

**FUNCIÓN SEXUAL EN LA MUJER: ANORGASMIA**  
**ESTUDIO DE CASO DE 10 MUJERES DE UNA UNIDAD RESIDENCIAL DE LA**  
**CIUDAD DE MEDELLÍN, 2014.**

**LUZ DARY GONZÁLEZ VALENCIA**  
**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**  
**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS -UNIMINUTO-**  
**SECCIONAL BELLO**

**2014**

### **Agradecimientos**

Durante el tiempo que transcurrió en la realización de mi proyecto de grado, se me presentaron momentos fuertes y buenos que me permitieron fortalecer mi carácter, brindándome una perspectiva de la vida mucho más amplia y enseñándome a ser más cautelosa, pero sin perder mi esencia. Al culminar esta etapa de mi carrera de psicología en la Corporación Universitaria Minuto de Dios, estando allí 8 semestres, existen grandes personas a las que les expreso mi gratitud debido a que durante todo este tiempo estuvieron presentes de una u otra en mi proceso y posibilitando que saliera triunfadora en esta experiencia.

Inicialmente a Dios... Por las bendiciones recibidas, por darme la oportunidad de culminar mi carrera permitiendo que me convirtiera en una excelente Psicóloga. De igual manera le dedico mis triunfos a mi padre celestial por hacer posible que llegara a mi meta “ser Psicóloga” a pesar de haber tenido dificultades y angustia en ese camino. Muchas Gracias Dios.

A mi amado esposo... Quien con su paciencia, comprensión, apoyo y dedicación ha sido el impulso y el pilar principal durante toda mi carrera, que con su amor prefirió sacrificar su tiempo y descansó con el propósito de permitirme culminar mi meta. Con su bondad, generosidad y amor incondicional, me inspiró a ser mejor profesional, persona y compañera.

Siempre has sido, amigo y compañero inseparable de luchas y metas, con quién he logrado aprender a descubrir mis fortalezas y virtudes, consiguiendo así que mi vida esté colmada de anhelo

y felicidad; eres fuente de sabiduría, calma, comprensión y consejos que iluminan mi existencia, das luz en mi sendero cuando lo veo cubierto de dudas.

Amor... Gracias por haber estado ahí en todo este largo caminar, por haber sido el mayor apoyo que pude tener en mi proyecto para lograr llegar a mi meta, ¡ser profesional! Alejandro, que Dios te enaltezca y colme tu vida de Bendiciones...

A Piedad Posada, cuñada y amiga... Gracias por estar en los momentos más difíciles pero también apremiantes de la realización de mi proyecto de grado y sobre todo por ofrecerme tu ayuda incondicional sin esperar nada a cambio, es así que mi gratitud se hace más grande porque sé que puedo seguir contando con ella, con su sabiduría, su experiencia, su dedicación y su humildad a pesar de que en ocasiones le diera prioridad a otros asuntos académicos, su paciencia y calma se anteponía para comprender mis razones. Nunca voy a olvidarla. Mil gracias

A mi asesora: Diana Cristina Buitrago Duque... Agradezco de manera especial y sincera, su dedicación, apoyo y colaboración en la realización de mi trabajo de grado. Gracias porque nunca dudo de mis capacidades y siempre me incentivo a seguir adelante. De igual manera por sus sabios aportes y por su forma tan especial de hacerme entender y sentir bien en las peores circunstancias; gracias por su fortaleza en los momentos más difíciles, sin saberlo me enseñó mucho. Que Dios la Bendiga.

A mi asesor Rubén Darío Cardona López... Por el apoyo que me brindo en la realización de mi proyecto y por no dejarme sola.

A mi familia... Que de alguna manera estuvieron presentes en éste arduo camino y me brindaron su incondicional comprensión, a pesar de todos los momentos difíciles, siempre me apoyaron; muchas veces pase por alto todos sus esfuerzos, pero si les agradeciera todo lo que han hecho por mí, no tendría las suficientes palabras para hacerlo. Los amamos a todos.

A la Corporación Universitaria Minuto de Dios y a su equipo de trabajo... Gracias por permitirnos durante todo este tiempo formar parte de sus aprendices, enriqueciéndonos de sus conocimientos y saberes, ayudándonos a construir nuestro sueño ¡ser Psicólogas! su ayuda fue invaluable.

“Mil gracias a todos... y en especial a mi tía Alicia Valencia que con su apoyo, comprensión y confianza hicieron posible la culminación de mi sueño”.

## Tabla de Contenido

1. Planteamiento del Problema .....	9
1.1. Antecedentes Investigativos .....	9
1.2. Descripción del problema de investigación .....	12
1.3. Formulación de la Pregunta investigativa.....	14
2. Justificación .....	15
3. Objetivos.....	17
3.1. General.....	17
3.2. Específico.....	17
4. Marco Teórico.....	18
5. Diseño metodológico .....	32
5.1. Enfoque metodológico.....	32
5.2. El tipo de estudio .....	32
5.3. Población .....	34
5.4. Estrategias de recolección de información .....	35
5.5 Fases metodológicas .....	37
6. Resultados y análisis de la información.....	39
6.1. Resultado test función sexual de la mujer .....	39
6.2 Respuestas cuestionario .....	44
6.3 Resultados según Cuestionario FSM .....	60
6.4 Interpretación Cuestionario FSM.....	64
6.5 Consolidado de Resultado FSM en gráfico .....	69
6.6 Análisis de resultados de instrumentos aplicados.....	74

Conclusiones .....	79
Referencias bibliográficas.....	87
Anexos .....	90
Anexo 1: Formato de consentimiento informado .....	90
Anexo 2: Guión de entrevista .....	91
Anexo 3: Cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer –FSM-(Sánchez, y otros, 2004) .....	93
Anexo 4: Cuadro mujeres objeto de investigación .....	101

El ser humano no es solo cuerpo u organismo, la sexualidad es un componente fundamental para su desarrollo como persona, de allí depende su orientación sexual, su disfrute o no de las actividades sexuales que practica en el diario vivir.

Esta investigación se basó principalmente en la función sexual de la mujer, conocerla en su conjunto de cómo es su cuerpo, cómo reacciona a las diferentes actividades sexuales, hasta donde puede ser capaz de sentir goce sexual<sup>1</sup>, su disfrute o por qué no todo lo contrario, su malestar, su insatisfacción sexual, la no posibilidad de llegar al orgasmo.

Se pretendió tener un conocimiento de primera mano de estos hechos, pero en un ámbito real, de mujeres con la cuales se convive a diario, en condición de heterosexualidad de pareja estable, de cierto modo cercanas a la cotidianidad, por eso se toma una muestra de 10 mujeres de una unidad residencial de la ciudad de Medellín, y que de cierto modo tengan una similitud, en un promedio de calidad de vida, económica, localización geográfica. Sin embargo, el punto de partida de la investigación es más lo social que los factores físicos y psicológicos de las mujeres.

Mediante instrumentos de recolección de información como encuestas cerradas y entrevistas abiertas, se pretendió, entender de cierta forma; qué sentían ellas, actividades

---

<sup>1</sup>Al referenciar el goce sexual, se puede entender por la intensidad de este, alto, medio y bajo

sexuales que podrían realizar o no, conocimientos acerca de su sexualidad, de las relaciones de pareja, cuáles son sus sensaciones y percepciones durante las relaciones genitales. Información importante que nos podría servir para determinar cómo es su comportamiento durante las actividades sexuales tales como: el deseo, la excitación, la iniciativa, que pueden ser posibles disfunciones sexuales y comparar ésta con los diferentes teóricos y así darle validez y confiabilidad a esta investigación.

Las conclusiones no pretenden en ningún momento dar solución a problemas que se puedan evidenciar durante la investigación, este trabajo se fundamenta en conocer más a fondo la mujer en su contexto sexual, y que pueda servir de base para futuras investigaciones que quieran profundizar en la función sexual de la mujer.



## 1. Planteamiento del Problema

### 1.1. Antecedentes Investigativos

Las investigaciones acerca de la función sexual de la mujer, hacen referencia a las disfunciones sexuales o trastornos, por consiguiente a su disfrute genital. (Dupin & Hédon, 2003), y enfatizan en las causas del disfrute o no de la sexualidad, partiendo del desconocimiento propio del cuerpo, tanto en su composición física, como fisiológica propiamente en la reacción sexual, de acuerdo a los cuatro estadios señalados por Masters y Johnson (1966), La comprensión del funcionamiento sexual requiere un mejor conocimiento de la anatomía y de la fisiología, ya que intervienen diferentes órganos. Esta comprensión contribuye, pues, a una relación sexual plena. (Dupin & Hédon, 2003).

De la función sexual de la mujer se presentan también trastornos sexuales o disfunciones, es así como en la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), se refiere a los trastornos sexuales en su capítulo cinco y establece la disfunción orgásmica (F52.3) cuando “el orgasmo no ocurre o está notablemente retrasado”(Organización Mundial de la Salud, 1992).

La definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, cuarta edición, (DSM-IV-TR), es más completa, “Inhibición recurrente y persistente del orgasmo,

manifestada por su ausencia tras una fase de excitación normal y producida a través de una estimulación que pueda considerarse adecuada en intensidad, duración y tipo”. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

EnTheSecond Internacional Consultationon Sexual Medicine definió el trastorno del orgasmo como cuando “a pesar de una adecuada excitación hay ausencia, notable disminución de la intensidad o retraso del orgasmo, con cualquier tipo de estimulación”(Basson R, Brotto L, & Fourcroy J, 2000).

Pero de igual forma también se puede alcanzar un placer o satisfacción en las actividades sexuales de la mujer, para lo cual hay investigaciones o estudios donde dan resultado de cómo las mujeres alcanzan su máximo placer sexual:

Son las mujeres con experiencia en masturbación las que más fácilmente responden de forma satisfactoria. Así, en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP), casi el 98% de las mujeres que acuden a consulta quejándose de anorgasmia primaria, no se han masturbado con anterioridad. Se puede afirmar, por tanto, que la forma más fácil de experimentar el orgasmo es por auto estimulación, especialmente del clítoris, método utilizado por el 95,2% de las mujeres que se masturban. La inserción digital es una de las formas menos facilitadoras de la respuesta y conduce al orgasmo sólo al 0,9% de las mujeres. Otras fórmulas útiles para algunas mujeres pueden ser la simple presión de las

piernas (2,7%), acariciándose los pechos (1,2%) o fantaseando exclusivamente. Entre las mujeres que acuden al El Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP), la forma más fácil de acceder al orgasmo, después de la estimulación manual, es a través de la estimulación bucal, a continuación la penetración en cabalgada con estimulación manual al mismo tiempo, le sigue la penetración a tergo (ella tendida bocabajo y él penetrando por detrás) con estimulación clitorídea, posteriormente la penetración en cabalgada sin estimulación y, por último, la postura del misionero. (Cabello, 2002).

A partir de estudios elaborados en El Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP), entidad dedicada a la Sexología, Psicología, formación e investigación, además es miembro de la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS), de la World Association for Sexual Health (WAS) y la World Association for Medical Sexology. Entidad colaboradora de la universidad, ha organizado las I Jornadas Andaluzas sobre Maltrato y Abuso Sexual, el VII Congreso Español de Sexología y Primer Encuentro Iberoamericano de Profesionales de la Sexología, las I Jornadas sobre Sexualidad y SIDA, la V Reunión de la Academia Internacional de Sexología Médica y el III Congreso Mundial de Sexología Médica. Y porque a través de la investigación no se encontró una organización o instituto en Colombia que diera estos datos, en su calidad y confiabilidad de los mismos.

Es por todo lo anterior que se hace indispensable saber, identificar y conocer la función sexual de la mujer y de esta forma al conocer el cuerpo como fuente de estímulos, saber qué opciones o zonas son las de mayor plenitud o estímulo, podría ayudar a no presentar trastornos sexuales, y tal como se citó anteriormente donde se da como ejemplo, que las mujeres que practican la autosatisfacción, son las que menos sufren de anorgasmia, superan esta disfunción sexual. En sentido contrario las que no practicaban la masturbación, eran más propensas a presentar la anorgasmia.

## **1.2. Descripción del problema de investigación**

En la década de 1960 se dieron conceptos de modelos sobre el ciclo de respuesta sexual humana, uno fue el compuesto por cuatro fases; excitación, meseta, orgasmo y resolución (Masters & Johnson, 1966). Modelo de comportamiento que ayuda a la comprensión de los cambios fisiológicos, dados en cuerpo humano, durante el momento de la actividad sexual, y podría ayudar a entender las disfunciones sexuales y determinar ayudas terapéuticas y también posibles formas disfrutar más las experiencias sexuales.

El desconocimiento de la función sexual femenina, en cuanto a lo anatómico y fisiológico, está relacionado con cada uno de los órganos del cerebro, proporcionando sensaciones y percepciones que involucran las cogniciones y la emociones, dando respuesta a la estimulación externa de orden psicológico con respecto a su actividad sexual, sea esta placentera o no, y de qué manera afecta la actividad sexual autosatisfactoria o en pareja.

Investigar y/o comprender conceptos o teorías acerca de estas funciones propias de la mujer en su función sexual y confrontarlas, es una tarea muy amplia y solo me limitaré a el tema de la disfunción sexual, que pueda servir como base a futuras investigaciones, pues sigue siendo un tema de estudio actual y pertinente para la continuidad.

