

**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES (FÍSICO, SOCIAL, CULTURAL Y  
PSICOLÓGICO) QUE INFLUYEN EN LA ANORGASMIA/ORGASMO EN LAS  
RELACIONES SEXUALES DE MUJERES**

PRESENTADO POR:

NATALIA SALAZAR ÁVILA

**UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
INVESTIGACIÓN V. TRABAJO DE GRADO  
CARTAGO, VALLE DEL CAUCA**

**2020**

**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES (FÍSICO, SOCIAL, CULTURAL Y  
PSICOLÓGICO) QUE INFLUYEN EN LA ANORGASMIA/ORGASMO EN LAS  
RELACIONES SEXUALES DE MUJERES**

PRESENTADO POR:

Natalia Salazar Ávila

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Psicóloga

PROFESORA

ANDREINA BERMÚDEZ

Magister en Educación y Desarrollo Humano

**UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**INVESTIGACIÓN V. TRABAJO DE GRADO**

**CARTAGO, VALLE DEL CAUCA**

**2020**

### **Dedicatoria**

Dedico este trabajo primeramente a Dios por guiar siempre mi camino y darme fortaleza.

También a mi abuela ya que con su amor me impulsa.

### **Agradecimientos**

Agradezco a los docentes que me acompañaron en este proceso investigativo, a la profesora Marcela Rodríguez, Johana Molina, Andreina Bermúdez y Jorge Eduardo Saldarriaga, por haberme orientado con pertinencia y corregido con respeto.

A mi abuela por valorar mi esfuerzo y depositar en mi la confianza y Fe que algunas veces perdía, por su amor infinito y por ser convertirse en mi principal motivación.

A las mujeres que participaron en esta investigación por permitirme conocer sus experiencias sin reparo.

## Contenido

Resumen	viii
Introducción	1
1. Planteamiento del Problema	4
1.1 Formulación de la Pregunta de Investigación	7
2. Objetivos	8
2.1 Objetivo General	8
2.2 Objetivos específicos	8
3. Justificación	9
4. Antecedentes Teóricos	13
5. Marco Teórico	18
5.1 Historia de la sexualidad femenina	18
5.2 Sexualidad Femenina	23
Sexo	23
Género.	24
Sexualidad	26
Conocimientos de la mujer sobre el cuerpo	30
Anatomía y orgasmo	31
Anorgasmia	36
<i>Anorgasmia Primaria</i>	37

<i>Anorgasmia Secundaria</i>	37
<i>Anorgasmia Situacional</i>	37
<i>Anorgasmia Generalizada</i>	37
5.3 La anorgasmia como trastorno de la feminidad	37
Componentes biológicos (físico, dolor, lubricación) de la anorgasmia en el aspecto sexual	39
Dolor	40
Lubricación	42
Consecuencias de la anorgasmia femenina asociadas a enfermedades clínicas	43
5.4 Psicología de la anorgasmia	44
Factores psicológicos asociados (social, cultural, mitos y tabúes) que inciden en pensamientos, sentimientos y comportamientos en mujeres que presentan anorgasmia/orgasmo	47
Tabú	48
Religión, Cultura y sociedad	49
Rol de la mujer en la sociedad	53
5.5 Aspectos de las dinámicas de las relaciones de pareja relacionados con la anorgasmia/orgasmo en las mujeres.	53
Relaciones de pareja.	55
6. Metodología	60

Tipo de Investigación	60
Metodología Cualitativa	60
Enfoque histórico hermenéutico	60
Diseño narrativo	61
Alcance descriptivo	62
Fuentes de información	62
Unidad de Análisis	62
Unidad de trabajo	62
Criterios de Inclusión y Exclusión	63
Instrumentos	63
Ficha de Caracterización	63
Técnica entrevista	64
Procesamiento de la Información	64
Manejo de la Información	66
Procedimiento	66
Fase 1. Construcción de la pregunta, objetivo general y específicos.	66
Fase 2. Definición de las categorías	67
Fase 3. Creación del instrumento, aplicación y transcripción.	67
Fase 2. Definición de las categorías.	67
Fase 3. Creación del instrumento, aplicación y transcripción.	67

Fase 4. Discusión de resultados.	68
Fase 5. Informe Final, Conclusiones y recomendaciones	68
8. Presentación de Resultados	69
9. Discusión de resultados	94
Componentes biológicos (físico, dolor, lubricación) de la anorgasmia en el aspecto sexual.	94
Mujeres que presentan anorgasmia / orgasmo, factores psicológicos asociados y su incidencia.	98
Dinámicas al interior de las relaciones de pareja en mujeres que experimentan anorgasmia/orgasmo	106
10. Conclusiones	111
11. Recomendaciones	114
Referencias	116
Anexos	127
Juicio De Experto Sobre La Pertinencia De Entrevista Semiestructurada.	136
Constancia de validación	137
Constancia de validación	138

