales. Como resultado, las personas exhiben síntomas que son incapaces de comprender, para eliminarlos el terapeuta debe hacer consciente al paciente de sus ansiedades y conflictos inconscientes.

Sigmund Freud, un neurólogo Vienés, es el precursor del psicoanálisis(1938 - 1949), según sus investigaciones, además de ser una explicación en extremo popular de la conducta anormal entre las personas comunes, de acuerdo con su teoría todos los seres humanos se desarrollan a través de una secuencia de cinco etapas. Cada etapa psicosexual plantea un desafío único; si prevalecen circunstancias desfavorables, la personalidad puede ser afectada de manera drástica. Debido a que Freud enfatizaba la importancia de las experiencias sexuales infantiles tempranas, veía a la personalidad humana como determinada en gran parte durante los primeros cinco años de vida.

Freud propuso las siguientes etapas psicosexuales: ⁽¹⁰⁾

⁽¹⁰⁾ Sue, Estanley. Comportamiento Anormal. Editorial McGraw Hill, 4ta. Edición EUA, 1997

- Etapa Oral: El primer año de vida se caracteriza por un conocimiento del mundo a través de la boca para el niño, es la fuente primaria de sensaciones placenteras y es el mecanismo con el cual pueden responder al mundo exterior y enfrentarlo.

Si el infante es dañado de alguna manera en este período puede ocurrir una fijación y no se desarrolla hacia etapas más maduras. En consecuencia la personalidad de este adulto retiene características intensas de esta etapa: pasividad, desamparo, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, etc.

- Etapa Anal: En el segundo año de vida la región anal se convierte en la zona de sensaciones placenteras; aquí los padres demandan que el niño controle su evacuación de heces, el entrenamiento de control de esfínteres difícilmente es logrado tranquilamente y el niño puede reaccionar en formas que pueden manifestarse en la etapa adulta, como conductas pasivo – agresivas u obsesivo – compulsivas.

- Etapa Fálica: En el tercer o cuarto año de vida, los genitales se vuelven el centro de las sensaciones placenteras (pene en el niño y clítoris en la niña) en ambos sexos se vuelven muy intensos los sentimientos incestuosos por el progenitor del sexo opuesto; esta etapa es crucial para la identidad sexual en la vida adulta posterior, si ocurre una resolución incompleta puede resultar: impotencia, frigidez, promiscuidad y homosexualidad.
- Etapa de Latencia: Entre los seis y doce años por lo general se carece de motivaciones sexuales. Las habilidades, actividades e interés del desarrollo son el interés primario durante esta etapa. La sexualidad es reprimida por fuertes tabúes sociales, contra su expresión. Los niños de esta edad pueden preocuparse al encontrar demostraciones sexuales abiertas.
- Etapa Genital: El despertar de los impulsos sexuales durante la pubertad y la adolescencia es donde ocurren cambios fisiológicos y físicos que afectan de modo drástico las relaciones heterosexuales.

Esta teoría a sido criticada por varias razones; primera, señalan que carece de rigor científico y es difícil de validar de manera empírica. Segunda, el prejuicio de género es evidente, con claridad en la manera en que se conceptualiza la psique femenina. Por último, parece menos efectiva con personas que están experimentando problemas estresantes inmediatos al no tomar en cuenta factores psicosociales para la construcción de la sexualidad.

2.2.3 Perspectiva Gestáltica:

Los principios básicos de la Terapia Gestalt son en gran parte obra de Frederick S. Perls (1896 -1970) y de su esposa Laura Perls, ambos iniciaron sus carreras como psicoanalistas luego de recibirse como médicos en Alemania. Luego se trasladaron a Estados Unidos donde desarrollaron sus ideas, las que comienzan a configurarse como una escuela al radicarse en el Instituto Esalen de California.

Las influencias que recibiera tanto de Europa como en América y su particular modo de ver el conjunto y sus aportes, es lo que se conoce como la Escuela de la Terapia Gestáltica. Esta tiene de original el modo de cómo interactúan todas sus partes, ya no interesan las causas y los efectos, las tensiones, represiones y dinamismos sino más bien la capacidad de distinguir entre una cosa y otra.

Desde esta perspectiva, lo que interesa a todo lo que es aparente y existente en la persona, en el aquí y el ahora. Todo lo que muestra la persona es parte de su ser en el momento; desde su vestimenta hasta su tono de voz, sus emociones, su postura, sus fantasías acerca de sí mismo, expectativas y su historia, ya que la persona que tiene una historia la esta mostrando en este momento y por ende es parte de la persona en el aquí.⁽¹¹⁾

De nuestro bienestar y mediante ejemplos e instrucciones nos inculcan códigos de conducta adecuados a la sociedad en la cual hemos nacido. La educación estará

⁽¹¹⁾ Sherpad, Martín. La Terapia Gestáltica. Editorial Paídos. Barcelona. 1986

fundamentalmente dirigida a la transmisión de la educación que permitirá al adulto realizar una función que contribuya a la riqueza y al bienestar del grupo. Es decir, estará diseñada con la intención inmediata de contribuir al grupo particular, local o a la sociedad a la que pertenece el niño; pero finalmente este condicionamiento se dirige hacia el interés del objetivo global de la sexualidad, vale decir la sobrevivencia de la especie en su totalidad.

Aquí podemos ver como la fuerza de la sexualidad está puesta a disposición de los intereses de la humanidad; la continuidad de la sociedad es más importante que el destino de los individuos dentro de ella. El individuo podrá tener ciertos derechos y ciertos privilegios, permitiéndosele un grado de libertad para conducirse con autonomía; pero si ese miembro se comporta de una manera considerada como perjudicial para el grupo, la libertad será rápida y forzosamente restringida.

La fuerza motivante de la sexualidad es entonces, la sobrevivencia del grupo o de la especie, lo cual, significa la prelación en la sexualidad del motivo “femenino” procreativo.

Se ha esbozado la sexualidad, en su sentido más amplio como un concepto que abarca toda la actividad mundana dirigida hacia la procreación y la sobrevivencia del grupo. También se ha sugerido que en su aspecto dual, masculino y femenino, es lo femenino lo que domina y lo masculino lo que sirve. En otras palabras el aspecto procreativo sexual, es activamente femenino y pasivamente masculino.

Finalmente nos damos cuenta de que la motivación sexual del grupo es femenina en esencia y la motivación individual espiritual es masculina.

De las cosas más trascendentes en un encuentro sexual, involucra la búsqueda de sentimientos de respeto, una experiencia de seguridad así como excitación y aventura.

Y el sentido de ser aceptado y valuado, como una persona total. Seguridad es algo que involucra a ambos en la pareja, ya que en los momentos más íntimos o durante el proceso de “una relación coital”, somos especialmente vulnerables.

“Como me encuentro perdido en ti, ponme atención y mantenme a salvo, y yo haré lo mismo por ti”. Es en estos momentos cuando más necesitamos lograr ese sentido de aceptación diciendo: “En este momento íntimo y vulnerable, acéptame simplemente como yo soy, y yo te acepto como tú eres”. Este deseo de ser aceptado y valuado, contrasta con la ansiedad de la soledad, de la alineación, de la falta de contactos más íntimos y directos, lo que nos lleva a querer parecer ser auto-suficientes, calmados, equilibrados, conocedores, cuando en realidad estamos experimentando mucha soledad.

Pero de esta manera aparentemente nos protegemos a sí mismos, y raras veces expresamos nuestra soledad y muchas otras ni siquiera las reconocemos en nosotros. Por eso nuestros contactos sexuales no son totales cuando admitimos esa vulnerabilidad.

Así, la parte más triste de todo esto es que consistentemente sexualizamos nuestros contactos físicos cubiertos con sentimientos de ansiedad, miedo, agresión y otros sentimientos, y no encontramos caminos para conocer directamente las propias necesidades o las que se reflejan en la otra persona.

En cuanto a genitalidad es importante notar que hay cierto prejuicio inherente a los sexos en este aspecto dual de la sexualidad y es que la mujer está destinada hacia el aspecto procreativo y el hombre hacia el aspecto del placer.

Esto es indicado fisiológicamente por el mero hecho de que el hombre experimenta su primera emisión involuntaria orgástica como altamente placentera, no teniendo desde luego la capacidad de concebir o nutrir una cría concebida dentro de sí. Como contrapartida, la primera emisión equivalente de la mujer es de sangre menstrual, lo que no es un placer orgástico. Mediante esta experiencia se le obliga no tan sólo a percatarse a su rol procreativo, sino a que su placer orgástico tiene que ser inducido deliberadamente.

Esta diferenciación nos lleva a un principio clave para este tema. Psicológicamente lo “masculino” en el hombre y la mujer está motivado por el aspecto placentero de la sexualidad, y lo “femenino”, también en el hombre y la mujer, es motivado por el aspecto procreativo.

Por último el hablar de la sexualidad como expansión del Yo nos da a ver que todas las actividades que desarrollamos llámense trabajo, estudio, investigación, recreación, relaciones familiares, necesitan ser enfrentadas desde nuestra sexualidad como totalidad (Masculino-Femenino).

Vamos a revisar nuestra sexualidad en relación a nuestras resistencias, tanto somáticas, emocionales e intelectuales, para entender y poder tomar alternativas de solución y proponernos acciones concretas para vivir una sexualidad plena.⁽¹²⁾

⁽¹²⁾ García, Fernando. Técnicas actuales de Psicoterapia. Editorial Universidad Autónoma del Noreste. México. 1985.

2.2.4 Perspectiva Organica:

La excitación y las respuestas sexuales de los seres humanos esta influida por diversos factores orgánicos, como por ejemplo las hormonas y las formas en que el cuerpo humano responde a la estimulación sexual.⁽¹³⁾

- La Función de las Hormonas:

Por los años, los investigadores de la sexualidad han sostenido opiniones distintas acerca de la importancia relativa de las hormonas en la excitación sexual y las conductas humanas. Tales diferencias existen por diversas razones, por una parte resulta muy difícil distinguir entre los efectos de los procesos fisiológicos, en particular la producción hormonal, y de los psicosociales como el aprendizaje influido por los compañeros y el grupo, y el desarrollo emocional.

Además, si bien hasta hace poco buena parte de los datos que relacionaban sexualidad y hormonas se había derivado de estudios mal controlados y con pequeñas poblaciones de investigación. Sin embargo, en los últimos años una cantidad importante de investigaciones bien diseñadas y cuidadosamente llevadas a cabo han brindado una mejor comprensión de la compleja relación entre hormonas y actividad sexual.⁽¹⁴⁾

⁽¹³⁾ Crenshaw, 1996; Rako, 1996. Nuestra sexualidad, México. 2000.

⁽¹⁴⁾ Rako, 1996. Nuestra Sexualidad, México. 2000.

Ambos sexos producen las hormonas sexuales llamadas masculinas y femeninas. En los hombres, los testículos generan 95 por ciento del total de andrógenos y algunos estrógenos. Los ovarios de la mujer y las glándula suprarrenales producen andrógenos en cantidades a aproximadamente iguales, y los estrógenos son generados de manera predominante por los ovarios.

El andrógeno dominante en ambos sexos es la testosterona. Los cuerpos masculinos producen de 20 a 40 veces más testosterona que las mujeres pero el cuerpo femenino es más sensible a esta hormona que el masculino.⁽¹⁵⁾

Aunque resulta difícil distinguir los efectos de las hormonas sexuales y los procesos fisiológicos en la excitación sexual, investigaciones realizadas en Estados Unidos indican de manera conveniente que la testosterona desempeña una función determinante en el mantenimiento del deseo sexual en ambos sexos.

Uno de los principales síntomas de deficiencia de testosterona en ambos sexos, es la disminución en el nivel acostumbrado del deseo sexual, puede eliminarse mediante la terapia de reposición de testosterona. Sin embargo, es poco probable que el aumento en el nivel de testosterona por encima de un rango normal estimule un incremento en la estimulación sexual, sino que además puede tener efectos adversos en ambos sexos.⁽¹⁶⁾

El factor orgánico a menudo desempeña una función importante en los problemas sexuales por lo que resulta con frecuencia recomendable hacerse un examen físico y ginecológico o urológico para ayudar a descartar esas causas.⁽¹⁷⁾

⁽¹⁵⁾ Idem.

⁽¹⁶⁾ Crenshaw, 1996 y Rako, 1996, Nuestra Sexualidad, México, 2000

⁽¹⁷⁾ Gerdes, 1997, Knoll y Abrams, 1998, Ibid

Los problemas sexuales son a menudo resultado de una combinación de factores físicos y psicológicos. Cualquier grado de lesión fisiológica puede volver más vulnerable la respuesta y el funcionamiento sexual de una persona a un trastorno por emociones o situaciones negativas.

Cualquier alteración de los sistemas vasculares endocrino y neurológico puede contribuir a que haya problemas sexuales.⁽¹⁸⁾ Los medicamentos, las cirugías, las enfermedades y las drogas recreativas pueden influir en cada uno de estos sistemas y afectar el interés y la respuesta sexual.

- Efectos de las Enfermedades Crónicas:

Las enfermedades crónicas y sus tratamientos pueden tener una fuerte repercusión en la sexualidad y también pueden interferir en la sexualidad los medicamentos, el dolor y el cansancio. La diabetes ocasiona daños a los nervios y al Sistema Circulatorio, lo que afecta la excitación sexual, la artritis no afecta de manera directa la respuesta sexual, pero el dolor crónico y el cansancio pueden menguar el interés sexual de la persona; el cáncer y sus terapias pueden afectar sus funciones hormonales y neurológicas necesarias para la actividad sexual normal.

⁽¹⁸⁾ Sipski y Alexander, 1997, Ibid

El dolor puede influir en un grado muy alto en el interés y la excitación sexual, el cáncer de los órganos reproductores (cuello uterino, útero, ovarios, próstata y testículos) puede ejercer una fuerte influencia en la respuesta sexual. El dolor puede influir en un grado muy alto en el interés y la excitación sexual, el cáncer de los órganos reproductores (cuello uterino, útero, ovarios, próstata y testículos) puede ejercer una fuerte influencia en la respuesta sexual.

La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica del cerebro y la médula espinal que puede alterar el interés sexual, las sensaciones genitales, la excitación o la capacidad para obtener orgasmos. Los accidentes cerebrovasculares o apoplejía pueden reducir la frecuencia de interés, excitación y actividad sexual de una persona.⁽¹⁹⁾ Aún cuando una lesión de médula espinal no por fuerza afecta el deseo sexual la persona puede tener una capacidad menguada para la excitación o el orgasmo lo que varía de acuerdo con la lesión específica. La ceguera y la sordera pueden generar depresión, una autoestima menguada y retraimiento social; sin embargo por sí misma, estas enfermedades no parecen afectar físicamente el interés y la respuesta sexuales. Los individuos y las parejas pueden afrontar de mejor manera las restricciones sexuales que imponen sus enfermedades y su discapacidad con solo aceptar las limitaciones y desarrollar las opciones posibles que les queden.⁽²⁰⁾

⁽¹⁹⁾ Tilton, 1997; Burt, 1995 y Otros. Nuestra Sexualidad, México. 2000.

⁽²⁰⁾ Luey, 1995; Hawang, 1997; Tepper, 1997. Nuestra Sexualidad, México, 2000.

⁽²¹⁾ Finger, 1997; Dunsmuir y Emberton, 1997; Meston, 1997; Weiner y Rosen, 1997. Nuestra

- Efecto de los Medicamentos:

Los medicamentos que pueden afectar el funcionamiento sexual comprenden los fármacos utilizados para tratar la presión elevada, (Problemas de deseo, excitación y orgasmo), los trastornos psiquiátricos (Tranquilizantes: el Valium y el Xanax, pueden afectar la respuesta orgásmica), la prescripción de medicamentos gastrointestinales y antihistamínico, (pueden afectar la función del deseo, trastornos de excitación y falta de orgasmo), las drogas recreativas (entre ellas los barbitúricos, los narcóticos y la marihuana), el consumo de alcohol e incluso fumar tabaco pueden afectar el interés, la excitación y el orgasmo.⁽²¹⁾

2.2.5 Perspectiva Sociocultural:

La cultura influye fuertemente tanto en la forma en que percibimos nuestra sexualidad como en el modo en que la expresamos. Las actitudes negativas hacia la sexualidad y los sentimientos de vergüenza por los propios genitales que se aprende durante la infancia pueden ser perjudiciales para la aceptación como adultos del propio cuerpo y las sensaciones sexuales.⁽²²⁾

La doble norma sexual recomienda expectativas contrarias de comportamiento sexual para hombres y mujeres. Ambos conjuntos de expectativas pueden tener efectos negativos en la sexualidad.

A las mujeres se les motiva a que sean sexualmente cautelosas para evitar ganarse una reputación de libertinas, pero parte del éxito sexual masculino estereotipado radica en “acostarse” con el mayor número de mujeres⁽²³⁾.

Masters y Johnson, observaron que la influencia sociocultural muy a menudo coloca a la mujer en una posición en la que debe adaptarse, sublimarse, inhibirse o hasta deformar su capacidad natural de funcionar sexualmente, aquí radica una de las principales causas, de disfunción sexual femenina.

⁽²²⁾ Barone y Wiederman, 1998. Nuestra Sexualidad, México. 2000.

⁽²³⁾ Leitenberg y Hening, 1995. Idem

La noción cultural de que el sexo equivale al coito a menudo limita el potencial erótico de las interacciones sexuales. La orientación a un objetivo en la expresión sexual es una actitud que se adquiere culturalmente y que puede aumentar la ansiedad de desempeño y reducir las opciones placenteras al tener relaciones sexuales.

- Efectos de los Medios de Comunicación:

Los medios de comunicación masivos como los conocemos (televisión, radio, periódicos, revistas, Internet, etc.), han tenido una existencia breve en relación con la mayor parte de la experiencia humana. El impacto en la sociedad, y en concreto en la sexualidad, es significativo.

Las revistas femeninas por ejemplo traen artículos sobre sexo como “ Su Yo secreto y sexual la humedece” o “ Gimnasia Sexual”. Los medios noticiosos, a menudo dan prioridad a las aventuras sexuales de políticos y figuras de los medios por encima de temas y acontecimientos cruciales a nivel nacional e internacional. Se puede acceder en un renta-videos y alquiler de películas con diversos grados de carácter sexual explícito para verlas en la privacidad del hogar. Por la carretera no faltan los carteles con publicidad de productos anunciados por cuerpos esculturales de hombres y mujeres. Las posibilidades de toparse con más sexo en los medios en casa son infinitas. Por la televisión, se ven imágenes sexuales en la mayoría de anuncios que demuestran que el sexo vende cuando se presenta envuelto con piel firme y joven. En las telenovelas se ven ejemplos de intrigas sexuales basadas en la infidelidad, la deshonestidad, etc.

En virtud de que los medios reflejan en forma simultánea a la sociedad en que influyen, en particular la televisión, ha desempeñado una función en la desarticulación de tabúes respecto de temas sexuales delicados. Los programas sobre incesto, violación y aborto han ayudado a minimizar el estigma de tales temas.⁽²⁴⁾

Actualmente en la sociedad Salvadoreña, gracias a los Medios de Comunicación Social (MCS), a la apertura de la sociedad civil y los aportes de los Organismos No Gubernamentales (ONG'S); se ha abierto un poco el velo que cubría los delitos relacionados con la violencia sexual. Por otro lado, se supone que los tabúes y prejuicios, tanto sociales como sexuales, que prevalecen en la sociedad salvadoreña, crean una situación de discriminación para las mujeres, una enorme homofobia, etc., y también se hace evidente que día con día, las cifras sobre la violencia sexual aumentan en forma alarmante y, que estas pueden estar relacionadas de alguna manera con los tabúes y prejuicios arriba mencionados.⁽²⁵⁾

⁽²⁴⁾ Higgenbotham, 1996; Dowd, 1997; Greenberg y Busselle, 1996. Nuestra Sexualidad, México, 2000.

⁽²⁵⁾ Cruz, J.M., 1998, Los Factores Posibilitadores de la Violencia en El Salvador, Violencia en una Sociedad en Transición, El Salvador (PNUD), Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Se considera que la vida sexual en los jóvenes es un aspecto fundamental para su pleno desarrollo y coadyuva a alcanzar la madurez emocional. Está al verse obstaculizada por diferentes circunstancias, como sería la violencia sexual entendida como: “Cualquier comportamiento sexual que se haga contra la voluntad de una persona o que afecte a personas que no pueden dar su consentimiento a dicho comportamiento”⁽²⁶⁾, y los tabúes y prejuicios sexuales entendidos estos últimos como: “La prohibición a hablar abiertamente sobre sexo, prácticas sexuales, preferencias sexuales, la virginidad, la castidad obligatoria para las mujeres, el homosexualismo, etc.”

Todo lo anterior afecta de forma importante dicho proceso de desarrollo y maduración emocional. En El Salvador, como parte de una cultura oral, la mayoría de los jóvenes se enteran de la sexualidad entre sus amigos de su misma edad a los que son mayores que ellos, en pláticas casi secretas en donde no escuchan los padres u otras personas adultas, que si se dieran cuenta de lo que están hablando serían reprendidos, castigados física y verbalmente e incluso prohibida la amistad con jóvenes mayores que ellos, ya que al hablar de sexo en la mayoría de las sociedades latinoamericanas, se considera pecaminoso, malo, sucio, etc., que están induciendo a los demás a enterarse supuestamente de algo para lo cual todavía no están preparados, o que están incitando a la curiosidad y con ello a la práctica del sexo.⁽²⁷⁾

⁽²⁶⁾ Gibbos, Patrick. Modelos recientes de la Violencia Sexual. Revista Psicológica Utec. El Salvador, 1999.

⁽²⁷⁾ Cruz, J.M., 1998, Los Factores Posibilitadores de la Violencia en El Salvador, Violencia en una Sociedad en Transición, El Salvador (PNUD), Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

En resumen, al hablar de sexo se considera como un tabú, producto de la situación antes mencionada, la información que obtienen los jóvenes acerca del sexo es completamente distorsionada, se le crea una serie de mitos, tabúes y prejuicios en cuanto al sexo y a la práctica de este. Al llenárseles la cabeza con una serie de prejuicios sexuales como por ejemplo: “la virginidad obligatoria de la mujer es garantizar supuestamente, que es una buena mujer aquí y en el futuro”, “que las jóvenes que han perdido la virginidad ha perdido su valor como mujer”; “que el sexo es sucio, vergonzoso, que es pecado, que solo se puede practicar con fines de reproducción”.

Todo lo mencionado a la larga crea una serie de confusiones, inseguridad, sentimiento de culpa e incluso conductas violentas y fuera de lo normal, lo cual incide en la madurez emocional de la vida adulta de los que hoy son jóvenes.

Por su parte, el tabú es un concepto asociado a la esfera de lo prohibido. Desde el punto de vista antropológico, el tabú indica las diferentes prohibiciones mágicas del ámbito cultural determinado por cada cultura en particular; designa cuanto no pertenece al uso cotidiano de un grupo social, la prohibición no se basa en condiciones razonables, en realidad los tabúes se incorporan a la vida cotidiana de los grupos de acuerdo a su raza, religión y sentido de pertenencia cultural que finalmente coadyuvan al establecimiento de relaciones socioculturales entre los grupos y la sociedad en su conjunto.

Como en toda sociedad, los grupos de jóvenes de distintos niveles socioculturales manifiestan a través de simbolismos sus propias prohibiciones sexuales. En la sociedad juvenil, el sexo es una condición biológica cultural que cada individuo transmite en razón de su medio socio – económico, familiar y cultural.

Ciertamente el principal peso del comportamiento sexual de los jóvenes salvadoreños recae en la religión. Desde el proceso de evangelización en el período de la colonia, la iglesia ha intervenido substancialmente en la formación de valores sexuales en la familia salvadoreña. Quizás esta conducta ideológica religiosa ha conducido a la formación de mitos tanto de tipo sexual como también de tipo estructural en las instituciones , comenzando por la familia.⁽²⁸⁾

⁽²⁸⁾ Cruz, J.M., Los Factores Posibilitadores de la Violencia en El Salvador. El Salvador. 1998.

2.2.6 Factores Individuales:

A parte de los medios culturales y de las influencias que tienen en los sentimientos y la expresión de la sexualidad, las dificultades sexuales pueden derivarse de otros factores físicos, emocionales y psicológicos.

Cada individuo es una combinación única y compleja de elementos biológicos, culturales y emocionales. La sexualidad es por lo tanto una expresión de todos estos factores, que comienzan a formarse en la infancia y siguen desarrollándose a lo largo de la vida. Los factores culturales son pues importantes; las reacciones humanas son muy variables, de modo que los individuos pueden responder a la misma situación de manera distinta por completo. El conocimiento y las actitudes que se tiene ejercen una influencia directa en las opciones sexuales. Las actitudes negativas hacia el sexo contribuyen asimismo a una mala receptividad sexual. Algunas personas quizá estén tan temerosas inconscientemente del placer sexual que se reprimen de sentir deseos sexuales, Kaplan apuntó que las personas por lo común no están conscientes de la función activa que desempeñan en la generación de sus propias inhibiciones. Su falta de deseo parece surgir en forma automática e involuntaria, no se dan cuenta que ellas tienen el control del enfoque de sus pensamientos.

El término auto - imagen alude a los sentimientos y opiniones que tenemos de nosotros mismos. Por ejemplo una mujer que se siente a gusto con su cuerpo, que considera que tiene derecho al placer sexual y que asume un rol activo en la consecución de la satisfacción puede tener una relación sexual más satisfactoria que la mujer que carece de estos sentimientos acerca de ella misma.

En ciertos estudios, se ha descubierto que es más probable que los hombres y las mujeres con problemas sexuales tengan menos confianza en ellos mismos que las personas sin dificultades de esta índole. Un estudio de alumnos sustenta este descubrimiento: se encontró que los estudiantes con una elevada autoestima tienen mayor satisfacción sexual.⁽²⁹⁾

Problemas emocionales de orden personal como la ansiedad y la depresión a menudo se relaciona con un auto - imagen pobre. Estos problemas pueden ser una respuesta a una situación actual u originarse de hechos del pasado no resueltos. Sea cual fuere la fuente, los estados emocionales tienen una fuerte repercusión en la sexualidad, la falta de interés y respuesta sexuales son de síntoma común de depresión.

Por otro lado los problemas de la vida como la muerte de un familiar, el divorcio o las dificultades laborales extremas pueden generar una tensión que producirá una falta de interés sexual. La tensión y los traumas graves como los experimentados por los veteranos de la guerra también pueden tener como consecuencia problemas sexuales.

⁽²⁹⁾ Hally y Pollak, 1993. Nuestra Sexualidad, México. 2000.

La depresión por pérdidas múltiples y amantes debidas a la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es trágicamente aguda para muchos homosexuales el hecho de que este síndrome sea una enfermedad de transmisión sexual, asocia aun más al sexo con sentimiento de depresión.⁽³⁰⁾

Haber experimentado en la infancia abuso sexual o agresión sexual a menudo conduce a problemas sexuales en la etapa adulta. Debido a las experiencias de abuso, la actividad sexual se asocia con sentimientos negativos y traumáticos.

Las condiciones esenciales de la interacción sexual positiva: con sentimiento, igualdad, respeto, confianza y seguridad, están ausentes en el abuso sexual. Los niños de ambos sexos que han sido víctimas de abuso sexual experimentan una conducta y una estimación insoportables para su nivel de desarrollo físico y emocionales, privándoles de la oportunidad de explorar y desarrollar su sexualidad al ritmo propio de su edad. Debido a las experiencias de abuso sexual, la actividad sexual se asocia con dolor emocional y a menudo físico.

Además, quienes sobreviven al abuso sexual a menudo experimentan reacciones de aversión específicas justamente a lo que se hizo con ellas durante la agresión sexual. Las investigaciones también indican consecuencias sexuales serias para las víctimas de dicha agresión.

⁽³⁰⁾ Dubovsky, 1991; Letourneau, 1997. Ibid.