En la medida en que existe un problema por factores de desconocimiento de la función sexual de la mujer, que pueden afectar a muchas de ellas y que por causas sociales, morales o culturales, nunca se atreven a expresarlo, se pueda tener un conocimiento básico del porqué de estas situaciones, para lo cual se tuvo un grupo humano de estudio de 10 mujeres, en el cual se aplicaron instrumentos cualitativos, para poder, desde el fenómeno y desde la experiencia personal de cada una de ellas, obtener información que pueda ser útil para un mejor desempeño de estas en sus relaciones sexuales.

La ausencia de conocimiento y la necesidad de identificar la función sexual femenina, profundiza el problema en caso de que este exista, o en otros casos en los cuales se vaya perdiendo paulatinamente el disfrute pleno de la sexualidad, se hace pues necesario, ampliar el saber de la función fisiológica y psicológicas en el cuerpo de la mujer, como aspectos fundantes para el auto reconocimiento de cómo reaccionan o no a la sexualidad humana, además de indagar cuales son las causas o manifestaciones que inciden para que la relación sexual en la mujer sea insatisfactoria: anorgasmia , falta de deseo, vaginismo entre otras.

La experiencia sexual de la población de estudio, tanto en la selección, como en la observación directa del contexto local, sirven de referencia para contextualizar la función sexual de la mujer, en relación a las condiciones sociológicas y psicológicas, que, además permiten ubicar los problemas o anomalías funcionales, y a la vez, generar conclusiones que permitan aproximaciones conceptuales del tema.

### **1.3. Formulación de la Pregunta investigativa**

¿Cómo es la función sexual de un grupo de mujeres heterosexuales, en condición de pareja estable, con domicilio en una urbanización de la ciudad de Medellín 2014?

El presente estudio pretende realizar un estudio de caso de la función sexual de la mujer, dentro de las distintas variables que se pueden presentar en una urbanización de la ciudad de Medellín.

## 2. Justificación

Parte importante es el conocimiento del cuerpo humano, enfocado propiamente en sus zonas genitales y/o erógenas, saber cómo es la reacción orgánica, funcional y hasta psicológica del organismo, cuando hay una iniciación de todo este aspecto de actividad sexual. Conocer esto ayudará reconocer posibles trastornos en la función sexual, también como mejorar el placer y el disfrute a las actividades sexuales.

En el aspecto anterior, la sexualidad humana puede ser determinada en todas las actividades de la vida cotidiana, y lo importante es hacer estudios que profundicen estos aspectos, pero propiamente enfatizarlos en la mujer. ¿Cómo es la función sexual de la mujer?

Se podría preguntar si este estudio favorece o no, la condición general de la mujer, sin embargo, se pretenden aplicar instrumentos de recolección de información, que permitan tener un conocimiento más amplio del presente tema, para que puedan servir de base para futuras investigaciones.

Investigar el tema de la función sexual femenina, permite profundizar factores que intervienen en ella y tener unas bases básicas de conocimiento de cómo es el comportamiento en la mujer en su función sexuales expresadas tanto fisiológicamente como a nivel psicológico.

Es importante de igual forma poder identificar cuáles son los problemas de fondo de la falta de deseo sexual, o trastornos de este tipo en la mujer; ya sean de tipo orgánico, psicológico o emocional, si es un elemento externo que lo está provocando o si es sólo una situación pasajera.



### **3. Objetivos**

#### **3.1. General**

Describir la percepción que tienen de la función sexual con disfrute o no de la sexualidad de un grupo de mujeres, en una Urbanización del Municipio de Medellín, 2014.

#### **3.2. Específico**

3.2.1. Identificar el tipo de relaciones sexuales placenteras en su sexualidad.

3.2.2. Develar las causas de las relaciones sexuales insatisfactorias.

3.2.3. Analizar la vivencia de bienestar y satisfacción en la efectividad del ejercicio de la sexualidad.

#### 4. Marco Teórico

La sexualidad femenina “es un campo sumamente amplio en el que convergen fenómenos biológicos, psicológicos y culturales que en su conjunto determinan el comportamiento sexual de la mujer” (Castelo Branco, 2005), este concepto tan integral nos hace referir que la sexualidad como tal no es solo sexo, está definido por el comportamiento de cada componente, que el resultado final es un tipo de sexualidad para cada caso particular.

Pero cuando se habla de temas como la función sexual femenina, es requisito hacer referencia a la respuesta sexual humana, que según el Dr. Jesús Cornejo García;

Es una respuesta integral del organismo a un estímulo sexual efectivo que engloba cambios genitales y extragenitales. Es una reacción en la que se involucra todo el organismo y en la que intervienen no solo los genitales, sino también los pensamientos, sentimientos y experiencias previas de la persona.

(2006, pág. 121)

Para tener un marco de estudio de lo general a lo específico, que al fin y al cabo es el tema de esta investigación.

En el estudio de la sexualidad humana hay diferentes modelos para definir la respuesta sexual humana, definidos en etapas o estadios, la cantidad varía según los autores, unos plantean cuatro, otros tres y los hay hasta los que extienden a cinco, todos basados en estudios de sus antecesores, pero sin duda, los primeros estudios de todas estas teorías se empezaron a fundamentar en el modelo lineal propuesto por Masters y Johnson (1966), que después de muchos estudios de la fisiología y psicología sexual humana, lo implementaron para los dos sexos, con estadios o etapas de orden que son de excitación, meseta, orgasmo y resolución.

La doctora Iliana Gorguet Pi, hace referencia a cada una de estas etapas o estadios en su libro Comportamiento Sexual Humano, dándolos de un modo general, empezando con la primera fase:

Fase de excitación; Esta fase se inicia debido a sensaciones sexuales que la condicionan y pueden ser del tipo físico o psíquico, tales como una caricia o un recuerdo muy intenso, un beso o un perfume. Veamos a continuación los cambios físicos que ocurren en esta fase.

La mujer se caracteriza por: Lubricación vaginal, expansión de los dos tercios internos de la cavidad vaginal, elevación de los labios mayores, elevación del cuello y cuerpo del útero, aumento del tamaño del clítoris, erección de los pezones y el incremento del tamaño de las mamas.

El hombre se caracteriza por: Erección del pene, elevación parcial de los testículos. (2008, pág. 34)

Se puede observar que para el hombre es más rápido llegar a este estadio o fase, y para la mujer tiene muchos más cambios a nivel orgánico, y a para caracterizar más cambios en el cuerpo humano, diferenciándolos depende del género sexual, pero ya en la fase dos, la doctora Iliana Gorguet Pi los describe de la siguiente forma

Fase de meseta:

La mujer se caracteriza por: Prominente vasodilatación en el tercio externo de la vagina, la abertura del introito vaginal de la mujer se estrecha, expansión del interior de la vagina, aumenta la elevación del útero, el clítoris se retrae, aumento del tamaño de las mamas, eritema cutáneo (de epigastrio a las mamas, glúteos, espaldas, extremidades y rostro), miotonía generalizada, taquicardia, hiperventilación y aumento de la presión arterial.

El hombre se caracteriza por: Aumento del tamaño de los testículos, elevación testicular completa, en ocasiones segregación de fluido por la uretra. (2008, pág. 35)

Se sigue presentado el mismo comportamiento, más complejo por su gran cantidad en los cambios de su cuerpo de la mujer, que en el hombre, la doctora Iliana Gorguet Pi escribe las restantes dos fases, así:

Fase de orgasmo

La mujer se caracteriza por: Contracciones rítmicas y simultáneas del útero, del tercio externo de la vagina y esfínter rectal (plataforma orgásmica), aumento de los ritmos cardíaco y respiratorio.

El hombre se caracteriza por: Contracciones del pene, eyaculación.

Fase de resolución:

La mujer se caracteriza por: Desparece la plataforma orgásmica, el útero desciende, la vagina se acorta, el clítoris vuelve a su posición normal.

El hombre se caracteriza por: Pérdida de la erección, detumescencia del escroto, los testículos disminuyen de tamaño y descienden al escroto. (2008, pág. 36)

Como resumen de ese concepto o estudio de la autora a la cual, se hizo referencia anteriormente, se observa que, efectivamente el cuerpo del hombre, se dispone más rápido y tiene menos cambios orgánicos para iniciar el acto sexual, en los tiempos de iniciación, el durante y la finalización de la actividad sexual, a diferencia de la misma mujer, que presenta mayores tiempos y mayores cambios en los mismos niveles de respuesta sexual.

Hay otro modelo propuesto por la Dra. Kaplan (1979), la cual toma como base su experiencia clínica y cuestiona las fases de excitación y orgasmo, planteadas por Master y Johnson. Ella plantea que el deseo debe ser la primera fase, pero que estará presente en todas las fases posteriores y no solo en la primera, propone inicialmente un modelo de dos fases controladas independientemente por el sistema nervioso: la vertiente parasimpática del SN autónomo controla la vasocongestión (erección y lubricación) y la vertiente simpática del SN autónomo controla el orgasmo.

Para Kaplan (1979) la fase de meseta y excitación en su punto más alto, son la misma, igual que la de resolución, siempre se basa desde el punto clínico y los problemas que la gente tenía en cada una de esas fases, pero ya después incluye el deseo como una etapa por el factor motivacional, y es así que convierte esta teoría en un modelo trifásico

Kaplan (1979) define el deseo “sexual” como “un apetito o impulso producido por la activación de un sistema neural específico en el cerebro, en tanto que las fases de excitación y orgasmo afectan a los órganos genitales”. Lo que indica que las tres fases son manejadas por distintos sistemas neurofisiológicos aunque se relacionan, lo que nos da a entender que pueden quedar “fuera” todos, pero lo lógico es que sea por separado.

Schnarch (1991) quien planteó que la respuesta sexual no se puede mostrar en una curva de dos ejes, sino debe ser de tres, es decir, para este autor cuando hay excitación por lógica hay deseo y este sigue hasta el orgasmo, pero ya en la resolución es muy poco probable que persista el deseo, este debe de estar en todas las fases. Él propone un modelo tridimensional, donde el deseo debe estar antes de comenzar la estimulación física y en la actividad sexual.

Para Schnarch, este modelo corrige los modelos anteriores. Según él, el modelo de Kaplan no permite medir el deseo, ni en el inicio, ni durante la actividad sexual. Masters y Johnson no miden el nivel de activación al inicio de la actividad sexual.

Continúa Schnarch (1991) y describe la respuesta sexual del hombre como lineal (deseo, excitación y orgasmo), y es más fácil y rápida; mientras que la respuesta sexual femenina es circular, ya que la excitación y el deseo no son constantes y no es requisito que el deseo aparezca antes de la excitación o sea no es un prerrequisito en la mujer. Según este autor en las mujeres la respuesta sexual es mucho más cognitiva que la de los hombres, es por ello que es conveniente entender las diferencias entre ambos géneros, para entrelazar las relaciones de lo cognitivo con lo orgánico.

Ya entrando específicamente en el tema de la función sexual de la mujer que según Castelo Branco es:

“Multidimensional y multifactorial y por tanto, muy variable de una mujer a otra en función de la personalidad – con influencia de la educación y de aspectos socioculturales – y de las influencias del entorno: acontecimientos vitales, relaciones de pareja, sexualidad de la pareja, nivel de salud y de calidad de vida global, profesión y obligaciones, etcétera.” (2005, pág. 271)

Donde se pueden presentar casos como de disfrute y de la misma satisfacción donde ésta “está estrechamente relacionada con el sentirse compenetrada y conectada con su pareja. Cuando el sexo es satisfactorio, la mujeres se sienten amadas, apasionadas y excitadas, felices y maravillosas, sensuales y eróticas” (Rink leitb Ellison, 2003) y más adelante señala que “la satisfacción tiene mucho que ver con la asertividad, la comunicación, sentirse querida y próxima

a la pareja antes, durante y después del sexo” y de las actividades sexuales, pero ese éxito es en gran medida a la estimulación psicológica como física.

Pero un primer paso y no menos importante, dentro de esta cadena de satisfacción sexual, es el propio deseo sexual, donde la autora Gorguet Pi I se refiere a

Los pensamientos eróticos pueden provocar el deseo sexual en la mujer; esto ayuda notablemente a la realización del acto sexual femenino. Este deseo depende mucho de su educación, así como de su impulso fisiológico, aunque el deseo sexual sí aumenta en proporción al nivel de secreción de hormonas sexuales. El deseo también varía según el ciclo sexual, y alcanza un máximo en la proximidad del tiempo de ovulación, probablemente debido al alto nivel de secreción de estrógenos durante el periodo preovulatorio. (2008, pág. 25)

Después de todo ese proceso de deseo sexual, que puede ser más mental que físico, debe seguir la de estimulación sexual, ya más de contacto físico, para efectos de sensación positiva a nivel sexual (Gorguet Pi I)

La estimulación sexual local de la mujer es más o menos igual que la del hombre, pues el masaje y otros tipos de estimulación de la vulva, la vagina y ciertas regiones del periné crean sensaciones sexuales. El glande del clítoris es especialmente sensible para iniciar estas sensaciones.



