

Anorgasmia en mujeres con historia de abuso sexual en la niñez

Anorgasmia in women with a history of childhood sexual abuse

Livent Almonte M¹, Acosta García J², Alarcón Rodríguez R³, Ochoa Pineda AC⁴

1- MTF, MTS. Psicoterapeuta Sexual, Familiar y de Pareja.

2- Ph.D. Profesor Asistente del Instituto de Sexualidad Humana. Universidad Autónoma de Santo Domingo.

3- Ph.D. Profesora Asistente. Universidad de Almería. España.

4- Ph.D. Catedrática. Universidad de Almería. España.

Correspondencia

Jorge A. Acosta García

Universidad Autónoma de Santo Domingo

2325 W. Greenleaf St., Allentown PA 18104

Correo electrónico: noostridades@gmail.com

Fecha de recepción: 22 de noviembre de 2020. **Fecha de aceptación:** 12 de diciembre de 2020

Resumen

Propósito y tipo de estudio: Este es un estudio descriptivo que aplica metodología cualitativa con el propósito central de estudiar la relación entre la historia de Abuso Sexual en la Niñez (ASN) y la disfunción orgásmica femenina (anorgasmia). **Metodología:** 10 participantes (informantes clave) atendidas en el Instituto de Sexualidad Humana de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en el año 2015 fueron seleccionadas de manera intencional para participar en el estudio, cumpliendo con 2 principales criterios de inclusión: 1) Haber sido diagnosticadas y tratadas por anorgasmia femenina, y 2) haber experimentado historia de ASN. 3 instrumentos fueron administrados para recabar los datos: 1) Un cuestionario sobre anorgasmia; 2) un cuestionario para describir la historia de ASN; y 3) una entrevista en profundidad para estudiar el impacto del abuso sexual en la anorgasmia. Para realizar el análisis cualitativo de los datos obtenidos se crearon categorías de respuestas partiendo de los patrones de respuestas de las informantes clave, los cuales son descritos y sustentados usando fragmentos de las palabras textuales de las participantes. Solo los patrones de respuesta con mayor frecuencia fueron usados para el análisis. **Resultados:** Casi todas las participantes, excepto una (1), reconocieron que el ASN estaba asociado con la anorgasmia. El impacto del ASN fue reconocido y descrito como un trauma que ha tenido secuelas no solo en la vida sexual sino también en el autoconcepto de las participantes y otros aspectos de la vida relacional. **Conclusiones:** Los resultados del estudio indican que la experiencia de ASN juega un papel determinante no solo en la respuesta sexual de las participantes, sino también en sus relaciones de pareja, autoconcepto, autoestima deficiente y una visión negativa de la figura masculina.

Palabras clave: Anorgasmia. Abuso Sexual en la Niñez. Autoconcepto.

Abstract

Purpose and type of study: This is a descriptive study that applies qualitative methodology with the central purpose of studying the relationship between the history of Childhood Sexual Abuse (CSA) and female orgasmic dysfunction (anorgasmia). **Method:** 10 participants (key informants)

attended at the Institute of Human Sexuality of the Autonomous University of Santo Domingo in 2015 were intentionally selected to participate in the study, meeting 2 main inclusion criteria: 1) Having been diagnosed and treated for female anorgasmia, and 2) have experienced a history of CSA. 3 instruments were administered to collect the data: 1) A questionnaire about anorgasmia; 2) a questionnaire to describe the history of CSA; and 3) an in-depth interview to study the impact of sexual abuse on anorgasmia. To perform the qualitative analysis of the data obtained, response categories were created based on the response patterns of the key informants, which are described and supported using fragments of textual words from the participants. Only the most frequent response patterns were used for analysis. **Results:** Almost all participants, except one (1), recognized that CSA was associated with female orgasmic dysfunction. The impact of the CSA was recognized and described as a trauma that has had consequences not only in sexual life but also in the self-concept of the participants and other aspects of relational life. **Conclusions:** The results of the study indicate that the experience of CSA plays a determining role not only in the sexual response of the participants, but also in their relationships, self-concept, poor self-esteem and a negative view of the male figure.

Keywords: Anorgasmia. Childhood Sexual Abuse. Self-concept.

Todos los autores aceptan la versión enviada. No se recibió financiación de ninguna fuente. No existen conflictos de intereses.

INTRODUCCIÓN

El Abuso Sexual en la Niñez (ASN) implica todo tipo de acto sexual en el que participa un adulto y un niño, o un niño y otro menor con diferencia de edad considerable. El ASN puede involucrar cualquier tipo de interacción de carácter sexual, con o sin el uso de violencia, en la que el niño es involucrado o expuesto a estimulación sexual para la cual no puede dar su consentimiento y frente a la cual no se encuentra en un nivel de madurez física, psicológica o emocional adecuado (Cantón & Cortés, 2000).

El ASN es uno de los tipos más comunes de maltrato que existen (Pereda & Forns, 2007); siendo los niños, especialmente las niñas, las poblaciones que más sufren este tipo de experiencia traumática (Speizer, Goodwin, Whittle, Clyde & Rogers, 2007). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 varones declaran haber sufrido ASN. Constituyendo la alta incidencia de este fenómeno un problema social y de salud en múltiples regiones del mundo. Aunque con todo y el impacto generalizado de dicho flagelo se ha demostrado que existe un subregistro del ASN (Martínez, Serrano & Hernández, 2004).