En un estudio de 372 mujeres víctimas de agresión sexual en Estados Unidos, se descubrió que casi un 59% experimentaba problemas sexuales desde la agresión, y cerca del 70% de este grupo ligaba estos problemas con la agresión. Temor al sexo y falta de deseo o excitación fueron problemas que se reportaron con mayor frecuencia. Los efectos de la agresión sexual pueden ser duraderos; el 60% de las víctimas de violación tuvo problemas sexuales por más de tres años después de la agresión.⁽³¹⁾

2.2.7 Factores de Relaciones Interpersonales:

Además de los sentimientos y las actitudes personales, una gran variedad de factores interpersonales puede influir fuertemente en la satisfacción que experimentan dos personas en una relación sexual. Estos factores a menudo varían según la pareja y sus circunstancias particulares. Los problemas en las relaciones, la comunicación ineficaz y el temor al embarazo o las enfermedades de transmisión sexual. Una mujer o un hombre cuya orientación sexual es la homosexualidad con frecuencia tiene dificultades de interés sexual, excitación y orgasmo en una relación heterosexual.⁽³²⁾

⁽³¹⁾ Mc New y Abel, 1995; Becker y Kaplan, 1991. Nuestra Sexualidad. México 2000.

⁽³²⁾ Polonsky, 1998; Kaplan, 1974; LoPiccolo y Friedman, 1998.

Masters y Johnson sugieren que el hombre puede estar sufriendo de alguna disfunción sexual y contribuye al sentimiento de rechazo de su cónyuge hacia el sexo. El resentimiento por cualquier causa puede inhibir o destruir el funcionamiento sexual, lo mismo que numerosas fuerzas más realistas o irreales. Una causa común es la incapacidad para aceptar a su cónyuge. Puede hallarlo repulsivo sexualmente o no deseable, puede ser un mal compañero sexual o simplemente puede ser el hombre que ella no quiso para esposo. Por cualquier razón, él no encuentra en su concepto del “Hombre adecuado para ella”.

Debido a que típicamente una mujer está consciente de que las relaciones sexuales son importantes para el hombre, ella puede, absteniéndose de manifestar su respuesta sexual, expresar su hostilidad inconsciente o consciente hacia él.

2.3 Generalidades de las Disfunciones Sexuales Femeninas

Las disfunciones sexuales son alteraciones de alguna o algunas de las fases de la respuesta sexual y las situaciones en las que aparece dolor en la relación sexual, pero, además para que se produzca una disfunción sexual tiene que haber malestar en la persona o crear problemas en la relación interpersonal.

William Master y Virginia Johnson psicólogos conductistas, afirman que con frecuencia las raíces de la psicopatología sexual se originan en un terreno mucho más inmediato relacionado con la vida presente del sujeto, así la ansiedad por el propio desempeño, las inseguridades superficiales, las tensiones debidas a la escasa comunicación con el otro miembro de la pareja, la angustia nacida de una concepción errónea acerca de las relaciones sexuales que vemos en la práctica clínica.⁽³³⁾

La vida sexual requiere de una maduración psicológica y de una estructuración normal por ser la más profunda de las relaciones afectivas humanas, sobre ella ejercen influencia inhibitoria múltiples factores, lo que explica la alta frecuencia de trastornos sexuales en la población.

La conducta sexual y las actitudes hacia ésta, están determinadas culturalmente y la tradición ha fomentado y conformado patrones rígidos para las mujeres que para

⁽³³⁾ <http://www.sld.cu/revistas/mgi/mgi02198.htm>

los hombres. Esto les predispone a presentar dificultades en su vida sexual y a demorar la búsqueda de apoyo especializado e información científica para aprender a disfrutar la sexualidad.

De tal forma que, los posibles orígenes en las dificultades sexuales en una mujer pueden ser variados, entre ellos se presentan los de tipo orgánico, por dificultades en sus relaciones interpersonales, influencias culturales (religión, medios de comunicación social, inadecuada educación sexual, emocionales, etc.).

Como ya se mencionó anteriormente, las causas más comunes y las más importantes de la disfunción sexual femenina podría ser problemas emocionales (la vergüenza, la culpabilidad y el temor hacia la sexualidad). En las mujeres que tienen sentimientos conflictivos acerca del sexo, los sentimientos eróticos originan ansiedad.

La defensa de estas mujeres contra la ansiedad sexual no es sólo evitar la estimulación sexual sino también integrar defensas que prevengan que sean estimuladas. Típicamente estas mujeres han sido formadas en un sistema de valores sexuales negativos, basados en las implicaciones de que el sexo es malo, dentro y fuera del matrimonio, inclusive si no pueden evitar la actividad sexual en el plano físico, minimizan su participación rehusando verse involucradas en la interacción de la respuesta sexual.

Otros factores pueden ser que ella puede esperar dolor físico durante el coito y, por lo tanto, temerle. Puede temer el rechazo a la condena de su amante si ella se suelta

sexualmente, puede temer quedar embarazada, puede tener tendencias homosexuales, estar unida emocionalmente a su padre, o haber sido víctima de algún tipo de violencia sexual por lo que se reprime en general.

Según Masters y Johnson las fuentes psicológicas de la disfunción sexual se han dividido en causas inmediatas y aprendizaje previo. El aprendizaje previo son las cosas que las personas aprendieron tempranamente por ejemplo, en la infancia que ahora inhiben su respuesta sexual.

Las causas inmediatas son varias cosas que ocurren en el acto mismo de tener relaciones sexuales que inhiben la respuesta sexual.

Los siguientes cinco factores se han identificado como *causas inmediatas* de disfunción:⁽³⁴⁾

- *Las ansiedades tales como el temor al fracaso:* durante el coito puede ser una fuente de disfunción sexual. La angustia puede causarse por el temor al fracaso, es decir, el temor de ser incapaz de actuar bien. Pero la misma angustia puede bloquear la respuesta sexual y, a menudo, crea un círculo vicioso de profecía que se realiza a sí misma en que el temor al fracaso produce falla, la cual ocasiona más temor, lo que lleva a otro fracaso y así sucesivamente.

⁽³⁴⁾ William A. Goywald/ Rigale Holder. Sexualidad la Experiencia Humana, 1997.

- *La construcción de barreras para la experiencia del placer erótico:* El ser espectador, un término acuñado por Masters y Johnson, es una de las más comunes de estas barreras. La persona se comporta como un espectador o juez de su propia “ejecución” sexual. Las personas que hacen esto de manera constante (mentalmente) están saliéndose del acto sexual en el que participan para valorar qué tal lo hacen, comentando en su mente, “buen trabajo” o “muy malo” o “podría ser mejor”. Puesto que una respuesta sexual completa requiere del abandono a la experiencia de los sentimientos eróticos, esta valoración compulsiva inhibe la respuesta sexual.
- *La incapacidad de los compañeros para comunicarse:* es una de las causas más importantes de disfunción sexual. Muchas personas esperan que sus compañeros tengan una percepción extrasensorial sobre sus propias necesidades sexuales. Usted es el experto dirigente en el área de lo que siente bien su compañero nunca sabrá que es lo que le excita, a menos que usted se lo diga, ya sea verbalmente o de otra manera. Pero muchas personas no comunican sus deseos sexuales.
- *La incapacidad para participar en una conducta efectiva, sexualmente estimulante:* a menudo, esto es un resultado de la simple ignorancia. Por ejemplo, ciertas parejas buscan la terapia sexual a causa de la incapacidad de la esposa para tener orgasmos; el terapeuta pronto descubre que ni el marido ni la mujer advierten la localización del clítoris ni su gran potencial erótico. Con frecuencia, tales casos pueden mejorar mediante simples técnicas educativas.

- *Aprendizaje previo:* la otra gran categoría de fuentes psicológicas de disfunción sexual es el aprendizaje y la experiencia previos. Esto incluye varias cosas que fueron aprendidas o experimentadas en la infancia, la adolescencia y aun en la vida adulta.

En algunos casos de disfunción sexual, el primer acto sexual de la persona y la violación sexual son experiencias traumáticas que pueden causar disfunción sexual.

Los padres seductores pueden contribuir a tempranas experiencias sexuales traumáticas. Un padre puede ser seductor y obligar al niño a participar en el coito; el niño no está en posición de rehusar, pero ella o él se siente terriblemente culpable. De nuevo, la sexualidad se asocia con el dolor psíquico sentando las bases de una falta de respuesta sexual posterior.

En otros casos de disfunción sexual, la persona creció en una familia religiosa, muy estricta y se enseñó que la sexualidad era sucia y pecaminosa. Tal persona puede crecer pensando que la vida sexual no es placentera, que debería realizarse de la manera más rápida posible y que su propósito es sólo la procreación. Cuando menos, ese aprendizaje inhibe el goce de una plena respuesta sexual.

Otra fuente de disfunción originada en la familia ocurre cuando los padres castigan a los niños con severidad por alguna actividad sexual como la masturbación. Un ejemplo es la niña que es sorprendida masturbándose y que recibe un severo castigo y se le dice que nunca “se toque” de nuevo; ella obedece y en la vida adulta encuentra que no puede tener un orgasmo mediante la masturbación o como resultado de la estimulación manual de parte de su compañero.

2.4 Clasificación de las Disfunciones Sexuales Femeninas (anexo 2)

Las disfunciones sexuales se clasifican en: *Alteraciones del Deseo Sexual*, (Deseo Sexual Hipoactivo y Trastorno por Aversión al Aexo), *Trastorno de la Excitación Sexual en la Mujer*, *Trastornos del Orgasmo* (Disfunción Orgásmica Femenina), *Trastornos Sexuales por Dolor* (Dispareunia y Vaginismo), *disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada.*⁽³⁵⁾

- *Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo*: En el trastorno de la fase de deseo hay un interés anormalmente bajo en las cuestiones sexuales, a tal grado que el sujeto no buscará la gratificación sexual aun se encuentra disponible. Permanece intacta la capacidad física de practicar el acto sexual.

Los terapeutas sexuales encuentran el problema de la apatía sexual con cierta frecuencia, tanto en hombres como en mujeres. Se trata de una inhibición en general, se presenta por una falta de sentimientos eróticos, siendo para estas mujeres la relación sexual como un castigo. La situación provoca insatisfacción y depresión, formulando constantemente excusas como posibilidad para evitar una relación sexual.

⁽³⁵⁾ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, Editorial MASSON,S.A: 1995

Las causas son fundamentalmente de origen psicológico: negación al éxito, al placer y al amor; miedo al rechazo por parte del compañero, dificultades para manifestar sus deseos sexuales, conflictos, etc.⁽³⁶⁾

La disminución del interés por el sexo va frecuentemente asociada a problemas de excitación sexual o dificultades para llegar al orgasmo. La falta de deseo sexual puede ser la disfunción más importante o ser la consecuencia del malestar emocional producido por las alteraciones de la excitación y el orgasmo.

Sin embargo, existen personas con deseo sexual reducido que conservan la capacidad de experimentar una excitación y un orgasmo normales en respuesta a la estimulación sexual.

- Trastorno por Aversión al Sexo: cuando el poco deseo de actividad sexual comprende un temor al sexo y la necesidad imperiosa de evitar situaciones sexuales, esto se considera como un trastorno de aversión sexual. Esta forma de aversión puede ir acompañada de sensaciones de incomodidad, repulsión y disgusto hasta un temor extremo e irracional de tener actividad sexual; incluso pensar en el contacto sexual puede generar una ansiedad intensa y por consiguiente rechazo.

⁽³⁶⁾ Shibley Hyde, Janet. Entendiendo la Sexualidad Humana, 1997.

- *Trastorno de la Excitación Sexual:* Incapacidad para tener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.

Este tipo de trastorno de la función sexual es menos frecuente que los trastornos de la fase orgásmica, y puede variar de una pareja a otra, al igual que los trastornos de la fase del deseo. A veces se llama frígidas a las mujeres que tienen dificultad para lograr que sus cuerpos reaccionen a la estimulación sexual. Sin embargo, este término ha caído en desuso (o debería hacerlo) pues conlleva un tono peyorativo y sugiere que la mujer misma es fría y retraída.

No ocurren las primeras respuestas Fisiológicas a la estimulación sexual, como lubricación y expansión de la vagina, y por lo tanto se inician las tensiones sexuales. A menudo el adiestramiento negativo o la ortodoxia religiosa es la causa de este problema.

- *Trastorno del Orgasmo:* La característica esencial es la ausencia o un retraso persistente o recurrente de orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica. ⁽³⁷⁾

⁽³⁷⁾) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, Editorial MASSON,S.A,1995

Según Master y Jonson las causas de la anorgasmia pueden ser: *orgánicas y psicológicas*.

- Orgánicas: Sólo representan un 5% de las causas. Enfermedades endocrinológicas (diabetes, etc.) neurológicas, ginecológicas, etc.
- Psicológicas: Son las más frecuentes; las principales razones son; condiciones negativas culturales, experiencias sexuales traumáticas, factores interpersonales, falta de información sexual, monotonía en las relaciones, falta de concentración, angustia, etc.

Las disfunciones orgásmicas en las mujeres son bastante comunes, abarcan la gran mayoría - 342 de 371 – de los casos de difusión sexual femenina acerca de los cuales informaron Master y Johnson.⁽³⁸⁾

En los últimos años, en particular con el advenimiento de la “ética del Playboy”, el orgasmo femenino ha llegado a valorarse mucho y hasta puede esperarse el orgasmo múltiple. En vista de estas presiones culturales, no es sorprendente que la mujer con dificultad para tener orgasmos se sienta inadecuada.

⁽³⁸⁾ Sue, Stanley, Comportamiento Anormal, Editorial McGrawhill, 4ª edición, 1997.

Además su compañero puede sentirse culpable si no puede estimularla hasta el orgasmo. De este modo, las disfunciones orgásmicas en las mujeres son causa de preocupación.

- *Trastornos Sexuales por Dolor (dispareunia y vaginismo)*: El vaginismo es la contracción espástica del tercio externo de la vagina, en ciertos casos es tan severa que la entrada a la vagina está cerrada y la mujer no puede tener relaciones sexuales. El vaginismo y la dispareunia pueden asociarse. Es decir, si el coito es doloroso pueden resultar espasmos que ocluyen la entrada a la vagina.⁽³⁹⁾

El vaginismo no parece ser una disfunción sexual muy común. Abarco solo 29(9%) de los 371 casos de disfunción sexual informados por Master y Johnson. Por desgracia, debido a que el problema es raro y porque no se expone con frecuencia en la literatura médica, los médicos pueden omitir su diagnóstico o etiquetarlo como algo diferente, tal como un himen pequeño.

El coito doloroso o dispareunia se considera a menudo un problema de la mujer, pero también puede afectar a los varones.

⁽³⁹⁾ William A., Goywald/Rigale Hohz golder, Sexualidad la Experiencia Humana

En las mujeres, el dolor puede sentirse en la vagina, alrededor de la entrada vaginal y en el clítoris o profundamente en la pelvis. En los hombres, se siente en el pene. Para decirlo sencillamente, la dispareunia disminuye el propio goce de la experiencia sexual y hasta puede llevar a la abstinencia de toda actividad al respecto.

Si bien, las quejas de dolor ocasional durante el coito son bastantes comunes entre las mujeres, la dispareunia persistente no fue muy común entre los casos informados por Master y Johnson. Es posible que las respuestas sexuales (por ejemplo, deseo, placer, capacidad orgásmica) no estén afectada, a no ser que se produzca o se piense en la penetración.

Estos trastornos se observan más frecuentemente en mujeres jóvenes, en mujeres con actitud negativa hacia el sexo y en mujeres que tienen historia de abusos o traumas de tipo sexual.⁽⁴⁰⁾

⁽⁴⁰⁾ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, Editorial MASSON, S.A. 1995

2.5 Clasificación de las Disfunciones Sexuales Masculinas

Son alteraciones que sufre el hombre y que impiden o dificultan que sus relaciones sexuales sean satisfactorias o placenteras. Aparecen cuando los factores organicos y los psicológicos bloquean el normal desempeño de la relación sexual. Las más importantes son:

➤ **Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo:**

Es una inhibición persistente o recurrente del deseo sexual o la libido existiendo una disminución o bloqueo en la apetencia sexual con lo que la frecuencia de relaciones disminuye considerablemente, siendo a veces casi nula.

➤ **Impotencia o Disfunción Eréctil :**

Es la incapacidad del hombre de obtener o mantener una erección suficiente para realizar un coito satisfactorio.

Clases de disfunción Eréctil:

- Primaria: El hombre que la padece a lo largo de toda su vida.
- Secundaria: Aparece después de una actividad sexual normal.
- Total: No presenta ningún tipo de erección.
- Parcial: La erección puede ser intermitente o selectiva.

➤ **Anorgasmia:** Es la disfunción en que la respuesta eyaculadora sólo esta inhibida parcialmente. La fase de emisión del semen es una forma de “ goteo” pero existe una ausencia de sensaciones placenteras.

- **Eyacuación Precoz:** Es la incapacidad de ejercer un control voluntario sobre el reflejo eyaculador: la eyacuación sorprende sin poder controlarla. La eyacuación puede aparecer bruscamente o de forma paulatina.
- **Dispareunia Masculina:** Es un coito doloroso que puede darse durante el mismo acto o bien después. Las razones principales pueden ser: por una extrema sensibilidad del glande por alguna lesión, falta de higiene, fimosis, estreches uretral, etc., o también por componentes psicossomáticos.

2.6 Tratamientos para las Disfunciones Sexuales Femeninas

El siguiente paso en el proceso de intervención, una vez evaluado el problema sexual presentado por la persona, consiste en la terapia o tratamiento propiamente dicho que permita superar o resolver el problema sexual.

Al planificar una terapia es necesario apoyarse ante todo en los datos obtenidos de la evaluación del problema y especialmente en los datos relacionados con el análisis funcional del mismo, puesto que son estos datos los que indican que agentes causales de forma individual o una combinación de los mismos deberían ser modificados para mejorar la condición de la persona que presenta alguna disfunción sexual.

Aunque este paso de la planificación de la terapia, de acuerdo con los datos obtenidos específicamente del análisis funcional, es obligado al intervenir en el caso, en el tratamiento de los problemas sexuales cabe hablar de algunas estrategias o principios terapéuticos comunes a la mayoría de los mismos, sobre la

base de que en la génesis de los problemas sexuales se encuentran elementos, situaciones o procesos también comunes.

En relación con estos posibles principios o estrategias terapéuticas básicas en el tratamiento de los problemas sexuales, inspirados en el trabajo de Annon (1975,1976), los psicólogos Masters en sexualidad humana, José Antonio Carrobles y Ángeles Sanz Yaque de la Universidad Nacional de Educación a Distancia de España nos muestran en su obra Terapia Sexual (1990). Un sistema denominado EPITEX, de acuerdo con las iniciales de los distintos componentes terapéuticos que lo integran: Educación, Permiso, Indicaciones específicas y Terapia sexual propiamente dicha.

Este modelo general de intervención terapéutica que proponen Carrobles y Sanz en cierto modo constituyó un modelo igualmente general sobre la génesis y el mantenimiento de los problemas sexuales y comienza en orden de importancia:

En el sentido de sugerir que si bien la Educación (componente E) de los pacientes con estos problemas es prácticamente indispensable como parte del tratamiento de los mismos y ha de realizarse , además en primer lugar, la utilización de un modo mas específico o intensivo de las diversas técnicas que componen la denominada Terapia Sexual (componente TEX) y que suele constituir el ultimo nivel de intervención , solo es necesaria en un número mucho más reducido de los casos que acuden en busca de ayuda aquejados por Disfunciones Sexuales.

*** Educación (componente E)**

Por lo que respecta a los distintos componentes que forman el modelo general EPITEX de intervención terapéutica debe recordar que el primer componente, el de Educación (E), se refiere a la necesidad prácticamente general que los pacientes o personas con disfunciones sexuales tienen que superar o cubrir importantes lagunas informativas en relación con la respuesta sexual, las diferentes fases de este y los distintos elementos específicos que componen u ocurren en cada una de las respuesta sexual , junto a las principales anomalías, disfunciones o problemas asociados a las mismas.

El objetivo que se ha de conseguir en esta etapa educativa (E) del modelo general de intervención es de que las personas adquieran un nivel educado y suficiente de información sexual que les permita desenvolverse libre y apropiadamente en el ámbito sexual y superar las posibles limitaciones o trabas en el mismo si las hubiere, sirviendo esta intervención tanto para superar los problemas sexuales existentes como para prevenir la ocurrencia de los mismos según los casos y en el momento de la intervención.

*** Permiso (componente P)**

El segundo modelo es el denominado Permiso (P) para indicar que con frecuencia lo que las personas con problemas sexuales necesitan es simplemente que se desculpabilice (se les de permiso) para realizar las actividades sexuales que realiza

y solo constituye un problema en la medida en que el sujeto las vive como tales debido a los prejuicios o actitudes negativas adquiridas en torno a las mismas.

Una actitud como es sabido no es mas que un pensamiento, una idea o una creencia cargada emocionalmente y cuya existencia impulsa o motiva al sujeto a comportarse de una determinada manera sea esta positiva o negativamente el campo de la sexualidad es especialmente prolijo por lo que a la existencia de actitudes negativas se refiere, posiblemente por haber sido esta la actividad humana mas sometida a control en todas las sociedades y de todos los tiempos.

Son muchas y muy variadas las creencias erróneas asociadas a actitudes sexuales negativas que a su vez constituyen la base de multitud de problemas sexuales. Entre las principales de estas creencias mitos o falacias sexuales, como también suelen ser denominada , asociada característicamente a la existencia de problemas sexuales se encuentran las siguientes :

“ La virginidad de la mujer juega un papel de suma importancia en el éxito de un matrimonio” , “ La vida sexual de la mujer se interrumpe con la menopausia o la histerectomía “ , “la gratificación sexual de la mujer depende del tamaño del pene y el hombre con un pene grande tiene mayor potencia sexual que el que lo tiene mas pequeño” , “tanto el deseo como las habilidades sexuales pueden incrementarse mediante el uso de ciertos alimentos, drogas o aparatos mecánicos , conocidos

popularmente como afrodisíacos “ , etc., derivadas en buena medida de las respuestas por McCary (1983) , autor que ha abordado con cierta extensión este tema, desde una perspectiva individual como transcultural.

*** Indicaciones Especificas (componente I)**

Por lo que respecta al tercer componente del modelo, el denominado Indicaciones especificas (I), este refiere a un primer nivel de terapia sexual en el que la intervención por parte de el terapeuta se centra en la facilitación al sujeto o a la pareja de instrucciones o indicaciones referentes a conductas o actividades sexuales que pueden realizar para lograr la superación de sus problemas sexuales.

Entre estas indicaciones, por citar solo algún ejemplo cabe mencionar la sugerencia de un plan gradual de tareas o actividades sexuales en orden crecientes en de dificultad o acercamiento a las situaciones sexuales mas temidas o problemáticas para el sujeto , que suelen normalmente coincidir con las actividades del coito , con la doble finalidad de superar o reducir la ansiedad ante las relaciones sexuales, que acompañan habitualmente a la mayoría de los problemas o disfunciones sexuales y facilitar a los sujetos el reaprendizaje de una nueva relación sexual mas satisfactoria y adactiva.

En el mismo sentido operar muchas de las técnicas sexuales especificas encontradas a través de la investigación y la experiencia clínica y recomendadas para distintos problemas sexuales.

*** Terapia Sexual (componente TEX)**

EL último componente es el denominado Terapia Sexual (TEX) y alude a un segundo nivel de intervención terapéutica centrado específicamente en la terapia intensiva de problemas más complejos y con frecuencia no exclusivamente sexuales en cuanto su naturaleza si no de una condición mixta psico – sexual, aunque el motivo aparente de consulta suele ser típicamente a través de una disfunción o problema sexual.

En el mismo sentido se incluyó anteriormente en este capítulo aquellas dificultades sexuales relacionadas causalmente con problemas de miedo a la intimidad o de relaciones interpersonales entre los mismos; así como de fijaciones y de aprendizajes infantiles a nivel del modelado respecto de los padres que pueden dificultar el establecimiento de relaciones sexuales y afectivas de un individuo con otras personas en la edad adulta.

De igual modo también se suelen incluir el tratamiento de otros múltiples problemas psicológicos y en ocasiones orgánicos, relacionados con problemas sexuales como es el caso de la depresión, el alcoholismo, la ansiedad o la diabetes , por poner solo algunos ejemplos , problemas que reclaman una atención psicológica o medida previa a que los sujetos puedan ser considerados como objetivo de una terapia específicamente sexual.

Como se mencionó anteriormente, existen diversas aproximaciones a la terapia sexual y a la mayoría tiene varios elementos en común. Un modelo representativo, el modelo PILSETI (Annon ,1974), especifica cuatro niveles de terapia cada uno de los cuales proporciona tratamiento a un nivel cada vez mayor de profundidad. PILSETI es la abreviatura de estos cuatro niveles :

Permiso, Información Limitada, Sugerencias Específicas y Terapia Intensiva. En el primer nivel, el terapeuta tranquiliza a los pacientes explicándoles que son normales los pensamientos, las emociones, las fantasías, los deseos y los comportamientos que mejoran su satisfacción sexual y que no tienen consecuencias negativas potenciales.

Dar a los individuos y a las parejas permiso de que aprecien sus patrones y deseos singulares, sin compararlos con otros, a veces representan toda la ayuda que necesitan. Al mismo tiempo, a la gente que se le da permiso no para que se entregue a ciertos comportamientos si no para que los realice solo si opta por hacerlo.

En el segundo nivel, de información limitada, los terapeutas proporcionan a los pacientes información específica respecto de sus inquietudes sexuales. Los datos objetivos sobre preocupaciones por la sensibilidad del clítoris o los efectos del envejecimiento a los medicamentos en la respuesta sexual pueden aliviar la ansiedad y los problemas relacionados con la falta de conocimiento.

En tercer lugar, en el nivel de las sugerencias específica, se hallan las actividades y los ejercicios de “tareas”, por ejemplo técnicas de masturbación o aproximación sensorial que los terapeutas recomiendan a los pacientes para ayudarlos a lograr el objetivo. La mayor parte de estas aproximaciones conductuales se idearon para reducir la ansiedad, mejorar la comunicación que aumenten la excitación. ⁽⁴¹⁾

En algunos casos, las dificultades emocionales personales o los problemas en la relación pueden afectar la relación sexual de manera que estos tres primeros niveles de terapia no bastan para resolver las dificultades. En tales casos, puede ser necesaria una terapia intensiva, en la terapia orientada al Insight o Terapia Psicosexual, el terapeuta proporciona una interpretación y una reflexión para ayudar a los pacientes a que hagan conciencia y comprendan las emociones y los pensamientos inconscientes que contribuyen a las dificultades sexuales.⁽⁴²⁾ La comprensión obtenida en la Terapia Psicosexual a menudo descubre los patrones desarrollados durante la infancia.

⁽⁴¹⁾ McCarthy, 1995, Nuestra Sexualidad, México, 2000.

⁽⁴²⁾ Kaplan, 1974, Ibid

Como las relaciones íntimas adultas pueden verse influidas en muy alto grado por las primeras relaciones significativas con los padres, son a veces necesarios

la conciencia y la comprensión de estas primeras partes para resolver las dificultades sexuales.

La Terapia Sistémica, puede ser otro enfoque de la terapia intensiva.⁽⁴³⁾ En comparación de la psicoterapia sexual, la teoría sistémica se funda en el concepto de que los problemas identificados sirven a una función actual importante para la relación. Por ejemplo, una mujer con un Deseo Sexual Hipoactivo se hallaba en una relación que era tan estrecha que de manera inconsciente estaba respondiendo a una necesidad de mantener cierta distancia (Fish et al. ,1984). La terapia sexual posmoderna es la integración de la terapia sistémica y aproximaciones psicosexuales y conductuales.