Como en el varón, las sensaciones sexuales se transmiten a los segmentos sacros de la médula espinal a través del nervio pudendo y del plexo sacro. Una vez que estas señales han penetrado en la médula espinal, son transmitidas al cerebro. También los reflejos locales integrados en la médula espinal sacra y lumbar son, en parte, responsables de algunas reacciones en las relaciones sexuales femeninas. (2008, pág. 26)

¿Pero la mujer tiene erección? O solamente tiene lubricación? como son reacciones sexuales?, preguntas que el común de las personas se hacen, debido al desconocimiento del cuerpo femenino, para la cual la Dra. Gorguet explica detalladamente esta inquietud.

En torno al introito, extendiéndose hacia el clítoris, existe tejido eréctil casi idéntico al tejido eréctil del pene. Tal como el del pene, este tejido es controlado por nervios parasimpáticos que se dirigen, a través de los nervios erectores, desde el plexo sacro a los genitales externos. En las fases tempranas de la estimulación sexual, señales parasimpáticas dilatan las arterias de los tejidos eréctiles, probablemente como resultado de la liberación de acetilcolina, óxido nítrico y péptido intestinal vasoactivo (VIP) en las terminaciones nerviosas. Esto permite una rápida acumulación de sangre en el tejido eréctil, de forma que el introito se tensa en torno al pene durante la penetración; esto a su vez, ayuda mucho al hombre a lograr la estimulación sexual suficiente para que se produzca la eyaculación. Las señales parasimpáticas, también se dirigen a las glándulas de

Bartolino, situadas bajo los labios menores, para provocar la secreción de moco inmediatamente por dentro del introito. Este moco supone buena parte de la lubricación durante el coito, aunque también el epitelio vaginal secreta mucho y una pequeña parte procede de las glándulas uretrales masculinas. La lubricación es necesaria para establecer durante el coito una sensación satisfactoria de masaje en lugar de una de irritación, que se puede producir si la vagina está seca. La percepción de masaje es el estímulo óptimo para provocar los reflejos pertinentes que culminan en el clímax masculino y femenino. (2008, págs. 26-27)

Se citó, lo relacionado con el disfrute, la satisfacción relacionadas con el deseo, la estimulación sexual, pero también se debe hacer referencia a la insatisfacción o la no posibilidad de gozar hasta los más altos grados esta actividades sexuales y las cuales se pueden volver unas experiencias traumáticas, a esto se le llama trastornos o disfunciones sexuales, son muy variadas y suelen ubicarse entre una u otras de las fases que componen la actividad sexual según el modelo de activación sexual por Masters y Johnson (1970).

La clasificación de los trastornos sexuales femeninos está determinada de la siguiente manera

Trastornos del deseo sexual. Deseo sexual hipoactivo.

Deseo sexual hiperactivo.

Trastorno por aversión al sexo.

Trastornos de la excitación sexual.

Trastorno orgásmico.

Trastornos sexuales por dolor. Dispareunia no orgánica. Vaginismo no orgánico.

Trastorno sexual debido a enfermedad.

Trastorno sexual inducido por sustancias.” (Gorguet Pi I. C., 2008, pág. 54)

Los trastornos sexuales por dolor, se presentan dos muy importantes, como el vaginismo donde se caracteriza por la dificultad para permitir la penetración vaginal aun cuando desee hacerlo:

Cuando una mujer tiene vaginismo los músculos que rodean a la vagina se contraen, de manera que es muy difícil o imposible la introducción del pene a la vagina. Esta contracción no es voluntaria, no aparece como un intento de evitar la relación sexual por no quererla.

Puede ser que la mujer sí sienta deseo, sí pueda excitarse y sí pueda tener orgasmos o que el vaginismo genere problemas en alguna dimensión. (IFESE, 2014).

Y otro concepto es que el vaginismo es “el espasmo involuntario del tercio externo de la vagina que imposibilita el coito o lo hace muy doloroso.” (Blanquet Rochera, 2002)

Y la dispareunia donde el dolor en distintas áreas genitales es asociado a la penetración en la vagina:

Dispareunia significa dolor, la mujer con esta disfunción siente dolor físico en el área genital o sus alrededores ya sean durante o después de la actividad sexual.

Las sensaciones experimentadas son escozor, dolor cortante, ardor o quemazón, picor o dolor y molestia. Difiere mucho de unas mujeres a otras las sensaciones así como su intensidad y localización. A veces se produce sólo al iniciar la relación y otras veces durante toda la relación sexual. Puede suceder en algunas posiciones del coito o en todas ellas. (IFESE, 2014, pág. 124)

La disfunción del deseo sexual hipoactivo es “El deseo sexual inhibido (DSI) también denominado “apatía sexual” o “falta de deseo sexual”, se refiere aquellas personas que no presentan apetito sexual y no se sienten atraídas por la posibilidad de experimentar conductas sexuales en general” (Branco, 2005)

Trastorno de excitación sexual se presenta en la mujeres cuando implica el “carecer de suficiente lubricación en la vagina para permitir la entrada del pene” y este se puede avanzar a un trastorno más complejo “el coito se asocia con dolor por lubricación inadecuada, corren el riesgo de avanzar hacia un trastorno del deseo sexual hipoactivo, en el cual el individuo puede tratar de suprimir los deseos sexuales por completo” (Sarason & Sarason, 2006)

El tema de los trastornos sexuales en la mujer, es de los hechos que más repercuten en su sexualidad y en el goce o no de esta, su vida misma se ve afectada, dentro de todas esas anomalías sexuales, representa una gran importancia la anorgasmia que es, “la imposibilidad de conseguir el orgasmo, aun si se ha llegado a un alto grado de excitación sexual.”( Urtube, 2004, pág. 147)

Para este tema de anorgasmia, según la misma autora Urtube esta anomalía sexual debido a sus diferentes situaciones se puede clasificar según el caso.

Padece se anorgasmia primaria aquella mujer que nunca ha obtenido un orgasmo ni a través del coito ni mediante la masturbación. Aquella que después de un tiempo de haberlos obtenido normalmente deja experimentarlos en forma persistente sufre de anorgasmia secundaria. La absoluta es la anorgasmia caracterizada por la incapacidad de lograr el orgasmo por medio de procedimiento alguno. La anorgasmia relativa se produce cuando el orgasmo no se obtiene de una forma determinada, por ejemplo mediante la penetración. La anorgasmia situacional se refiere al caso de en que se alcanza el orgasmo solo en determinadas circunstancias específicas. (2004, pág. 147)

Esta disfunción sexual, puede tener sus causas en diferentes orígenes, como son orgánicos, psicológicos, “Esta disfunción sexual puede estar motivada por trastornos orgánicos (diabetes, hipertensión...) Ingestión de sustancias (antihipertensivos, antidepresivos...) o por causas psicológicas propias de la mujer o su relación.” (De Silva Rodriguez, 2004)

Se le da más importancia a la parte psicológicas como la principal causa de la anorgasmia, cuando se dice, “lo habitual es que sean varios los factores que intervienen en la aparición de la anorgasmia, pero son probablemente las causas psicológicas en cualquiera de sus formas la responsable del mayor número de casos” (De Silva Rodríguez, 2004)

La misma autora De Silva Rodríguez argumenta la anterior afirmación cuando escribe que “Entre los variados trastornos psicológicos que pueden derivar en anorgasmia cabe mencionar: pobre comunicación sexual o conflicto en la relación con la pareja, experiencias traumáticas, alteraciones de ánimo, creencias poco adecuadas con respecto al sexo (moralismo, culpabilidad...), psicopatología individual” (2004, pág. 578)

Las consecuencias derivadas de la anorgasmia pueden ser muchas, pero las que más importancia pueden tener es su placer en la relación sexual, y de esta pueden derivarse otro tipo de problemas como el mismo comportamiento en la vida social o familiar.

Existen disfrutes o no de las actividades sexuales, pero todo está basado en vivencias del bienestar en el ejercicio sexual, de cómo es la afectividad en la relación, que clase de reciprocidad debe existir, para lograr el objetivo final de tener unas actividades sexuales plenas para la mujer, todo esto, es en resumidas cuentas, es un intercambio de varias funciones o actuaciones en pro del otro y de la persona misma:

Para que este intercambio sea satisfactorio y llene las necesidades de ambos, es necesario el conocimiento mutuo, en el sentido que se tiene que saber qué espera

el otro o la otra de un encuentro sexual y descubrir qué induce a la pareja a una relación satisfactoria.

El aprender qué es lo que más le gustaría a la otra persona, o “qué es lo que mejor la predispone”, se hace necesario para cuando se “quiere estar juntos”. Como podemos observar, el conocimiento del otro(a) es fundamental, y a la vez se constituye en una experiencia de aprendizaje. (Jaramillo, Uribe, & Giraldo, 2006)

## **5. Diseño metodológico**

### **5.1. Enfoque metodológico**

Es cualitativo, en el cual la investigación se realiza por descubrimiento, se toma como referente de estudio a los seres humanos en su complejidad, y en especial a la condición sexual de la mujer.

La metodología de investigación cualitativa, que según Bonilla:

El método cualitativo sirve para captar el conocimiento, el significado y las interpretaciones que comparten los individuos sobre la realidad social que se estudia y es definida como un producto histórico, es decir, validada y transformada por los mismos sujetos. Sus análisis se centran en grupos pequeños o en casos que se seleccionan, cuidando de que no sean excepcionales sino representativos de las tendencias de comportamiento que organizan la vida social en el contexto analizado. La selección sólo es posible después de logara la aceptación y el compromiso de la comunidad estudiada.(Bonilla, 1997)

### **5.2. El tipo de estudio**

El presente estudio retomara el estudio de caso, como estrategia metodológica que abarca el estudio de un grupo humano determinado, del cual se sacaran unos datos específicos para el informe investigativo, de quienes se analizaran las respuestas, las cuales serán totalmente



diferentes a otro grupo humano, además el estudio de caso contribuye únicamente a nuestro conocimiento del fenómeno a estudiar.

Según Cesar Augusto Bernal Torres, profesor investigador de la universidad de la Sabana (Colombia):

El objetivo de los estudios de caso, mejor conocido como el método del caso, es estudiar a profundidad o en detalle una unidad de análisis específica, tomada de un universo poblacional.

Para el método del caso, la unidad de análisis, “el caso” objeto de estudio es comprendido como un sistema integrado que interactúa en un contexto específico con características propias. El caso unidad de análisis puede ser una persona, una institución o empresa, un grupo, etcétera.

Se estudian a profundidad estos temas en la unidad de análisis, se recolectan datos, se analizan, interpretan y validan; luego, se redacta el caso.

(2006, pág. 116)

Toda investigación cualitativa lleva consigo la interpretación de la información, y el análisis reflexivo del fenómeno de estudio.

El componente metodológico está enmarcado desde la fenomenología, pero esto no quiere decir que se quede en “meros análisis”, sino que, a la hora de exponer cómo debe proceder el tratamiento reflexivo de la información recolectada, explica la esencia de experiencia de los actores, los sujetos y el medio donde sucede el estudio de análisis.

Además es conveniente tener en cuenta que el enfoque fenomenológico aboga por el estudio de la experiencia directa, en este caso, por la experiencia íntima y personal de las mujeres, dicha experiencia es tomada en su valor inicial; ve el comportamiento como determinado por los fenómenos de la experiencia, en vez de por la realidad externa, objetiva, y físicamente descrita.

Quién puede hablar mejor de su sexualidad que la misma mujer, en este sentido podemos decir, que la función sexual se puede mirar desde un enfoque fenomenológico, lo cual requiere para el presente estudio analizar la misma función sexual para poder producir una reflexión profunda sobre este tema. Se da un lugar objetivo del problema a muchos subjetivos, los cuales están en las búsquedas de la presente investigación.

### **5.3. Población**

Para recolectar la información se pretende tener un grupo humano de estudio, que hace parte del entorno social del investigador principal, son mujeres mayores de edad de estrato tres, con un contexto económico de ingreso medio bajo, con diferentes niveles educativos, edades en un rango de 18 a 50 años. La mayoría de ellas en condición social de pareja estable. (Ver anexo 4)

#### **5.4. Estrategias de recolección de información**

Se utilizaron entrevistas individuales, además de la implementación del cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer –FSM- del servicio andaluz de salud consejería para la salud de España, Se trata de una escala auto-administrada que consta de 15 ítems.

Son cuestionarios cerrados y se adaptaron en forma virtual con tabulación automática a una base de datos, graficas automáticas, sin embargo dichos cuestionarios se realizaron en forma presencial.

##### **5.4.1. Entrevistas semiestructuradas.** (Ver anexo 2: Guión de la entrevista)

En una entrevista semiestructurada, se le da la oportunidad de responder abiertamente, las preguntas de la entrevista, o sea el entrevistado no está “atado” a una respuesta determinada,

“una pregunta semiestructurada (o abierta) pide a los encuestados que contesten utilizando sus propias palabras: a diferencia de una pregunta estructurada, no los limita a marcar una casilla de una lista de opciones predeterminada con el fin reunir datos estadísticos. Sencillamente, las preguntas semiestructuradas son “qué”, “por qué” y “cómo en lugar de “con qué frecuencia” y “cuántos”.(Fontaine, 2004, pág. 5)

**5.4.2. Cuestionario evaluador de la función sexual de la-FSM-(ver anexo 3: cuestionario FSM)**

Es un cuestionario con 6 ítems promedio por dominio, se realizó con 10 voluntarias. Con 14 ítems y uno alternativo, el 7b (alternativo si no responde el ítem 7). Esta es condicionada a mujeres con actividad sexual en pareja o individual, de cualquier edad y orientación sexual.

