

Invest Medicoquir 2017 (enero-junio); 9(1): 4-15.

ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

ARTÍCULO ORIGINAL

Factores psicosociales asociados al comportamiento sexo-erótico de un grupo de mujeres

Psicosocial factors asociated with the sex-erotic behavior in a group of women

María del Carmen Vizcaíno Alonso^I, Kenia Almenares Rodríguez^{II}, Dalgis Ercia Rodríguez-Mena^{III}, Yoalmis Yaquelin Montero Vizcaíno^{IV}.

I Especialista de II grado en Psiquiatría, Doctora en Ciencias Médicas, Profesora Consultante Titular, CENSAM. La Habana, Cuba.

II Especialista II grado en Bioestadística. Máster en Salud Pública ENSAP, La Habana, Cuba.

III Licenciada en Psicología. Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología. La Habana, Cuba.

IV Licenciada en Enfermería. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción. En el ámbito internacional se considera que más de un tercio de las mujeres no tiene deseo sexual y una de cada cuatro no puede conseguir el orgasmo. Se plantea que un porcentaje mayor de féminas que de hombres se ven afectados, por algún tipo de comportamiento sexual negativo y pueden imbricarse diferentes factores que perturban la calidad de vida. Se realizó un estudio con el objetivo de identificar los factores psicosociales que están relacionados en el comportamiento sexo-erótico y la existencia de disfunciones sexuales, en un grupo de mujeres de un centro de investigación cuyo régimen de trabajo pudiera encubrir la demanda oculta existente.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal; empleándose cuestionarios de sexualidad validados. Se estudiaron 40 mujeres de 19 a 64 años, entre enero-marzo de 2012. Se utilizó la técnica estadística, test exacto de Fisher y se presentaron los datos en porcentaje. **Resultados.** Se encontraron preferencias sexuales de estimulación táctil, frecuencia coital de 2 a 3 veces por semana y una velocidad de respuesta sentida como normal. Se identificaron disfunciones sexuales tales como: deseo sexual hipoactivo, dispareunia y mixtas. Se hallaron como factores psicosociales relacionados con el comportamiento sexo-erótico problemas laborales, de pareja, falta de privacidad y falta de información sexual. **Conclusiones.** Se evidenció un patrón de comportamiento sexual en las mujeres estudiadas y prevalencia elevada de disfunción sexual en esa población. No se demostró la relación entre disfunción sexual y hábitos tóxicos.

Palabras clave: comportamiento sexual femenino, disfunciones sexuales femeninas, erotismo femenino, factores relacionados con la sexualidad femenina.

ABSTRACT

Introduction. In the international field, it is considered that more than a third of women don't have sexual desire and that one of every four women cannot get the orgasm. It is said that a higher percent of women is more affected than men due to some type of negative sexual behavior and different factors that disturb the quality of life. **Objective.** To identify the psychosocial factors that are related to the sex-erotic behavior and the existence of sexual dysfunctions in a group of women in a scientific research center where the work regime could mask the existing hidden demand. **Methods.** A direct descriptive cross-sectional study was conducted, using the validated questionnaires of sexuality. 40 women from 19 to 64 years of age were studied from January to March in the year 2012. The statistical technique of Fisher's exact test was used, and the data were presented as percentages. **Results.** Sexual preferences of tactile stimulation, intercourse frequency from 2 to 3 times a week, and a normally felt answer speed were found. The existence of sexual dysfunctions like hypoactive desire, dyspareunia and mixed ones were identified. Psychosocial factors related to the erotic sex behavior such

as labor problems, couple problems, lack of privacy and lack of sexual information were found. **Conclusions.** A pattern of sexual behavior and a high prevalence of sexual dysfunctions was shown in the women studied in that population. The relationship between sexual dysfunction and toxic habits was not demonstrated.