La *Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente* (2004) estima que el AS de Niños y Adolescentes sobrepasa el 20 % de los individuos que alcanzan la adultez. Siendo los periodos de vida más vulnerables al AS la infancia, la niñez y la pubertad. A su vez, los abusos sexuales suelen ocupar una preeminencia de primer orden en los problemas de salud mental de las víctimas (Briere & Elliot, 2003).

El ASN suele estar asociado con múltiples factores, dentro de los que destacan las condiciones socioeconómicas precarias (Echeburúa & Guerricaecheverría, 2000), historia de ASN y negligencia en los cuidadores de las víctimas, historia de ASN en los mismos abusadores, entre otros (Echeburúa & de Corral, 2006; Cantón & Justicia, 2008).

En cuanto al impacto del ASN, las secuelas suelen abarcar múltiples aspectos sociales y psicológicos dentro de los que destacan múltiples problemas de salud mental que van desde los trastornos depresivos, ansiosos, incluyendo el Trastorno por Estrés Postraumático, hasta las tendencias autodestructivas en las víctimas (Almonte, Insunza & Ruiz, 2002). La baja autoestima también es una de las manifestaciones que tiende a ser asociada con el ASN (Cortés &

Justicia, 2008; Lamoureux, Palmier, Jackson & Hobfoll, 2012). Como es de esperarse, los trastornos de la sexualidad y alteraciones del comportamiento sexual son de las secuelas más asociadas con la historia de ASN, con todas las implicaciones que dichas condiciones puedan involucrar para los sobrevivientes en cuanto a aspectos importantes de la vida en diferentes ámbitos de la vida más allá del desempeño y comportamiento sexual (Houck, Nugent, Lescano, Peters & Brown, 2010; Kelley & Gydyecz, 2015).

Dentro de las manifestaciones comunes en los sobrevivientes de ASN están una gran variedad de patrones que pueden ir desde el asumir comportamiento sexual de alto riesgo, establecer relaciones mayormente definidas en función de la sexualidad (intercambio sexual, desempeño sexual, etc.), hasta rechazar la actividad sexual o considerarla como algo molesto e indeseado (Kelley & Gydyecz, 2015). El impacto negativo de los traumas debido al ASN también suele manifestarse en problemas en las relaciones de pareja que muy a menudo son permeadas por los sentimientos de inferioridad característicos de personas con autoestima deficiente, especialmente en cuanto a los aspectos que envuelven la propia percepción de la idoneidad y competencia para el acto sexual y las interacciones íntimas que se describe como la autoestima sexual (Houck, Nugent, Lescano, Peters & Brown, 2010).

A propósito de las disfunciones sexuales como consecuencia del abuso sexual, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5), establece que la anorgasmia femenina es una de las disfunciones sexuales más comunes entre las mujeres, con una prevalencia de entre un 10% y 42%, dependiendo de múltiples factores tales como la edad la cultura, duración, severidad de los síntomas entre otros. Dicho manual reconoce el abuso sexual como uno de los factores más cercanamente asociados a la anorgasmia femenina (DSM-5, 2013).

Además del ASN hay otros factores psicosociales asociados a la anorgasmia dentro de los que destacan regímenes o estilos

parentales autoritarios y restrictivos; así como algún trasfondo religioso de carácter limitante/prohibitivo en cuanto a los temas sexuales (Ibíd.).

En sentido general, las disfunciones sexuales son una serie de síndromes en las que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social, y que se presentan en forma persistente y recurrente. Se propone la presencia de cuatro características presentes en todas las disfunciones sexuales: i) son procesos de naturaleza erótica, donde la calidad placentera de estas vivencias, así como las construcciones mentales alrededor de ella están disminuidas; ii) son procesos que se consideran indeseables; iii) son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas, y iv) se presentan en forma de síndromes (grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares), no así de las causas que las provocan; además de que las disfunciones pueden aparecer en una o más fases de la respuesta sexual humana (Munárriz et al 2001).

Las disfunciones sexuales son consideradas como Primarias si se presentan desde el inicio de la vida sexual activa, donde existe una alteración o inhibición significativas del deseo sexual, la respuesta sexual o el logro del orgasmo (Stephenson y Meston (2015, 2010a, 2010b). En cuanto a las disfunciones primarias suelen jugar un rol determinante, sobre todo en las mujeres, factores tales como las crianzas en familias con actitudes muy restrictivas o influencias religiosas negativas con respecto a la sexualidad y en las experiencias tempranas de abuso sexual (Lorenz & Meston, 2012; Meston, Rellini & Heiman, 2006).

Los trastornos sexuales son considerados como Secundarios cuando aparecen después de haber experimentado todas las fases de la respuesta sexual de forma normal; después de lo cual el individuo sufre alteraciones en alguna, varias o todas las fases de la respuesta sexual. Regularmente puede identificarse un detonante asociado a dichas disfunciones, dentro de los cuales destacan: los problemas de pareja, traumas físicos y/o emocionales,

ingestión de sustancias tóxicas, abuso de drogas, cirugía del suelo pélvico y abuso sexual (Stephenson y Meston, 2015).