Algunos terapeutas están incluyendo un nuevo e interesante método terapéutico en el tratamiento de trastornos y compulsiones sexuales, así como recuerdos súbitos de abuso sexual que se dan durante la actividad sexual. Esta técnica consiste en que el paciente piense en el problema y al mismo tiempo mueva los ojos de un lado a otro, siguiendo el movimiento de los dedos del terapeuta. La terapia DR-MOR (Desensibilización y Procesamiento del Movimiento Ocular Rápido) parece estimular un procesamiento rápido y útil de información y emocional en el cerebro,

⁽⁴³⁾ LoPiccolo, 1992, Nuestra Sexualidad, 2000

similar al que tiene lugar durante el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR) . “Durante el sueño MOR nuestros ojos se mueven de manera natural de un lado a otro, se ha demostrado que la DR-MOR resulta eficaz para aliviar síntomas persistentes que originaron traumas en el pasado, y los terapeutas están ampliando su aplicación a otros problemas, incluidas las dificultades sexuales.” ⁽⁴⁴⁾

El desarrollo sexual infantil de muchas personas es influido por un condicionamiento negativo, por actitudes restrictivas y por una falta de autoexploración, entre dos que puedan dificultar el gozo o el funcionamiento sexual posteriores. A menudo estas influencias pueden formar parte de determinadas tradiciones culturales de un subgrupo.

A menudo un mayor conocimiento propio es un caso importante en la modificación de las ideas y de los sentimientos preconcebidos. Con esto presente, se sintetizan en forma breve procedimientos para mejorar la conciencia y aceptación del propio cuerpo así como la comprensión de las disfunciones sexuales. Estos fundamentos pueden ser útiles también para las personas y parejas cuya vida sexual ya es satisfactoria.

⁽⁴⁴⁾ Shapiro, 1995, Zangwill, 1996.

*** Conciencia Personal :**

Las personas que se conocen así misma (sus sensaciones sexuales, sus necesidades y la forma en que responde su cuerpo), con frecuencia son más capaces de compartir esta valiosa información con la pareja que los que no son conscientes de sus necesidades y potencialidades sexuales la autoconciencia y la autoexpresión física y emocional son los elementos medulares en la satisfacción en las experiencias sexuales. En el libro "Women Who Love Sex". Gina Ogden descubrió un mensaje general en la historia de la mujer que entrevistó.

Llegó a la conclusión de una buena forma de aumentar la conciencia de nosotros mismos, así como la comodidad con la propia sexualidad, es que conozcamos bien nuestra anatomía sexual por una parte no es inusual que las mujeres manifiesten que nunca se han observado la vulva, y por otra si bien los hombres quizás estén mas hecho al habito de ver su cuerpo, muchos no se sienten a gusto con sus genitales se puede habituar con sus genitales si los mira y toca de manera que vaya creando una comodidad cada vez mayor con su cuerpo. Puede ayudar que se examine todas las áreas anatómicas, no sólo la región de los genitales.

Las exploraciones del propio cuerpo pueden motivar a que la mujer, en este caso, adopte el mismo método en la exploración y el examen del cuerpo de su pareja. El intercambio de información puede ser un inmenso valor para aumentar tanto la comodidad como el conocimiento y otro.

*** La Comunicación:**

En ocasiones resulta difícil hablar de manera constructiva de los problemas sexuales, pero también es necesario señalar lo importante que puede ser la comunicación para resolverlo. La comunicación por si misma tal vez no resuelva una dificultad sexual pues, hay una diversidad de problema que tiene un origen fisiológico.

Sin embargo la comunicación es un elemento muy importante, no solo para solucionar un problema específico, si no también para establecer y mantener una comprensión mutua, lo que hace una relación sea mas sólida. Es mas probable que las parejas que tienen una mejor comunicación antes de una terapia sexual aprovechen mejor el tratamiento que las parejas que no se comunican.⁽⁴⁵⁾

Mucha gente encuentra difícil hablar de los aspectos sexuales de su relación, para lograr comunicar las necesidades y las expectativas dificulta la resolución de problemas sexuales, e incluso puede que hasta contribuya a alguna dificultad.⁽⁴⁶⁾ Uno de los principales beneficios de la terapia sexual, si la meta inmediata es aprender a tener orgasmo con el compañero o a compartir casi cualquier otro problema, es que las parejas que participan juntas en el proceso de tratamiento a menudo desarrolla destreza de comunicación mas eficaces.

⁽⁴⁵⁾ Hawton, 1992, Nuestra Sexualidad, México, 2000

⁽⁴⁶⁾ McCabe y Delaney, 1992, Ibid.

No es sencillo desarrollar tales destrezas de comunicación. En su obra, el psicólogo David Schnarch apunta que “la intimidad durante el sexo no viene de manera natural, se trata de una habilidad aprendida y de un gusto adquirido”(1993, p. 44). En este marco de referencia, el erotismo de los adultos depende más de la madurez emocional de la técnica sexual.

Es necesario poder arriesgarse a iniciar un comportamiento sexual y tolerar la posibilidad de que la pareja tal vez no responda de manera positiva. Schnarch afirma que “la esencia de la intimidad sexual descansa en la capacidad de permitirse conocer a la pareja y que esta lo conozca a uno a fondo”. Reconoce que “verse el uno al otro durante el sexo, exige el valor, la integridad y la madurez para enfrentarse a uno mismo y, a un mas aterrador, transmitir ese ser a la pareja” (1993. P.43). Schnarch sugiere que las parejas mantengan el contacto visual cuando hacen el amor, y considera la capacidad de experimentar un órgano de “ojos abiertos” como indicador importante de que las partes han aprendido a tolerar un elevado grado de expresión personal e intimidad sexual.

*** Aproximación sensorial**

Es una de las más útiles actividades orientadas a la pareja para aumentar el placer sexual mutuo, consiste en una serie de ejercicio de contacto corporal.

Master y Johnson clasificaron esta técnica y la emplearon como un paso fundamental en el tratamiento de los problemas sexuales. Puede ser de ayuda para reducir la ansiedad ocasionada por la orientación a la meta y para aumentar la comunicación, el placer a la proximidad. En esta técnica no solo es adecuada para la terapia, si no que pueden emplearla las parejas para fortalecer su relación sexual. En los ejercicios de contacto en la aproximación sensorial, la pareja se turna en el contacto del otro mientras sigue ciertas directrices esenciales.

En cada caso las partes deben cambiar de papel de manera periódica. Para empezar, la persona que hará el contacto se toma su tiempo para mostrar la escena de manera que sea cómoda y placentera para ella misma; por ejemplo desconectando el teléfono y arreglando un lugar cálido y acogedor con música y luz relajadora. Luego, ambos se desnudan, quien toca comienza a explorar el cuerpo de su pareja, siguiendo la parte importante de que no esta ahí para tocar y complacer y excitar a su pareja, si no por su propio interés y gozo.

El objetivo es que quien toca se encuentra en su percepción de textura, formas y temperaturas. La cualidad no demandante de esta modalidad de contacto ayuda a reducir o eliminar la ansiedad de desempeño, que inhibe la excitación para ambas partes. La persona que recibe el contacto permanece en silencio salvo cuando

alguna de las manipulaciones resulta incomoda. En tal caso describe la sensación incomoda y lo que debe hacer la persona que toca para que sea mas agradable.

En el siguiente ejercicio de aproximación sensorial ambas partes cambian de papel y sigue las mismas pautas anteriores en estas primeras experiencias de acercamiento de los sentidos, están prohibidos el coito y el contacto de los senos y los genitales.

Solo después de que la pareja se ha concentrado en las percepciones de contacto y la comunicación de sensaciones desagradables pueden abarcarse los senos y los genitales como parte del ejercicio una vez más, quien toca explora su propio interés y placer no los de la pareja.

Así, luego de incluir a los genitales ambos avanzan a una experiencia de aproximación sensorial simultanea. Se tocan a un tiempo, entonces uno a otro y experimentan las sensaciones que ambos se provocan al tocarse, desde las dos perspectivas: tocar y ser tocado.

La aproximación sensorial es una excelente forma para aprender a responder eróticamente con todas las zonas corporales. También es buen ejercicio para conocer las regiones sensibles del cuerpo del compañero. En la terapia sexual de estos ejercicios por lo general proceden y forman las bases técnicas específicas para resolver las dificultades de excitación y orgásmicas.

Los párrafos siguientes pueden ser de utilidad para las mujeres de manera que aprendan a aumentar la excitación sexual y a alcanzar el orgasmo por ellas mismas o por el compañero. También comprenden sugerencias para tratar el vaginismo. Cuando los orígenes de estos problemas son complejos, la autoayuda puede no bastar para resolverlo.

*** Tratamiento Conductista**

Enfatizando la teoría conductista que el ser humano aprende como actuar ante un medio, algunas conductas especialmente los temores fabrican una mala actitud ante las relaciones sexuales pueden ser desaprendidas o extinguidas junto con una terapia de condicionamiento clínico anterior mente mencionado.

La técnica de Desensibilización Sistemática, trata la ansiedad, anunciando profunda relajación con visualizaciones exitosas de la situación que le produce estrés a la persona en este caso tener relaciones sexuales. A la paciente se le enseña a relajarse profundamente y en ese estado se le dice que se imagine que esta acercándose a la situación que le causa ansiedad. Cada vez que siente tensión, de inmediato se le indica interrumpir la imagen y volver al estado de relajación.

Al repetir varias veces la asociación la respuesta de relajación reemplaza a la anterior respuesta de ansiedad, primero la imagen y por ultimo el acontecimiento real. Dos procesos intervienen al mismo tiempo; la antigua respuesta desaparece poco a poco por que no es reforzada activamente mientras tanto la persona, aprende una nueva respuesta opuesta, mediante el proceso del condicionamiento clásico. Investigaciones han encontrado que la Desensibilización Sistemática ha

menudo en un tratamiento efectivo para una gama de temores incluidos el temor a tener relaciones sexuales⁽⁴⁷⁾.

*** Tratamiento Psicoanalítico:**

En el tratamiento aplicado a los trastornos sexuales para conseguir su solución. La psicoterapia, que es la curación a través de la palabra, es lo más aconsejable para cualquier trastorno sexual en personas jóvenes, de todas formas, siempre hay que hacer antes del comienzo del tratamiento una valoración de cada persona y hay que descartar trastornos orgánicos.

La psicoterapia es una técnica de exploración de la personalidad, fundamentada en la teoría psicoanalítica y tiene como finalidad el modificar la forma de enfrentarse a los problemas y transformar el sistema cerrado en abierto, para restablecer el equilibrio emocional.

Se utilizan las entrevistas personales paciente – terapeuta, con periodicidad generalmente semanal y es el espacio que se concede para verbalizar el cómo alguien se siente con su malestar. Se trabajan todas las situaciones vitales que sean malestar y acompañan al trastorno sexual.

El principio básico que tiene que aceptar tanto el paciente como el terapeuta, es que la expresión física de la tensión sexual es una función natural. Desde esta plataforma de acuerdo general, se pueden activar las técnicas terapéuticas diseñadas para contribuir a la remoción progresiva de los bloqueos que inhiben la respuesta sexual.

⁽⁴⁷⁾ O'Donahve & Krasner, Psychology Contexts of Behavior, U.S.A., 1996

Masters y Johnson, han encontrado que los temores del funcionamiento no pueden removerse simplemente por medio de la exhortación en su contra. Por esta causa, los terapeutas deben desde un principio establecer un rígido programa de recondicionamiento, cuyo primer paso es prohibir cualquier actividad sexual que no haya sido instigada bajo su dirección. Así comienza el proceso educativo reflexivo, diseñado para ayudar a la pareja a comprender sus temores, y después se les conduce gradualmente, mediante un proceso, hacia las involucraciones sexuales mutuas y placenteras.⁽⁴⁸⁾

*** Tratamiento del Deseo Sexual Hipoactivo:**

Muchos terapeutas consideran los problemas de deseo sexual como las dificultades de índole mas complejas de tratar pues exigen intervenciones multifacéticas para ayudar a las parejas a resolver otros problemas sexuales (Bass,1996). Estas comprenden (LoPiccolo y Friedman,1998):

- Estimular respuestas eróticas por autoestimulación y por medio de fantasías excitantes.
- Reducir la ansiedad con información apropiada y ejercicios de aproximación sensorial.
- Intercambiar experiencias sexuales mediante una mejor comunicación y mayores destrezas, tanto para iniciar la actividad sexual deseada como para rechazar la indeseada.

⁽⁴⁸⁾ <http://www.Cipaj.org/dosex8.htm>.

- Ampliar el repertorio de actividades afectivas y sexuales.

El apoyo terapéutico para dedicar mas tiempo a las actividades que disfrute la pareja y organizar las actividades del estilo de vida (no para dejar el sexo al final, ya cuando uno esta cansado) también puede resultar de utilidad. Es posible que el Deseo Sexual Hipoactivo exija una terapia mas intensa que problemas como la anorgasmia o el vaginismo, pero también dicha terapia tiene menos posibilidades de ser eficaz.⁽⁴⁹⁾ El objetivo es modificar en la persona su patrón de inhibición de impulsos eróticos. Para lograrlo, el terapeuta ayuda al paciente a que entienda la motivación subyacente por la cual suprime sensaciones sexuales y las razones de por que rechaza la intimidad sexual. La mayoría de los terapeutas combinan sugerencias de actividades especificas con una terapia de Insight que puede ayudar a que la persona entienda y resuelva conflictos inconscientes sobre el placer y la intimidad sexual. El Deseo Sexual Hipoactivo es a menudo un síntoma de problemas de relación no resueltos. En estas situaciones, la terapia se concentra en las interacciones de la pareja que contribuyen a la falta de deseo sexual. El terapeuta ayuda a que ambos resuelvan aspectos como el desequilibrio de poder (en que una de las partes tiene mas control en la relación), los temores de vulnerabilidad y proximidad, o las malas destrezas sexuales.⁽⁵⁰⁾

⁽⁴⁹⁾ Assalian, 1996, Nuestra Sexualidad, México, 2000.

⁽⁵⁰⁾ LoPiccolo y Friedman, 1988, Idem.

El terapeuta puede ayudar también a cada individuo, así como a la pareja en su conjunto, a que desarrolle un mejor equilibrio entre independencia (Lobitz y Lobitz,1996).

*** Tratamiento para el Trastorno de Aversión al Sexo:**

El tratamiento se centra específicamente en dos metas: reducir la respuesta de ansiedad de la paciente ante los contactos sexuales íntimos y volver a disfrutar las relaciones sexuales, logrando un grado de satisfacción suficiente como para permitir alcanzar el orgasmo.

El tratamiento para este trastorno es similar a como se tratan los miedos en modificación de conducta, recurriendo para ello a la técnica de la Desensibilización Sistemática.

En la aplicación de esta técnica se procede en primer lugar a elaborar una lista con las distintas situaciones de miedo experimentadas por la paciente, en orden creciente, atendiendo al nivel de ansiedad suscitado para las mismas.

Se entrena la paciente en relajación, siguiendo la técnica de relajación muscular progresiva, y posteriormente se aplica la técnica de la Desensibilización Sistemática propiamente dicha, haciendo imaginar al paciente escenas temidas mientras permanece en relajación.

Una vez desensibilizado cada ítem en imágenes, no produciendo ya ninguna ansiedad en la paciente al imaginar las diferentes escenas o situaciones, se

procede, dentro de las posibilidades del caso, a desensibilizar esas mismas situaciones en vivo, es decir que la paciente experimente realmente a través de la relación sexual con su pareja.

Para facilitar este enfrentamiento a las situaciones temidas se hace necesario llevar a cabo varias sesiones.

*** Tratamiento para el Trastorno de Excitación:**

Desde el punto de vista clínico, que un ginecólogo realice el examen médico para evaluar el estado hormonal y de esta manera descartar factores orgánicos. La terapia psicológica se centra, en la utilización de fantasías eróticas ante la aparición de la mínima activación sexual.

Se orienta al paciente a que a partir de un estímulo visual o una determinada imagen que la resulte atractiva (cierta escena cinematográfica, la visión de alguna parte del cuerpo de su pareja), y crear una historia con un contenido erótico para que la lleve a aumentar su activación fisiológica durante la interacción sexual.

Luego dicha excitación, es dejada progresivamente de apoyarse en fantasías o imágenes eróticas exclusivamente para pasar a hacerlo en base a la propia estimulación derivada de la misma actividad sexual. Para que a través de todo ello se logre el establecimiento de una relación circular entre excitación – estimulación – imágenes, aumentando de este modo el grado de placer y satisfacción en la relación sexual.

*** Tratamiento para el Trastorno del Orgasmo:**

A menudo se recomienda que las mujeres que nunca han experimentado el orgasmo aprendan la autoestimulación. Una ventaja de esta forma de estimulación es que una mujer sin pareja puede aprender a volverse orgasmica. Para la que cuenta con un compañero sexual, volverse orgasmica primero por medio de la masturbación puede ayudarla a desarrollar un sentido de autonomía sexual que aumentan las probabilidades de satisfacción con el compañero.

Los programas de terapia para tratar la anorgásmia se basan en actividades de conciencia personal que la mujer realice en casa entre una sección terapéutica y otra. El terapeuta tal vez presente las instrucciones paso a paso a un grupo pequeño de mujeres que deseen aprender a experimentar el orgasmo (estos mismos pasos se utilizan en la conserjería individual). Al principio del tratamiento se pone el acento en la exploración corporal y el autoexamen genital; luego, la terapia y los ejercicios caseros avanzan progresivamente hacia movimientos de auto estimulación.

En ocasiones se utilizan vibradores para ayudar que la mujer enorgasmica experimente el orgasmo por primera vez de manera que sepa que puede dar esta respuesta. Luego de que experimente algunos orgasmos con el aparato es útil que vuelva a estimularse manualmente de modo que aprenda a responder también de esta manera.

Este paso es importante pues resulta mas sencillo que el compañero reproduzca la estimulación manual de la mujer que la estimulación de un vibrador. Si bien algunas

mujeres que están bajo un tratamiento terapéutico puede llevarse bastante tiempo experimentar el orgasmo , los consejeros pueden facilitar el proceso a responder preguntas y proporcionar asistencia personal en las secciones de terapia , pueden ayudar también a una mujer a que trabaje en problemas mas generales que pudieran estar contribuyendo a la anorgásmia.

Una vez que la mujer que aprende a experimentar el orgasmo por estimulación, compartir sus descubrimientos con su compañero puede ayudar a que este conozca las formas de estimulación que son mas placenteras para ella. La actividad sexual de la mujer: iniciar lo que resulta excitante y hacer saber sus deseos eróticos es esencial para mejorar su experiencia sexual.

*** Tratamiento para la Dispareunia :**

La terapia es encaminada a enfrentar directamente el miedo a la penetración. Para ello, se procede lentamente, de modo gradual y controlando el paciente la situación, para que de esta manera se vuelva un ambiente relajado y controlado para ello, de forma que, bajo estas condiciones, se atreva a intentar la penetración.

Para facilitar esto se recomienda así mismo a la pareja la utilización de lubricantes y así obtener una penetración sin ninguna sensación de dolor. A partir de este momento se prosigue a desensibilizar sucesivamente los distintos componentes que suelen intervenir en la situación de coito, como el movimiento, la postura y el grado de control del mismo.

*** Tratamiento del vaginismo:**

El tratamiento del vaginismo por lo común comienza por un examen de la pelvis. En el que el médico le demuestra a la mujer o a la pareja el espasmo vaginal. La terapia subsiguiente arranca con los ejercicios de relajación y de conciencia personal, los cuales realiza la mujer en casa para lograr cierto grado de comodidad y control propio.⁽⁵¹⁾

Estos ejercicios por lo común empiezan con el baño relajador, una exploración del cuerpo y una complacencia manual de los genitales externos; luego se procede a tratar el vaginismo, para lo cual la mujer aprende a introducir primero la yema de un dedo, luego el dedo y finalmente tres dedos en su vagina sin que experimente contracciones musculares. En cada etapa, ella practica la relajación y contracción de los músculos vaginales. Conforme ella realiza estos ejercicios caseros, se reúne con el terapeuta para analizar sus reacciones.

⁽⁵¹⁾ Plan y RachBeisel, 1998, Nuestra Sexualidad, México, 2000

Una vez que la mujer da los pasos, su compañero puede empezar a participar juntos siguen las mismas etapas que ella experimentó sola, comenzando por un examen visual de la vulva, resulta esencial la comunicación abierta , pues el progreso es muy gradual. No se realiza ningún intento de penetración hasta que el hombre pueda introducir tres dedos sin inducir un espasmo muscular.

Cuando el pene se introduce en la vagina la mujer debe familiarizarse con las sensaciones asociadas con la contención vaginal del pene, de manera que la pareja permanece inmóvil.

Después ya ambas partes se sientan a gusto con la penetración, se suman los movimientos de la pelvis y la concentración en el placer. Las investigaciones sugieren que el vaginismo a veces puede ser difícil de tratar con éxito, en particular cuando la pareja nunca ha experimentado el coito.⁽⁵²⁾

⁽⁵²⁾ LoPiccolo, 1992, Nuestra Sexualidad, México, 2000.

2.7. Investigaciones sobre las Disfunciones Sexuales Femeninas en El Salvador:

El tema de las Disfunciones Sexuales Femeninas en El Salvador carece hasta la fecha de investigaciones propias, la información disponible se encuentra basada en estudios extranjeros. Algunos profesionales de la salud mental en nuestro país proporcionaron su opinión sobre el tema, tal es el caso de el Licenciado Danilo Reyes, Psicólogo clínico que presta sus servicios en el Hospital Psiquiátrico del Seguro Social; La Licenciada Gloria Guevara Pacheco, Psicóloga Clínica del Hospital Nacional de Maternidad y la Licenciada Ivett Camacho, Psicóloga del Hospital Nacional Rosales. Todos ellos se desempeñan dentro del área clínica y están en contacto con las pacientes solicitantes del servicio psicológico de estas instituciones.

Sus opiniones concuerdan en que las instituciones en que trabajan no tienen estadísticos de los casos atendidos por ellos y mucho menos se clasifica el motivo de consulta. En sus años de experiencia, afirman que no es común que el motivo de consulta de las pacientes sea de entrada un problema sexual, pero en algunos casos cuyo motivo de consulta es problemas de parejas, violación sexual o experiencias traumáticas en la infancia, a medida que transcurre el proceso terapéutico se descubre una disfunción sexual, entre las mas frecuentes reportadas por estas pacientes se encuentran la falta del deseo sexual.

En 1998, el Ministerio de Salud realizó la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-98), que es la séptima de una serie de encuestas que desde 1973 ha venido realizando la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), para estudiar las diferencias y las tendencias de la fecundidad y la prevalencia del uso de los anticonceptivos en El Salvador, incorporando a partir de 1985, importantes temas relacionados con la salud maternoinfantil. Los resultados de esta serie de encuestas permiten mantener una evaluación periódica del proceso de adopción de los servicios de salud reproductiva.

Es de hacer notar que estos estudios realizados en nuestro país, no enfocan problemas de tipo sexual, en este caso las disfunciones sexuales femeninas, más bien son dirigidas al ámbito de la reproducción y las diferentes medidas a tomar antes la maternidad, si más bien se menciona el abuso sexual en estos pero no conllevan un análisis minucioso a los efectos que este puede tener en las víctimas.

2.8 Marco conceptual

ANÁLISIS DESCRIPTIVO: Presentación de resultados obtenidos basándose en los criterios de frecuencia y porcentaje.

DESEO SEXUAL HIPOACTIVO: Trastorno del deseo sexual caracterizado por una ausencia de los deseos de actividad sexual.

DISFUCION ORGASMICAS FEMENINAS: Trastorno orgásmico que se caracteriza por una ausencia persistente del orgasmo después de una fase de excitación sexual normal.

DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS: Todas aquellas alteraciones de las respuestas sexuales en cualquiera de las fases que incluyen la relaciones sexual, y que no permite que sea placentera.

DISPAREUNIA: Todas aquellas molestias que padece una mujer durante el acto sexual, haciéndolo doloroso o dificultoso. Abarca la irritación vaginal hasta un profundo dolor.

ENFOQUE SOCIOCULTURAL: Generalmente estará basado en aspectos de tradiciones y patrones culturales que rigen una sociedad en especial.

ESTUDIO EXPLORATORIO: Estudio que tiene por fin investigar una situación determinada, sin la utilización de hipótesis.

FACTORES ORGANICOS : punto de vista de la perspectiva médica y que da explicaciones a ciertos aspectos basándose en diagnósticos que contienen sintomatología orgánica.

PERSPECTIVA PSICOANALITICA: Basa su teoría en situaciones específicas de etapas de la vida del ser humano, estableciendo relación entre hechos actuales y experiencias vividas.

PERSPECTIVA CONDUCTISTA: Sostiene que el origen de la naturaleza de cada individuo esta determinado grandemente por su aprendizaje o influencia de su medio.

PERSPECTIVA GESTALTICA: Teoría que considera al ser humano y sus respuestas como una totalidad.

REACCIONES PSICOLOGICAS: Todas aquellas relaciones que no tienen una base orgánica, y que suelen presentarse en la mujer impidiendo o dificultando una relación sexual.

SEXUALIDAD NORMAL: Sistema de múltiples niveles que van desde lo físico hasta lo cultura y cuya función diversa esta dirigida a dos fines que son la reproducción y el placer.

TRASTORNO POR AVERSION AL SEXO: Trastorno del deseo sexual caracterizado por una evitación activa del contacto sexual genital con la pareja.

TRASTORNO DE LA EXITACION SEXUAL: (En la mujer) Se caracteriza por una incapacidad persistente para obtener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la determinación de la actividad sexual.

TRASTORNO DEL ORGASMO: Se presenta cuando la mujer no puede conseguir el orgasmo en una relación sexual, puede ser que se presente siempre o solo con una persona en particular.

VAGINISMO: Trastorno sexual por dolor que impedirá la relación sexual debido a las contracciones de los músculos de la vagina.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El carácter científico que rige la presente investigación es de tipo exploratorio (no experimental), ya que no se trabajó con hipótesis, se sustentó en el análisis transversal descriptivo, por lo que los datos de la población se recolectaron en un período de tiempo específico comprendido entre los meses de febrero y marzo del año 2001.

3.2 METODO:

EL método que se utilizó en el presente estudio fue el método inductivo, lo que permite realizar una presentación de la información obtenida de la población femenina, estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador, inscritas en el ciclo 01-2001.

3.3 POBLACION Y MUESTRA.

3.3.1. POBLACIÓN:

La población objeto de estudio estuvo conformada por 276 estudiantes femeninas de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador inscritas en el ciclo 01-2001 (dato proporcionado por la Administración Académica de la Universidad Tecnológica de El Salvador), de la cual se seleccionó una muestra con las siguientes características:

- Mujeres sexualmente activas o que han tenido alguna experiencia sexual.
- Estudiantes activas de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador.
- Que su edad oscile entre los 18 a 45 años de edad.

No se consideraron las variables siguientes: condición socioeconómica , religión, nivel alcanzado de la carrera y procedencia, ya que no forman parte de nuestro objeto de estudio.

3.3.2 MUESTRA:

La forma de muestreo escogido es de tipo accidental, ya que los sujetos de estudio extraídos de la población fueron los únicos accesibles y dispuestos a colaborar, por lo tanto este tipo de muestreo pertenece al grupo de las muestras no probabilísticas en vista que no se utilizó ningún elemento de azar en la elección de las unidades de análisis (sujetos).

Con esta técnica se obtuvo un total de 168 encuestas, los cuales luego de valorar si reunían las características establecidas (criterios de exclusión) y si habían llenado la encuesta completa y correctamente, se redujo a 106 mujeres que sí cumplían con los requisitos propuestos por el equipo de investigación.

Es de hacer notar que el mayor número de encuestas rechazadas fueron de los primeros años de la carrera, pues presentaron bastante resistencia al brindar la información así mismo manifestaron que no sentían estar relacionadas con el tema de investigación.

A continuación se presenta el cuadro que detalla el número de la muestra obtenida:

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

NIVEL	ENCUESTADAS	ACEPTADAS
1er Año	42	23
2do Año	52	25
3er Año	27	21
4to Año	21	20
5to Año	26	20
Total Población	168	106

3.3 TECNICA E INSTRUMENTO.

3.4.1 TECNICA:

Para la realización de la investigación de campo se hizo uso de la siguiente técnica.

- **ENCUESTA DIAGNOSTICA (anexo 5)**

Con el fin de recolectar información que describa aspectos contenidos en la variable.

3.4.2 INSTRUMENTO :

Consistió en una encuesta diagnóstica diseñada por el grupo investigador, que contiene preguntas cerradas, abiertas y de múltiples alternativas, aparte de obtener información sobre datos generales de las encuestadas (estado civil, edad, nivel académico, ocupación y religión).