INTRODUCCIÓN

Diversas investigaciones realizadas en España, Chile, Estados Unidos, reconocen que más de un tercio de las mujeres no tiene deseo sexual y una de cada cuatro no puede conseguir el orgasmo⁽¹⁾. Sin embargo se ha estimado un porcentaje mayor afectado, pero la mayoría no acude a consulta.

Desde el Triunfo de la Revolución, el estado cubano le dedica especial interés al desarrollo de una sexualidad sana en la población, ya que tiene en consideración que es de importancia el bienestar individual de las personas, la relación de pareja y la familia la cual es la célula elemental de la sociedad⁽²⁾. En Cuba el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) ha desplegado una amplia labor en la investigación y capacitación, prestándole especial interés a la salud sexual y reproductiva de las mujeres; sin dejar de promover la atención a otros grupos discriminados socialmente^(3,4).

Diferentes especialistas plantean que entre los factores que entorpecen el estudio de la función sexual femenina se encuentra el bajo porcentaje de mujeres con esta problemática que consultan al médico^(5,6), comportamiento que ha ido cambiando, pero aún persiste en la sociedad actual. Es importante que las mujeres tomen conciencia del valor de mejorar su función sexual, la relación de pareja y su calidad de vida.

Se tratan diversos factores orgánicos, psicológicos y mixtos que pueden relacionarse con los trastornos sexuales. Entre las causas predominantemente psicosociales⁽¹⁾ intervienen factores psicológicos, interpersonales, ambientales y culturales, a los que se pudiera agregar los educacionales. Son de destacar las tensiones emocionales producto del estrés laboral, la violencia conyugal, los problemas de vivienda, de pareja y los relacionados con el consumo de drogas.

Se han utilizado diversas clasificaciones para los trastornos sexuales⁽⁷⁻⁹⁾, que abarcan una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción sexual efectiva o una incapacidad para controlar o sentir un orgasmo.

El Manual Diagnóstico de las Enfermedades en Sexología del Profesor Bianco⁽¹⁰⁾, tiene en cuenta las enfermedades de la respuesta sexual de la mujer, las alteraciones en sus fases, el tiempo de funcionamiento y la relación de pareja entre otros aspectos.

Se realizó una indagación en el comportamiento sexo-erótico de la población femenina de un centro de investigación en la capital, cuyo régimen de trabajo y exigencias, pudieran encubrir la demanda oculta existente en esa población y considerar los factores psicosociales que pueden relacionarse con la misma.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal a la población femenina del Departamento de Control de la Calidad del Centro de investigación estudiado, en La Habana, de enero a marzo del año 2014. El universo estuvo constituido por 65 mujeres y la muestra por 40 (61,5 %). Para la selección de la misma se contó con el consentimiento de las participantes en el estudio.

Criterios de inclusión: sexo femenino; aceptabilidad de las mujeres para ser objeto de estudio y que las encuestadas estuvieran en el momento de la recogida de los datos.

Criterios de exclusión: rechazo a ser estudiadas.

Se utilizaron dos cuestionarios anónimos validados en otras investigaciones^(5,9) que exploraron, trastornos sexuales, bienestar laboral, hábitos tóxicos y violencia conyugal; así como el comportamiento sexo-erótico y factores negativos asociados a las disfunciones sexuales. Se controlaron las variables: edad, nivel escolar y estado civil.

Como indicadores de comportamiento erótico se tomaron los siguientes: preferencias de estimulación sexual, satisfacción con sus relaciones sexuales, conformidad con su sexo, atracción sexual, frecuencia coital, deficiente funcionamiento sexual, duración de los trastornos sexuales, tipo de disfunción sexual, problemas con qué la relaciona, uso

de imaginación en sus relaciones sexuales, velocidad de respuesta sexual y antecedentes de disfunción sexual (DS).