Las disfunciones sexuales también pueden ser generales o situacionales. Siendo las disfunciones generales aquellas que se presentan en todas las experiencias sexuales sin excepción. Las disfunciones situacionales designan las alteraciones de la respuesta, el desempeño o la satisfacción sexual que solo se experimentan en situaciones y circunstancias específicas como, por ejemplo, con una pareja y no con otra, durante el coito, pero no en otras actividades como juegos sexuales o masturbación (DSM-5, 2013).

En cuanto a la disfunción orgásmica femenina, el DSM-5 especifica 4 sub-tipos (Ibíd.):

- **Disfunción Orgásmica de Toda la Vida** cuando el trastorno ha estado presente desde que la mujer comenzó a ser sexualmente activa.
- **Disfunción Orgásmica Adquirida** cuando el trastorno comienza después de un periodo de funcionamiento sexual relativamente normal.
- **Disfunción Orgásmica Generalizada** cuando el trastorno no se limita a algún tipo de estimulación, situaciones o parejas.
- **Disfunción Orgásmica Situacional** cuando las manifestaciones del trastorno solo ocurren con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

De igual forma, según el nivel de estrés generado por los síntomas / impedimentos, la disfunción puede ser categorizada como leve, moderada o severa; lo cual dependerá de múltiples factores, dentro de los cuales destacan las expectativas en cuanto al desempeño y satisfacción sexual, la naturaleza de las relaciones de pareja, las experiencias sexuales, entre otros aspectos (Stephenson y Meston, 2015).

A propósito de las experiencias previas que suelen tener algún nivel de asociación o impacto en la Disfunción Orgásmica Femenina, el ASN como uno de los

principales, sino el que más. Puesto que las mujeres con historial de ASN son significativamente más propensas a informar de aversión sexual o comportamiento de evitación, alteración del deseo sexual, inhibición de la excitación sexual o el orgasmo, dolor sexual, actitudes negativas hacia la sexualidad y la intimidad, y la dificultad en el establecimiento de relaciones sexuales satisfactorias (Brotto, Seal & Rellini, 2012; DiLillo, 2001; Van Berlo y Ensinck, 2000).

El abuso sexual en la Niñez (ASN) se asocia con un mayor riesgo para una variedad de problemas sexuales en las vidas de las mujeres adultas (Leonard y Follette, 2002;). Por ejemplo, las mujeres con una historia de ASN reportan más problemas de excitación sexual y del mantenimiento de la excitación durante las actividades sexuales con un compañero (DiLillo, 2001; Leonard y Follette, 2002; Meston, Rellini, y Heiman, 2006).

Otros estudios han encontrado que las mujeres con un historial de ASN tiene un funcionamiento sexual pobre en comparación con aquellas que no han sufrido dichas experiencias traumáticas (Rellini, David & Meston, 2011), y tienen una mayor prevalencia de disfunción sexual (Rellini & Meston, 2011); Rellini, 2008). Las mujeres con historial de ASN también informan de menor nivel de satisfacción sexual en relación con las mujeres que no han sufrido ASN (Lorenz & Meston, 2012; Rellini y Meston, 2007).

Partiendo de los referentes expuestos anteriormente, el presente estudio busca responder a interrogantes orientadas en función de la siguiente hipótesis de trabajo: Las mujeres diagnosticadas con Disfunción Orgásmica Femenina reconocen un impacto significativo de sus experiencias de ASN en dicho trastorno y vida sexual en sentido general.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes del estudio

Diez informantes clave fueron reclutadas de un grupo de 39 mujeres que fueron tratadas por Disfunción Orgásmica Femenina en el Instituto de Sexualidad Humana de la UASD

en el año 2015. Dicho grupo estuvo en un rango de entre 18 y 50 años. Las informantes clave, además de haber sido diagnosticadas y tratadas por anorgasmia también compartían la historia de ASN y el interés de participar en el estudio.

Instrumentos aplicados

Para el desarrollo del estudio se utilizaron tres (3) instrumentos: 1) Un cuestionario sobre anorgasmia, 2) un cuestionario para describir la historia de abuso sexual, y 3) una entrevista en profundidad para estudiar el impacto del abuso sexual en la anorgasmia (Anexo A).

Todos los instrumentos fueron validados por medio de la aplicación de sendas pruebas pilotos, así como por medio de la revisión de 2 expertos.

El cuestionario para realizar las entrevistas para describir la anorgasmia está conformado por 6 preguntas abiertas y cerradas que identifican los subtipos de anorgasmia, así como otros aspectos de interés.

El cuestionario para medir la historia de abuso sexual consta de 15 preguntas abiertas y cerradas que describen el detalle la historia de abuso sexual atendiendo a múltiples variables asociadas al abuso.

Para realizar la entrevista en profundidad explorando el impacto del abuso sexual en la anorgasmia se utilizó una guía de preguntas conformada por 12 preguntas abiertas, enfocadas en describir la asociación entre estas dos variables desde la perspectiva de las informantes clave.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se identifican patrones de respuestas de las informantes clave, según la similitud de las reacciones a las mismas preguntas. Para cada uno de estos patrones de respuesta se seleccionan palabras textuales de las informantes clave que facilitan el análisis e interpretación de los datos, según los objetivos del estudio, siguiendo el modelo de las historias de vida propuesto por Moreno et al. (1996).