Se trata de un cuestionario auto administrado, de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert (Salkind, págs. 144-145), de 5 valores y se integran por grupos, hay grupos descriptivos que cuentan con un valor cuantitativo y ayudan a reconocer cuestiones como son la frecuencia sexual, existencia de pareja o no, y en algunas esenciales para el diagnóstico de disfunciones sexuales.

Los autores son un grupo de expertos, formado por médicos en medicina familiar y comunitaria y psicólogos clínicos (2 mujeres y 2 hombres) con formación y experiencia en sexología, que acordó 2 tipos de grupos de evaluación en actividad sexual y descriptivos, así como los puntos que les detallan o caracterizan y también grupos diagnósticos en cada tema como son: trastorno grave, moderado y sin trastornos los autores del cuestionario son:

F. Sánchez Especialista en MFyC. Doctor en Medicina en el Centro de salud de Rotglá. Valencia. España.

M. Pérez Conchillo, Doctora en Psicología, Instituto Espill de Sexología, Psicología y Medicina. Valencia. España.

J.J. Borrás Valls, Especialista en MFyC. Doctor en Medicina. Instituto Espill de Sexología, Psicología y Medicina. Valencia. España.

O. Gómez Llorens, Doctora en Psicología. Instituto Espill de Sexología, Psicología y Medicina. Valencia. España. J Aznar Vicente Doctor en Bioquímica. SIIC SL. Valencia.

## 5.5 Fases metodológicas

Para la presente investigación, se abordó la metodología fenomenológica partir de tres fases:

**Fase uno:** recolección de Información según los factores perceptibles del fenómeno de estudio, además del levantamiento de un diagnóstico que permitió una lectura global del fenómeno.

Delimitación del problema, se elaboró un estudio del problema desde una mirada general y de una revisión de antecedentes históricos e investigativos del problema encontrado, además de analizar la pertinencia del estudio en el contexto social específico.

Redacción del Objeto de la investigación, además de la descripción de los Objetivos específicos y campos de acción de la investigación, las distintas miradas teóricas que existen y que ayudaron a delimitar el Marco referencial.

**Fase dos:** Construcción de modelo teórico, a partir de una revisión bibliográfica y de cibergrafía para poder realizar un análisis crítico de la información, para poder hacer aportes pertinentes al proceso. Además de hacer comprobación de teorías y buscar las posibles relaciones de las teorías de investigación con la problemática específica objeto de estudio de la presente investigación, para poder llegar a unas conclusiones y hallazgos.

**Fase tres:** Diseños y aplicación de encuestas a fuentes primarias, tabulación y resultados.

Para la elaboración de encuestas se tuvo en cuenta los Factores de relación:

- Conocer el comportamiento sexual de la mujer y su pareja.
- Frecuencia de relaciones sexuales, de pensamientos/ fantasías y tensión genital.
- Evaluar la frecuencia ideal o satisfactoria, así como frecuencia en las iniciativas.
- Evaluar cómo se siente ante las distintas conductas sexuales que practica.
- Catálogo de preferencias y rechazos, así como frecuencia de prácticas de éstas.

## 6. Resultados y análisis de la información

### 6.1. Resultado test función sexual de la mujer

Cuestionario	¿.HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?	1 Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes....) Relacionadas con actividades sexuales?	2 Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos ó deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?	3 Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?
Mujer 1	Si	3 A veces	3 A veces	3 A veces
Mujer 2	Si	1 Nunca	4 A menudo	5 Casi siempre - Siempre
Mujer 3	Si	3 A veces	3 A veces	1 Nunca
Mujer 4	Si	5 Casi siempre - Siempre	4 A menudo	5 Casi siempre - Siempre
Mujer 5	Si	4 A menudo	4 A menudo	3 A veces
Mujer 6	No	3 A veces	3 A veces	2 Raramente
Mujer 7	No	1 Nunca	2 Raramente	5 Casi siempre - Siempre
Mujer 8	Si	2 Raramente	3 A veces	4 A menudo
Mujer 9	Si	2 Raramente	3 A veces	3 A veces
Mujer 10	Si	3 A veces	3 A veces	4 A menudo

Cuadro1 de resultados

Cuestionario	4 En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.	5 Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?	6 En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?
Mujer 1	4 A menudo	3 A veces	4 Raramente
Mujer 2	5 Casi siempre - Siempre	4 A menudo	5 Nunca
Mujer 3	3 A veces	3 A veces	3 A veces
Mujer 4	4 A menudo	4 A menudo	4 Raramente
Mujer 5	3 A veces	5 Casi siempre - Siempre	5 Nunca
Mujer 6	3 A veces	4 A menudo	5 Nunca
Mujer 7	3 A veces	3 A veces	5 Nunca
Mujer 8	1 Nunca	3 A veces	3 A veces
Mujer 9	2 Raramente	3 A veces	2 A menudo
Mujer 10	3 A veces	3 A veces	4 Raramente

Cuadro 2 de resultados



Cuestionario	7a En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b	7b ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? Instrucciones: cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).	8 Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?
Mujer 1	3 A veces		3 A veces
Mujer 2	5 Casi siempre - Siempre		5 Nunca
Mujer 3	1 Nunca		3 A veces
Mujer 4	4 A menudo		5 Nunca
Mujer 5	5 Casi siempre - Siempre		5 Nunca
Mujer 6		(d) No tener pareja sexual	3 A veces
Mujer 7		(a) Por sentir dolor	1 Casi siempre - Siempre
Mujer 8	4 A menudo		5 Nunca
Mujer 9	3 A veces		2 A menudo
Mujer 10	5 Casi siempre - Siempre		3 A veces

Cuadro 3 de resultados

Cuestionario	9 Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?	10 A menudo En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? Nota informativa: el término "con otra persona" se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.	11 Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?
Mujer 1	3 A veces	3 A veces	5 Casi siempre - Siempre
Mujer 2	4 A menudo	4 A menudo	5 Casi siempre - Siempre
Mujer 3	1 Nunca	1 Nunca	1 Nunca
Mujer 4	5 Casi siempre - Siempre	4 A menudo	4 A menudo
Mujer 5	4 A menudo	4 A menudo	5 Casi siempre - Siempre
Mujer 6	1 Nunca	1 Nunca	0 No tengo pareja
Mujer 7	1 Nunca	2 Raramente	2 Raramente
Mujer 8	1 Nunca	1 Nunca	1 Nunca
Mujer 9	1 Nunca	2 Raramente	1 Nunca
Mujer 10	5 Casi siempre - Siempre	4 A menudo	5 Casi siempre - Siempre

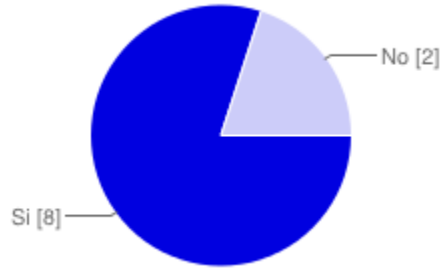
Cuadro 4 de resultados

Cuestionario	12 Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?encuentros sexuales?	13 Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?	14 En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?
Mujer 1	(b) De 3 a 4 veces	3 A veces	4 Bastante satisfecha
Mujer 2	(b) De 3 a 4 veces	4 A menudo	4 Bastante satisfecha
Mujer 3	(a) 1-2 veces	3 A veces	1 Muy insatisfecha
Mujer 4	(c) De 5 a 8 veces	5 Casi siempre - Siem	5 Muy satisfecha
Mujer 5	(a) 1-2 veces	4 A menudo	3 Ni satisfecha ni insatisfecha
Mujer 6	(a) 1-2 veces	1 Nunca	2 Bastante insatisfecha
Mujer 7	(a) 1-2 veces	1 Nunca	5 Muy satisfecha
Mujer 8	(a) 1-2 veces	1 Nunca	1 Muy insatisfecha
Mujer 9	(e) Más de 12 veces	2 Raramente	3 Ni satisfecha ni insatisfecha
Mujer 10	(b) De 3 a 4 veces	5 Casi siempre - Siem	4 Bastante satisfecha

Cuadro 5 de resultados

**6.2 Respuestas cuestionario**

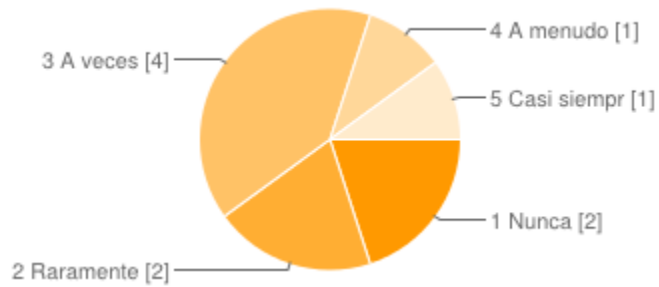
¿Ha tenido usted actividad sexual durante las últimas cuatro semanas?



Si 80%

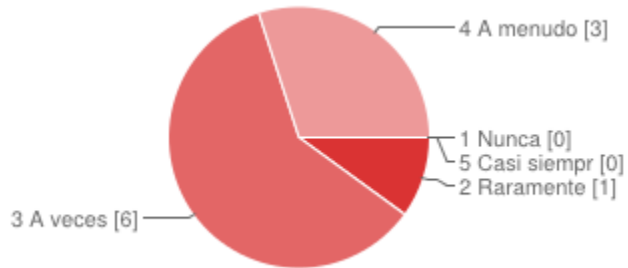
No 20%

1. Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes...) Relacionadas con actividades sexuales?



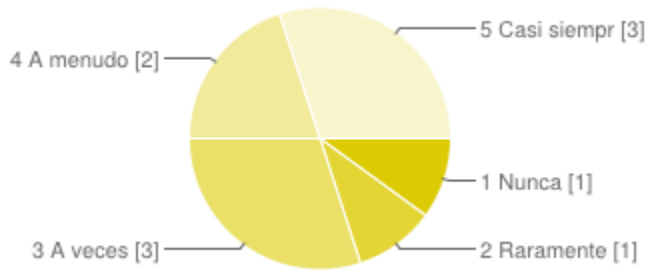
1 Nunca	20%
2 Raramente	20%
3 A veces	40%
4 A menudo	10%
5 Casi siempre - Siempre	10%

2. Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?



1 Nunca	0%
2 Raramente	10%
3 A veces	60%
4 A menudo	30%
5 Casi siempre - Siempre	0%

3. Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?



1 Nunca 10%

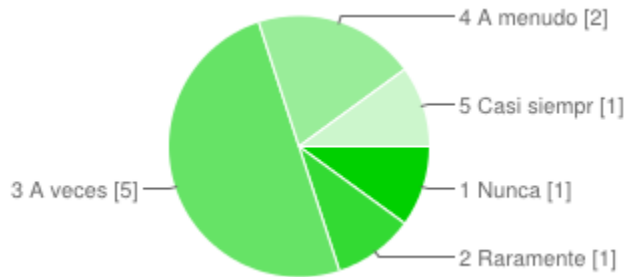
2 Raramente 10%

3 A veces 30%

4 A menudo 20%

5 Casi siempre - Siempre 30%

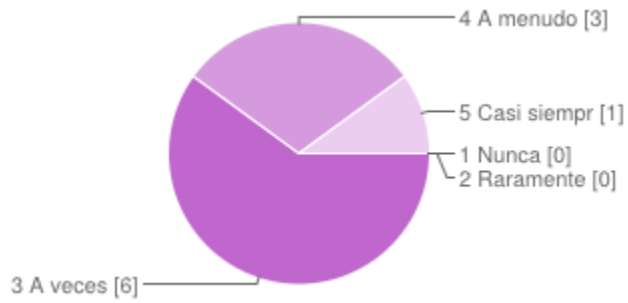
4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.



1 Nunca	10%
2 Raramente	10%
3 A veces	50%
4 A menudo	20%
5 Casi siempre - Siempre	10%

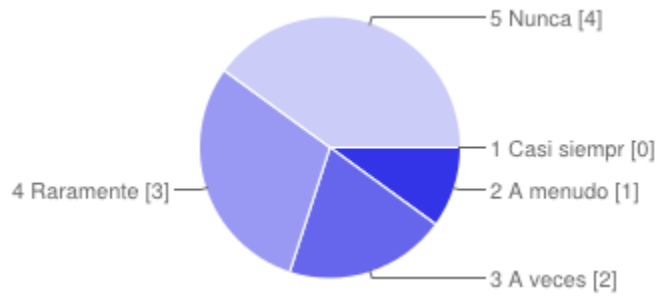


5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?



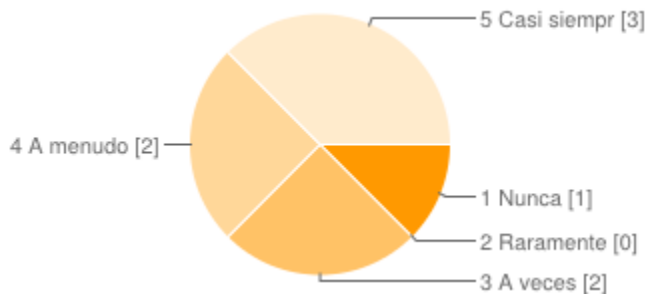
1 Nunca	0%
2 Raramente	0%
3 A veces	60%
4 A menudo	30%
5 Casi siempre - Siempre	10%

6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?