La información recogida se almacenó en una base de datos, el procedimiento se realizó de forma automatizada con la ayuda del programa SPSS 11.5.1, calculándose los indicadores necesarios para dar respuesta al estudio y la prueba no paramétrica exacta de Fisher. Como medidas se utilizaron las medias y las desviaciones estándar para las variables cuantitativas y tanto por ciento para las cualitativas.

RESULTADOS

1. Característica de la muestra estudiada

En las mujeres estudiadas la edad promedio fue de $36,9 \pm 11,3$ años. Sus edades estuvieron comprendidas entre 19 y 64 años. Solo un caso (2,5 %) de más de 60.

Predominó el estado civil casado con 18 mujeres (45 %), entre las edades de 21 y más de sesenta años de edad, seguida por catorce solteras (35 %) que se presentaron en los grupos de menos de cincuenta años. Divorciadas fueron dos (5 %) en los grupos de 31-40 y 41-50. Unión consensual en cuatro pacientes (10 %) en el grupo de 31- 40 (Gráfico1).

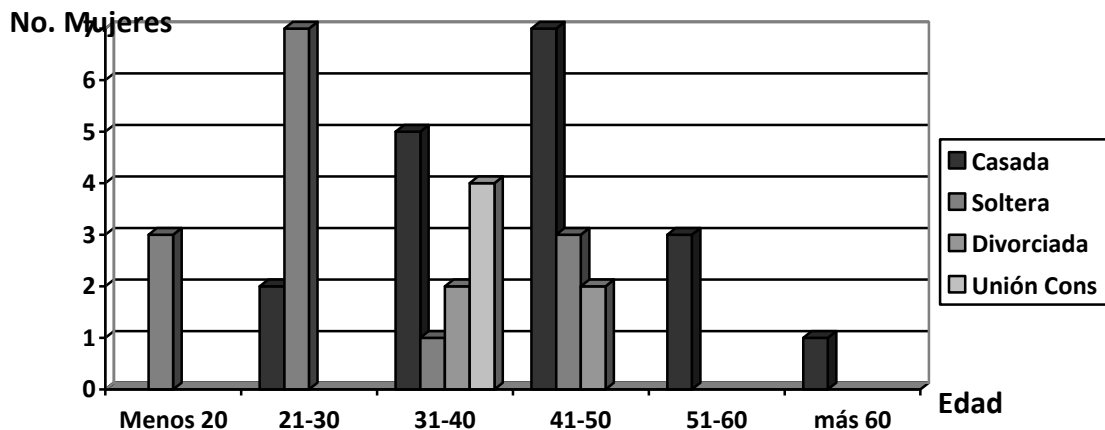


Gráfico 1. Distribución de edad de acuerdo al estado civil.

El nivel escolar que prevaleció fue el técnico medio con 19 pacientes (47.5 %), seguido del nivel universitario con 17 pacientes (42.5 %), preuniversitario con tres pacientes (7,5 %) y secundaria con un paciente (2,5 %).

Se encontraron preocupaciones en el entorno laboral, las cuales estuvieron relacionadas con: el horario laboral en trece pacientes (32, 5 %), dificultades con los jefes y su atención como trabajador en once pacientes (27,5 %), exceso de trabajo dos pacientes (5 %) y un paciente (2,5 %) con rechazo al trabajo. Las trece restantes (32,5 %) no plantearon problemas laborales.

2. Comportamiento sexo-erótico.

El patrón sexual de las mujeres investigadas reflejó en el 100 % una orientación heterosexual, predominó la estimulación táctil y el uso frecuente de las fantasías eróticas en 28 pacientes para un 70 %. Comportamiento que fue seguido por la estimulación genital en 25 pacientes (62,5 %), la visual con once pacientes (27,5 %), la auditiva con cinco pacientes (12,5 %) y la olfativa en cuatro pacientes (10 %). La frecuencia coital que prevaleció fue la de cada dos ó tres días en 24 pacientes (60 %). La velocidad de respuesta normal en 27 pacientes (67,5 %) y satisfechas sexualmente 33 pacientes (82,5 %).