Aspectos éticos del estudio

Todas las participantes del estudio firmaron un consentimiento informado en el cual se explica la naturaleza y propósitos del estudio, así como sus derechos y las provisiones y garantías de confidencialidad.

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Autónoma de Santo Domingo y por el comité de ética del Instituto de Sexualidad Humana.

Para proteger la confidencialidad de las pacientes se las identifica usando las iniciales de su primer nombre y apellido junto a un número que indica la edad de cada una de ellas. Un cuadro con una breve descripción de las participantes, atendiendo a información de carácter relevante para el estudio se incluye en los anexos (Anexo B).

RESULTADOS

Siete (7) categorías de respuestas con información de interés para los propósitos del estudio fueron identificadas. Ejemplos descriptivos, usando las propias palabras de las participantes se incluyen en cada una de las categorías. Se incluyen aclaraciones entre corchetes para facilitar el entendimiento de las palabras textuales de las informantes clave.

Abuso sexual y anorgasmia

Todas las informantes clave, excepto una, reconocieron una relación entre sus experiencias de Abuso Sexual en la Niñez (ASN) y la anorgasmia. En todos estos casos, las participantes consideraron su anorgasmia como una consecuencia de sus experiencias de ASN. En algunos casos, las participantes parecieron lograr insight (o mayor consciencia) acerca de la asociación entre estas dos variables durante la entrevista.

RC-27 “Eso [haber sido abusada sexualmente en la niñez] quedó grabado en mí. Me hizo sentir mucho miedo. No lo había pensado antes, pero ese trauma tiene que ver con mis problemas de anorgasmia”.

AM-45 “El abuso sexual en la niñez fue mi primera experiencia sexual y fue desagradable, creo que eso afectó mi sexualidad. Creo que por eso no puedo tener orgasmos”.

MB-49 “Yo estoy 100% segura de que el abuso sexual en la niñez me hizo el daño total [refiriéndose a la anorgasmia]. Yo no puedo evitar sentir asco. Tengo que estar muy excitada para no sentir asco cuando beso a alguien. Siento asco hasta cuando me gusta una persona”.

DR-46 “Yo lo veo como una secuela [la anorgasmia] del abuso sexual que sufrí”.

Impacto del abuso sexual

A diferentes niveles, las informantes reconocieron un impacto negativo generalizado del ASN en sus vidas que involucra varias facetas, incluyendo el autoconcepto, el desempeño y satisfacción sexual y las relaciones de pareja.

AM-45 “Si yo pudiera tener orgasmos me sentiría más cómoda conmigo misma, experimentaría cosas con mi pareja. Es como saber que hay cosas que es posible hacer, pero no para mí. Es difícil escuchar a otras mujeres describir cómo se sienten cuando tienen un orgasmo. Me siento como un ciego al escuchar a otras personas describir lo que ven, es muy incómodo, es frustrante”.

RC-27 “Creo que todo hubiera sido diferente sin eso [el Abuso Sexual]. Creo que no hubiera tenido intercambio sexual por dinero, como lo hice”.

VS-25 “[de haber podido tener orgasmos] Pienso que habría tenido menos parejas sexuales. Me siento mal por esto. Es como si estuviera buscando algo casi imposible de lograr. Pero la gente no puede entenderlo, solo miran la parte moral de las cosas”.

EG-24 “[De no haber sufrido el ASN] sentiría más confianza en mí misma en el acto sexual”.

Trauma

El impacto traumático del ASN fue reconocido por casi todas las participantes incluyendo sus descripciones experiencias de re-traumatización, conflictos internos, así como visiones negativas acerca de sí mismas y la vida.

AM-45 “Es como si no poder tener orgasmos me recordara todo el tiempo la violación”.

PC-35 “[El ASN] Me cambió la vida. Siempre me he preguntado cómo hubiera sido el mundo y la vida para mí si eso [ASN] no hubiera pasado. Yo sé que [yo] hubiera sido diferente. Eso [saberlo] me hace sentir un vacío”.

VS-25 “El acto sexual es algo muy íntimo, puede ser muy agradable o no. Cuando no es agradable traumatiza, frustra”.

MB-49 “La primera experiencia sexual debe ser algo lindo, el primer beso, y esas cosas. Pero ese sueño fue frustrado, fue

manchado, fue dañado. Esa experiencia me arruinó la vida”.

Orgasmo selectivo

Resulta interesante que dos participantes manifestaron que antes no habían podido experimentar orgasmos con sus respectivas parejas masculinas, pero que después pudieron experimentar orgasmos con mujeres. Esto podría estar relacionado con varios aspectos, de acuerdo con los reportado por las informantes. Estos aspectos incluyen: Una visión negativa hacia los hombres en sentido general motivada en las experiencias de ASN, una mayor atracción por parejas sexuales femeninas, o el mejor entendimiento de las necesidades / características sexuales por parte de las parejas femeninas, lo cual podría involucrar también las destrezas sexuales.