Dicho instrumento se encuentra estructurado en seis factores, los cuales se fundamentan en las teorías mencionadas en capítulos anteriores así como los criterios establecidos por el DSM – IV, los cuales se detallan a continuación:

- **I FACTOR SOCIOCULTURAL:** recolecta información sobre sus conocimientos respecto a la sexualidad e influencias socioculturales (items 1-4).
- **II FACTOR VIDA SEXUAL:** explora sus experiencias sexuales pasadas y presentes (items 5-9).

- **III FACTOR ORGANICO:** explora su estado de salud y consumo de sustancias y como afecta esto en su vida sexual (items 10-13.1).
- **IV FACTOR EMOCIONAL:** explora el tema de problemas de pareja, familiares, laborales, etc., situaciones de violencia, cambios emocionales y como esto afecta la vida sexual de la encuestada y si ha recibido algún tipo de atención psicológica (items 14 - 17).
- **V FACTOR AUTOIMAGEN:** explora cómo la encuestada se percibe a sí misma y como cree ella que la percibe su pareja (items 18 – 19.1)
- **VI DISFUNCIONES SEXUALES:*** preguntas relacionadas con indicadores de las Disfunciones Sexuales en estudio (items 20 – 35).

Todos estos datos han sido obtenidos de manera colectiva y expresados de forma escrita y sin límite de tiempo (aunque en promedio se tardaron 15 minutos).

*American Psychiatric Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM – IV, editorial Masson, S.A. España, 1995.

Para obtener datos confiables en el presente estudio la encuesta diagnóstica se sometió a las siguientes técnicas:

- JUICIO DE EXPERTO (anexo 6) esta técnica ayudó a validar el instrumento el cual se sometió a la aprobación y/o observaciones de Psicólogos con conocimiento y experiencia en evaluación y tratamiento de mujeres que presentan Disfunciones Sexuales.
- PRUEBA PILOTO: aplicada a doce estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador, para saber si las instrucciones de la encuesta eran comprendidas, así como el contenido de las misma.

3.5 PROCEDIMIENTO:

Los pasos metodológicos específicos que se utilizaron para realizar la investigación de campo se plantean a continuación:

- Elaboración de la Encuesta Diagnóstica
- Validación a través de juicios de expertos y prueba piloto de la encuesta.
- Contacto con Administración Académica de la Universidad Tecnológica para obtener datos de la población femenina estudiante de la Carrera de Psicología inscrita en el ciclo 01- 2001.
- Contacto con catedráticos de las secciones a que pertenecían las estudiantes, se seleccionó una asignatura como representativa de cada nivel o ciclo académico.

- Contacto con las estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador.
- Aplicación de la encuesta a las estudiantes.
- Revisión de las encuestas para seleccionar las que cumplen con los requisitos establecidos.
- Tabulación de resultados, luego de la aplicación del instrumento y al contar con todas las pruebas se procedió a hacer la interpretación de los datos.
- Interpretación y análisis de resultados: para el análisis cuantitativo se hizo uso del estadístico porcentual descriptivo (en frecuencias y porcentajes) sintetizando el consolidado de las respuestas abiertas. En el análisis cualitativo se hace una interpretación de los resultados obtenidos.
- Originalmente el instrumento sería aplicado en forma colectiva dentro de las aulas de clases de las materias seleccionadas, al iniciar el ciclo 01-2001, pero debido a la emergencia nacional ocasionada por los terremotos de 13 de enero y del 13 de febrero respectivamente, la Universidad Tecnológica suspendió clases hasta nuevo aviso para seguridad de los estudiantes, esta disposición retrasó la aplicación de la encuesta hasta finales del mes de febrero del año en curso. A partir de dicho período los catedráticos estarían entregando a sus alumnos guías de estudio, proceso que se aprovechó para pasar algunas encuestas de manera individual.

Este procedimiento resultó incómodo tanto para los estudiantes como para el equipo investigador, debido a la aglomeración de estudiantes que se presentaba afuera de las aulas. A pesar de ello, se logró obtener información de 64 estudiantes, de las cuales 42 fueron consideradas válidas para los objetivos de la investigación.

Se continuó con la recolección de información al reanudarse las labores académicas a partir de la primera semana de marzo de 2001, se solicitó nuevamente la colaboración de los catedráticos de cada asignatura seleccionada para poder aplicar la encuesta a las estudiantes; por la naturaleza de dicha encuesta se les pidió a los estudiantes del sexo masculino que abandonaran el aula , luego se procedió a dar las respectivas indicaciones pertinentes no tomándose en cuenta a las alumnas que ya habían colaborado en la primera fase de recolección.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Presentación y Análisis de Resultado:

Se presentan a continuación los resultados obtenidos en la encuesta diagnóstica aplicada a las estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador.

Su objetividad está sujeta a la veracidad con la cual respondieron cada una de las mujeres encuestada.

4.1.1 Análisis Cuantitativo:

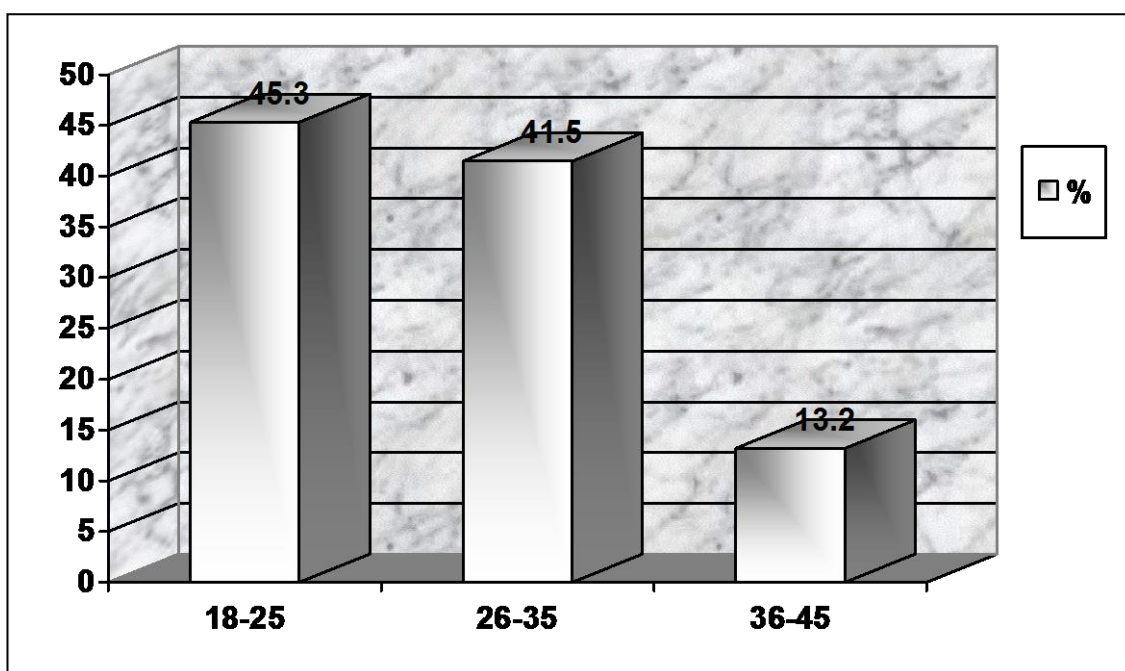
Se tomó en cuenta el análisis porcentual porque responde a la naturaleza de la investigación y por ser de fácil interpretación para el lector.

Los siguientes cuadros y gráficos muestran los resultados encontrados en la investigación de campo.

4.1.2 Tabulación de Items de Encuesta

- Datos generales:

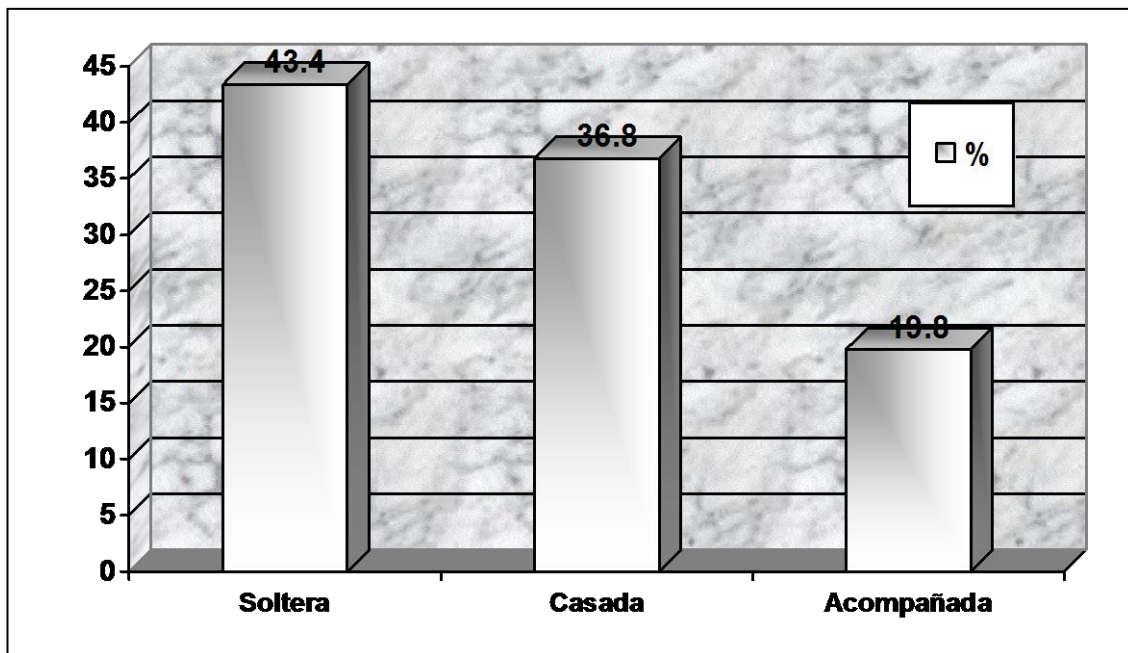
Edad	Frecuencia	%
18-25	48	45.3
26-35	44	41.5
36-45	14	13.2
Total	106	100



Se registró que la mayoría de estudiantes encuestadas tienen entre 18 y 25 años de edad con un porcentaje de 45.3%, seguido de 26 a 35 años de edad con un porcentaje del 41.5%, y las de 36 a 45 con un porcentaje del 13.2%.

- Estado Civil

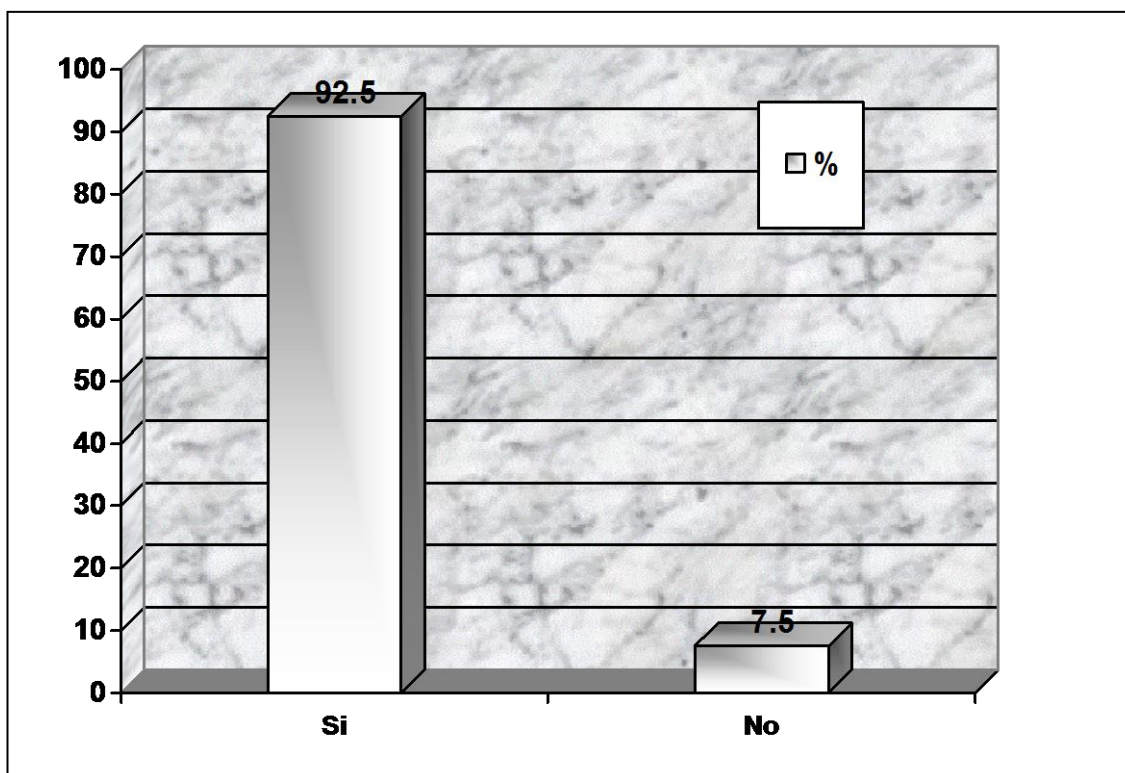
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltera	46	43.4
Casada	39	36.8
Acompañada	21	19.8
Total	106	100



Se observó que el 43.4%, pertenece a mujeres solteras, el 36.8%, a mujeres casadas y el 19.8%, a mujeres acompañadas. No se registraron mujeres divorciadas y viudas.

- ¿Tiene pareja actualmente?

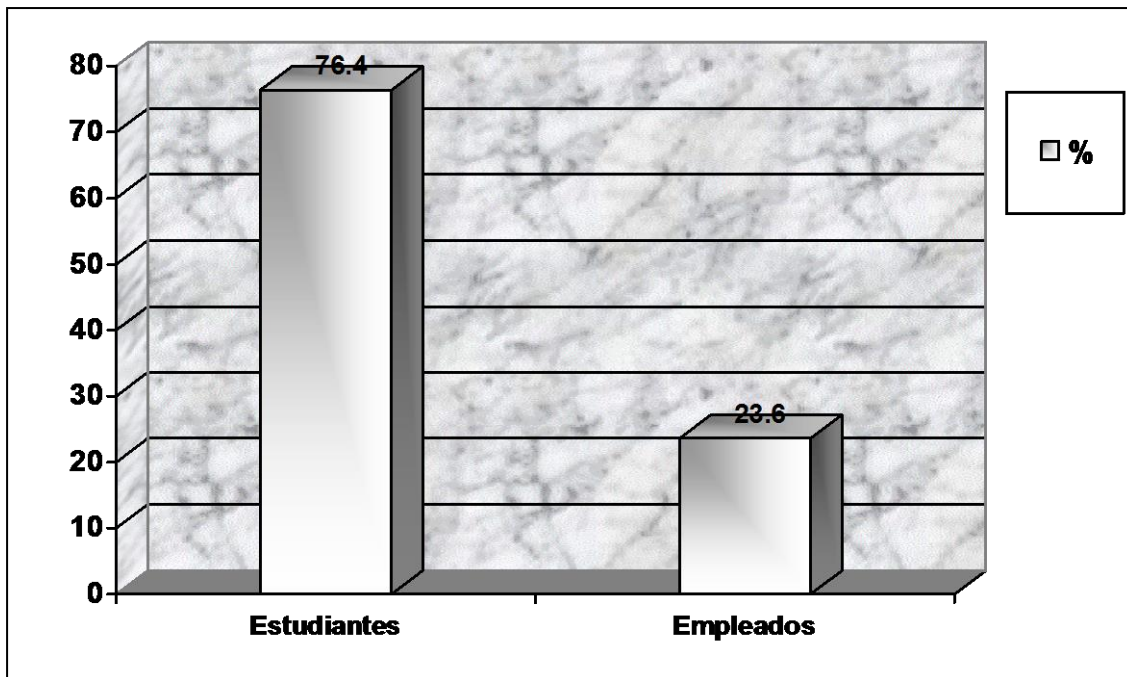
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	98	92.5
No	8	7.5
Total	106	100



El 92.5%, respondió que si tiene pareja actualmente y el 7.5%, no tiene pareja.

- Ocupación:

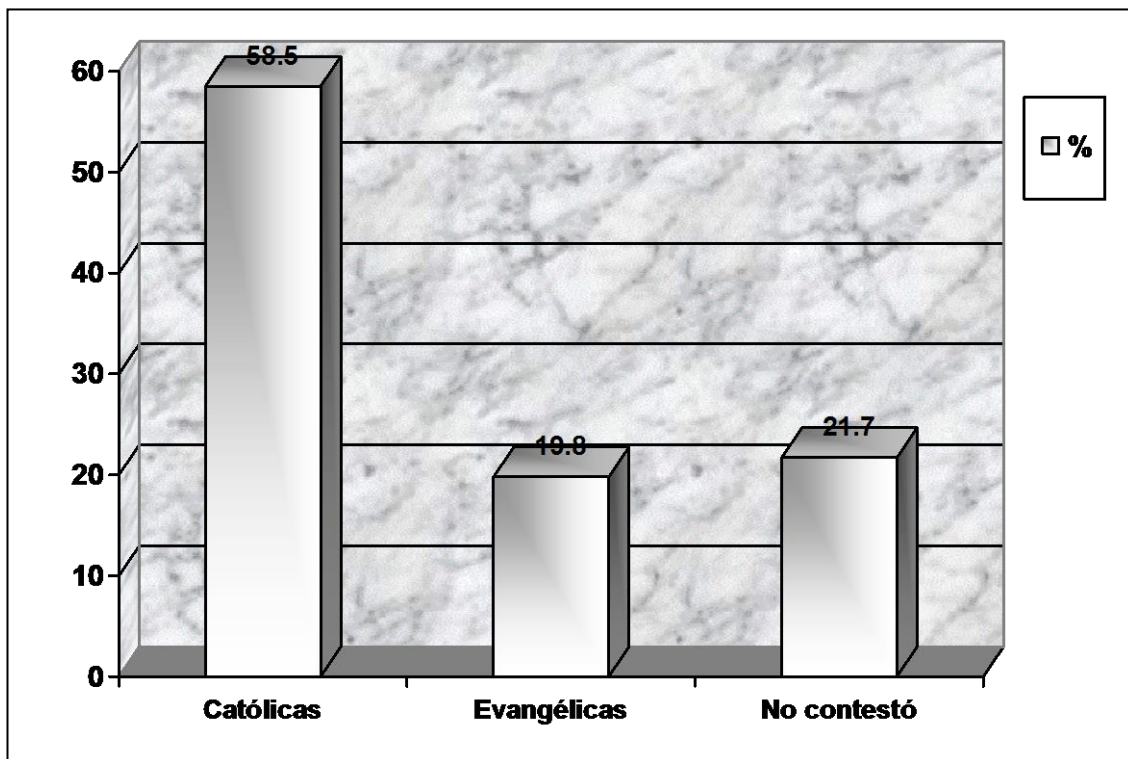
OCUPACION	FRECUENCIA	%
Estudiantes	81	76.4
Empleados	25	23.6
Total	106	100



El 76.4% pertenece a sólo estudiantes y el 23.6% además de ser estudiantes trabajan.

- Religión.

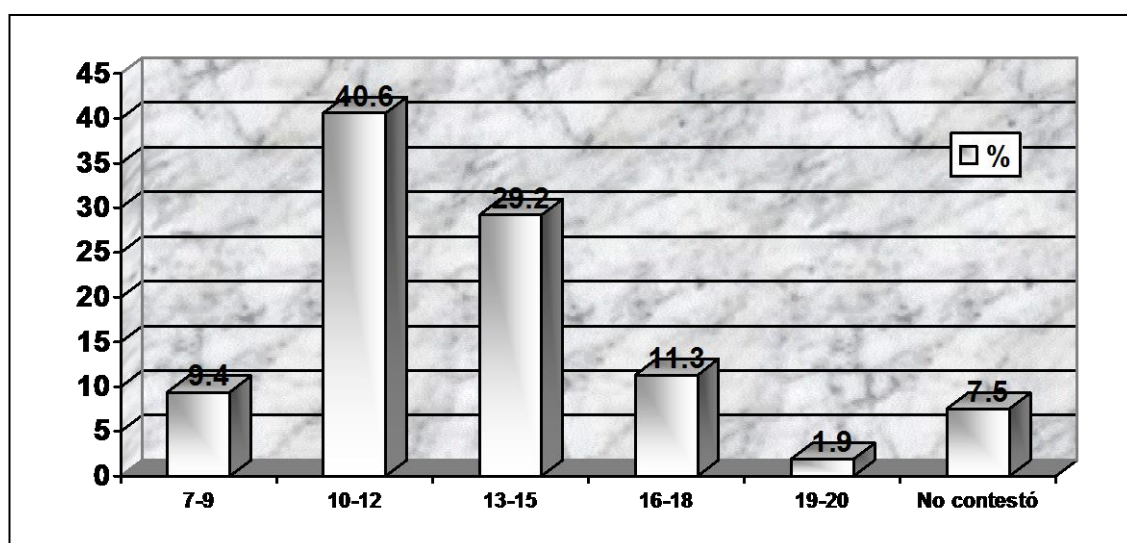
RELIGION	FRECUENCIA	%
Católicas	62	58.5
Evangélicas	21	19.8
No contestó	23	21.7
Total	106	100



El 58.5% contestaron ser católicas, el 19.8 % son evangélicas y el 21.7% no contestó.

1. ¿A que edad tuvo sus primeros conocimientos sobre sexualidad?

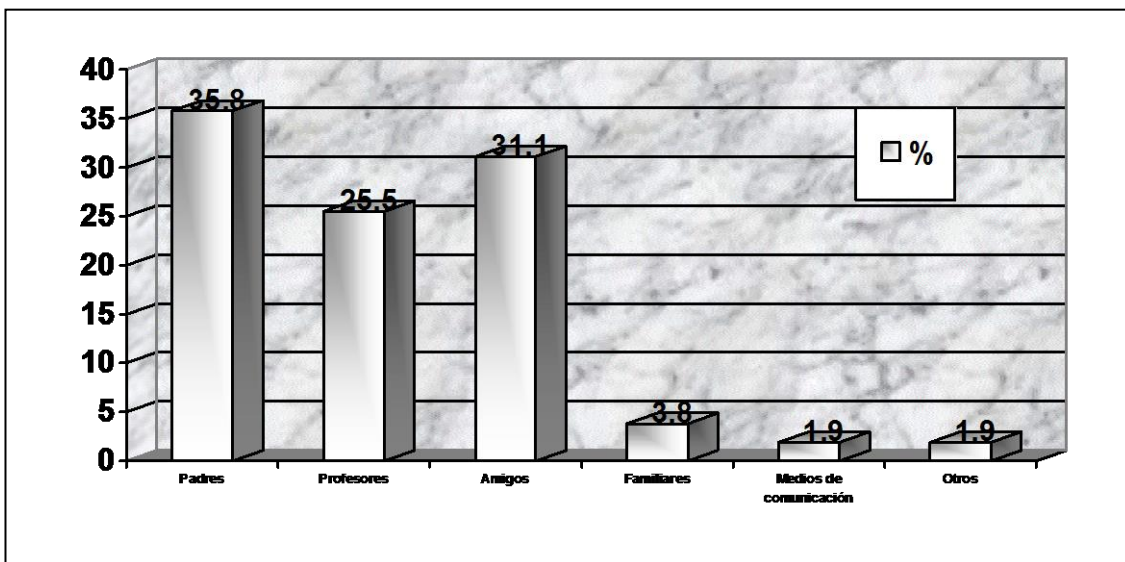
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
7-9	10	9.4
10-12	43	40.6
13-15	31	29.2
16-18	12	11.3
19-20	2	1.9
No contestó	8	7.5
Total	106	100



Se encontró que el 40.6% de las estudiantes recibieron sus primeros conocimientos sobre sexualidad entre los 10 y 12 años de edad, mientras que el 29.2% la recibieron entre los 13 y 15 años de edad.

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Padres	38	35.8
Profesores	27	25.5
Amigos	33	31.1
Familiares	4	3.8
Medios de comunicación	2	1.9
Otros	2	1.9
Total	106	100

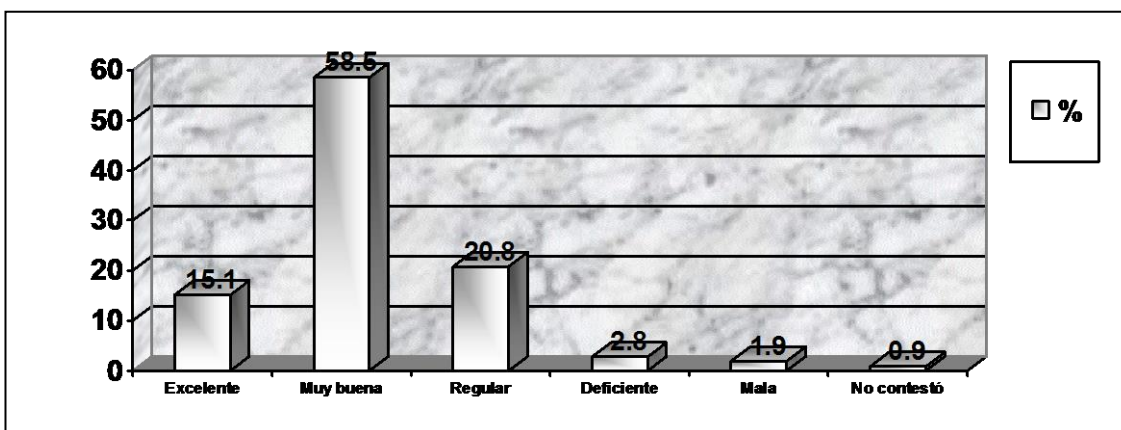
1.1 ¿Por quienes?



El 35.8% afirmó que sus primeros conocimientos sobre sexualidad les fueron impartidos por sus padres, el 31.1% parte de amigos y el 25.5% por profesores.

2. Considera que su educación sexual es:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Excelente	16	15.1
Muy buena	62	58.5
Regular	22	20.8
Deficiente	3	2.8
Mala	2	1.9
No contestó	1	0.9
Total	106	100



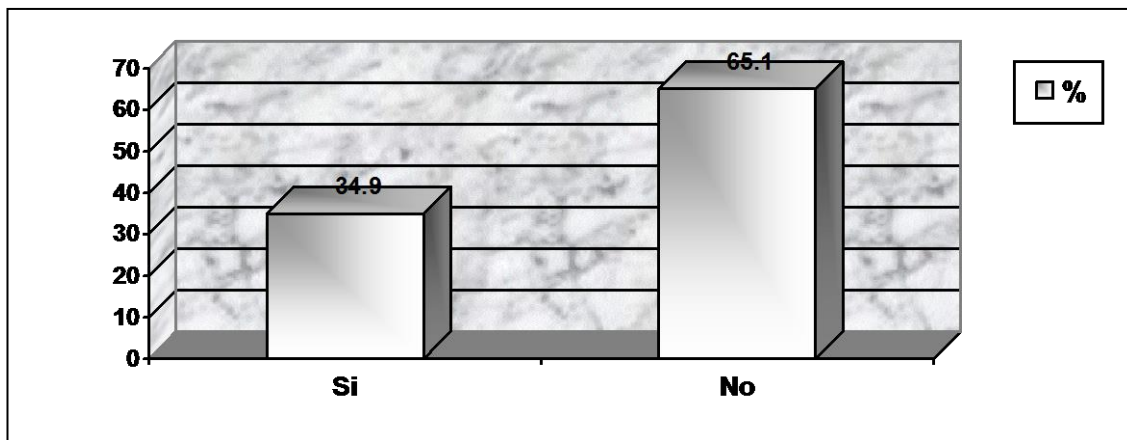
-Explique:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Prevención de enfermedades sexuales y embarazo.	1	0.9
-Falta de educación y falta de educación temprana.	7	6.6
-Tiene conocimientos sobre sexualidad	4	3.8
-La educó su familia	1	0.9
-Tiene sus propios puntos de vista	1	0.9
-No respondieron	92	86.9
Total	106	100

El 58.5% de las encuestadas afirman que su educación sexual es muy buena, ya que algunas mencionaron que se mantenían informadas sobre la sexualidad a través de lecturas de libros, artículos de revistas e Internet, en cuanto que el 20.8% la considera regular, esto lo atribuyen al hecho que aun tienen muchas interrogantes sobre sexualidad pero no se preocupan por informarse sobre ello, un 15.1% la califica de excelente.