3. Disfunciones sexuales encontradas

Se hallaron: deseo sexual hipoactivo: cuatro pacientes (10 %); dispareunia dos pacientes (5 %) y disfunción mixta seis pacientes (15%), en este trastorno sexual todas con disminución del deseo asociado al trastorno de excitación femenino, dispareunia o anorgasmia, por lo que se clasificaron como disfunciones mixtas. Se apreciaron disfunciones en todos los grupos de edades fundamentalmente entre los 21- 50 años. La prevalencia de disfunción fue del 30% de la población.

Satisfacción sexual total la expresaron 33 pacientes (82,5 %), la refirieron parcial cinco pacientes (12,5%). Solo un caso no estaba satisfecha y otra que no respondió, lo que representó cada una un 2,5%. Plantearon satisfacción total ocho féminas con disfunción sexual. Por otro lado se encontraron dos pacientes que no reportaron disfunción y aquejaron algún grado de insatisfacción sexual (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de mujeres según presencia de disfunción sexual y satisfacción sexual.

Disfunción sexual	Satisfacción sexual			
	Total	Parcial	No responde	Ausente
Deseo sexual hipoactivo	3	1	-	-
Mixta	3	2	-	1
Dispareunia	2	-	-	-
Ninguna	25	2	1	-
Total	33	5	1	1
%	82,5	12,5	2,5	2,5

Fuente: Cuestionario de sexualidad.

Se percibió velocidad de respuesta normal en veinte pacientes sin disfunción sexual (50 %) y en siete pacientes con disfunción sexual (17,5 %). La respuesta muy rápida se encontró en siete mujeres que no reportaron ninguna disfunción sexual y en dos mujeres, una con deseo sexual hipoactivo y la otra con disfunción mixta. La respuesta demorada se halló en dos mujeres una con dispareunia y en otra con deseo sexual hipoactivo. En esta categoría no se apreciaron pacientes sin disfunción sexual.

4. Factores psicosociales.

La violencia conyugal estuvo presente en catorce mujeres (35 %) y en trece de ellas la relacionaron con la aparición de trastornos en el funcionamiento sexual. Se reportaron diferentes formas desde las psicológicas hasta la agresión física. Las manifestaciones más frecuentes fueron: palabras y ofensas en doce pacientes (30 %) seguidos de la conducta de dejarle de hablar a la pareja en siete pacientes (17,5 %) y la expresión de gestos negativos en cinco pacientes (12,5 %), lo que lleva a las mujeres a sentirse humilladas y menospreciadas. La violencia física e imposición de relaciones sexuales se presentó en un caso en cada una (2,5 %).

También, se reflejaron como causas sentidas de disfunción sexual: la falta de privacidad en cinco pacientes (12,5 %), seguidos del cansancio y estrés con cuatro pacientes (10 %). Otras causas reportadas fueron: problemas de comunicación de la pareja, falta de información sexual, problemas familiares y enfermedades físicas con dos pacientes cada uno (5 %). Solo se obtuvo un caso (2,5 %) que asocia las dificultades sexuales con problemas laborales y poca concentración y preocupación por alcanzar el orgasmo.

Tabla 3. Disfunciones sexuales y violencia.

Disfunción sexual n= 13	Palabra Y Ofensas	Gestos	Dejar de hablar	Imposición de relaciones	Golpes
Deseo sexual hipoactivo	4	2	4	-	1
Dispareunia	2	1	1	-	-
Mixta	6	2	2	1	-
Total de pacientes	12	5	7	1	1
%	30.0	12.5	17.5	2.5	2.5

Fuente: Cuestionario de sexualidad.

Otro aspecto que se exploró fueron los hábitos tóxicos, pero no se encontraron dependencia al alcohol, ni consumo de riesgo a otras drogas. Tampoco precisaron cantidades y frecuencia de consumo al café, ni a fármacos.