RC-27 “Yo nunca he tenido orgasmos con hombres, pero con mujeres he podido tenerlos, no siempre, pero lo he logrado. Me siento mejor teniendo relaciones sexuales con mujeres”.

PC-35 “Hace poco he descubierto que con las mujeres he podido sentir orgasmos. No sé por qué, tal vez es porque quien me abusó fue un hombre, o tal vez las mujeres entienden mejor a las mujeres, no lo sé”.

Autoconcepto

Todas las participantes expresaron un impacto negativo de las experiencias de ASN en sus autoconceptos. Estos problemas se describieron como ideas de inferioridad, autocrítica, sentimientos de inseguridad acerca de sí mismas.

RC-27 “No lo había pensado así [que la anorgasmia afecte la forma en que ella piensa acerca de sí misma]. No poder sentir orgasmos me hace sentir como una persona que no es completa. Es algo que yo debo tener y no tengo, algo que me falta... Ha afectado mi vida no tener orgasmos. Yo sentía mucha envidia de las mujeres que pueden sentir orgasmos. He tenido que trabajar mucho en mí misma para no sentirme frustrada por eso”.

MB-24 “Yo me siento insignificante debido a la experiencia de abuso sexual y debido a que no puedo tener orgasmos. No tengo confianza en mí misma. Me siento impotente por eso”.

IR-38 “Me siento frustrada conmigo misma [por no tener orgasmos], me siento incómoda conmigo misma”.

EG-24 “[El ASN] Te afecta profundamente, te hace sentir que no vales nada”.

Impacto en la vida sexual

Casi todas las participantes reportaron un impacto negativo de la experiencia de ASN en la vida sexual. Esta afectación incluye desde recordar el trauma (retraumatización) hasta dificultades para ejecutar actos sexuales generales y específicos.

RC-27 “Debido a que [el abusador] me obligó a tragarme el semen [fue forzada a hacerle sexo oral], yo he podido tener sexo oral con mis parejas anteriores hombres, pero advirtiéndoles que no me eyaculen en la boca. Esa es una limitación, un problema resultado del abuso”.

MB-49 “No puedo evitar recordarlo [el abuso sexual en la niñez], entonces siento asco. Cuando siento asco se acaba todo, no puedo concentrarme. Recuerdo a esa persona [al abusador]”.

DR-46 “[Haber sido abusada sexualmente en la niñez] hace que te sientas usada cuando estas teniendo el acto sexual”.

Contradicción pobre insight

Si bien solo una de las informantes clave que participó en el componente cualitativo del estudio reportó que no había observado ninguna asociación entre la experiencia de ASN y la anorgasmia, esta participante demostró un pobre insight o comprensión de la posible conexión entre ambos fenómenos, lo cual se demuestra en la forma en que se contradice.

MP-34 “Para mí no hay relación [entre la experiencia de ASN y la anorgasmia], yo estaba muy pequeña y no sabía que lo que estaba haciendo estaba mal porque yo era muy pequeña. Además, no fue muy grave [porque no incluyó penetración]... Tal vez [su vida sexual] hubiera comenzado de forma diferente [sin la experiencia de ASN], no estoy segura”.

DISCUSIÓN

Impacto de las experiencias de abuso sexual en la anorgasmia y vida sexual en sentido general

Abuso sexual y anorgasmia

Casi todas las mujeres (9 de 10 casos) que fueron entrevistadas en profundidad para explorar la relación entre la historia de abuso sexual y anorgasmia identificaron dicha disfunción sexual como una consecuencia de las experiencias de abuso sexual. Esto es congruente con lo planteado por Kelley & Gidycz (2015) en cuanto al potencial de dichas experiencias traumáticas de manifestarse en múltiples disfunciones sexuales, incluyendo la anorgasmia, problemas relacionales, especialmente de pareja, así como una variedad de problemas de salud mental, dentro de los que destacan el Trastorno por Estrés Postraumático, los trastornos depresivos y ansiosos.

Impacto del abuso sexual

Las informantes clave reconocieron en su mayoría el impacto del abuso sexual en diferentes facetas de su vida, dentro de las cuales destacaron la vida sexual (anorgasmia y relaciones sexuales insatisfactorias), problemas de autoestima, especialmente manifestados en pobre autoconcepto y relaciones de pareja problemáticas. En este último aspecto destacaron como manifestaciones las relaciones inestables, caracterizadas por dinámicas de abuso, infidelidades y tipos de apego patológicos. Estos hallazgos coinciden por lo planteado por Lamoureux, Palmier, Jackson & Hobfoll (2012) en cuanto a las múltiples secuelas negativas de las experiencias de abuso sexual en la vida relacional, autoestima, vida sexual y salud mental de los sobrevivientes.

Trauma

La descripción de las experiencias de abuso sexual como un trauma por parte de las víctimas fue la norma en las informantes clave, incluyendo dentro de sus descripciones los flashbacks, experiencias de retraumatización, así como impedimentos significativos como secuelas del abuso dentro de los que destacan los problemas de salud mental y autoestima deficiente. Las mujeres abusadas que participaron del estudio en su gran mayoría indicaron la anorgasmia como una especie de defecto personal directamente asociado a la experiencia de abuso sexual, lo cual es una confirmación de la tendencia de las

víctimas de considerarse a sí mismas como personas inadecuadas, defectuosas o no merecedoras del afecto y buen trato por parte de sus parejas y otras personas significativas en sus vidas (Roberts, O'Connor, Dunn & Golding, 2004).