3. ¿Considera que sus creencias religiosas influyen en sus puntos de vista sobre la sexualidad?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	37	34.9
No	69	65.1
Total	106	100



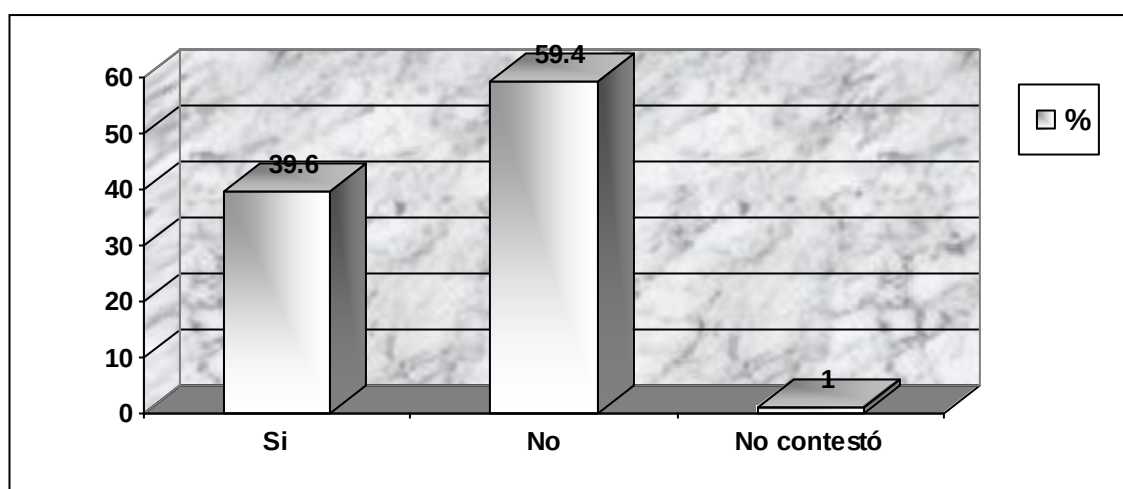
- Explique:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Cada uno tiene sus juicios.	33	31.1
-La Biblia te instruye.	5	4.7
-Influye en la conciencia/ es pecado.	15	14.2
-Es una decisión de pareja.	1	0.9
-Da valores sobre virginidad.	2	1.9
-No respondieron.	50	47.2
Total	106	100

El 65.1% de las estudiantes consideran que sus creencias religiosas no influyen en sus puntos de vistas sobre la sexualidad, algunas opinan que poseen una mentalidad abierta sobre la sexualidad, el 34.9% consideran que sus creencias religiosas sí influyen, algunas opinan que tienen influencia negativa en su sexualidad por que la religión les genera sentimiento de culpa al momento de tener relaciones sexuales por que les han enseñado que el sexo es pecado y por que la Biblia no enseña a las personas lo que hay que hacer al momento de tener relaciones sexuales.

4. ¿.Considera que la información obtenida a través de los medios de comunicación influyen en sus puntos de vista sobre sexualidad?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	42	39.6
No	63	59.4
No contestó	1	1
Total	106	100



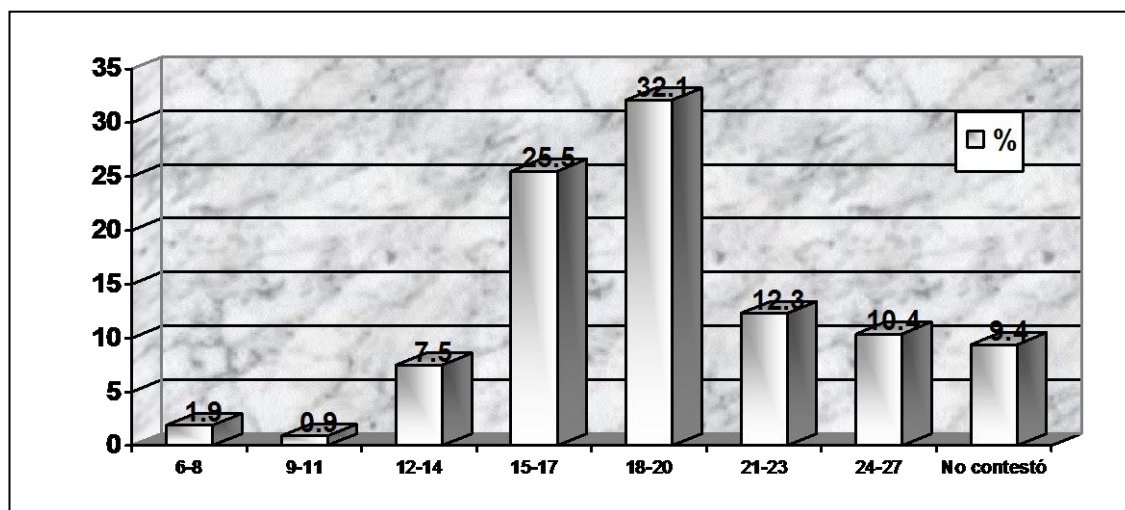
-Explique:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-No influye	15	14.2
-Si influye ya que es mala e inadecuada.	2	1.9
-Ayuda a conocer.	8	7.5
-Sensacionalista y distorsiona la información.	12	11.3
-Desvalorizan a la mujer.	11	10.4
-No respondieron.	58	54.7
Total	106	100

El 59.4% considera que la información sobre sexualidad que brindan los medios de información no influyen en sus puntos de vista sobre sexualidad, mientras que el 39.6% considera que sí, influye ya sea positivamente: porque estos proporcionan más conocimientos y se llega a tomar más conciencia sobre la sexualidad; como negativamente, porque distorsionan la imagen de la mujer según la opinión de algunas encuestadas, el 1% no contestó la pregunta.

5- ¿A que edad fue su primera experiencia sexual?

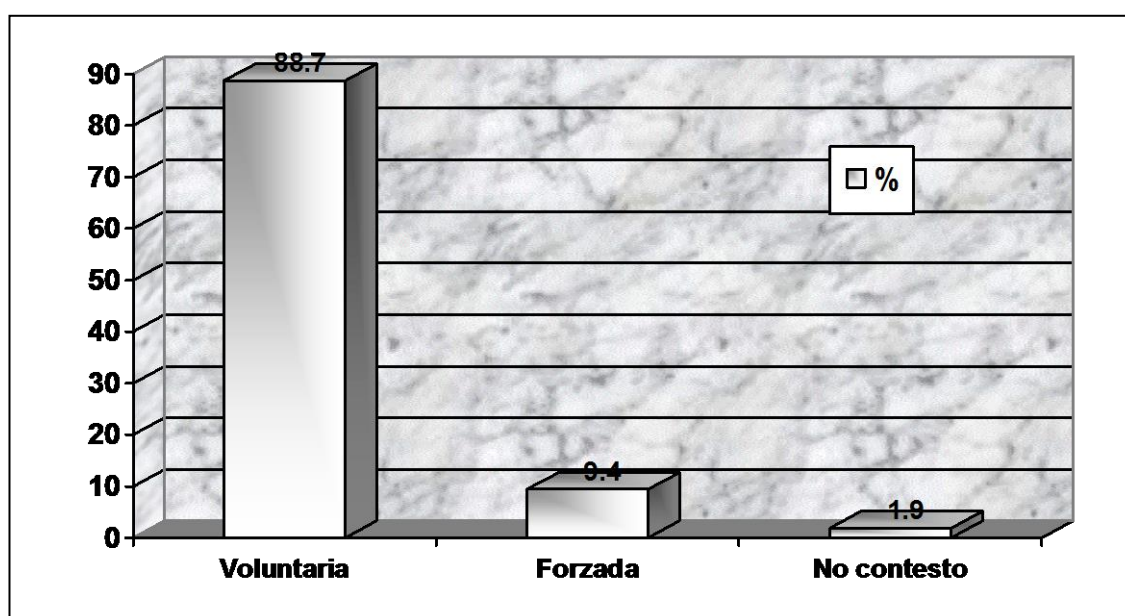
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
6-8	2	1.9
9-11	1	0.9
12-14	8	7.5
15-17	27	25.5
18-20	34	32.1
21-23	13	12.3
24-27	11	10.4
No contestó	10	9.4
Total	106	100



El 32.1% expresó que su primera experiencia sexual ocurrió entre los 18 y 20 años de edad. El 25.5% se localizó entre las edades de 15 a 17 años y un 12.3% entre los 21 y 23 años de edad.

5.1 ¿Dicha experiencia fue?

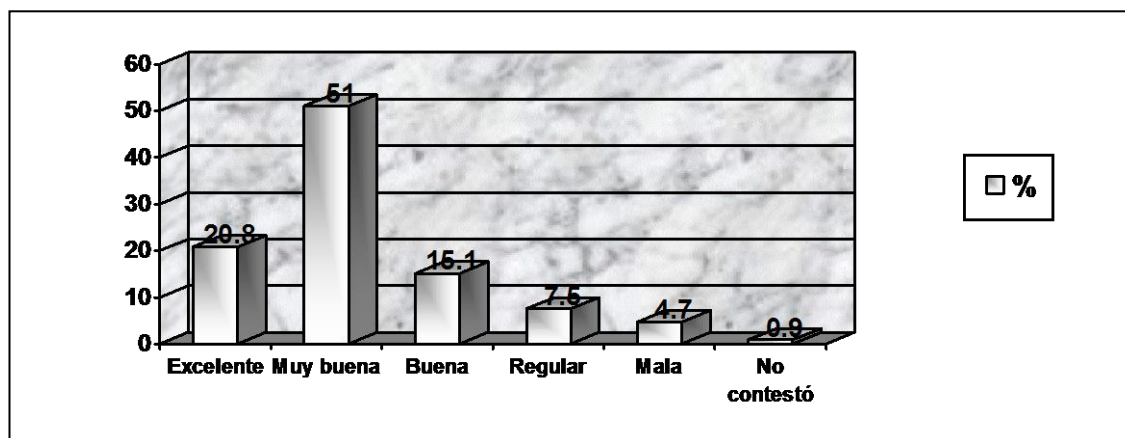
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Voluntaria	94	88.7
Forzada	10	9.4
No contesto	2	1.9
Total	106	100



El 88.7% expresaron, que su primera experiencia sexual fue voluntaria, mientras que sólo un 9.4%, opinaron que su primera experiencia sexual fue forzada.

6. Considera que su relación interpersonal de pareja es:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Excelente	22	20.8
Muy buena	54	51
Buena	16	15.1
Regular	8	7.5
Mala	5	4.7
No contestó	1	0.9
Total	106	100



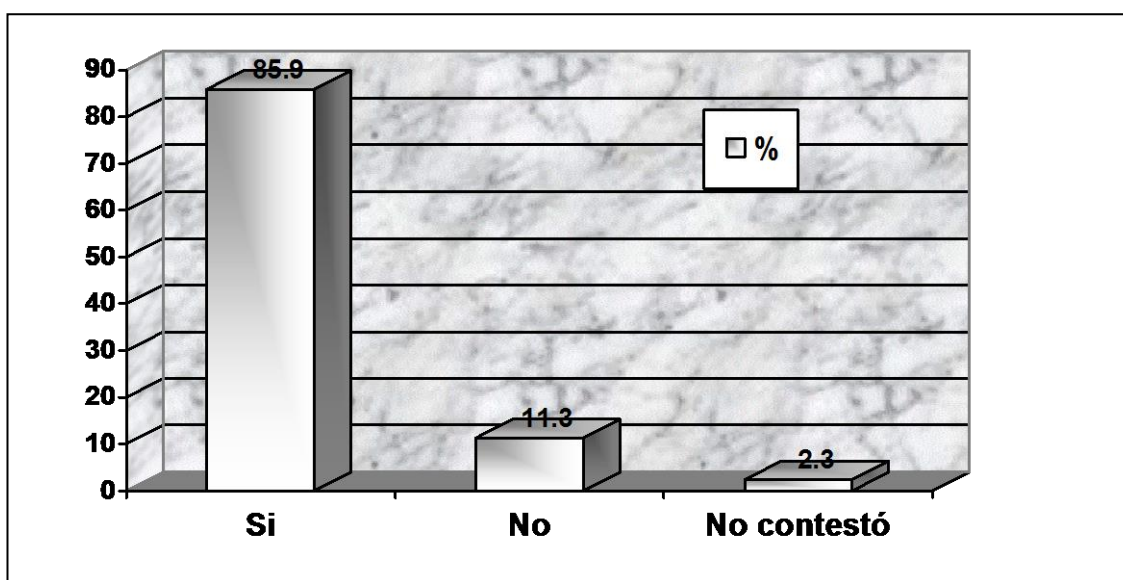
-Explique:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Se llevan más o menos.	3	2.8
- Hay comunicación y comprensión.	12	11.3
-Es feliz, está bien.	3	2.8
-hay respeto y armonía.	5	4.7
-Falta madurez.	1	0.9
-No respondieron.	82	77.4
Total	106	100

El 51.0% describen su relación de pareja como muy buena, ya que algunas consideran que tienen adecuada comunicación con su pareja, un 20.8% excelente, ya que se consideran muy felices en su relación de pareja, el 15.1% la consideran como buena.

7. ¿Tiene relaciones sexuales con su pareja?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	91	85.9
No	12	11.3
No contestó	3	2.3
Total	106	100



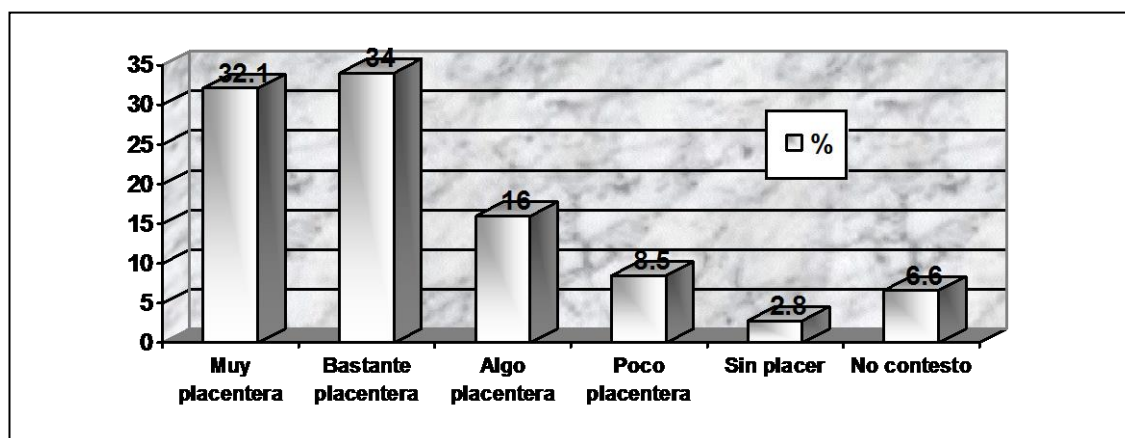
-Si contestó, NO, explique porqué:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-No tiene pareja.	5	4.7
-No respondieron.	101	95.3
Total	106	100

El 85.9% contestó que sí tiene relaciones sexuales con su pareja mientras que el 11.3% respondieron que no tienen relaciones sexuales con su pareja, algunas contestaron que sus esposos se encontraban enfermos o estaban fuera del país y el 2.3% no contestó.

8. ¿Cuán placentera es su vida sexual actualmente?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Muy placentera	34	32.1
Bastante placentera	36	34
Algo placentera	17	16
Poco placentera	9	8.5
Sin placer	3	2.8
No contestó	7	6.6
Total	106	100

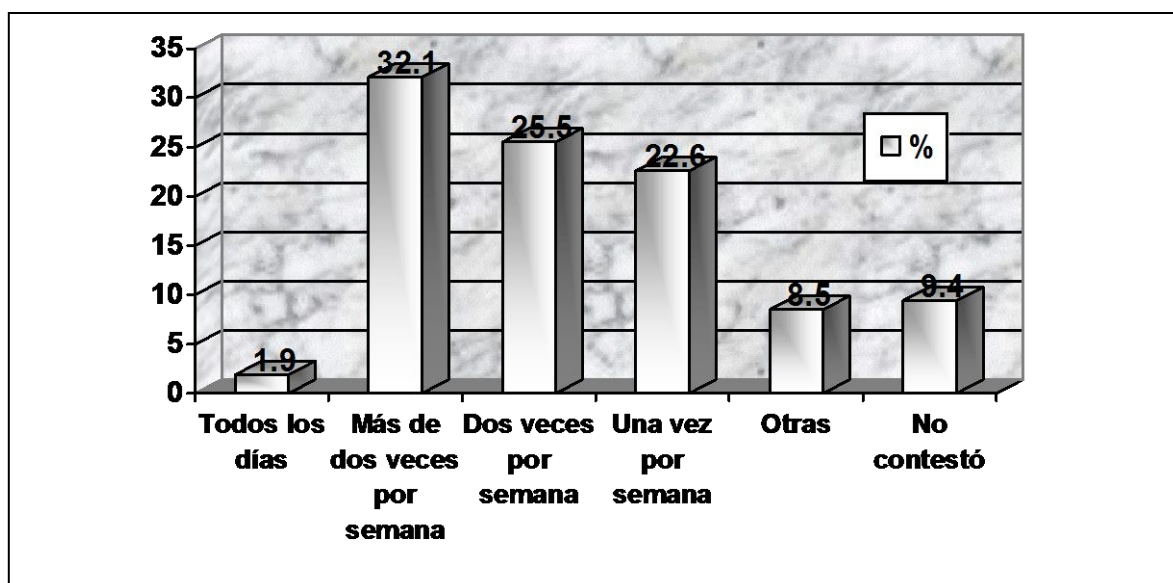


ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Hay comunicación.	5	4.7
-Están bien.	6	5.7
-No se sienten bien.	3	2.8
-No respondieron.	92	86.8
Total	106	100

El 34.0% considera que su vida sexual es bastante placentera, algunas expresaron con la forma en que su pareja las trataba al tener relaciones sexuales, el 32.1% la califica como muy placentera, ya que algunas aseguraron además de sentirse satisfechas, existe una gran confianza con la pareja y pueden mejorar lo que no anda bien en la sexualidad.

9. ¿Con que frecuencia tiene relaciones sexuales?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Todos los días	2	1.9
Más de dos veces por semana	34	32.1
Dos veces por semana	27	25.5
Una vez por semana	24	22.6
Otras	9	8.5
No contestó	10	9.4
Total	106	100



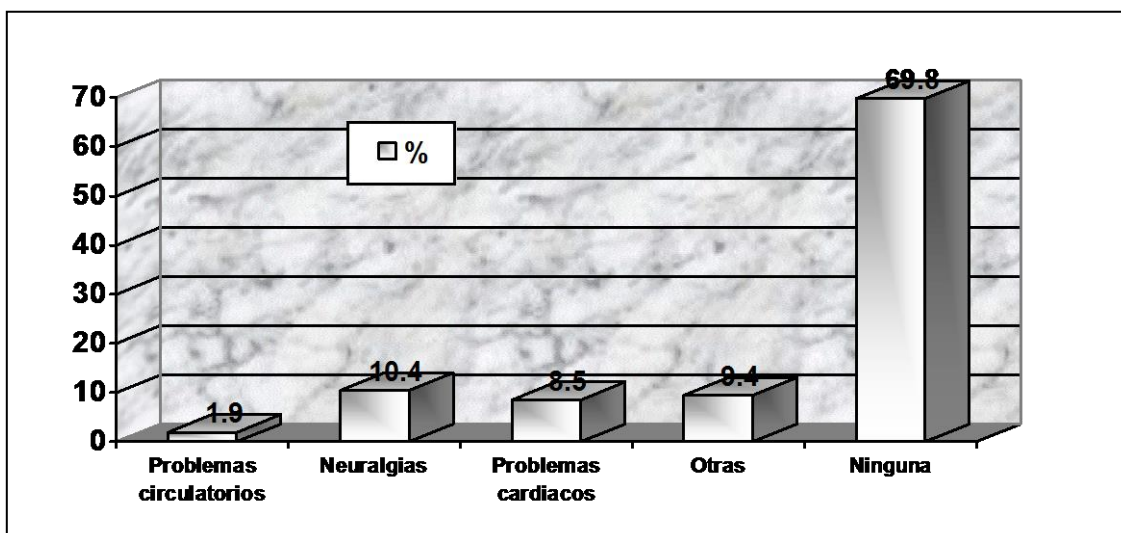
-Otras (especifique):

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Quince días.	3	2.8
-Sólo lo hizo una vez	1	0.9
-Una vez al mes.	1	0.9
-No respondieron.	101	95.3
Total	106	100

El 32.1% de las estudiantes encuestadas contestó tener relaciones sexuales con su pareja más de dos veces por semana, el 25.5% respondió tener relaciones sexuales dos veces por semana y un 22.6% manifestó que únicamente tiene relaciones sexuales una vez por semana.

10. ¿Padece alguna de estas enfermedades?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Problemas circulatorios	2	1.9
Neuralgias	11	10.4
Problemas cardiacos	9	8.5
Otras	10	9.4
Ninguna	74	69.8
Total	106	100



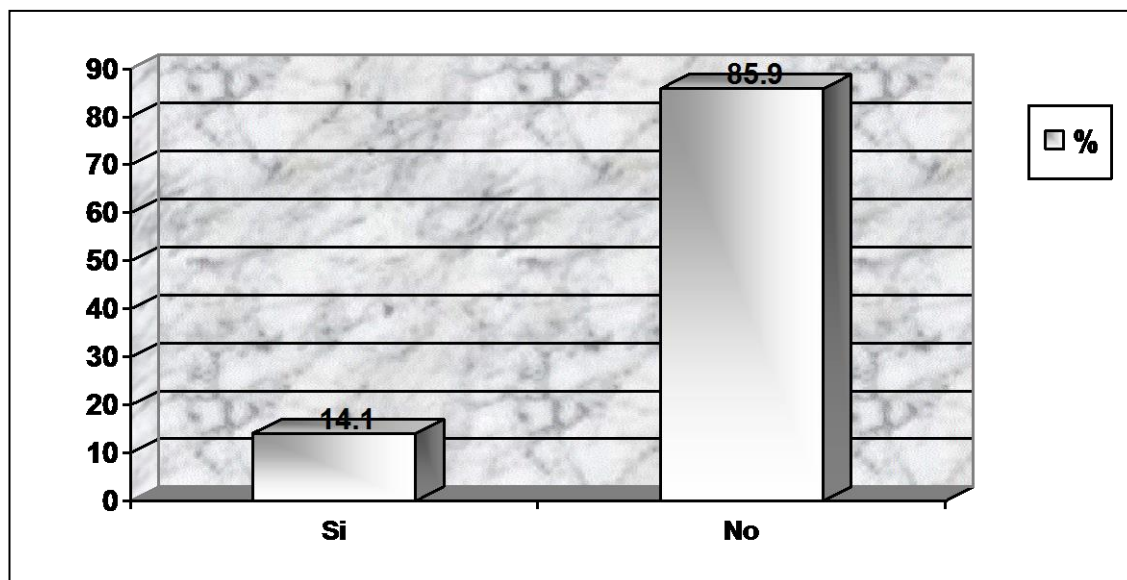
-Otras (especifique):

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Migraña.	3	2.8
-Gastritis.	3	2.8
-Bulimia.	1	0.9
-Bocio.	1	0.9
-Hipertensión.	3	2.8
-Bronquitis.	1	0.9
-No respondieron	94	88.8
Total	106	100

El 69.8% manifestó que no padecen de ninguna enfermedad, mientras que el 10.4% respondió padecer de neuralgias, el 8.5% padece de problemas cardíacos.

11. ¿Ingiera algún medicamento?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	15	14.1
No	91	85.9
Total	106	100



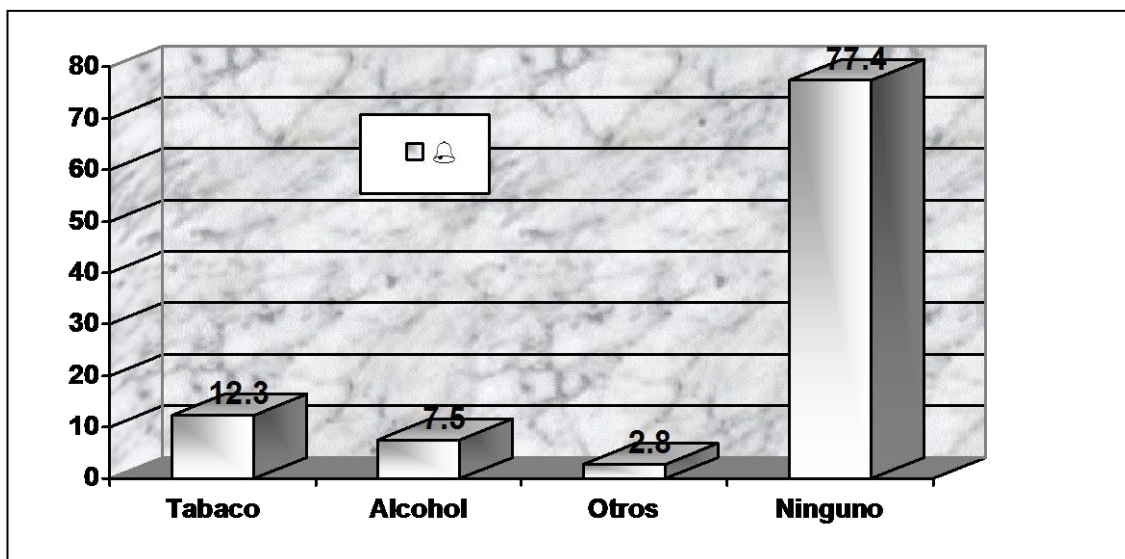
-Especifique:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA A	%
-Hipertensivos (tensión)	3	2.8
-Migrasil (migraña)	3	2.8
-Acetaminofen (dolor)	6	5.7
-Tiroides.	1	0.9
-Ranitidina	1	0.9
-No respondieron.	92	86.8
Total	106	100

El 85.9% contestó que no ingiere ningún medicamento, mientras que el 14.1% contestó que sí ingiere algún medicamento (Hipertensivos; Ibuprofeno, Migrasil, Acetaminofén, Avamigrán).

12 ¿Consume alguna de las sustancias siguientes?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Tabaco	13	12.3
Alcohol	8	7.5
Otros	3	2.8
Ninguno	82	77.4
Total	106	100



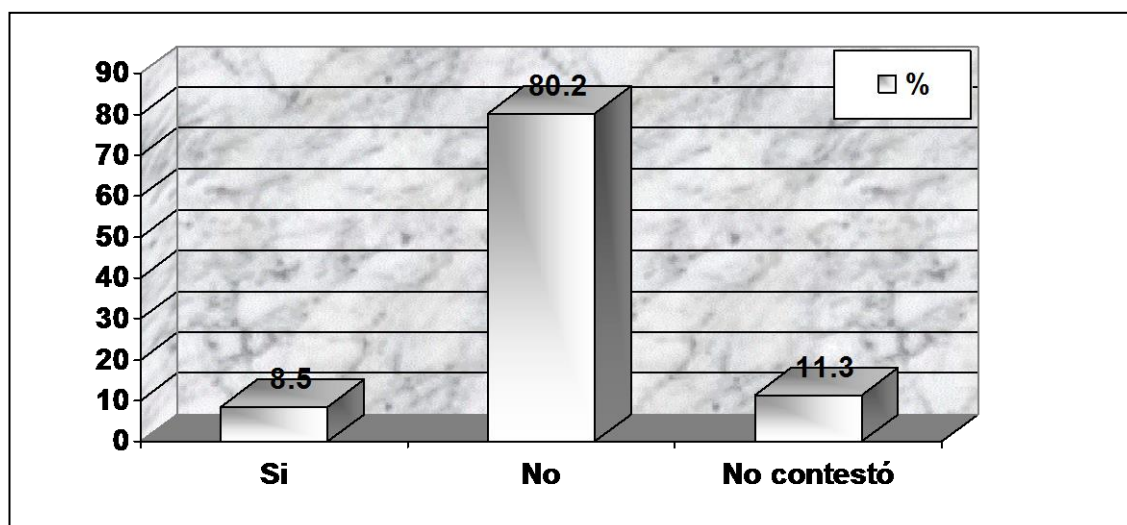
-Especifique:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Tranquilizantes.	1	0.9
-Cafeína.	1	0.9
-No respondió.	104	98.2
Total	106	100

El 77.4% contestó que no consume ninguna sustancia, el 12.3% consume tabaco y el 7.5% respondió consumir alcohol; el 2.8% consume otras sustancias (como ansiolíticos).