DISCUSIÓN

Las edades de las mujeres estudiadas se correspondieron con el rango de edad de las personas con vínculo laboral⁽¹¹⁾. Se observó en la muestra una tendencia a ser mayor el uso de las fantasías y otras formas de excitación que en otros estudios^(5,6,11), en que las mujeres alcanzaron cifras más baja con 39,2 %. Esto denota que las féminas de esta investigación disfrutaban de una actividad erótica más elevada y diversa que incluyó desde la imaginación hasta los aspectos físicos.

La frecuencia coital que prevaleció fue la de cada dos ó tres veces a la semana, lo que coincide con otras publicaciones^(6,11). Se plantea por expertos que la frecuencia coital disminuye con el incremento de la edad, lo cual no concuerda con esta investigación, lo que pudiera deberse a la presencia de parejas estables en los mayores de edad, aunque, ocurra variaciones en la fisiología de la respuesta sexual^(12,13).

Se encontraron jóvenes con disfunción sexual, lo que se corresponde con varios investigadores^(6,14,15) por lo que es importante realizar un trabajo de promoción de salud sexual para todos los grupos de edades.

También se apreciaron contradicciones en algunos sujetos que reportaron tener satisfacción total con presencia de disfunciones sexuales, aquellos que no reportan disfunción sexual refieren insatisfacción, lo que denota según Vizcaíno MC⁽¹⁴⁾ malestar en sujetos supuestamente sanos y demanda oculta de disfunciones sexuales.

Se reportaron pacientes con respuesta demorada, que en la práctica clínica es frecuente que cause malestar en los sujetos y en las parejas^(11,15). Por el contrario, la velocidad de respuesta rápida, en un porcentaje elevado, se ve asociada a la opinión popular que denota mayor capacidad de respuesta sexual.

Entre los factores psicosociales negativos aparecieron los problemas de pareja y laboral, aunque este último fue reconocido como causa de trastorno solamente en un caso. No obstante se plantea que la preocupación por el trabajo o las preocupaciones económicas, llevan a desviar el interés sobre la actividad sexual^(11,14). Estos problemas pudieron generar estrés y causar trastornos sexuales. Las alteraciones fisiológicas vinculadas a las manifestaciones psicológicas que se producen en estos pacientes, le da el carácter psicosomático a estas afecciones.

La falta de solicitud de ayuda médica en las mujeres que reportan disfunciones sexuales, así como de completamiento de respuestas en el cuestionario y de conductas tolerables a la violencia, puede atribuirse entre otros aspectos a la falta de información sexual, presencia de tabúes y mitos que les impiden tener una comprensión clara de los trastornos de la sexualidad, la existencia de falta de franqueza para hablar sobre temas sexuales, derivada de una insuficiente educación sexual.

La necesidad de atender estos problemas en la población, como plantean Castro M. y Vizcaíno MC^(2,11,14). Los mitos, los tabúes y las falsas creencias en torno a la sexualidad que existen en la población son puntos importantes a analizar, pues influyen en la conducta humana y en la aparición de disfunción sexual (DS)^(6,11)

La presencia de violencia conyugal y el hombre como victimario coincide con estadísticas de Francia, donde el 95 % de las víctimas son mujeres y el 51 % de estos actos son cometidos por sus maridos. (Guilbert & cols 1999). También, concuerda con estudios realizados por Artilles de León, 2000 y otros autores^(15,16,17). Otro punto de convergencia con las investigaciones citadas es que las palabras ofensivas es la forma más frecuente de violencia conyugal, seguido del uso de los gestos. En nuestro país existe un respaldo institucional y de política del país que apoya los derechos de la mujer y eso explicaría la ausencia o baja frecuencia encontrada de agresiones físicas.

Es de destacar que en las mujeres estudiadas pudo revelarse la violencia conyugal como un factor inhibitorio de la respuesta sexual placentera y que presentaran disfunciones sexuales.