Orgasmo selectivo

Dos informantes clave que reportaron tener su primer orgasmo, así como subsecuentes orgasmos solo con parejas femeninas. Estas mujeres indicaron como principales factores asociados el desconocimiento de los hombres del funcionamiento y naturaleza sexual de las mujeres, así como una imagen negativa de la figura masculina. El primero de estos dos aspectos es reconocido por el DSM-5 (2013) como uno de los rasgos asociados (factores de la pareja) de mayor importancia a ser considerados en el diagnóstico de la anorgasmia. Por su parte, autores como Holmberg & Blair (2009) han reportado una ligera diferencia en cuanto a la satisfacción sexual entre las mujeres que tienen sexo con mujeres en comparación con aquellas que tienen relaciones sexuales con hombres. La satisfacción en este estudio es esencialmente medida como la frecuencia de orgasmos en las relaciones sexuales.

Autoconcepto

El impacto negativo del abuso sexual en el autoconcepto de las informantes clave, el cual fue reportado en todos los casos, también ha sido reportado por diferentes estudios como los de McClellan, Mc Curry & Ronald (1997) & Lamureux et al. (2012), quienes señalan los problemas de autoestima como factores determinantes en la exposición a revictimización, así como en asumir prácticas sexuales de alto riesgo y relaciones interpersonales sexualizadas.

Impacto en la vida sexual

La mayoría de las informantes reportaron la influencia negativa de las experiencias de abuso sexual en la vida y desempeño sexual. De hecho, varias de ellas reportaron la actividad sexual como detonante de flashbacks que las llevaban a re-experimentar el trauma del abuso sexual de forma vívida. Las experiencias de abuso, en especial las de tipo sexual, son consideradas como factores de vulnerabilidad individual cercanamente

asociados a la anorgasmia (DSM-5, 2013). Los hallazgos del estudio son congruentes con estudios y referentes teóricos que han estudiado el impacto de las experiencias de abuso sexual en las disfunciones sexuales. Por ejemplo, Leonard & Follette (2002) hacen una revisión de dos de las principales teorías que orientan la práctica de la terapia sexual, a saber: El modelo Contextual Conductual y la Teoría de la Emoción. En su estudio, enfocado en mujeres víctimas de abuso sexual en la niñez ellos resaltan las experiencias de evitación, el impedimento del desarrollo y los esquemas emocionales desadaptados como las principales secuelas del abuso sexual que contribuyen a disfunciones como la anorgasmia femenina.

Tendencia a contradecirse o pobre insight

Algunas de las informantes clave demostraron un limitado entendimiento acerca de la asociación entre las experiencias de abuso y sus disfunciones sexuales. Estos problemas de insight se manifestaron en la tendencia de expresar información contradictoria que, de un lado, minimizaba el impacto de las experiencias del abuso sexual mientras, por otra parte, reconocían una influencia de importancia en cuanto a la concepción y los resultados de la actividad sexual después de las experiencias de abuso. Una de las formas más comunes de contradicción en cuanto al entendimiento de la asociación entre las experiencias de abuso sexual es la tendencia a asumir conducta sexual de alto riesgo, como la promiscuidad o la prostitución tal y como lo describen Houck et al. (2010), lo cual se reportó en varias de las informantes clave. Cortés et al. (2011) también reporta la tendencia a minimizar la influencia del impacto del abuso sexual en las víctimas como un contraste con la alta frecuencia de casos de problemas psicológicos serios como trastornos depresivos, ansiosos y por trastorno por estrés postraumático.

CONCLUSIONES

Nueve de las diez informantes clave reconocieron que sus experiencias de ASN está significativamente asociado con la anorgasmia. Ellas destacaron de forma clara que el impacto del ASN ha sido decisivo como

factor asociado a la disfunción orgásmica, señalando dicho trastorno como una secuela incuestionable del abuso sexual experimentado. Una de las participantes expresó información contradictoria al respecto.

Las informantes mostraron una tendencia marcada de mencionar las experiencias de ASN como un factor que afectó en forma negativa sus auto conceptos, desempeño y satisfacción sexual. Las participantes expresaron ideas de inferioridad, autocrítica y sentimientos de inseguridad acerca de sí mismas.

La mayoría de las informantes reconocieron el impacto negativo del ASN en sus vidas, especialmente en sus relaciones de pareja, considerando el acto sexual mismo o los problemas para lograr el orgasmo como un recordatorio del trauma sufrido.

Varias de las informantes expresaron una visión negativa de los hombres motivada por la experiencia de abuso sexual perpetrada, en todos los casos, por hombres.

Algunas participantes reportaron haber podido lograr orgasmos al tener relaciones sexuales con otras mujeres después de una vida sexual activa en la que por varios años no pudieron tener ningún orgasmo con sus parejas hombres.