13 ¿Considera que algunos de los factores antes mencionados afecta su vida sexual?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	9	8.5
No	85	80.2
No contestó	12	11.3
Total	106	100



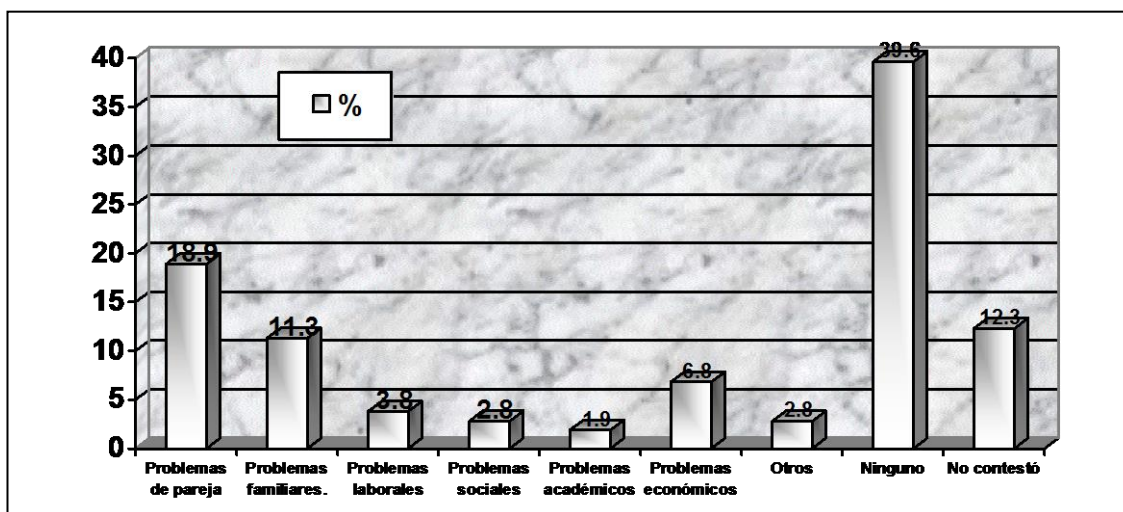
-Explique:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Inactividad.	2	1.8
-No respondió.	104	98.2
Total	106	100

El 80.2% considera que los factores de salud (enfermedades y consumo de medicamentos y sustancias) no afectan su vida sexual, mientras que el 8.5% considera que estos factores de salud sí afectan su vida sexual, el 11.3% no contestó.

14. ¿De los siguientes acontecimientos señale aquel que le haya causado malestar en su vida sexual?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Problemas de pareja	20	18.9
Problemas familiares.	12	11.3
Problemas laborales	4	3.8
Problemas sociales	3	2.8
Problemas académicos	2	1.9
Problemas económicos	7	6.6
Otros	3	2.8
Ninguno	42	39.6
No contestó	13	12.3
Total	106	100



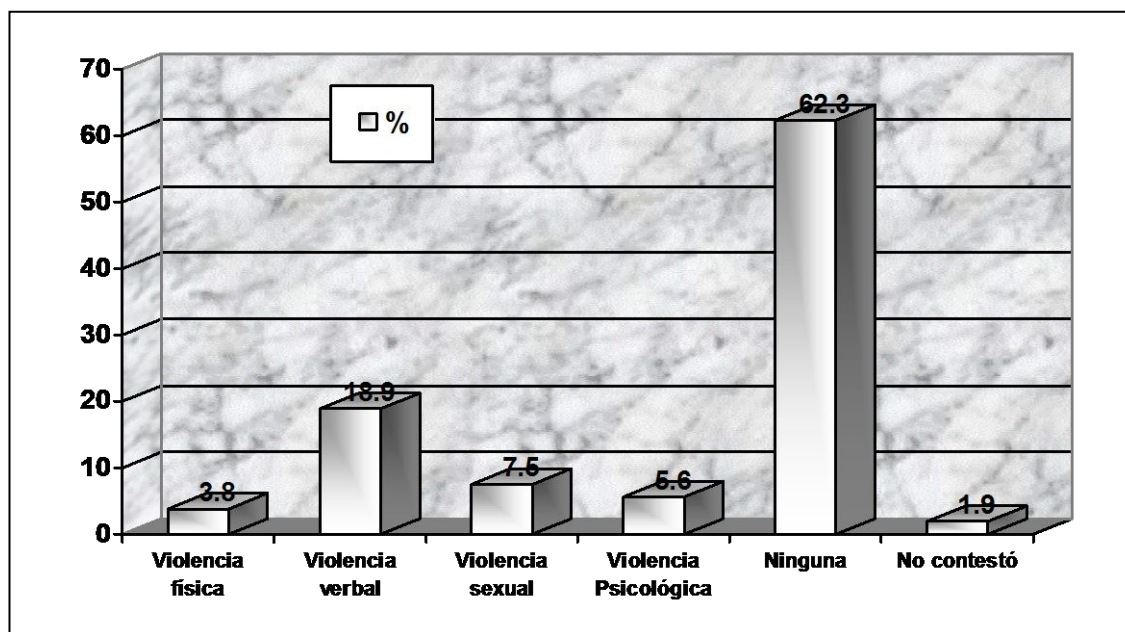
-Otro (especifique):

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Todos.	1	0.9
-Terremoto.	1	0.9
-No respondió.	104	98.2
Total	106	100

El 39.6% respondió que no ha experimentado ningún acontecimiento estresante que les cause malestar en su vida sexual, el 18.9% manifestó tener problemas de pareja y el 11.3% tiene problemas familiares.

15. ¿Ha sufrido algún tipo de violencia?

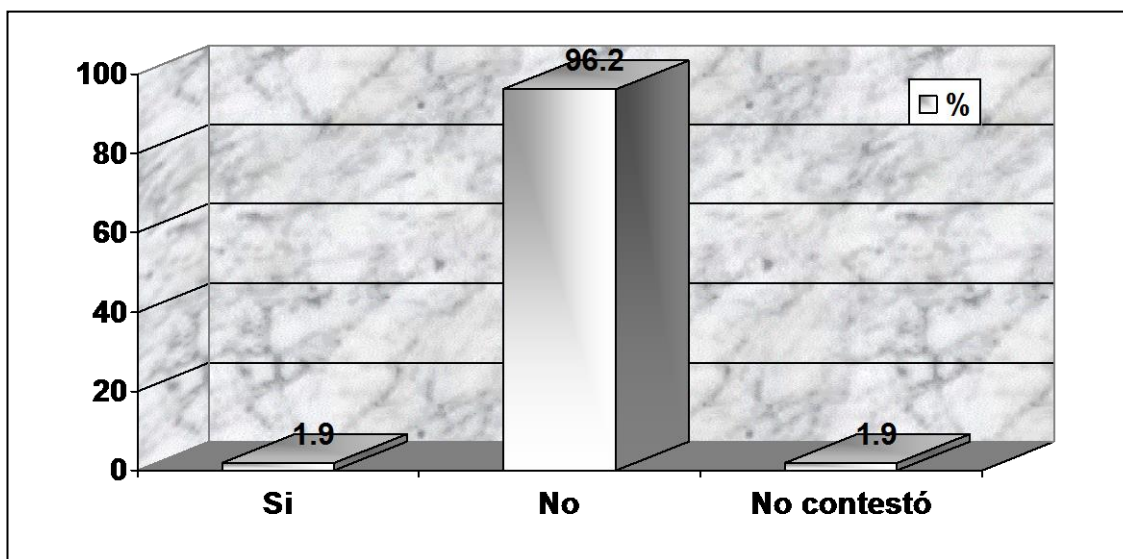
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Violencia física	4	3.8
Violencia verbal	20	18.9
Violencia sexual.	8	7.5
Violencia Psicológica	6	5.6
Ninguna	66	62.3
No contestó	2	1.9
Total	106	100



EL 62.3% respondió que no ha sufrido ninguna situación de violencia, el 18.9% respondió sufrir de violencia verbal y el 7.5% de violencia sexual.

15.1 ¿Sufre actualmente violencia por parte de su pareja?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	2	1.9
No	102	96.2
No contestó	2	1.9
Total	106	100



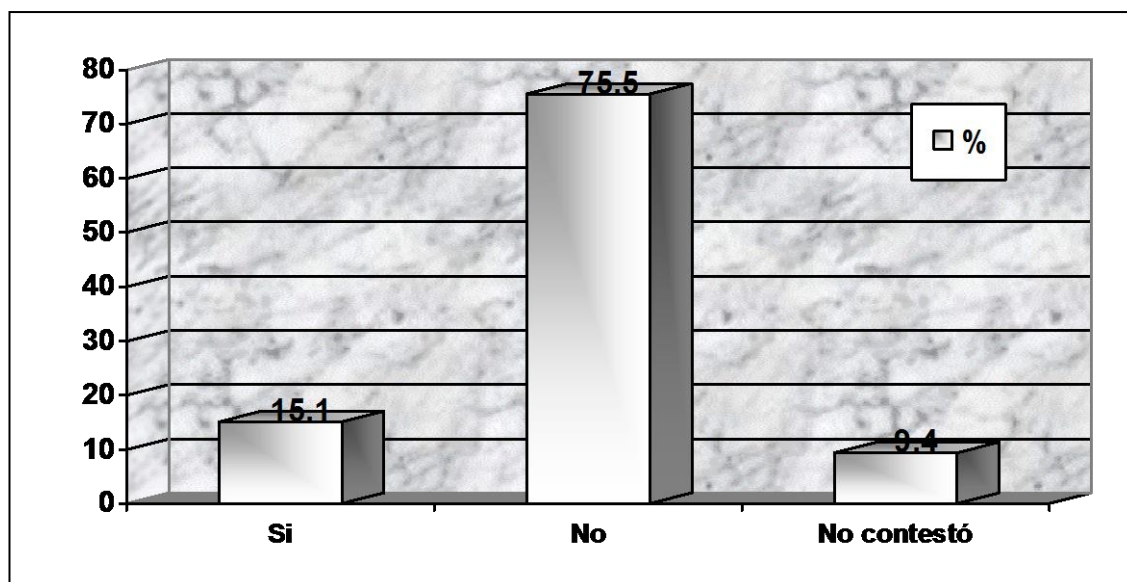
-Si, contestó, Si, de que tipo:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-No respondieron.	106	100
Total	106	100

El 96.2% de las estudiantes encuestadas expresó que no ha recibido violencia por parte de su pareja, el 1.9% expresó sufrir de algún tipo de violencia por parte de su pareja y el 1.9% no contestó.

15.2 ¿Considera que alguna de las situaciones de violencia antes mencionadas influyen en su vida sexual?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	16	15.1
No	80	75.5
No contestó	10	9.4
Total	106	100



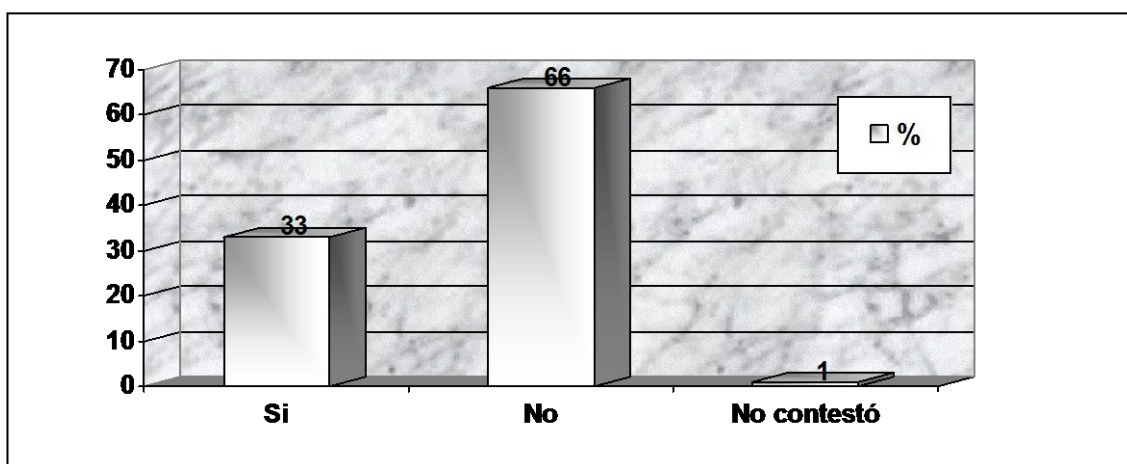
-Explique:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Resentimiento.	3	2.8
-Inseguridad.	2	1.9
-Desconfianza.	2	1.9
-No respondió.	99	93.3
Total	106	100

El 75.5% considera que las situaciones de violencia no influyen en su vida sexual mientras que el 15.1% consideran que las situaciones de violencia sí influyen en su vida sexual ya que algunas manifestaron que no sienten ya la misma confianza ni entrega que al principio de la relación y el 9.4% no contestó.

16. ¿Alguna vez ha notado cambios emocionales importantes que afectan su vida sexual?

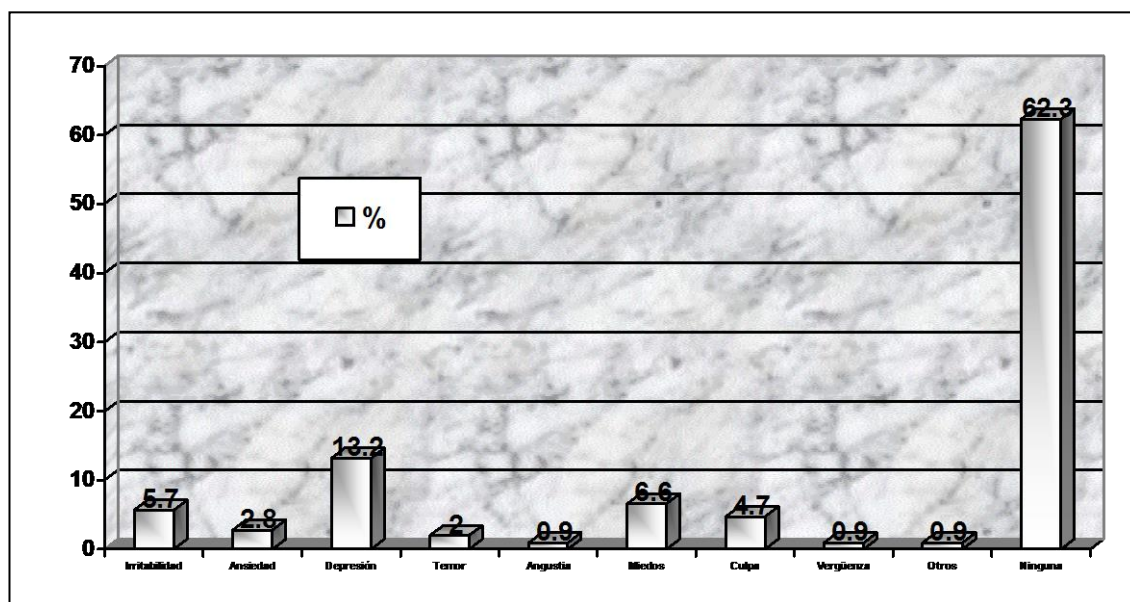
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	35	33
No	70	66
No contestó	1	1
Total	106	100



El 66% de las mujeres encuestadas manifestaron que no han presentado ningún cambio emocional, pero el 33% manifestaron que si han notado algún cambio emocional importante que les afectara en su vida sexual, el 1% no contestó.

16.1 De los siguientes estados emocionales cuál considera que puede estar afectando su vida sexual:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Irritabilidad	6	5.7
Ansiedad	3	2.8
Depresión	14	13.2
Temor	2	2
Angustia	1	0.9
Miedos	7	6.6
Culpa	5	4.7
Vergüenza	1	0.9
Otros	1	0.9
Ninguna	66	62.3
Total	106	100



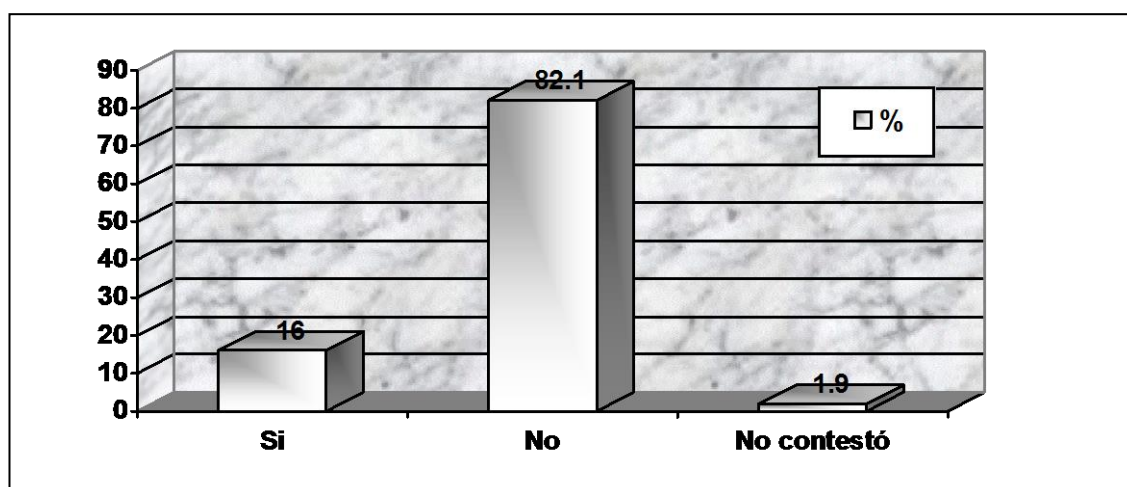
-Otros:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Culpa y miedo.	1	0.9
-No respondió.	105	99.1
Total	106	100

El 62.3% respondió no sufrir de algún estado emocional que puede estar afectando su vida sexual, pero un 13.2% contestó tener algún estado depresivo, el 6.6% miedo.

17. ¿Ha recibido algún tipo de atención Psicológica para superar su estado emocional?

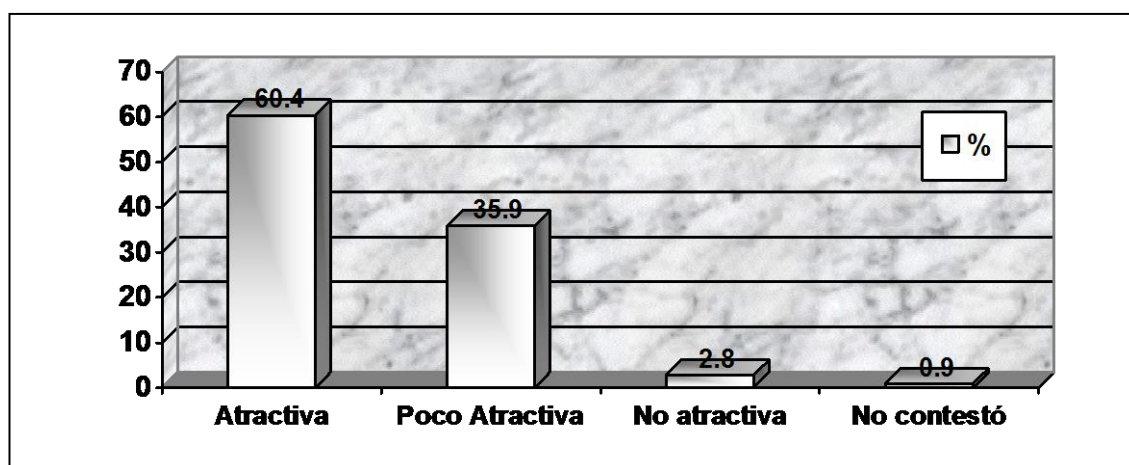
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	17	16
No	87	82.1
No contestó	2	1.9
Total	106	100



El 82.1% de las estudiantes contestaron que no han recibido atención Psicológica, el 16% sí ha recibido atención Psicológica para superar su estado emocional y el 1.9% no contestó.

18. Cómo se considera en su apariencia personal?

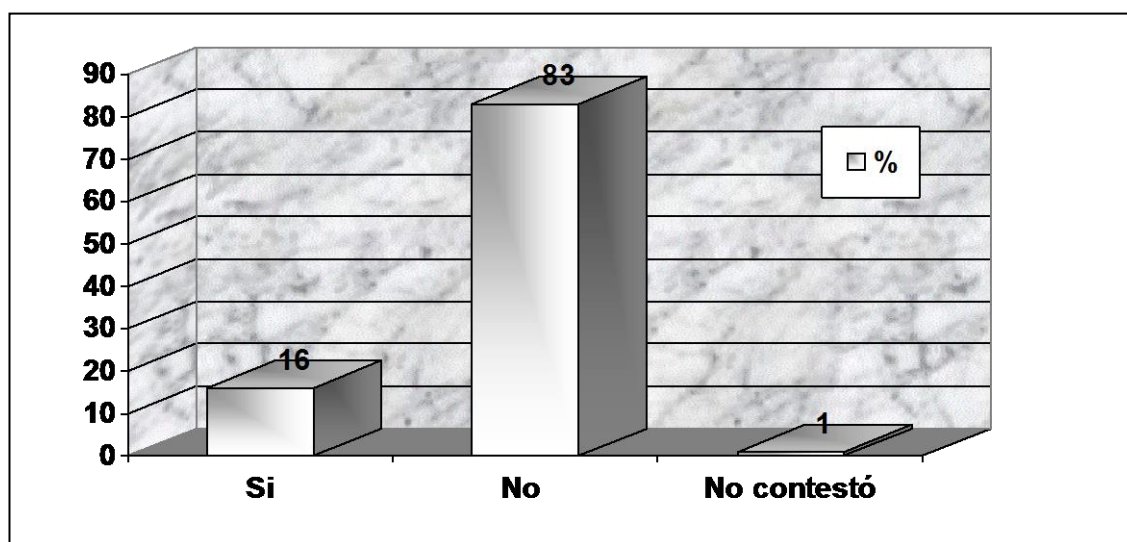
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Atractiva	64	60.4
Poco Atractiva	38	35.9
No Atractiva	3	2.8
No contestó	1	0.9
Total	106	100



El 60.4% de las estudiantes contestó que se consideran en su apariencia personal “atractiva”, en cambio el 35.9% se refirió a poco atractiva, el 2.8% se considera no atractiva.

18.1 ¿Considera que su apariencia personal afecta su vida sexual?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	17	16
No	88	83
No contestó	1	1.0
Total	106	100



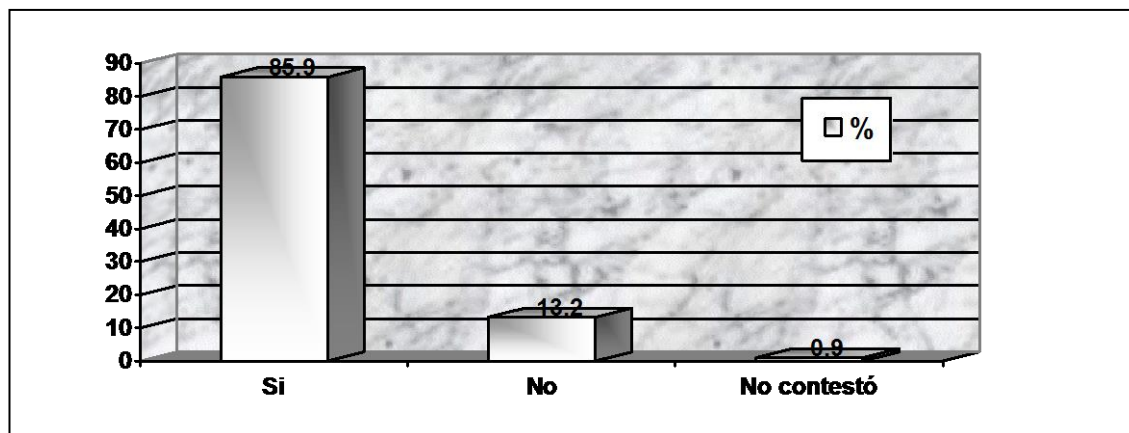
-Explique:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Autoestima – aceptación.	11	10.4
-Mejora la relación.	3	2.8
-No influye.	6	5.7
-No respondió.	86	81.1
Total	106	100

El 83% es el alto porcentaje que refleja que a las estudiantes encuestadas su apariencia personal no afecta su vida sexual, ya que se consideran seguras de sí mismas o piensan que la belleza o atractivo no es lo mas importante, en cambio a las que consideran que su apariencia personal sí afecta en su vida sexual representan un 16%, y el 0.9% no contestó.

19. ¿Cree que su pareja la encuentra sexualmente atractiva?

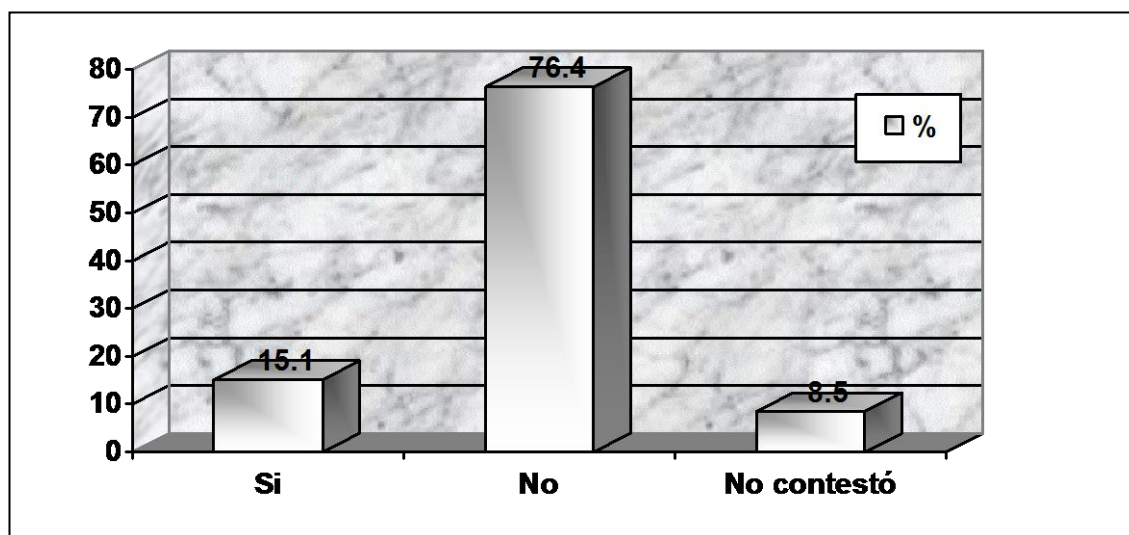
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	91	85.9
No	14	13.2
No contestó	1	0.9
Total	106	100



El 85.9% de las estudiantes afirmaron que su pareja la encuentra sexualmente atractiva, en cuanto a las que contestaron “no” representan el 13.2% y el 0.9% no contestó.