1 Casi siempre - Siempre	0%
2 A menudo	10%
3 A veces	20%
4 Raramente	30%
5 Nunca	40%

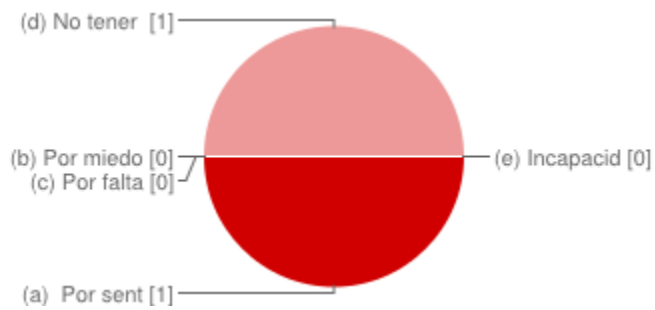
7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b



1 Nunca	13%
2 Raramente	0%
3 A veces	25%
4 A menudo	25%
5 Casi siempre - Siempre	38%

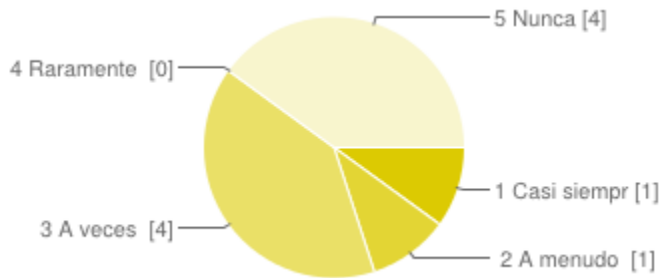
7b. ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas?

Instrucciones: complemente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).



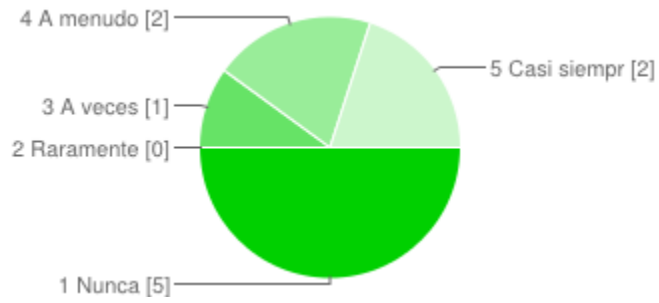
(a) Por sentir dolor	50%
(b) Por miedo a la penetración	0%
(c) Por falta de interés para la penetración vaginal	0%
(d) No tener pareja sexual	50%
(e) Incapacidad para la penetración por parte de su pareja	0%

8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?



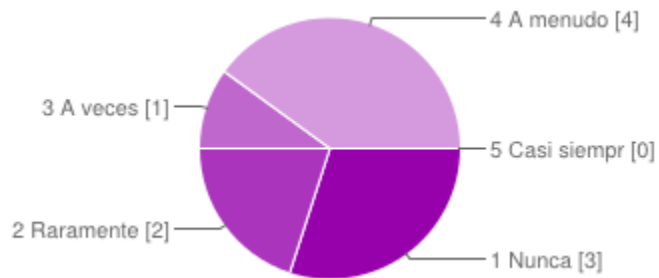
1 Casi siempre - Siempre	10%
2 A menudo	10%
3 A veces	40%
4 Raramente	0%
5 Nunca	40%

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?



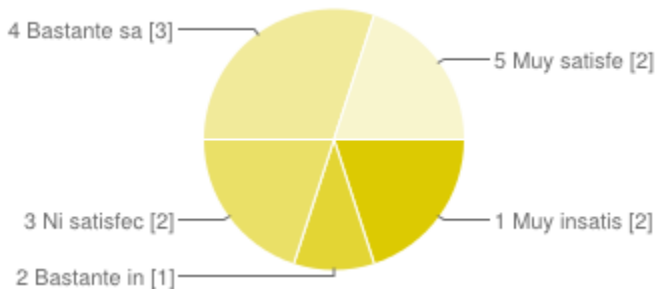
1 Nunca	50%
2 Raramente	0%
3 A veces	10%
4 A menudo	20%
5 Casi siempre - Siempre	20%

10. A menudo En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? Nota informativa: el término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.



1 Nunca	30%
2 Raramente	20%
3 A veces	10%
4 A menudo	40%
5 Casi siempre - Siempre	0%

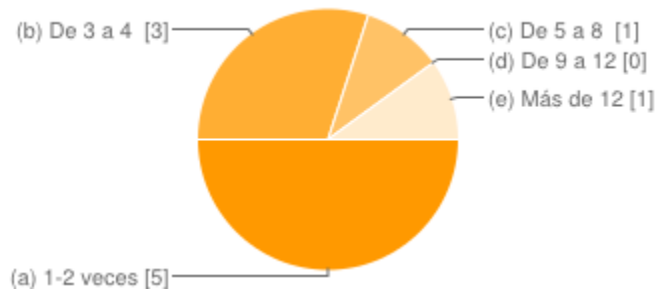
11. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?



1 Nunca	30%
2 Raramente	10%
3 A veces	0%
4 A menudo	10%
5 Casi siempre - Siempre	40%
0 No tengo pareja	10%



12. Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual? encuentros sexuales?



(a) 1-2 veces                      50%

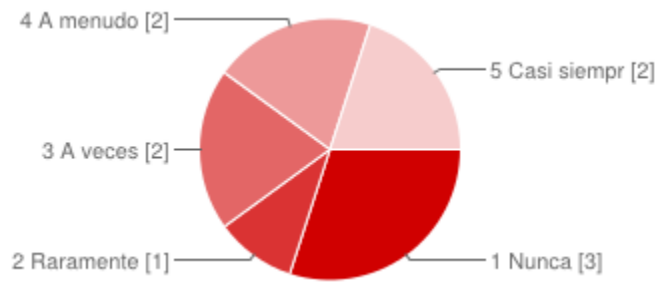
(b) De 3 a 4 veces                30%

(c) De 5 a 8 veces                10%

(d) De 9 a 12 veces               0%

(e) Más de 12 veces               10%

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?



1 Nunca 30%

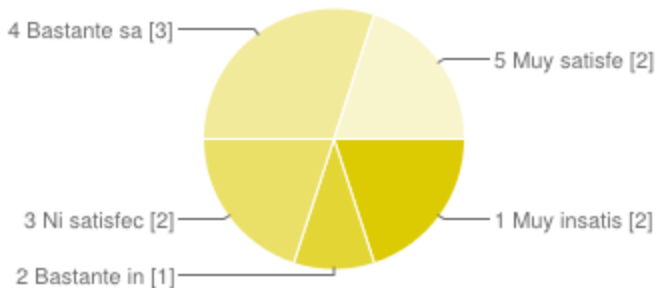
2 Raramente 10%

3 A veces 20%

4 A menudo 20%

5 Casi siempre - Siempre 20%

14. En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?



1 Muy insatisfecha 20%

2 Bastante insatisfecha 10%

3 Ni satisfecha ni insatisfecha 20%

4 Bastante satisfecha 30%

5 Muy satisfecha 20%

**6.3 Resultados según Cuestionario FSM**

Cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer –FSM- (Sánchez, y otros, 2004)

Población diana: Población general mujer. Se trata de una escala auto administrada que consta de 14 ítems, tras una pregunta llave. Cada ítem del cuestionario FSM puntúa entre 1 y 5. Su interpretación atiende a las siguientes consideraciones:

	<b>Dominios evaluadores de actividad sexual (DEAS)</b>	<b>Ítems</b>	<b>Puntuación Total</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Evalúan la Respuesta Sexual y la presencia de Disfunción Sexual</b>	1-Deseo	1, 2, 4	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	2-Excitación	3, 4, 5	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	3-Lubricación	5	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	4-Orgasmo	9	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
			6, 7a, 8	1-3

	5-Problemas con la penetración vaginal		4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	6-Ansiedad anticipatoria	8	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	<b>Evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual</b>	7-Iniciativa sexual	10	1
2				Iniciativa moderada
3-5				Sin problemas de iniciativa
8-Grado de comunicación sexual <sup>a</sup>		11	1	Ausencia de comunicación sexual
			2	Comunicación sexual moderada
			3-5	Sin problemas de comunicación sexual
<b>Evalúan satisfacción sexual</b>	9-Satisfacción de la actividad sexual	9, 13	1-2	Insatisfacción
			3-5	Satisfacción moderada
			6-10	Satisfactoria
	10-Satisfacción sexual general	14	1	Insatisfacción sexual general
			2	Satisfacción sexual general moderada
			3-5	Satisfacción sexual general

	<b>Dominios descriptivos</b>	<b>Ítems</b>	<b>información complementaria</b>
<i>Describen aspectos de interés sobre la actividad sexual</i>	11-Actividad sexual sin penetración vaginal <sup>b</sup>	7b	a) Dolor b) Miedo a la penetración  c) Falta de interés para la penetración vaginal d) No tener pareja sexual e) Incapacidad por parte de su pareja
	12-Frecuencia de actividad sexual	12	a) 1-2 veces b) De 3 a 4 veces c) De 5 a 8 veces d) De 9 a 12 veces e) Más de 12 veces
	13-Existencia o no de pareja sexual	11	a) Si b) No

**Cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer –FSM-** (Sánchez, y otros, 2004)

**Para diagnosticar disfunción sexual**(Sánchez, y otros, 2004)solo contabilizan los 6 primeros DEAS: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria.

**a. Dominio “Grado de comunicación sexual”:** No evaluable si la opción elegida por la mujer fuese NO TENGO PAREJA.

**b. Dominio “Actividad sexual sin penetración vaginal”:** Evaluable solo si no hay respuesta a la pregunta 7a y sí a 7b.

**Consideraciones diagnósticas a la información complementaria del ítem 7b:**

- Si la respuesta es a) Dolor o b) Miedo a la penetración: Considerar posible “trastorno sexual por dolor” (DSM-IV-TR y CIE 10): Vaginismo o dispareunia severos.
- Si la respuesta es d) Incapacidad por parte de su pareja: Estudiar posible disfunción eréctil u otro trastorno de la pareja

**6.4 Interpretación Cuestionario FSM**

Cuestionario	1-Deseo 1, 2, 4	Interpretación	2-Excitación 3, 4, 5	Interpretación
Mujer 1	10	Sin trastorno	10	Sin trastorno
Mujer 2	10	Sin trastorno	14	Sin trastorno
Mujer 3	9	Sin trastorno	7	Trastorno moderado
Mujer 4	13	Sin trastorno	13	Sin trastorno
Mujer 5	11	Sin trastorno	11	Sin trastorno
Mujer 6	9	Sin trastorno	9	Sin trastorno
Mujer 7	6	Trastorno moderado	11	Sin trastorno
Mujer 8	6	Trastorno moderado	8	Sin trastorno
Mujer 9	7	Trastorno moderado	8	Sin trastorno
Mujer 10	9	Sin trastorno	10	Sin trastorno

**Cuadro interpretación 1 de la función sexual de la mujer –FSM-**



Cuestionario	3- Lubricación 5	Interpretación	4- Orgasmo 9	Interpretación
Mujer 1	3	Sin trastorno	3	Sin trastorno
Mujer 2	4	Sin trastorno	4	Sin trastorno
Mujer 3	3	Sin trastorno	1	Trastorno severo
Mujer 4	4	Sin trastorno	5	Sin trastorno
Mujer 5	5	Sin trastorno	4	Sin trastorno
Mujer 6	4	Sin trastorno	1	Trastorno severo
Mujer 7	3	Sin trastorno	1	Trastorno severo
Mujer 8	3	Sin trastorno	1	Trastorno severo
Mujer 9	3	Sin trastorno	1	Trastorno severo
Mujer 10	3	Sin trastorno	5	Sin trastorno

**Cuadro interpretación 2 de la función sexual de la mujer –FSM-**

Cuestionario	5-Problemas con la penetración vaginal 6, 7a, 8	Interpretación	6-Ansiedad anticipatoria 8	Interpretación
Mujer 1	10	Sin trastorno	3	Sin trastorno
Mujer 2	15	Sin trastorno	5	Sin trastorno
Mujer 3	7	Trastorno moderado	3	Sin trastorno
Mujer 4	13	Sin trastorno	5	Sin trastorno
Mujer 5	15	Sin trastorno	5	Sin trastorno
Mujer 6	8	Sin trastorno	3	Sin trastorno
Mujer 7	5	Trastorno moderado	1	Trastorno severo
Mujer 8	12	Sin trastorno	5	Sin trastorno
Mujer 9	7	Trastorno moderado	2	Trastorno moderado
Mujer 10	12	Sin trastorno	3	Sin trastorno

**Cuadro interpretación 3 de la función sexual de la mujer –FSM-**

Cuestionario	7- Iniciativa sexual 10	Interpretación	8-Grado de comunicación sexual 11	Interpretación
Mujer 1	3	Sin problemas de iniciativa	5	Sin problemas de comunicación sexual
Mujer 2	4	Sin problemas de iniciativa	5	Sin problemas de comunicación sexual
Mujer 3	1	Ausencia de iniciativa	1	Ausencia de comunicación sexual
Mujer 4	4	Sin problemas de iniciativa	4	Sin problemas de comunicación sexual
Mujer 5	4	Sin problemas de iniciativa	5	Sin problemas de comunicación sexual
Mujer 6	1	Ausencia de iniciativa	0	Sin problemas de comunicación sexual
Mujer 7	2	Iniciativa moderada	2	Comunicación sexual moderada
Mujer 8	1	Ausencia de iniciativa	1	Ausencia de comunicación sexual
Mujer 9	2	Iniciativa moderada	1	Ausencia de comunicación sexual
Mujer 10	4	Sin problemas de iniciativa	5	Sin problemas de comunicación sexual