CONCLUSIONES

Se determinaron la presencia de factores psicosociales negativos vinculados al comportamiento sexo-erótico y las disfunciones sexuales femeninas relacionados a problemas laborales, de pareja, falta de privacidad en la relación íntima, dificultades familiares, falta de información sexual y preocupaciones de salud.

Se definió la existencia de un patrón de comportamiento sexual, que correspondieron con las preferencias de estimulación sexual táctil, orientación sexual heterosexual, frecuencia coital de dos a tres veces a la semana y velocidad de respuesta sexual sentida como normal.

La prevalencia de disfunción sexual fue del 30 %. Identificándose la existencia de deseo sexual hipoactivo, dispareunia y mixtas.

Se comprobó la existencia de indicadores de deficiente educación sexual.

No se manifestó relación entre disfunción sexual y hábitos tóxicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Masters W, Johnson V, Kolodny R. La Sexualidad Humana. España: Grijalbo; 1995. Tomo II,346-371.
2. Castro EM. La Educación Sexual como Política de Estado en Cuba desde 1959. *Sexología y Sociedad*. 2011;17(45):4-13.
3. Guash AO. Masculinidades: Teorías y experiencias de discriminación. *Sexología y Sociedad*. 2012;18(48):4-10.
4. Roque GA. Diversidad Sexual en las Políticas Públicas en Cuba: Avances y desafíos. *Sexología y Sociedad*. 2011;17(45):34-9.
5. Vizcaíno MC. Disfunciones sexuales en una población cubana. Bases para una estrategia de prevención. Libro Resumen de Congreso Mundial de Sexología. 2003. (ISBN 959-7164-38-8).
6. Vizcaíno MC. Disfunciones Sexuales. Bases para una Estrategia de Prevención. Tesis Doctoral en Ciencias Médicas. CENSAM. Cuba; 2002.
7. OMS. Clasificación de los Trastornos Mentales y el Comportamiento. CIE-10, 2da reimpresión de la 1era edición. Editorial Médica Panamericana. SA. España; 2006.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Text Revision. DSM-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
9. MINSAP. Glosario Cubano de Enfermedades mentales. GC-3, La Habana; 2003.
10. Bianco CF y colaboradores. Manual Diagnóstico de las Enfermedades en Sexología. Segunda Edición Revisada. Editorial CIP. Caracas–Venezuela; 2010.
11. Vizcaíno MC. Disfunciones sexuales y comportamiento sexo-erótico en poblaciones cubanas supuestamente sanas. Memorias del Congreso Internacional de FLASSES. Brasil. Editorial Comisión Organizadora; 2006.

12. Fernández F, Ponce M, Jiménez R, Hernández H. Factores de riesgo de DSE. *Sexología y Sociedad*. 1994;1:34-9.
13. Namasivayam S, Minhas S, Brooke J, Joyce A. D, Prescott S, Eardley I. The evaluation of sexual function in men presenting with symptomatic benign prostatic hyperplasia. *BJU*.1998;82(6):842-6.
14. Vizcaíno MC .Un enfoque terapéutico preventivo de las disfunciones sexuales. fundamentos y acciones. Memorias de IV Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual.2008.(ISBN:978-959-282068-5).
15. Pérez PY. Factores psicosociales asociados a las disfunciones sexuales en una población masculina. Tesis para la opción a especialista de primer grado en Psiquiatría. La Habana, CENSAM. 2005.
16. Fernández L. Violencia invisible o del éxtasis al dolor. *Sexología y Sociedad*. 2007; 13(35).
17. Martínez VT, Hernández Y. La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2009 Sep [citado 2017 Jun 15]; 25(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-1252009000200010&lng=es

Recibido: 15 septiembre 2015

Aceptado: 17 de enero 2017

María del Carmen Vizcaíno Alonso. Calle 216 y 11b, Siboney, Playa. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: maryvizzcaino@infomed.sld.cu