19.1. ¿Considera que esto afecta su vida sexual?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	16	15.1
No	81	76.4
No contestó	9	8.5
Total	106	100



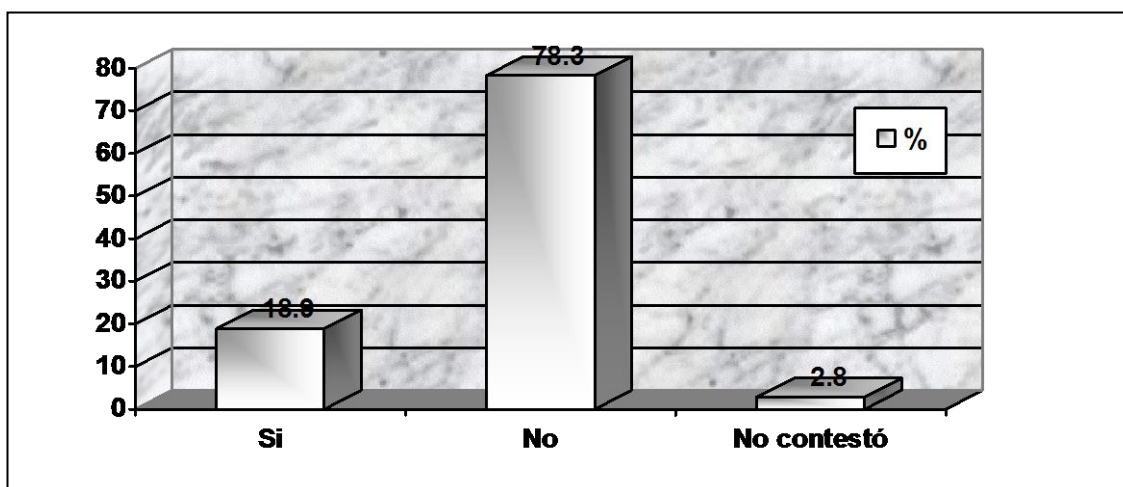
-Explique:

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
-Confianza.	3	2.8
-Autoestima.	2	1.9
-No influye.	3	2.8
-Depresión.	1	0.9
-Fortalece la relación.	1	0.9
-No respondió.	96	90.6
Total	106	100

El 76.4% de las estudiantes encuestadas contestaron que “no” les afecta en su vida sexual, ya que se aceptan tal como son y consideran que el amor mutuo es más importante y el 15.1% contestó que “sí” les afecta en su vida sexual, ya que se sienten deprimidas, feas y atribuyen la falta de relaciones sexuales a esto y el 8.5% no contestó.

20 ¿Le es difícil tener fantasías sexuales?

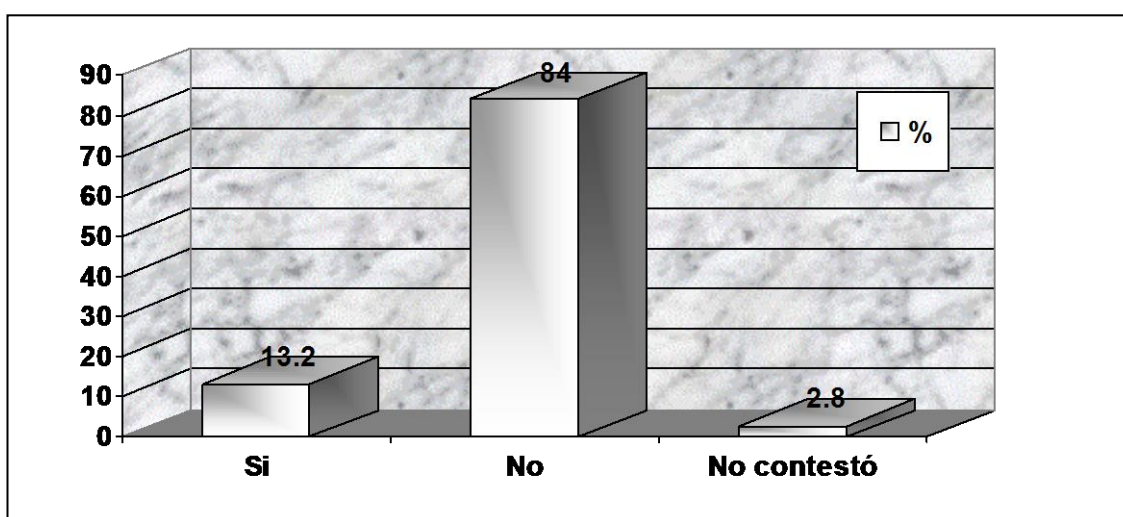
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	20	18.9
No	83	78.3
No contestó	3	2.8
Total	106	100



El 78.3%, de estudiantes respondieron que “no” les es difícil tener fantasías sexuales en cambio el 18.9% respondió que “sí” les es difícil tener dichas fantasías y el 2.8% no contestó.

21 ¿Le es difícil tener deseos de tener relaciones sexuales?

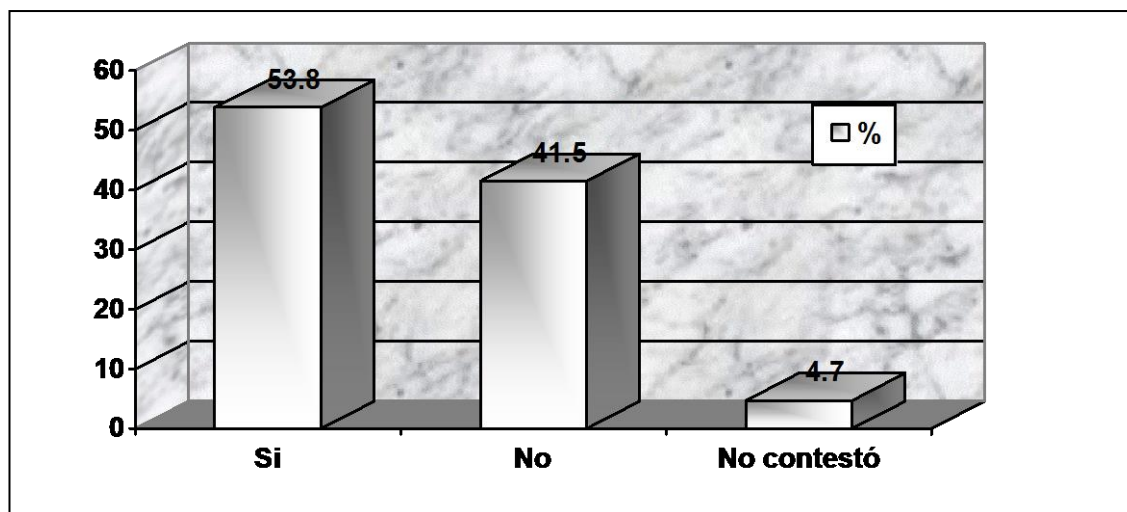
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	14	13.2
No	89	84
No contestó	3	2.8
Total	106	100



El 84% de las estudiantes encuestadas manifestó que “no” les es difícil tener deseos de tener relaciones sexuales, el 13.2% “sí” les es difícil tener deseos de tener relaciones sexuales, y el 2.8 no contestó.

22. ¿Usted nunca inicia la relación sexual?

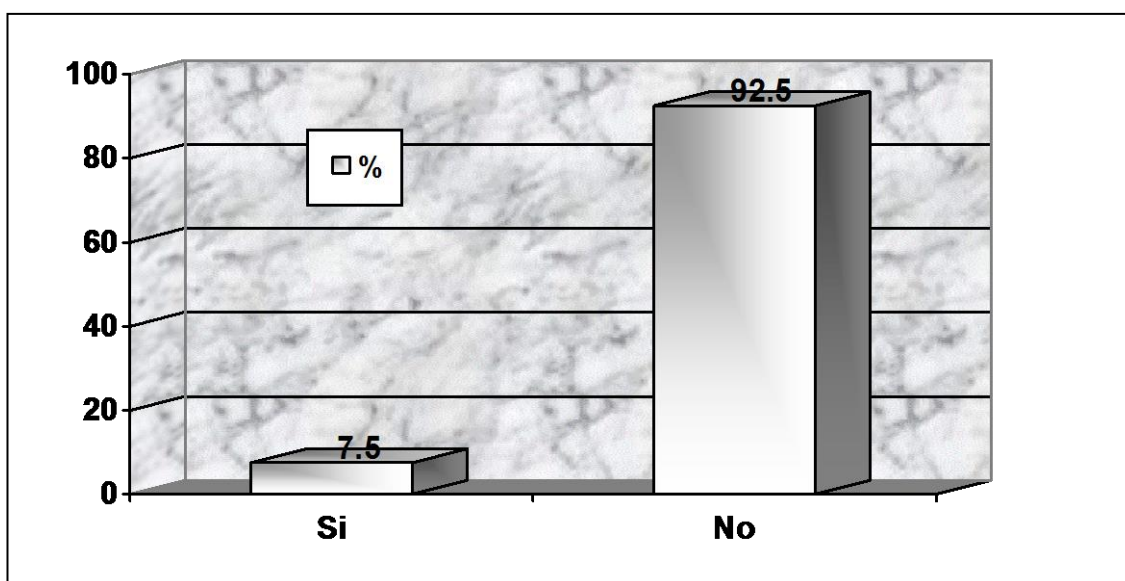
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	57	53.8
No	44	41.5
No contestó	5	4.7
Total	106	100



El 53.8% de las estudiantes encuestadas contestaron que nunca inician la relación sexual y el 41.5% contestaron que “sí” son ellas las que inician la relación sexual

23. ¿Tiene relaciones sexuales pero lo hace obligadamente?

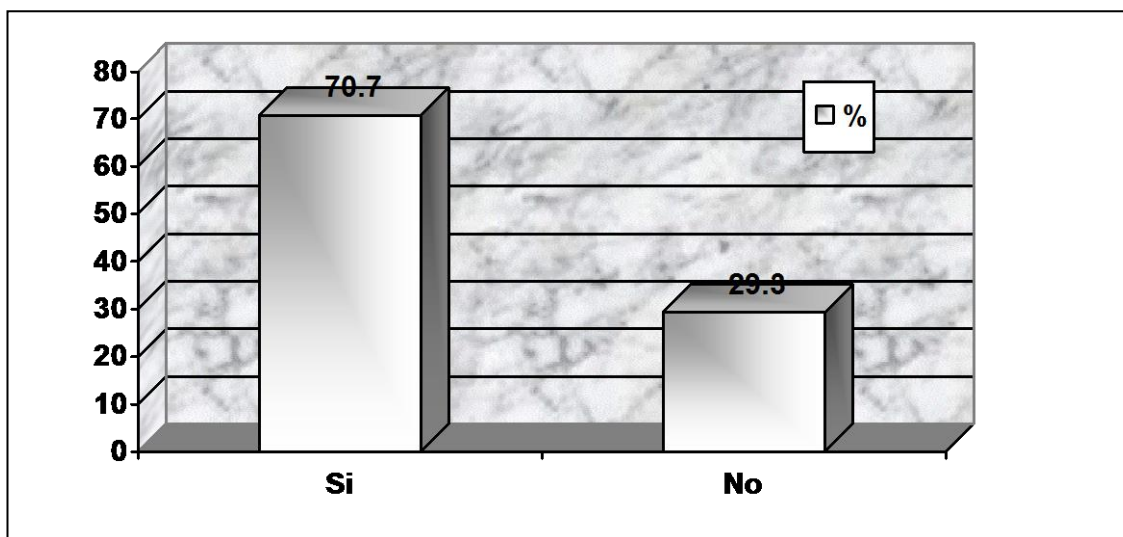
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	8	7.5
No	98	92.5
Total	106	100



El porcentaje alto que se obtuvo de las estudiantes encuestadas fue de 92.5% que contestaron que “no” y un 7.5% que contestaron que “si” en condiciones en las que ellas no lo desean.

24. ¿Considera que está siendo estimulada sexualmente de forma apropiada por su pareja?

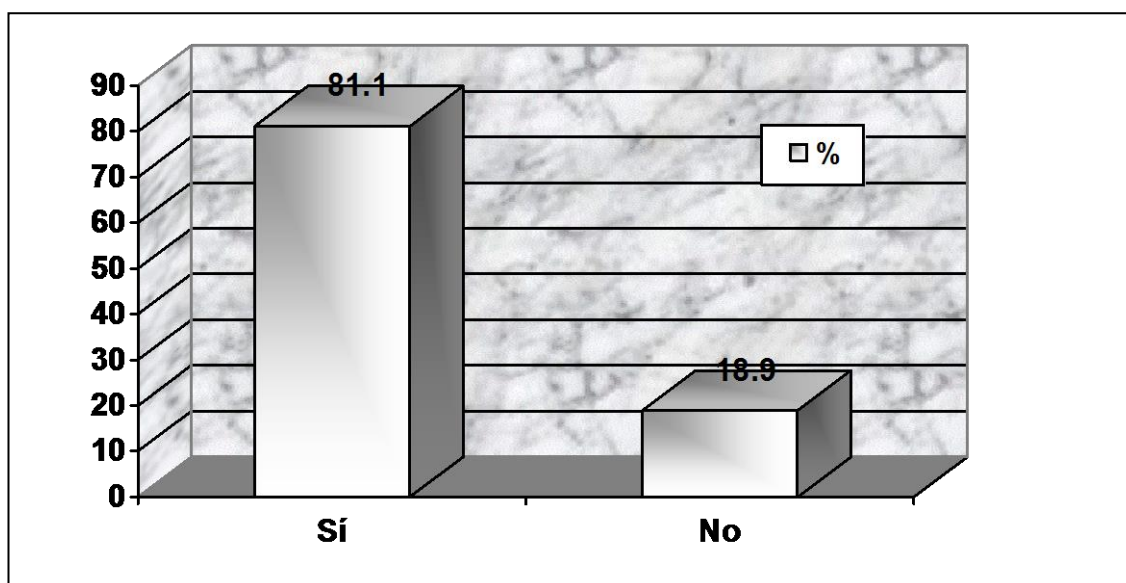
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	75	70.7
No	31	29.3
Total	106	100



El 70.7% de las estudiantes encuestadas respondieron que “sí” están siendo estimuladas sexualmente de forma apropiada por su pareja y un 29.3% respondió que “no” es así para ellas.

25. ¿Tiene adecuada lubricación Vaginal durante la actividad sexual?

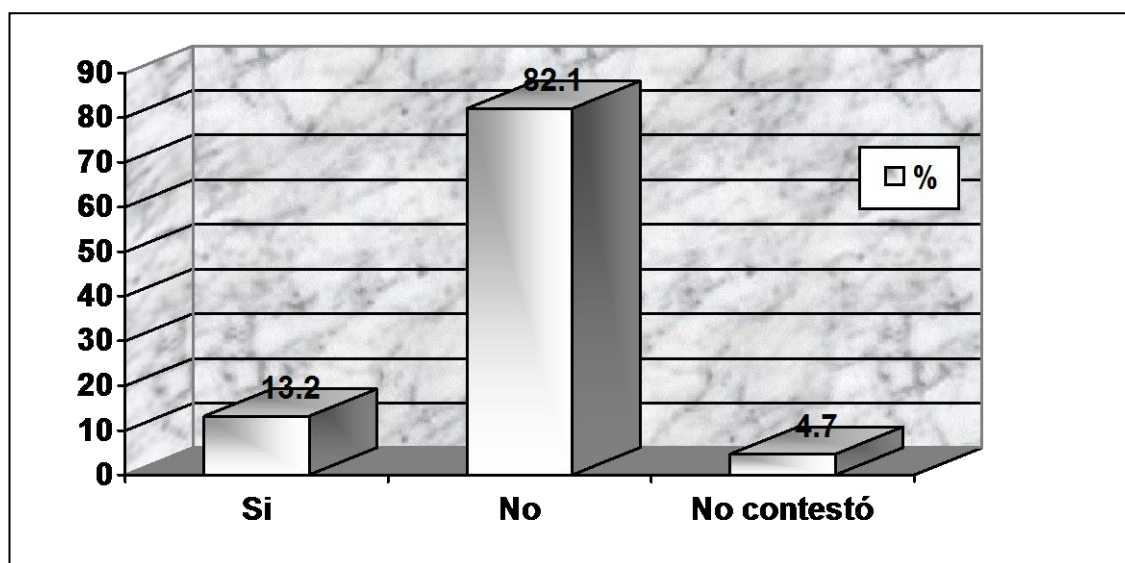
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Sí	86	81.1
No	20	18.9
Total	106	100



El 81.1% de las estudiantes encuestadas contestaron que sienten adecuada lubricación vaginal durante la actividad sexual, en cambio el 18.9% contestaron que no tienen una adecuada lubricación vaginal al momento de tener relaciones sexuales.

26. ¿Siente aversión hacia las relaciones sexuales con su pareja?

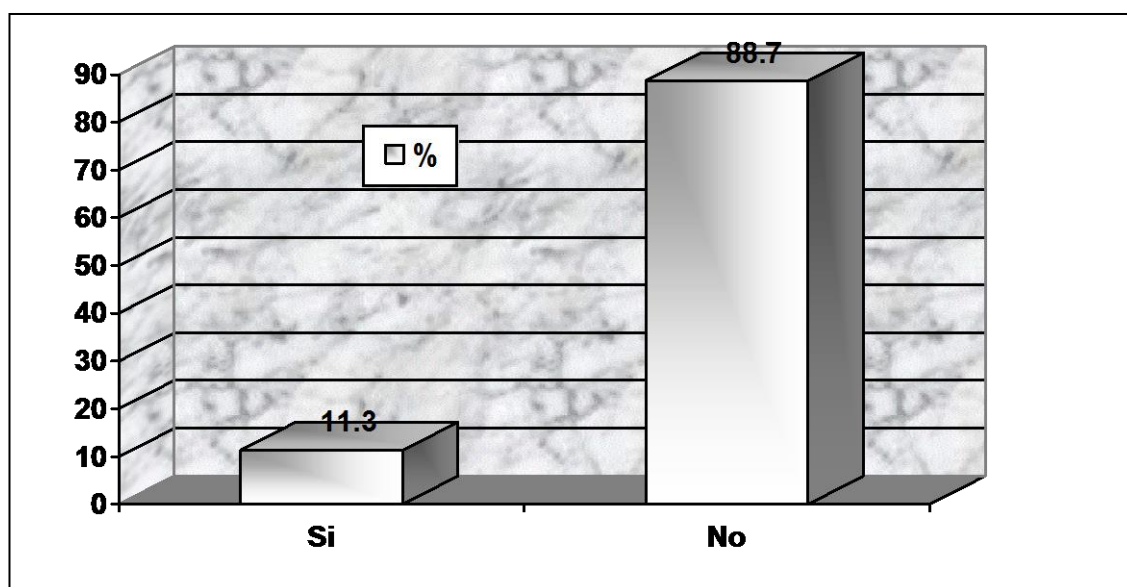
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	14	13.2
No	87	82.1
No contestó	5	4.7
Total	106	100



El 82.1% de las estudiantes encuestadas contestaron “no” tener aversión hacia las relaciones sexuales con su pareja, el 13.2% “sí” contestó tener aversión hacia las relaciones sexuales y el 4.7% no contestó.

27. ¿Siente rechazo hacia las relaciones sexuales con su pareja?

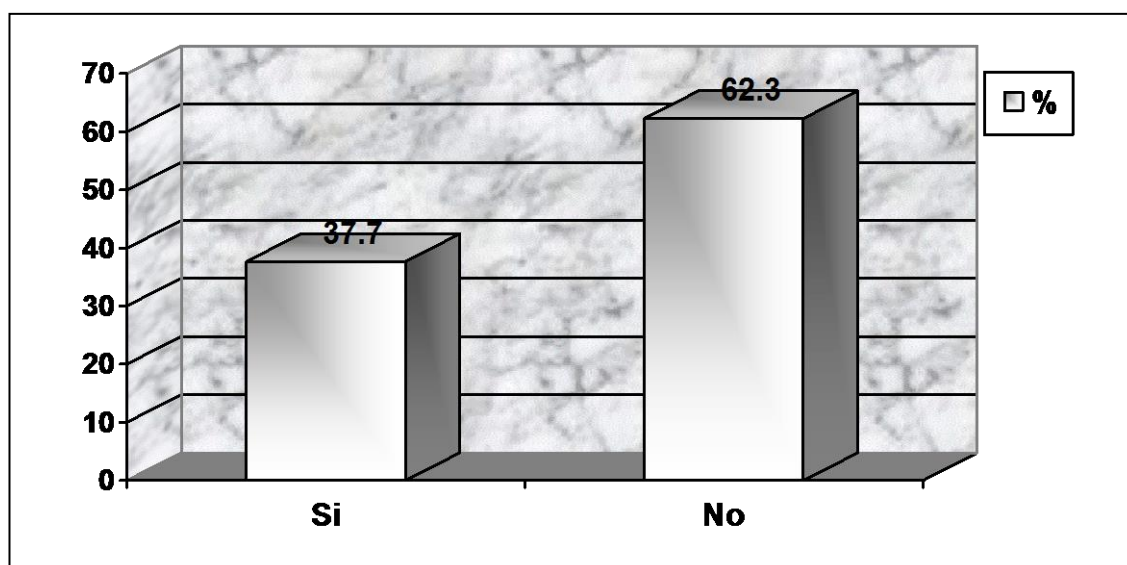
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	12	11.3
No	94	88.7
Total	106	100



El 88.7% de las estudiantes encuestadas contestaron que “no” sienten rechazo hacia las relaciones sexuales, mientras que un 11.3% “sí” contestó tener rechazo hacia las relaciones sexuales con su pareja.

28. ¿Se siente ansiosa al intentar tener relaciones sexuales?

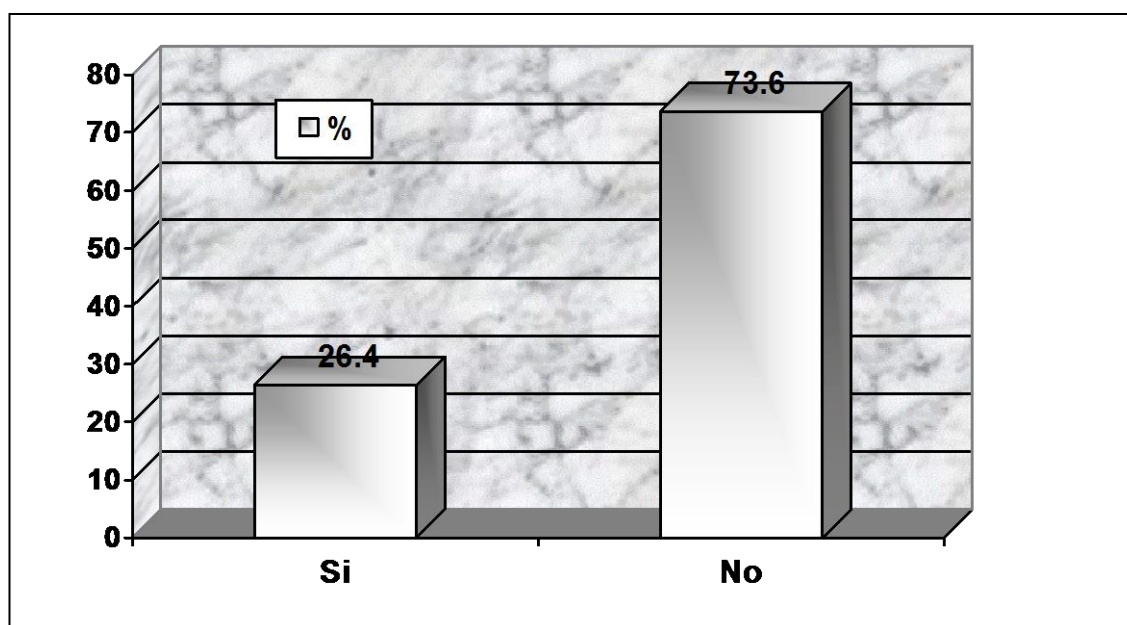
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	40	37.7
No	66	62.3
Total	106	100



El 62.3% de las estudiantes encuestadas contestaron que “no” sienten ansiedad al intentar tener relaciones sexuales, en cuanto a las que contestaron que “sí” se sienten ansiosas fue el 37.7% de la muestra.

29. ¿Se siente temerosa al intentar tener relaciones sexuales?

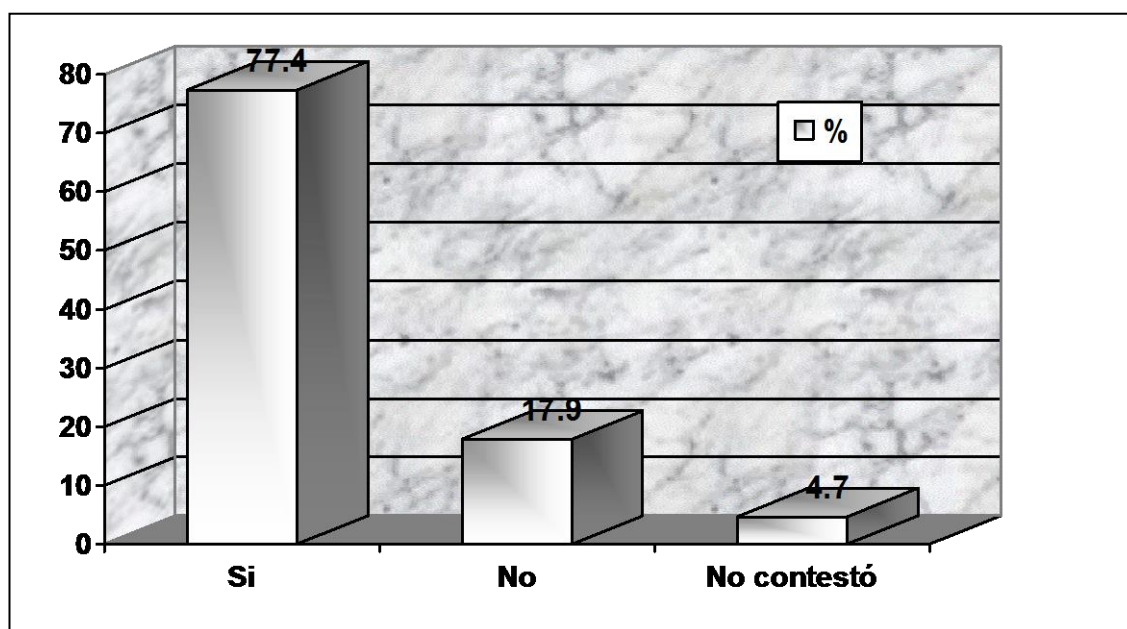
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	28	26.4
No	78	73.6
Total	106	100



El 73.6% de las encuestadas contestaron que “no” sienten temor al intentar tener relaciones sexuales, en cuanto a las que contestaron “sí” fue el 26.4% de la muestra.

30. Con frecuencia en su vida sexual ¿Experimenta orgasmo?

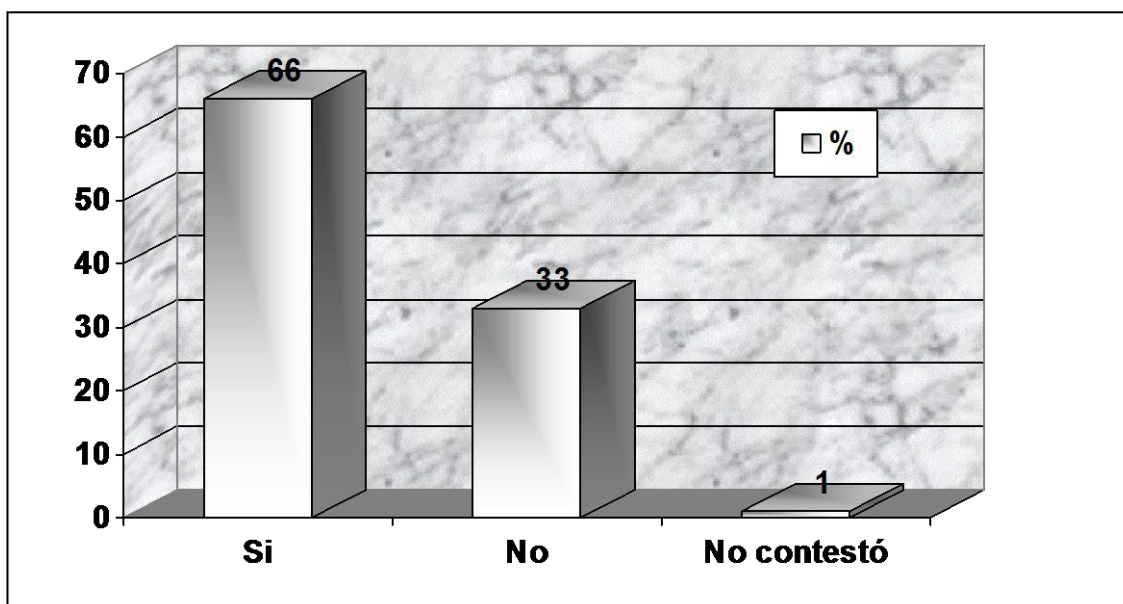
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	82	77.4
No	19	17.9
No contestó	5	4.7
Total	106	100



El porcentaje más alto se obtuvo en estudiantes que afirmaron experimentar orgasmo durante la relación sexual siendo este un 77.4%, el 17.9% contestó que no experimentan el orgasmo durante la relación sexual y el 4.7% no contestó.