Cuadro interpretación 4 de la función sexual de la mujer –FSM-

Cuestionario	9-Satisfacción de la actividad sexual 9, 13	Interpretación	10-Satisfacción sexual general 14	Interpretación
Mujer 1	6	Satisfactoria	4	Satisfacción sexual general
Mujer 2	8	Satisfactoria	4	Satisfacción sexual general
Mujer 3	4	Satisfacción mc	1	Insatisfacción sexual general
Mujer 4	10	Satisfactoria	5	Satisfacción sexual general
Mujer 5	8	Satisfactoria	3	Satisfacción sexual general
Mujer 6	2	Insatisfacción	2	Satisfacción sexual general
Mujer 7	2	Insatisfacción	5	Satisfacción sexual general
Mujer 8	2	Insatisfacción	1	Insatisfacción sexual general
Mujer 9	3	Satisfacción mc	3	Satisfacción sexual general
Mujer 10	10	Satisfactoria	4	Satisfacción sexual general

**Cuadro interpretación 5 de la función sexual de la mujer –FSM-**

6.5 Consolidado de Resultado FSM en gráfico

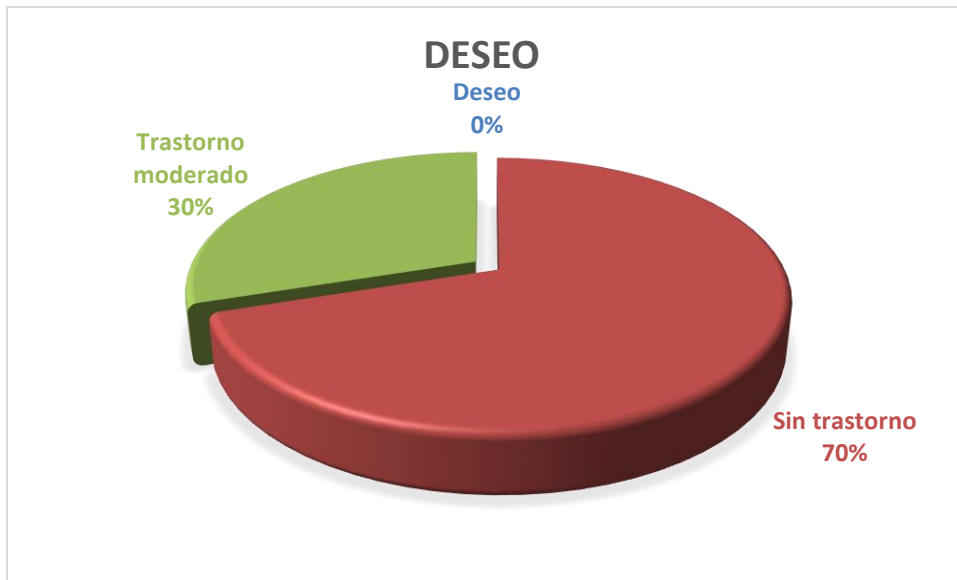


Grafico 1 Deseo



Grafico 2 Excitación



Grafico 3Lubricación

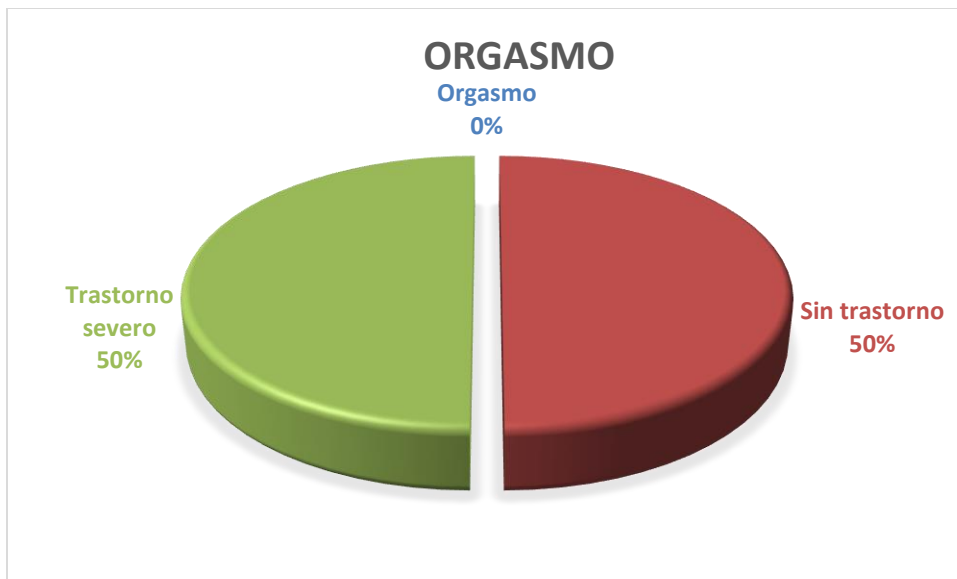


Grafico 4 Orgasmo



Grafico 5 Problemas con la penetración vaginal

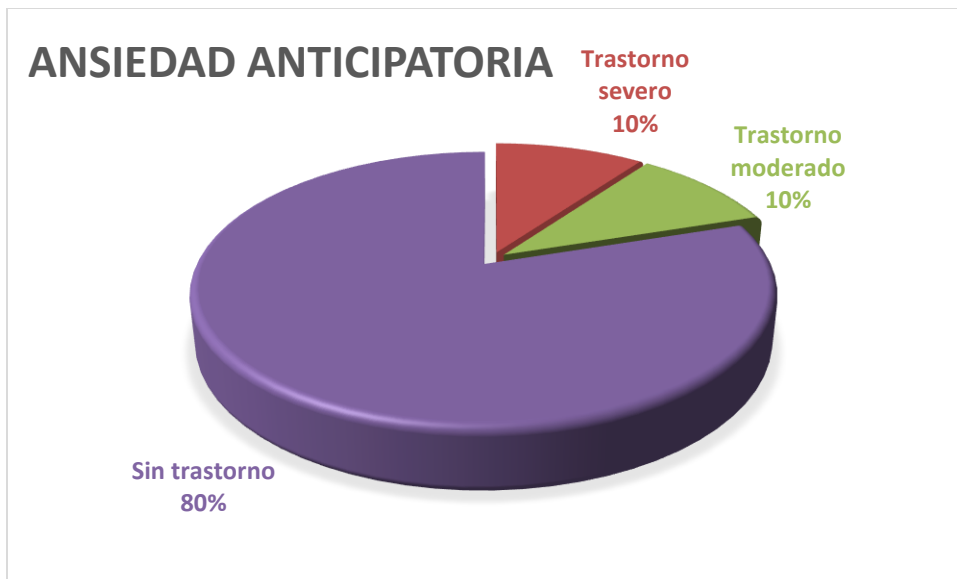


Grafico 6 Ansiedad Anticipatoria



Grafico 7 Grado de Comunicación Sexual

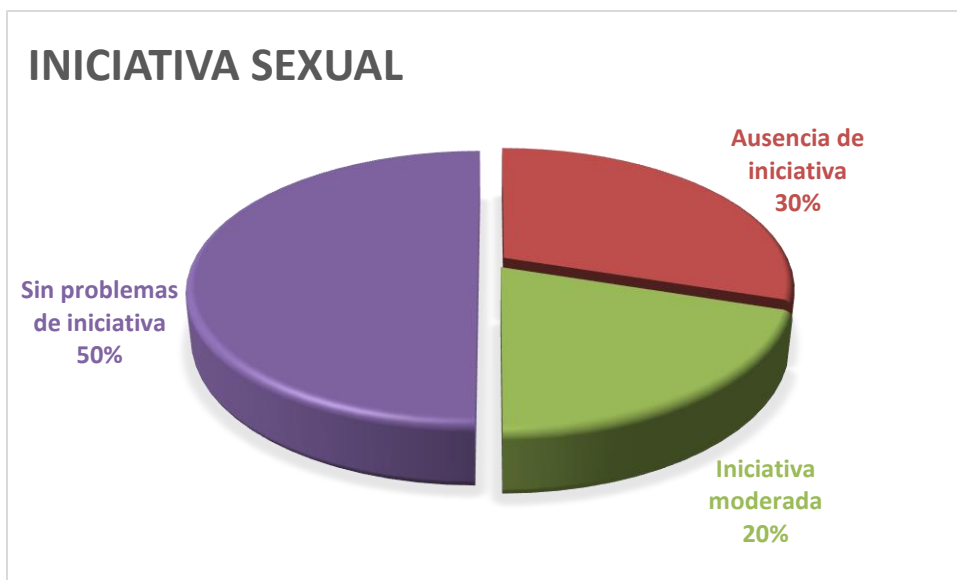


Grafico 8 Iniciativa Sexual



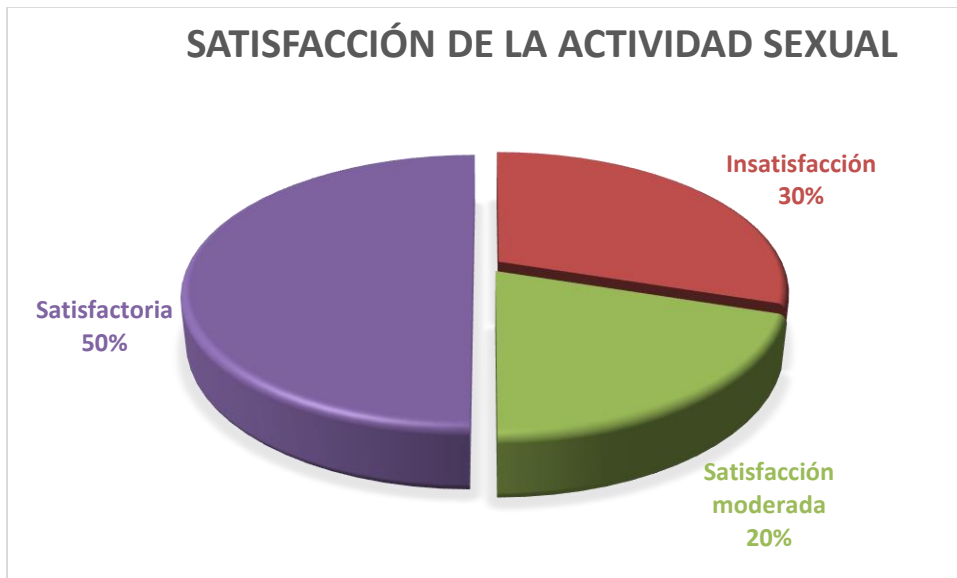


Grafico 9 Satisfacción de la actividad Sexual

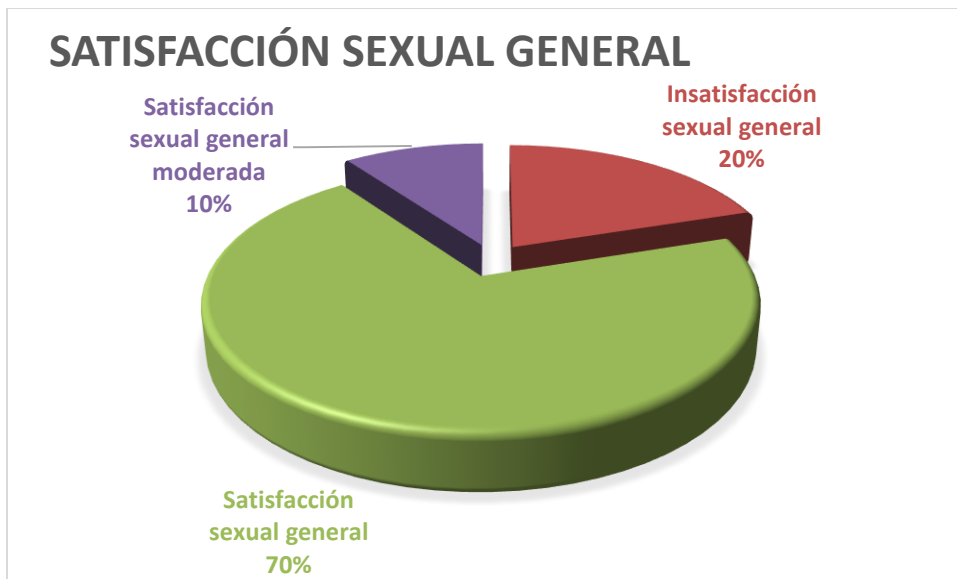


Grafico 10 Satisfacción Sexual General

## 6.6 Análisis de resultados de instrumentos aplicados

De acuerdo al instrumento de recolección de información como fue el test o cuestionario sobre la percepción de la Función Sexual de La Mujer, se puede concluir:

Las fantasías sexuales en la actualidad no son tan frecuentes como en otros tiempos, se han perdido paulatinamente. En este grupo de mujeres de una urbanización de Medellín, se encontró que solo para el 20%, son frecuentes y para el 80%, se presentan “a veces”, “raramente” o “nunca”.