Fortalezas y debilidades del estudio

El presente estudio bien podría constituirse en un referente modesto que motive la realización de otras investigaciones que profundicen acerca de la relación entre la historia de ASN y la Disfunción Orgásmica Femenina. Aspectos de gran interés identificados durante el proceso de indagaciones durante este ejercicio, tales como el caso de las mujeres que fueron diagnosticadas con anorgasmia primaria, y que después de años de no tener orgasmos con sus parejas hombres, experimentaron orgasmos con parejas mujeres; bien podrían propiciar exploraciones más profundas en cuanto a tópicos tales como, por ejemplo, el papel jugado por las preferencias sexuales no reconocidas o identificadas en la anorgasmia femenina.

Algo similar podría decirse acerca de las posibles aplicaciones clínicas de otros

aspectos destacados en el estudio tales como el papel jugado en la disfunción orgásmica por las concepciones negativas en estas mujeres acerca de la figura masculina como una consecuencia de las experiencias de abusos sexuales por parte de hombres.

En cuanto a las limitaciones del estudio, el mismo bien podría haber enriquecido su perspectiva al comparar las respuestas de las mujeres diagnosticadas y tratadas por anorgasmia con historia de ASN, con otras mujeres tratadas por dicha condición sin historia de ASN. Finalmente, la naturaleza de la información recabada en el estudio sugiere el uso de recursos investigativos que favorezcan la interacción entre las participantes, tales como grupos focales. Con todos los beneficios que el uso de recursos como estos supone para las informantes, en cuanto a su oportunidad de aprender más acerca de su condición, así como de aprovecharse de algunos efectos “terapéuticos” indirectos como la universalización del trastorno que sufren. Igualmente, la interacción propiciada por recursos como los grupos focales brinda la oportunidad de recabar información mejor procesada debido a los beneficios de la retroalimentación, el debate y otros componentes inherentes. En todo caso, la identificación de dichos aspectos por mejorar bien puede orientar el diseño de futuros estudios que complementen las lagunas dejado por este.

BIBLIOGRAFÍA

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2004). Respondiendo al Abuso Sexual a los Niños y Adolescentes, 28. Revisado agosto 21, 2016. http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Respondiendo-al-Abuso-Sexual-a-los-Niños-y-Adolescentes-028.aspx

Briere, J. & Elliott, D. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Neglect*, 27, 1205-1222.

Brotto, L. A., Seal, B. N., & Rellini, A. (2012). Pilot study of a brief cognitive behavioral versus mindfulness-based

intervention for women with sexual distress and a history of childhood sexual abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(1), 1–27. doi:10.1080/0092623X.2011.569636

Cantón, D. & Cortés, M. (2000). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.

Cantón, D. & Justicia, F. (2008). Afrontamiento del Abuso Sexual Infantil y Ajuste Psicológico a Largo Plazo. *Psicothema*, 20, 509-515.

Cabello-Santamaría F (2007). Disfunciones sexuales femenina. En: Lucas Matheu M, Cabello-Santamaría F, editores. *Introducción a la sexología clínica*. Madrid: Doyma Elsevier; 2007

Cortés, M., Canton-Cortés, D. & Duarte, J. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: Papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Psicología conductual: Revista internacional de psicología clínica de la salud*, 19, pp. 41-56.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, 5th Edition (DSM-5) (2013). USA: American Psychiatric Association.

DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21, 553–576.

Echeburúa, E. & de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad. med. Forense*, 12, 75-82.

Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: Víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.

Holmberg, D. & Blair, K. (2009). Sexual desire, communication, satisfaction and preferences of men and women in same sex versus mixed-sex relationships. *The Journal of Sex Research*, 46, 57-66.

Holmberg, D. & Blair, K. (2009). Sexual desire, communication, satisfaction and preferences of men and women in same sex versus mixed-sex relationships. *The Journal of Sex Research*, 46, 57-66.

Houck, C., Nugent, N., Lescano, C., Peters, A. & Brown, L. (2010). Sexual abuse and

sexual risk behavior: Beyond the impact of psychiatric problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 473-483.

Kelley, E. & Gidycz, A. (2015). Differential relationship between childhood and adolescent sexual victimization and cognitive-affective sexual appraisals. *Psychology of violence*, 5, 144-153.

King, J. A., Mandansky, D., King, S., Fletcher, K. E., & Brewer, J. (2001). Early sexual abuse and low cortisol. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 71–74.

Lamoureux, B., Palmier, P., Jackson, A. & Hobfoll, S. (2012). Child sexual abuse and adulthood interpersonal outcomes: Examining pathways for intervention. *Psychological trauma: Theory, research, practice and policy*, 4, 605-613.

Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281, 537–544.

Lemieux, A., & Coe, C. (1995). Abuse-related post-traumatic stress disorder: Evidence for chronic neuroendocrine activation in women. *Psychosomatic Medicine*, 57, 105–115

Lemieux, S. R., & Byers, E. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32, 126–144.

Leonard, L. M., & Follette, V. M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: Review of the empirical literature and clinical implications. *Annual Review of Sex Research*, 13, 346 – 388.