31. ¿Es capaz de tener un orgasmo cuando lo desea?

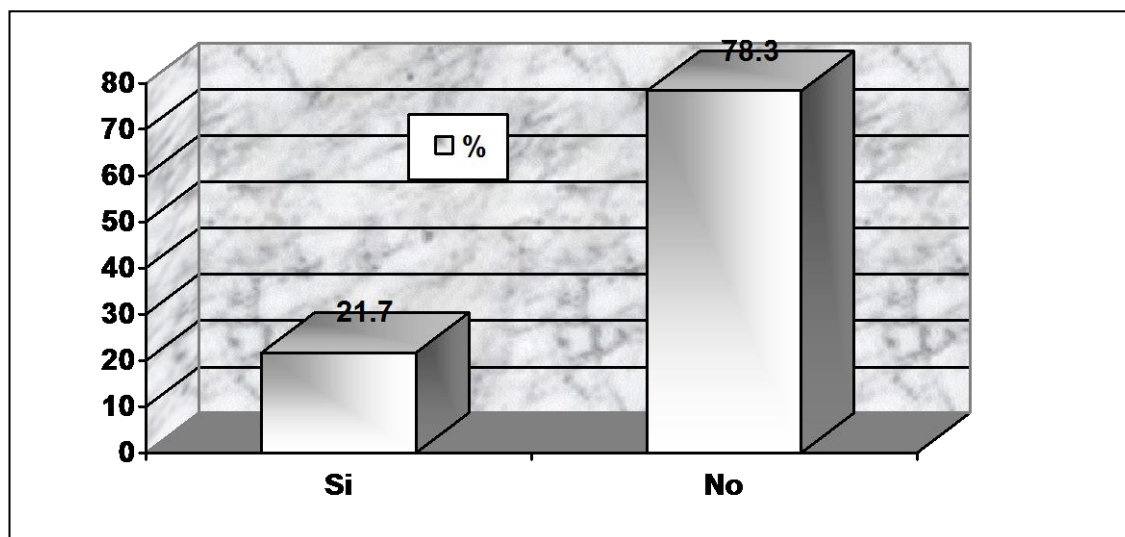
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	70	66
No	35	33
No contestó	1	1
Total	106	100



El 66% de las estudiantes encuestadas contestaron que “sí” son capaces de tener un orgasmo cuando lo desean en cambio el 33% contestaron que “no” son capaces de tener un orgasmo cuando lo desean y el 1% no contestó.

32. ¿Actualmente se le dificulta tener un orgasmo?

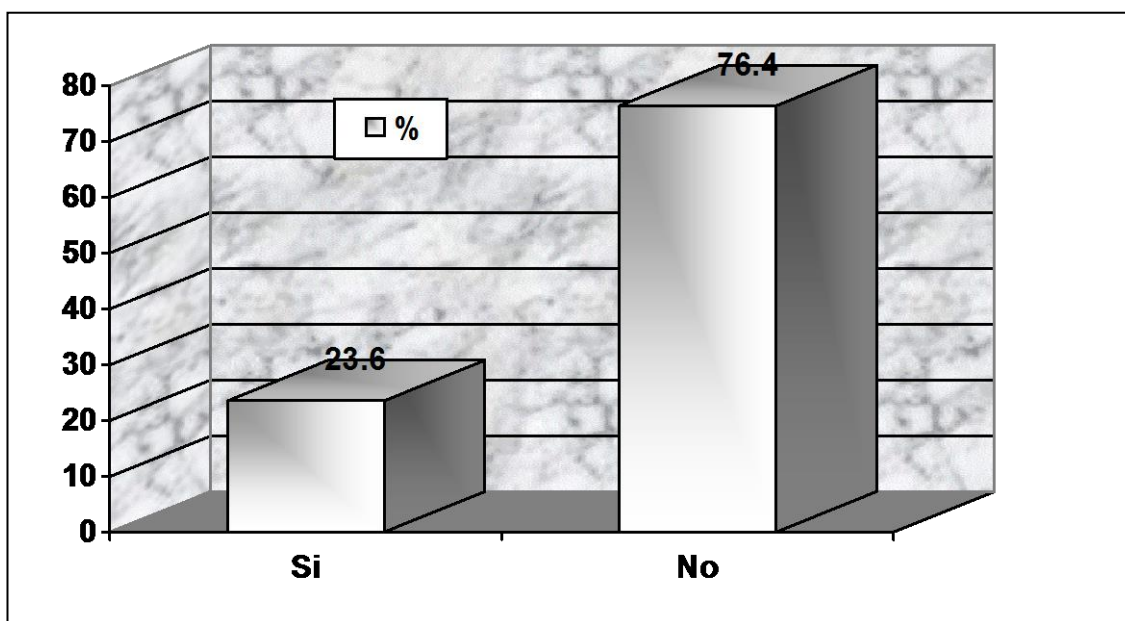
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	23	21.7
No	83	78.3
Total	106	100



Tener un orgasmo durante la relación sexual no es dificultad para un 78.3% de la muestra y para un 21.7% de las estudiantes encuestadas si sienten dificultad para tener un orgasmo al tener relaciones sexuales.

33. ¿Tiene dolor vaginal antes de la penetración?

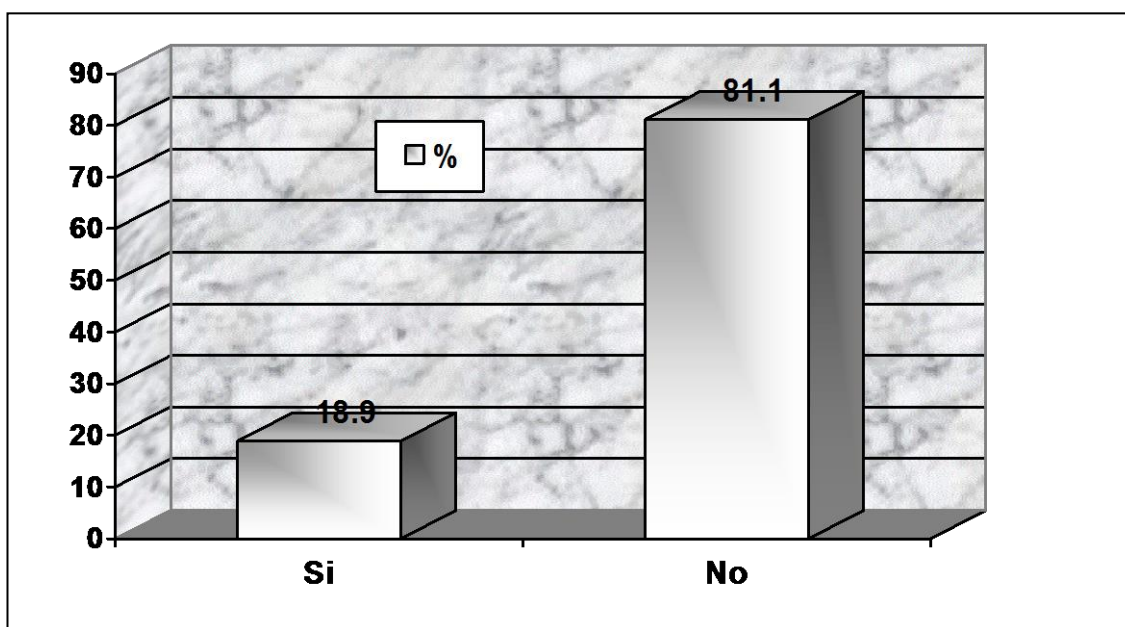
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	23	23.6
No	81	76.4
Total	106	100



El 76.4% de las estudiantes encuestadas contestó que “no” tiene dolor vaginal antes de la penetración, en cambio el 23.6% de la muestra contestaron que “sí” tienen dolor vaginal antes de la penetración.

34. ¿Tiene dolor vaginal durante la penetración?

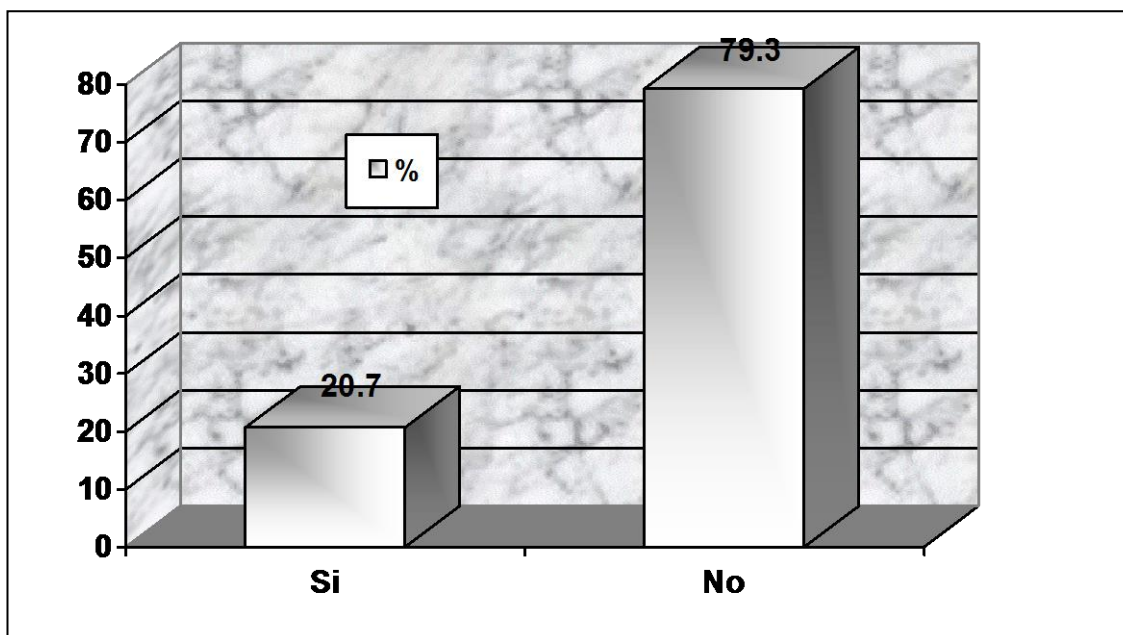
ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	20	18.9
No	86	81.1
Total	106	100



El 81.1% de las estudiantes encuestadas contestaron de que “no” sienten dolor vaginal durante la penetración y un 18.9% que contestó que “sí” siente dolor vaginal durante la penetración.

35. ¿Siente dificultad en la penetración del pene durante la relación sexual?

ALTERNATIVA DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	22	20.7
No	84	79.3
Total	106	100



El 79.3% de las estudiantes encuestadas manifestó que “no” sienten dificultad en la penetración del pene durante la relación sexual y un 20.7% de la muestra contestó que “sí” siente dificultad en la penetración.

4.2 Análisis Cualitativo:

Se presenta a continuación el perfil de los factores (sociocultural, vida sexual, orgánico, emocional y autoimagen), los cuales se han basado tomando en cuenta los porcentajes más relevantes de cada una de las preguntas que lo conforman.

Asimismo, se presenta un perfil sobre las disfunciones sexuales femeninas más frecuentes que se encontraron en la investigación.

4.2.1.Tabulacion de Factores y Perfiles (sociocultural, vida sexual, orgánico, emocional y autoimagen).

4.2.1.1 Factor Socio Cultural

PREGUNTA	RESPUESTA	%	PERFIL
1. Primeros conocimientos sobre sexualidad	10-12 años	40.6	La mayoría de las encuestadas adquirieron sus conocimientos sobre sexualidad a edad de 10 y 12 años, periodo que se intensifica o surge la curiosidad por los cambios corporales esto coincide con el apareamiento de la menarquia en la mujer. Estos conocimientos fueron recibidos por parte de los padres considerándola como muy buena. Algunas religiones actualmente están trabajando para ser más tolerantes y abiertas al tema de la sexualidad y de esta manera orientar al individuo pero de acuerdo a la población en estudio no se ve influida por este factor. La teoría desarrollada en el marco teórico sobre “los efectos de los medios de comunicación” afirma la influencia en los puntos de vista
1.1 ¿por quienes?	Padres	35.8	
2. Nivel de educación sexual	Muy buena	58.5	
3. Influencia religiosa	NO	65.1	

4. Influencia de los medios de comunicación	NO	59.4	sobre sexualidad pero de acuerdo a los resultados estos no sustentan dicha afirmación.
---	----	------	--

4.2.1.2. Factor Vida Sexual.

PREGUNTA	RESPUESTA	%	PERFIL De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación; el grupo en estudio afirma que su primera experiencia sexual la tuvieron entre los 18 y 20 años de edad (32.1%). Asimismo, el 88.7% de las encuestadas afirma que dicha experiencia fue de manera voluntaria. Un 20.1% respondió que sus relaciones interpersonales con su pareja son muy buenas y por consiguiente consideran que sus relaciones sexuales son bastante placenteras (34%). Por ultimo, las encuestadas afirman que tienen relaciones sexuales con su pareja "más de dos veces por semana" (32.1%).
5. Experiencia sexual.	18-20 años	32.1	
5.1 Vivencia de relación sexual.	Voluntaria	88.7	
6. Relaciones interpersonales de pareja.	Muy buena	20.8	
7. Vida sexual.	Si	85.9	
8. Nivel de satisfacción sexual.	Bastante placentera	34	
9. Frecuencia de relación sexual	Más de dos veces por semana	32.1	

4.2.1.3 Factor Orgánico.

PREGUNTA	RESPUESTA	%	PERFIL El 69.8% del grupo en estudio afirma no padecer ninguna enfermedad física que interfiera en su sexualidad. El 85.9% manifestó no consumir ningún medicamento ni drogas (77.4%) por lo tanto; según las encuestadas, ninguno de estos tres factores orgánicos afecta su vida sexual (80.2%).
10. Enfermedades.	Ninguna	69.8	
11. Medicamentos	No	85.9	
12. Drogas.	Ninguna	77.4	
13. Influencia de factores anteriores	No	80.2	

4.2.1.4. Factor Emocional.

PREGUNTA	RESPUESTA	%	PERFIL Según el grupo en estudio, los problemas de tipo personal, en el área de pareja, familiar, laboral, social, académicos y económicos (48.1%), son factores que causan malestar en su vida sexual. Además, afirman que nunca han sido víctimas de ningún tipo de violencia (62.3%), por lo que en la actualidad tampoco sufren de violencia por parte de su pareja (96.2%), por lo tanto su relación sexual no se ve influida por este factor (75.5%).
14. Situaciones estresantes.	Tipos de problemas	48.1	
15. Violencia	Ninguna	62.2	
15.1. Violencia por pareja	No	96.2	
15.2. Situaciones que influyen en la vida sexual	No	75.5	

16. Cambios emocionales.	No	66	El grupo de encuestadas, expresó que tampoco presentan cambios emocionales significativos (66%) y por lo tanto, consideran su sexualidad como buena (62.3%), también afirman que no han recibido asistencia psicológica (87.1%).
16.1. Influencia de los cambios emocionales en vida sexual.	Ninguno	62.3	
17. Ayuda psicológica.	No	82.1	

4.2.1.5 Factor Autoimagen.

PREGUNTA	RESPUESTA	%	PERFIL
18. Apariencia personal	Atractiva	60.4	El 60.4% de las encuestadas se consideran atractivas, el 83% de las encuestadas afirman que su apariencia personal no es un factor determinante en la sexualidad. El sentirse deseada, querida o atractiva para su pareja, como lo expresa un 85.9% permite responder de manera adecuada a una relación y como consecuencia pueden disfrutar de una sexualidad sana (74.4%).
18.1 Influencia apariencia personal.	No	83	
19. Percepción de aceptación de la pareja.	Si	85.9	
19.1 Efectos de la autoimagen.	No	74.4	

4.2.2. Tabulación del Perfil de las Disfunciones Sexuales Femeninas

Como se ha expresado con anterioridad, son muchos los factores que posiblemente se ven involucrados en propiciar un mal funcionamiento sexual y a su vez malestar en la persona y problemas en la relación interpersonal.

En la presente investigación se encontraron rasgos de dos tipos de disfunción sexual, los cuales se describen a continuación:

4.2.2.1. Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo.

PREGUNTA	RESPUESTA	%	Σ
19.Dificultad En tener fantasías sexuales.	Si	18.9	23.4
21. Dificultad en tener deseos de tener relaciones sexuales.	Si	13.2	
22. Nunca inicia la relación sexual.	Si	53.8	
23.Tiene relaciones sexuales obligadamente	Si	7.5	

4.2.2.2. Trastorno de Excitación Sexual.

PREGUNTA	RESPUESTA	%	Σ	PERFIL En promedio el 24.1% presentó este trastorno, indicando que no son estimuladas sexualmente de forma apropiada por su pareja (29.3%). Además, no tienen una adecuada lubricación vaginal en el momento de tener relaciones sexuales (18.9%)
24. Adecuada estimulación sexual por parte de su pareja.	No	29.3	24.1	
25. Adecuada lubricación vaginal.	No	18.9		

4.2.2.3 Trastorno de Aversión al Sexo.

PREGUNTA	RESPUESTA	%	Σ
26. Aversión a las relaciones sexuales	Si	13.2	22.2
27. Rechazo hacia las relaciones sexuales	Si	11.3	
28. Ansiedad al intentar tener relaciones sexuales.	Si	37.7	
29. Temor al intentar tener relaciones sexuales.	Si	26.4	

4.2.2.4. Trastorno del Orgasmo.

PREGUNTA	RESPUESTA	%	Σ	PERFILES En promedio, el 24.2% manifestaron presentar este trastorno, básicamente en los indicadores: Con frecuencia en su vida sexual, no puede experimentar un orgasmo (17.9%), no es capaz de tener un orgasmo cuando lo desea (33) y actualmente se le dificulta tener un orgasmo (21.3%).
30. Experimenta Orgasmo.	No	17.9	24.2	
31. Es capaz de tener un orgasmo.	No	33		
32.Dificultad en tener un orgasmo	Si	21.7		

4.2.2.5 Vaginismo.

PREGUNTA	RESPUESTA	%	Σ
33.Dolor vaginal antes de la penetración	Si	23.6	21.3
34. Dolor vaginal durante la penetración.	Si	18.9	

4.2.2.6 Dispareunia.

PREGUNTA	RESPUESTA	%	Σ
35. Dificultad de penetración del pene.	Si	20.7	20.7

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

Tomando como base los objetivos planteados para la presente investigación y los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

- Son factores que han predominado en el grupo de estudio: la no influencia de creencias religiosas en sus puntos de vista sobre sexualidad, haber experimentado su primera relación sexual de manera voluntaria, no padecer de ninguna enfermedad ni consumir ningún medicamento, no ser víctima de ningún tipo de violencia y el sentirse querida y aceptada por su pareja.
- El grupo en estudio no permitió identificar claros y específicos trastornos, ya que según los resultados, no presentan problemáticas mayores, esto posiblemente asociado a que es un grupo homogéneo que se desenvuelve

en un ambiente académico y sociocultural promedio, como también a la resistencia mostrada en las alumnas de los primeros años de la carrera de Psicología al hablar de su propia sexualidad de una forma madura y libre de prejuicios.

- Es de hacer notar que la mayoría de las encuestadas no ha recibido o se ha sometido a un proceso terapéutico, lo que puede convertirse en un obstáculo para el adecuado desempeño en el momento brindar sus servicios como terapeuta en la clínica de atención Psicológica.
- Las disfunciones sexuales más frecuentes encontradas son: El trastorno del Orgasmo y el trastorno de Excitación Sexual, los cuales están vinculados en la consecución y/o resolución del acto sexual. Las diferencias porcentuales entre los dos trastornos y los cuatro restantes no son significativas. Por ello se puede afirmar que también algunas mujeres objeto de estudio también presentan los trastornos de: Deseo Sexual Hipoactivo, Aversión al Sexo, Vaginismo y Dispareunia.

5.2 Recomendaciones:

De los resultados y conclusiones de la presente investigación, se plantean las siguientes recomendaciones:

- A la Universidad Tecnológica se le sugiere reforzar los temarios en la materia de la carrera de psicología que permitan tocar el tema de la sexualidad mas abiertamente o incluir una materia que trate de este tema en particular, contribuyendo a la educación y capacitación a los estudiantes de dicha carrera, proporcionándoles herramientas a adecuadas que luego puedan ser utilizadas en las practicas profesionales en la clínica de atención psicológica.

- La Universidad Tecnológica, debe desarrollar este tema para ser investigado con otras poblaciones que presenten características heterogéneas y en ambientes con posibles disfunciones sexuales. Así como que el estudiante se involucre en actividades educativas como: campañas sobre educación sexual tanto dentro de la universidad como fuera de ella (hospitales, unidades de salud, escuelas, etc.).

- A la población evaluada que han presentado algún tipo de disfunción sexual y a las que expresan no tenerlas se recomienda tomar consciencia de la importancia de llevar su propio proceso terapéutico, consiguiendo con esto superarse y posteriormente garantizar una atención efectiva a los pacientes en la clínica psicológica.

- Se recomienda tomar en cuenta para el tratamiento del trastorno del orgasmo: la técnica de autoestimulación y para el tratamiento de la excitación sexual: la técnica de utilización de fantasías eróticas desarrolladas en el capítulo I de la presente investigación, así como también se sugiere mantenerse constantemente actualizados sobre las nuevas y diversas técnicas y terapias para la prevención y tratamiento de las disfunciones sexuales.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, Juan Luis (1996) . Sexualidad en la Pareja, Editorial Manual Moderno ,México
- American Psychiatric Association (1995) Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DMS-IV, editorial Masson, S.A. España.
- Carrobles, José Antonio (1991) Terapia Sexual, Fundación Universal – Empresa ,España.
- Crook ,Robert (2000) Nuestra Sexualidad, Thomson Editores ,México.
- Encuesta Nacional de Salud – Familiar (1998) , por el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, El Salvador.
- Goywald, William A. (1997) Sexualidad, la Experiencia Humana. Editorial McGraw Hill, EE.UU.
- Grace, J., Graig, (1997) Desarrollo Psicológico. Editorial McGraw Hill University of Massachusett.

- James Leslie, Cary (1983) Sexualidad Humana, Editorial Manual Moderno, México

- Meléndez, Maymo (1985) Como Preparar el Anteproyecto de Investigación y la Tesis de Graduación, Segunda Edición, Editorial Missa, San Salvador El Salvador.

- Ramírez , Martha (1999) Protocolo de Investigación y Necesidades de Educación Sexual de los Estudiantes. El Salvador.

- Sue, Estanley (1997) Comportamiento Anormal , Editorial Mcgraw Hill, 4ta Edición, EE.UU.

- Shibley Hyde, Janet (1997) Entendiendo la Sexualidad Humana. Editorial Masson, S,A. España

- Wilson, Peter (1995) Técnicas de Entrevistas Clínica, Martines Roca, Editores, Barcelona , España.

MATRIZ DE CONGRUENCIA (ANEXO 1)

CARRERA: Licenciatura En Psicología	AREA: Clínica
TEMA GENERICO: Estudio exploratorio de las Disfunciones Sexuales Femeninas de 18 a 45 años de edad.	
ESPECIFICACIÓN DEL TEMA: Estudio exploratorio de las Disfunciones Sexuales Femeninas de 18 a 45 años de edad estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador.	

[illegible]

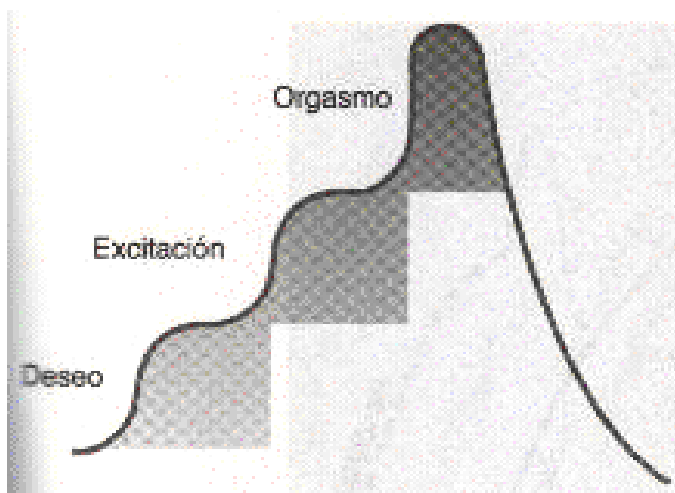
			Disfunciones Sexuales Femeninas - Investigación sobre las Disfunciones sexuales Femeninas en el Salvador -Marco Conceptual	X2. DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS X2.1 Alteración del Deseo Sexual X2.2.1 Deseo Sexual Hipoactivo	* Disminución y ausencia de fantasías y deseo de actividad sexual * Dificultad en tener deseo de relación sexual * La persona nunca inicia la relación sexual * La persona puede tener relaciones sexuales pero lo hace obligadamente * Dificultad en las relaciones interpersonales
				X2.1.2 Trastorno por aversión al sexo	* No asociado al consumo de sustancias o enfermedad médica * Aversión extrema y con evitación del sexo * La persona se siente temerosa y ansiosa al intentar tener relaciones sexuales. * Dificultad en las relaciones interpersonales

					* No asociado al consumo de sustancias o enfermedad médica. *Incapacidad de mantener lubricación vaginal en la fase de excitación *Dificultad en las relaciones interpersonales *No asociado al consumo de sustancias o enfermedad médica
				X2.2 Trastorno de la excitación sexual	
				X2.3 Trastorno del orgasmo	* Ausencia o retraso del orgasmo * No es capaz de tener un orgasmo cuando lo desea * Dificultad en las relaciones interpersonales * No asociado al consumo de sustancias o enfermedad médica
				X2.4 Trastorno sexual por dolor	* Dolor vaginal recurrente en la relacione sexual

				X2.4.1 Dispareunia X2.4.2 Vaginismo	* Dificultad en las relaciones interpersonales * No asociado al consumo de sustancias o enfermedad médica * Aparición persistente de espasmos involuntarios de la vagina que dificulta la realización del acto sexual * Dificultad en las relaciones interpersonales * No asociado al consumo de sustancias o enfermedad médica
--	--	--	--	---	--

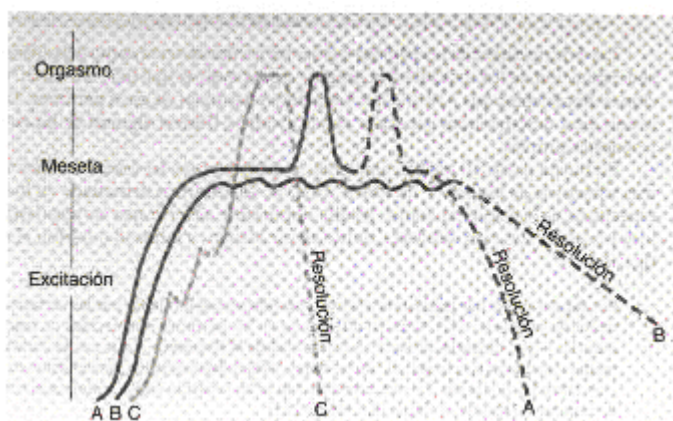
RESPUESTA SEXUAL NORMAL

MODELO DE KAPLAN



- ♦ **Deseo:** consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.
- ♦ **Excitación:** sensación subjetiva del placer sexual y va acompañado de cambios fisiológicos.

MODELO DE MASTERS Y JOHNSON



- ♦ **Meseta:** la tensión muscular sigue aumentando no tiene signos claros como la lubricación.
- ♦ **Orgasmo:** punto culminante del placer sexual. La mujer puede experimentar orgasmos múltiples.
- ♦ **Resolución:** sensación de relajación muscular y bienestar general.

ORGANOS

ANATOMIA SEXUAL HUMANA



EXTERNOS

ORGANOS INTERNOS