De acuerdo con los anteriores datos y las percepciones acerca de la función sexual placentera, el 50% manifiesta haber llegado al orgasmo y el otro 50%, manifiesta anorgasmia, aunque para ellas no es totalmente claro este concepto.

Cuando se habla de la facilidad de excitarse (primer estadio según Master & Johnson), las respuestas de “fácilmente”, “a veces”, “a menudo” y “casi siempre” totalizó el 80%, o sea, que llegar a la etapa de excitación, no se les hace difícil a este grupo de mujeres. Solo el 20% manifiestan lo contrario.

Lo anterior lo sustenta, que a la pregunta; cuando las “tocan”, entendiendo este término como acariciar o estimular, ¿tienen deseos de avanzar?, el 80% manifestó afirmativamente con las respuestas, “a menudo” y “casi siempre”. Sin embargo, esta respuesta no asegura el desenvolvimiento satisfactorio de la relación sexual, aunque 100% manifiesta lubricación y humedad vaginal

A lo que se les suma que estas etapas previas las lleva a sentirse con humedad o lubricación vaginal, en el rango de a veces, a menudo y siempre es del 100%, o sea que ratifica el concepto anterior.

De igual forma algún toque o caricia vaginal le trae dolor, a veces y a menudo suman del 30% y raramente y nunca el 70%, según estos resultados posiblemente los problemas orgánicos a nivel de zona genitales, serian bajos o posibles anorgasmia por dispareunia.

Y si la penetración es fácil, la gran mayoría tuvo una respuesta positiva, ante la posibilidad de tener una actividad sexual, ha sentido miedo, ansiedad inquietud, etc., “a veces” ocupa el primer lugar, igual que “nunca”, las dos suman 80%, estas respuestas da como análisis que la mayoría no posee problemas de físicos en zonas íntimas, ni psicológicos por no tener miedo a encuentros de actividad sexual.

La pregunta si ha tenido orgasmo en sus últimas actividades sexuales el resultado de respuestas el del 50%, el otro 50% dice que no ha llegado al orgasmo, para este caso se nota un problema, según los parámetros de lectura de los anteriores porcentajes, es pertinente hacer la observación de que el índice de 50% de mujeres que dicen “que no llegan”, es muy alto el porcentaje, acá se puede denotar que el inicio en las actividades sexuales empieza bien, pero que decae cuando se va avanzado, lo que puede traer como consecuencia la no satisfacción sexual de la mujer.

Como la más alta respuesta, la comunicación con la pareja, está polarizada con un porcentaje consolidado, o sea, la comunicación se da en la mitad de las entrevistadas, la actividad sexual básicamente es muy baja, pues el 50% respondió que lo hacen solo de 1 a 2 veces en el último mes, pero el tema del disfrute es muy marcado en las respuestas de “nunca”, “raramente” “y a veces” con la suma de las tres respuestas suman el 60%.

Los resultados como tal del diagnóstico de la Función Sexual de la Mujer, refleja que el 30% presentó un trastorno con respecto al deseo, mientras el 70% no presenta trastorno, lo que refrenda que no hay trastorno masivo en este grupo. El 10% presento un trastorno con respecto a la excitación, mientras el 90% no presenta trastorno, esta mayoría tiene un buen comportamiento con la excitación. El 100 % no presenta trastorno con respecto a la lubricación lo que presume que no hay problemas orgánicos, ni psicológicos con respecto a este tema de la lubricación.

Otros aspectos importantes a destacar son: el 30 % presentó un trastorno moderado con respecto a problemas con la penetración vaginal, mientras el 70% no presenta trastorno, el 10 %, trastorno severo con respecto a la ansiedad anticipatoria, mientras el 10% tiene un trastorno moderado y un 80% no presenta trastorno.

Hasta ahora el comportamiento de las mujeres encuestadas está dando un poco porcentaje de trastornos sexuales en las mujeres objeto de la investigación: el 10 % presento una comunicación sexual moderada, ausencia de comunicación sexual fue del 30% , falta comunican de pareja, según los consolidados de comunicación, mientras el 60% no presento problemas de comunicación sexual-

El 50 % sin problemas de iniciativa, mientras el 30% no presenta trastorno presento ausencia de iniciativa y un 20% una iniciativa moderada, el 50 % presento una actividad satisfactoria.

Mientras el 30% presenta insatisfacción y 20% una satisfacción moderada, el 70 % presento una satisfacción sexual general, mientras el 20% presenta insatisfacción y 10% una satisfacción general sexual moderada.

El dato de los trastornos tienen poco porcentaje, pero cuando se avanza en las etapas de la actividad sexual, el test muestra un crecimiento en las alteraciones sexuales.

En las entrevistas se les efectuó un cuestionario de preguntas semiestructuradas. A tres de las 10 mujeres que participaron, se le hicieron preguntas diferentes de acuerdo a sus funciones sexuales y de conocimiento del tema, encontrando diferentes puntos de vista, de cómo asumen su propia sexualidad.

Mediante el cuestionario cerrado, se pudo identificar diferentes niveles de la función sexual o posibles disfunciones sexuales. En cuanto a las fantasías o pensamientos sexuales no fue un aspecto relevante para estas mujeres, sin embargo, se pudo observar, que para ellas entrar en el estadio de excitación es fácil y muy importante.

### Conclusiones

En el análisis de resultados se evidenció que el goce o disfrute de la sexualidad del grupo de estudio está parcializado mostrando que un 50% de estas mujeres presentan poca satisfacción y que está muy relacionada con las habilidades que podrían tener la pareja para el disfrute y que puede estar influenciado por el bajo nivel académico, Lo sociocultural y ante todo la poca habilidad comunicativa.

Según Gorguet, Iliana (2008) “la sexualidad es la forma en que cada persona expresa deseos, pensamientos, fantasías... y es el resultado de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos, espirituales y comunicativos”.

En la búsqueda de respuesta frente a posibles problemas fisiológicos no se evidencia en las entrevistas alguna alteración física que pueda impedir una plena satisfacción sexual, por el contrario se percibe el deseo de estas mujeres por el contacto con su pareja pero que aducen que no se da por la rutina diaria, falta de tiempo y creatividad.

De acuerdo a la teoría de Gorguet, Iliana (2008), “el éxito del acto sexual femenino depende tanto de la estimulación psicológica como de la estimulación sexual local”.

Por lo tanto se puede afirmar que en el grupo de mujeres estudiadas la percepción de sexualidad no está determinada por un bienestar psíquico y fisiológico sino por la satisfacción a su pareja y que puede ser por la poca o nula educación sexual que le permita recrear su vida sexual.

La interpretación de este cuestionario de La función Sexual de la mujer, revela unos resultados, en términos que, si la mujer sufre o no algún trastorno en su función sexual, dando datos muy importantes, pero ante todo, como es el disfrute y goce de su sexualidad, y se nota, como un dato de relevancia, que alto porcentaje, el cual está en el 50%, esto indica, que hay algún tipo de anomalía en la sexualidad de estas mujeres, por causas de bajo nivel educativo, sociocultural, etc., pero como esta investigación no era objetivo buscar soluciones a dichos problemas, si no indagar sobre el tema y comprender la función sexual de la mujer, el tema de comunicación entre la pareja heterosexual, además de sus dudas y sugerencias, se muestra muy débil, y es está, una de las posibles causas del disfrute y no disfrute de la relación sexual.

Se pudo analizar la vivencia de bienestar y satisfacción mediante el cuestionario y la entrevista semiestructura, donde se evidenció, que la satisfacción y el bienestar, solo se está dando al inicio de la actividad sexual, con un declive al pasar al siguiente estadio. Algunas mujeres, no sienten ninguna satisfacción en sus relaciones, evidenciado en un porcentaje bajo.



En cuanto a la efectividad y reciprocidad de la de pareja en sus relaciones genitales, se encontró un pequeño subgrupo con distanciamiento en la comunicación asertiva poco se daba. Se nota unas relaciones casi que individuales, sin compromiso de pareja, sin posibilidad de explorar y explotar la potencialidad del erotismo y genitalidad femenina.

La función sexual femenina, se ve afectada por el desconocimiento de su cuerpo y por la poca autoestima que en algunos casos se presentan

Lo que se encontró frente a las entrevistas y las encuestas, se pudo evidenciar que hay un índice de manejo de imaginarios colectivos bastante alto, en algunas mujeres se encuentra inconformidad en sus actividades sexuales, debido a la poca comprensión de la pareja, no hay una buena transmisión de amor y de comunicación, cuando se les pregunta sobre si saben que es un orgasmo, sus respuestas son algo aflitivas, podríamos decir que al ser mujeres bastante jóvenes, obtendrían un poco más de conocimiento frente a la sexualidad, dado a que la sexualidad en este siglo se ha manejado más abiertamente.

El tabú (Watts, 1993) que se maneja frente al orgasmo, la masturbación, el conocimiento de la función sexual femenina, el punto G (Ovidie, 2007), las fantasías, entre otras, es de un porcentaje alto, algunas de las entrevistadas son sometidas a lo que su pareja quiera hacer con ella, sin importarle si ella desea o no; es por esto que para algunas mujeres de esta urbanización, la parte sexual es algo no satisfactorio, doloroso e indeseable.

La manifestación de estas mujeres sobre la sexualidad, podríamos decir que más que satisfacción, es un compromiso que deben de asumir con su pareja.

Si se mira esto desde la parte psicológica, se podría entender, que hay traumas causados por la pareja y por hábitos manejados en la parte femenina, dado a que el ser humano debería de manifestarse directamente de un modo transparente o ser más sincera con su pareja, de la inconformidad de la actividad sexual.

En referencia de la entrevista 1, se evidencia que ella maneja un imaginario reservado frente a la masturbación, debido a la poca comunicación que ha manejado con la pareja, para ella esto es algo vergonzoso y pecaminoso, no entiende como una mujer sola puede acariciarse su cuerpo, no lo ve bien desde ningún punto de vista; desde lo pecaminoso, manifiesta que la iglesia es una de las que está en contra de la masturbación, analizando detenidamente lo que se manifiesta sobre este tema, se interpreta que prescinde de un conocimiento bastante alto sobre la sexualidad.

En sus relatos podemos analizar que desearía tener una relación sexual normal, pero sus mitos y tabú que maneja, no la dejan alcanzar un mejor conocimiento. En la entrevista hay una parte donde nos manifiesta que no habla con su pareja sobre la sexualidad, dado a que él no tiene tiempo para esto, en otra parte se le pregunta si su relación sexual es satisfactoria, manifiesta que

“no” y en otra se le pregunta, ¿Qué la motiva hacer el amor? Y responde que “cuando la pareja la besa y la acaricia”

En su entrevista se puede ver que no hay una conformidad con su vida sexual y con su pareja, tiene una baja autoestima, tanto por la parte sexual, como por la parte física; dado a que no hay una buena comunicación ni atracción de parte de los dos, manifiesta que no conversa con su pareja sobre la sexualidad, porque él casi nunca tiene tiempo.

Se puede decir que lo más importante en una relación de pareja es la comunicación que existe entre los dos. Cuando no exista una abierta y sana comunicación, es posible que sea un principio de rompimiento en las relaciones, “Entendemos la comunicación como una variable al servicio de todos los demás: como constructora y a la vez dependiente de la autoestima, como vehículo de expresión del afecto/cohesión tanto en su modo verbal, como no verbal (ternura, sexualidad, etc.) como medio para el manejo conyugal y familiar de la gestión”(Olivar, 2006)

Si las mujeres siguen reservando todas sus inconformidades frente a la anorgasmia, de la relación sexual, difícilmente podrán encontrar la solución a este problema, es más, puede existir la posibilidad de que cuando una mujer no encuentra satisfacción en el otro, esto puede generarle posibles causas de infidelidad.

En el caso 2 de la entrevista, se puede ver que es una persona que tiene una buena comunicación con su pareja, un buen manejo en su vida sexual; en este caso, podemos hacer referencia a que su vida marital ha sido un éxito. Esto hace pensar que a pesar de la juventud ha tenido la influencia de mitos y tabúes.

Se puede decir según las encuestas y entrevistas, que cuando una mujer se encuentra sexualmente satisfecha, amada y comprendida emocionalmente, es una mujer feliz, con un alto grado de autoestima.

Si se habla de la entrevista 3, podemos notar que la entrevistada, está igualmente influenciada desde muy temprana edad por mitos y tabúes, sin embargo estos parecen ser superados.

Después de haber observado y analizado lo anterior, se podría deducir, que la educación sexual ha presentado dificultades en el desarrollarse de las mujeres que acá son caso de investigación, lo que trae problemas de funcionamiento sexual o no lograr los altos grados de disfrute en sus actividades sexuales, en la actualidad se podría recurrir a otras opciones para explorar y conocer nuevas sensaciones o plenitud en las funciones sexuales propias de la mujer, abandonar el temor de conocer o experimentar nuevas experiencias como podría ser el sexo tántrico, donde la importancia está en el dominio mental y se nos plantea un concepto como que

“El más importante órgano sexual del cuerpo no es lo que está entre las piernas, sino lo que se asienta en sus hombros. El cerebro es el órgano sexual más grande del cuerpo” (Kerry, 2006, pág. 124), así también como la eyaculación precoz en el hombre, evita el orgasmo de la mujer. “la mayoría de los hombres eyaculan en los primeros 15 minutos”(Kerry, 2006), y que este afecta la relación con la pareja, para lo cual el mismo autor nos habla de la práctica de la retención sexual, “Esta es una avanzada practica de retención, solo para parejas que realmente están comprometidas con su relación, que se amen intensamente y que deseen que su relación sea extraordinaria.”(Kerry, 2006), son alternativas posibles, siempre ubicándose dentro de las bases morales de la mujer que desee explorarlas.