Leonard, L. M., Iverson, K. M., & Follette, V. M. (2008). Sexual functioning and sexual satisfaction among women who report a history of childhood and/or adolescent sexual abuse. *Journal of Sex & Marital*

Lewis RJ, Derlega VJ, Clarke EG, Kuang JC, Jacobs AM, McElligott MD. (2005). An expressive writing intervention to cope with lesbian-related stress: The moderating effects of openness about sexual orientation. *Psychol Women Q*, 29:149-57.

Lorenz, T. A., & Meston, C. M. (2012). Associations among childhood sexual abuse,

language use, and adult sexual functioning and satisfaction. *Child Abuse and Neglect*, 36, 190–199.

Lorenz, T. A., Pulverman, C. S., & Meston, C. M. (2013). Sudden gains during patient-directed expressive writing treatment predicts depression reduction in women with history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 690–696.

Lorenz, T., Harte, C. B., Hamilton, L., & Meston, C. M. (2012). Evidence for a curvilinear relationship between sympathetic nervous system activation and women's physiological sexual arousal. *Psychophysiology*, 49, 111–117. doi:10.1111/j.1469-8986.2011.01285.x

Martínez, O., Serrano, A. & Hernández, I. (2004). *Expedientes Clínicos. Centro Territorial De Medicina Legal de Manzanillo*. Cuba: Granma.

McClellan, J.; Mc Curry, C. & Ronald, M. (1997). Relationship between sexual abuse, gender, and sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (36) pp.959-965.

Meston CM, Rellini AH, Heiman JR. (2006) Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *J Consult Clin Psychol*; 74:229–36

Meston, C. M. (2003). Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29, 39–46.

Meston, C. M., & Heiman, J. R. (2000). Sexual abuse and sexual function: An examination of sexually relevant cognitive processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 399–406.

Meston, C. M., Lorenz, T. K., & Stephenson, K. R. (2013). Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 2177–2189. doi:10.1111/jsm.12247

Meston, C., & Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor

sexual satisfaction and distress scale for women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *Journal of Sexual Medicine*, 2, 66–81.

Moreno, A., Brandt, J., Campos, A., Navarro, R. Pérez, M., Rodríguez, W. & Varela, Y. (1996). *Historia-de-Vida de Felicia Valera*. CONICIT, Caracas.

Munarriz R, Berman J, Goldstein I.(2001) Female sexual dysfunction: new frontiers in diagnostic and therapy. *Contem. Urol.* 2000; 2:55-60.

Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E., & Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, 1, 6–16.

Noll, J., P. Trickett, W. Harris y F. Putnam (2009), “The Cumulative Burden Borne by Offspring whose mothers were sexually abused as children”, *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 24, n.o 3, pp. 424-449.

O'Connor DB, Hurling R, Hendrickx H, Osborne G, Hall J, Walklet E, Whaley A, Wood H. (2011) Effects of written emotional disclosure on implicit self esteem and body image. *Br J Health Psychol*; 16:488–501.

Organización Mundial de la Salud (2014), *Maltrato infantil*, Nota descriptiva n.o 150, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>>

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328–338.

Pereda, W. & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child abuse and neglect international journal*, 31, 417-426.

Rellini AH, David A, Meston CM. (2011) Implicit and explicit cognitive sexual processes in survivors of childhood sexual abuse. *J Sex Med*; 8:3098–107.

Rellini AH, Meston CM. (2007). Sexual desire and linguistic analysis: A comparison of sexually-abused and non-abused women. *Arch Sex Behav*; 36:67–77. 30

Rellini, A. (2008). Review of the empirical evidence for a theoretical model to understand

the sexual problems of women with a history of CSA. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 31–46.

Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2011). Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 351–362. 9694-0

Rellini, A., & Meston, C. M. (2007). Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1312–1321.

Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J. & Golding, J. (2004). The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child abuse neglect*, 28, 525-545.

Speizer, I., Goodwin, M, Whittle, L., Clyde, M. & Rogers, J. (2008). Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala. *Child Abuse Neglect*, 32, 455-462.

Stephenson KR, Ahrold TK, Meston CM (2009). the association between sexual motives and sexual satisfaction: gender differences and categorical comparisons. *Arch Sex Behav*. 2011 Jun;40(3):607-18.

Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2010a). Differentiating components of sexual well-being in women: Are sexual satisfaction and sexual distress independent constructs? *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2458–2468.

Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2010b). When are sexual difficulties

distressing for women? The selective protective value of intimate relationships. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 3683–3694.

Stephenson, K. R., Hughtan, C. P., & Meston, C. M. (2012). Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. *Child Abuse & Neglect*, 36, 180–189.

Stephenson, K. R., Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2013). Relationship satisfaction as a predictor of treatment response during cognitive behavioral sex therapy. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 143–152.

Stephenson, KR, & Meston, CM (2011). The association between sexual costs and sexual satisfaction in women: An exploration of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 20, 31-40.

Stephenson, KR, & Meston, CM (2015). The conditional importance of sex: Exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(1), 25-38.

Tiefer L, Hall M, Tavis C. (2009) Beyond dysfunction: A new view of women's sexual problems. *J Sex Marital Ther* 2002; 28:225–32. a sample of German women. *J Sex Med*; 6:1001–10.

Van Berlo, W., & Ensinck, B. (2000). Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research*, 11, 235–258.