Pero de igual forma sería conveniente saber o conocer como poder “liberar” el potencial sexual de la mujer, que ella se atreva a nuevas experiencias, a explorar nuevas sensaciones, ese hecho de buscar le ayudara a vivir mejor su función sexual, “actualmente sigue siendo minoría las mujeres que han aceptado su sexualidad y encontrado nuevas vías para vivirla.”(Piontek, 2005).

Las disfunciones sexuales, tienen su origen en la mayor parte al aspecto psicológico, ya sea por la misma educación o por la que se ha ido adquiriendo durante la vida adulta con relación al concepto frente al sexo, temores que vienen desde tiempo atrás o actuales, la falta de comunicación con la pareja con respeto a lo que se quiere de una relación, otros motivos son,

pero ya en menor porcentaje, los problemas orgánicos o por sustancias externas que afectan el desenvolviendo en la sexualidad.

La anorgasmia ocupa un lugar principal como las alteraciones sexuales, o que afectan a las mujeres, que le afecta en su vida, íntima y social, pero que al observar durante la investigación que la gran mayoría de los casos se debe a causas psicológicas, es acá donde esta área de la salud “juega” un papel protagónico en poder ayudar a que las mujeres alcancen a recuperar o vivir por primera vez una sexualidad plena y satisfactoria.

**Referencias bibliográficas**

- Urtube, S. (2004). *Erotismo femenino: la llave de la sexualidad contemporánea*. Barcelona: liberduplex.
- Asociación Americana de Psiquiatría, A. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM IV-TR*. Washington: Harcourt Brace De España Sa, 2002.
- Basson R, B., LA, L. E., & G, R. (2005). *Assessment and management of women's sexual dysfunctions*. J Sex Med.
- Basson R, S. L., Brotto L, L. D., & Fourcroy J, d. F.-M. (2000). Las definiciones de las mujeres la disfunción sexual reconsiderados. *la defensa de expansión y revisión*.
- Bernal Torres, C. A. (2006). *Metodología de la investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Mexico: Pearson Educación de México, S.A.
- Bonilla, C. (1997). *La Investigación en Ciencias Sociales, más allá del dilema de los métodos*. Ediciones Unidades. Santafé de Bogotá: grupo Editorial Norma.
- Cabello, S. F. (2002). *Academia Internacional de Sexología*. Recuperado el 13 de enero de 2014, de Disfunciones Sexuales Femeninas:  
<http://www.iaspformacion.com/academia/?q=node/45>
- Carmichael, M., Humbert, R., Dixen, J, Palmisano, Greenleaf, W., . . . 64:27-31. (1987). *Plasma oxytocin increases in the human sexual response*. ClinEndocrinolMetab.
- Castelo Branco, C. (2005). *Sexualidad Humana: Una aproximación Integral*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Cornejo Garcia, J. (2006). *Biología 2*. Jalisco: Editorial Umbral.
- De Silva Rodriguez, M. R. (2004). *Diplomado en Enfermería/ats*. Sevilla: Editorial MAD, S.L.

- Dupin, P., & Hédon, F. (2003). *La Sexualidad Femenina*. Mexico: siglo veintiuno editores s.a. de c.v.
- Fontaine, J. (2004). Estudios de evaluación espécificos: un enfoque cualitativo a la reunión de datos. Asturias: Naciones Unidas Oficina Contra la Droga y el Delito.
- Fugl-Meyer AR, S.-M. K., & 2:79-105. (1999). *Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18 to 74 year old Swedes*. Scand J Sexology.
- Gorguet Pi , I. C. (2008). Comportamiento Sexual Humano. Santiago de Cuba: Editorial Orient.
- Gorguet Pi, I. (2008). Comportamiento Sexual Humano. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
- Gutiérrez, B. (2010). La respuesta sexual humana. *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunita*, 543-546.
- Holloway, C. (2006). *Disfuncion Sexual*. Barcelona: Gráficas Hermanos Gomez, S.L.L.
- IFESE. (23 de 5 de 2014). *Instituto femenino de Sexualidad*. Obtenido de <http://www.ifese.es/disfunciones-sexuales-femeninas/trastornos-por-dolor/>
- Jaramillo, D. E., Uribe, T. M., & Giraldo, C. V. (2006). *El Erotismo en la pareja: una negociacion silenciosa*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Kaplan, H. (1979). *Trastornos del Deseo Sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- Kerry, R. (2006). *Secretos Tantricos para Hombres*. USA: Inner Traditions / Bear & Co.
- Masters, W. H., & Jhonson, V. E. (1966). *Human Sexual Response* (ilustrada, reimpressa ed.). Boston: Little, Brown.
- Masters, W., & J. V. (1970). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Inter-Médica.
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. New delhi: Delhi Book Store.
- Olivar, R. R. (2006). *Psicologia de la pareja y de la familia*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions.



Organizacion Mundial de la Salud, O. (1992). *CIE 10*. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud.

Ovidie. (2007). *Atrevete a Conocer el punto G*. Barcelona: Ediciones Robinbook, s.l.

Piontek, M. D. (2005). *El Tao Sexual de la Mujer*. Barcelona: Ediciones Robinbook.

Rink leitb Ellison, C. (2003). *La sexualidad femenina: guia completa para cuidar tu sexualidad*.  
Barcelona : Amat Editoriales.

Rosana Pombo, C. M. (2013). *Centro Médico Sexológico Uruguay Servicios para el individuo y la familia*. Montevideo: Centro Médico Sexológico.

Rosenzvaig, R., & Sapetti, A. (2012). *Derecho al Goce*. Buenos Aires: Ediciones lea S.A.

Salkind, N. J. (s.f.). *Metodos de Investigación*. Naucalpan de Juarez: Prentice Hall Hispanoamericana S.A.

Sánchez, F., Pérez, M., Borrás, J., Gómez, O., Aznar, J., & Caballero, A. (2004). *Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM)*. Andalucía: Aten Primaria.

Santos Luis, G. (2000). *Sintesis de Anataomia Humana*. Salamanca: Ediciones Universidad Salamanca.

Schnarch, H. D. (1991). *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. New York: N. W. Norton y Company.

Watts, A. (1993). *El libro del tabu*. Barcelona: Kairós, S.A.

**Anexos****Anexo 1: Formato de consentimiento informado****CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS  
UNIMINUTO SECCIONAL BELLO  
CENTRO DE EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO - CED****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ENTREVISTA**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con C.C. \_\_\_\_\_, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **Estilos de enseñanza, motivación académica y estrategias de aprendizaje: una explicación al desempeño académico de los estudiantes de primer semestre UNIMINUTO- Bello.**

Manifiesto tener información clara y precisa sobre el objeto de este cuestionario, sus fines y las consecuencias que se derivan de la información que daré. Mi participación es totalmente **voluntaria** y estoy dispuesto-a a dar **información pertinente y veraz** para la investigación que se propone.

La información que daré será de carácter **confidencial y sólo podrá ser usada con fines investigativos**. Tengo la libertad de suspender el cuestionario cuando lo desee; además tendré acceso a la información recogida por los investigadores y tendré prioridad en el conocimiento de los resultados.

Por último, consentiré la publicación de los resultados con el compromiso de los autores de no revelar los nombres ni otros datos que permitan identificar a los participantes, a cambio emplearán códigos que los identifiquen en la base de datos.

Los beneficios obtenidos serán el poder participar como encuestado en la investigación, puesto que esta **no contempla el pago de dinero u otros beneficios**.

Mi participación **no trae ningún riesgo físico, psicológico o social directo o indirecto**.

Firma y C.C. del-la encuestado-a: \_\_\_\_\_

Firma y c.c. del-la Investigador-a: \_\_\_\_\_

Fecha de la encuesta: \_\_\_\_\_

**Anexo 2: Guión de entrevista**

Formato básico de preguntas en entrevista abierta.

**Entrevista sobre la función sexual de la mujer.****Entrevista 1:**

**Edad:**

**Estado civil:**

**Nivel académico:**

---

- Entrevistadora: bueno ahora le cuento el motivo de esta entrevista, es para que me colabores con unas preguntas que te voy hacer respecto al Funcionamiento Sexual De La Mujer.
- Entrevistadora: Le agradezco mucho. Bueno me gustaría saber si usted tiene conocimiento. ¿Qué es la sexualidad?
- Entrevistadora: ¿Ha notado cambios en su sexualidad?
- Entrevistadora: ¿Cuánto hace que usted tiene una vida activa sexual?
- Entrevistadora: ¿Su relación sexual es satisfactoria?
- Entrevistadora: ¿Lo era antes?
- Entrevistadora: ¿Conversa con su pareja sobre la sexualidad?
- Entrevistadora: ¿Por qué no?
- Entrevistadora: ¿Qué la motiva hacer el amor?

- Entrevistadora: ¿Le apena desnudarse delante de su pareja?
- Entrevistadora: ¿Por qué?
- Entrevistadora: ¿Qué opina de la masturbación
- Entrevistadora: En relación con el orgasmo.
- Entrevistadora: ¿Conoce qué es?
- Entrevistadora: ¿Ha cambiado con el tiempo?
- Entrevistadora: ¿Siente orgasmo en sus relaciones sexuales?
- Entrevistadora: ¿Finge el orgasmo?

**Anexo 3: Cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer –FSM-(Sánchez, y otros, 2004)**

¿Ha tenido usted actividad sexual durante las últimas cuatro semanas? \*

Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.....

Si

No

1 Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes....)  
Relacionadas con actividades sexuales? \*

Selecciona una sola opción

1 Nunca

2 Raramente

3 A veces

4 A menudo

5 Casi siempre - Siempre

2 Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual? \*

Selecciona una sola opción

1 Nunca

2 Raramente

3 A veces

4 A menudo

5 Casi siempre - Siempre

3 Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente? \*

Selecciona una sola opción

1 Nunca

2 Raramente

3 A veces

4 A menudo

5 Casi siempre - Siempre

4 En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual. \*

Selecciona una sola opción

1 Nunca

2 Raramente

3 A veces

4 A menudo

5 Casi siempre - Siempre

5 Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal? \*

Selecciona una sola opción

1 Nunca

2 Raramente

3 A veces

4 A menudo

5 Casi siempre - Siempre

6 En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor? \*

Selecciona una sola opción

1 Casi siempre - Siempre

2 A menudo

3 A veces

4 Raramente

5 Nunca

7a En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b \*

Selecciona una sola opción

1 Nunca

2 Raramente

3 A veces

4 A menudo



7b ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? Instrucciones: complemente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7). \*

Selecciona una sola opción

- (a) Por sentir dolor
- (b) Por miedo a la penetración
- (c) Por falta de interés para la penetración vaginal
- (d) No tener pareja sexual
- (e) Incapacidad para la penetración por parte de su pareja

8 Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....? \*

Selecciona una sola opción

- 1 Casi siempre - Siempre
- 2 A menudo
- 3 A veces
- 4 Raramente
- 5 Nunca

9 Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración? \*

Selecciona una sola opción

1 Nunca

2 Raramente

3 A veces

4 A menudo

5 Casi siempre - Siempre

10 A menudo En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona?

Nota informativa: el término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo. \*

Selecciona una sola opción

1 Nunca

2 Raramente

3 A veces

4 A menudo

5 Casi siempre - Siempre

11 Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales? \*

Selecciona una sola opción

1 Nunca

2 Raramente

3 A veces

4 A menudo

5 Casi siempre - Siempre

No tengo pareja

12 Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual? encuentros sexuales? \*

Selecciona una sola opción

0 (a) 1-2 veces

(b) De 3 a 4 veces

(c) De 5 a 8 veces

(d) De 9 a 12 veces

(e) Más de 12 veces

13 Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual? \*

Selecciona una sola opción

1 Nunca

2 Raramente

3 A veces

4 A menudo

5 Casi siempre - Siempre

14 En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha? \*

Selecciona una sola opción

1 Muy insatisfecha

2 Bastante insatisfecha

3 Ni satisfecha ni insatisfecha

4 Bastante satisfecha

**Anexo 4: Cuadro mujeres objeto de investigación**

<b>ENCUESTADA</b>	<b>EDAD</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>HIJOS</b>	<b>ESTUDIOS</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>ESTRATO</b>
MUJER1	24	Casada	1	Bachiller	Medellín	3
MUJER2	28	Casada	2	Técnica	Medellín	3
MUJER3	21	Unión libre	0	Estudiante universitaria	Medellín	3
MUJER4	54	Casada	3	Profesional	Medellín	3
MUJER5	22	Soltera	0	Bachiller	Medellín	3
MUJER6	34	Casada	2	Bachiller	Medellín	3
MUJER7	36	Unión libre	2	Profesional	Medellín	3
MUJER8	40	Unión libre	3	Profesional	Medellín	3
MUJER9	18	soltera	0	Bachiller	Medellín	3
MUJER10	20	Casada	1	Técnica	Medellín	3