## Resumen

La investigación titulada “Factores biopsicosociales (físico, social, cultural y psicológico) que influyen en la anorgasmia/orgasmo en las relaciones sexuales de mujeres” busca comprender dichos factores, teniendo en cuenta aspectos biológicos, sociales, culturales y religiosos, que han sido instaurados a lo largo de la historia, entre ellos el tabú hacia la sexualidad y las creencias, así como las dinámicas al interior de las relaciones familiares y de pareja que han influenciado el comportamiento y placer sexual en las mujeres. Para ello se contó con la participación voluntaria de cuatro mujeres que han tenido pareja estable y con quienes han convivido, residentes en Cartago - Valle del Cauca. La investigación se realizó bajo una metodología cualitativa, de enfoque histórico hermenéutico, diseño narrativo y con un alcance descriptivo, empleando una entrevista semiestructurada que obedeció a las categorías que hicieron parte de los fundamentos teóricos desarrollados. Dentro de los resultados de los factores biopsicosociales que inciden en la anorgasmia/orgasmo se encontró que la ausencia de estímulos previos al coito puede disminuir la lubricación y causar dolor durante la fricción y a su vez imposibilitar el orgasmo, además se evidenció el desconocimiento de su cuerpo y el rechazo de la concepción del sexo como pecado, y se hallaron creencias y normas que limitan la sexualidad de las mujeres.

Palabras claves: Sexo, orgasmo, anorgasmia, sexualidad, factores biopsicosociales.

## **Abstract**

The research entitled "Biopsychosocial factors (physical, social, cultural and psychological) that influence anorgasmia / orgasm in the sexual relations of women" seeks to understand these factors, taking into account biological, social, cultural and religious aspects, which have been established throughout history, including the taboo towards sexuality and beliefs, as well as the dynamics within family and couple relationships that have influenced sexual behavior and pleasure in women. For this, it counted with the voluntary participation of four women who have had a stable partner and with whom they have lived, residents of Cartago - Valle del Cauca. The research was carried out using a qualitative methodology, with a hermeneutical historical focus, narrative design and with a descriptive scope, using a semi-structured interview that obeyed the categories that were part of the developed theoretical foundations. Among the results of the biopsychosocial factors that affect the anorgasmia / orgasm, it was found that the absence of stimulus prior to intercourse can decrease lubrication and cause pain during friction and, in turn, make orgasm impossible, as well as the lack of knowledge of own body, the rejection of the conception of sex as sin, and beliefs and norms were found that limit the sexuality of women.

Key words: Sex, orgasm, anorgasmia, sexuality, biopsychosocial factors

## Introducción

Las mujeres en su naturaleza cuentan con la capacidad de sentir placer durante los encuentros sexuales a menos que se presenten dificultades a nivel biológico y en ese caso se hablaría de la disfunción sexual femenina anorgasmia, pero cuando la ausencia de orgasmo no obedece a condiciones médicas y alcanzar un orgasmo comprende una labor de autoexploración, cuáles son los factores que inciden en la anorgasmia/orgasmo. A lo largo del tiempo esta temática ha ido evolucionando en la sociedad, inicialmente la sexualidad femenina fue invisibilizada, a su vez algunos padecimientos en las mujeres recibieron una aproximación con contenido sexual, para posteriormente encontrar dentro de las disciplinas de la medicina, sexología, psicología, entre otros, respuestas más certeras y claramente con mayor rigor y validez científica.

Mientras la ciencia busca avanzar, por otro lado, en la tradición religiosa cristiana (católica) se enaltece el dolor y el sufrimiento como una virtud, retomando la doctrina y su principal representante histórico Séneca, (4<sup>a</sup>.C-65 d.C) cuya filosofía y fundamentos han sido llevados a: “mantener siempre la fuerza de voluntad” y afirmando que “es natural la inclinación a la heterosexualidad y la reproducción” y basándose en expresiones como “el cuerpo es tentación porque es la cárcel del alma”. Por lo que las mujeres en esa época no podían tener virtud pues estaban “crudas”, no se cocieron bien y por tanto eran pasivas por naturaleza, en cambio los hombres estaban bien “cocidos” y completos, por ello eran activos. Esta perspectiva fue permeando el pensamiento femenino e inhibiendo el placer de la vida erótica y sexual de las mujeres quienes han vivido bajo este adoctrinamiento y

suprimido el dolor y las angustias; contrario como se piensa del deseo sexual para el hombre; la razón de la vida es buscar el placer.

De esta oposición se obtuvo como herencia cultural el miedo al placer que las mujeres sienten y lo reprobable que es “darse a el placer”. Citando a Castañeda, Flórez, López y Cortés (2005) la religión ha sido una institución que controla la sexualidad a través del pecado y la culpa. Posteriormente, el control se compartió con la medicina, cambiando la noción de “pecado” por la de “salud” a finales del siglo XVIII. Ya en el siglo XIX se generó en la sociedad una súbita avalancha de fabricación de angustias en donde las prácticas sexuales generaban enfermedades, locuras, histerias, etc. Convirtiéndose en la actualidad, problemáticas de salud que son cada vez más consultadas; donde la mujer busca conocer más su cuerpo, explorarlo y describir nivel erótico y excitación sexual, que le permitan llevar una de pareja libre y placentera; que tanto él como, ella puedan disfrutar de esa experiencia sexual.

Las mujeres se ven afectadas a causa de la negación que ha habido en la sociedad de abordar temas sexuales, dado que esto las ha llevado a ser víctimas de señalamientos, de tener limitación al acceso de la información y a la exploración libre de sus deseos e instintos, puesto que la humanidad culturalmente ha impuesto barreras que coartan la consecución del autoconocimiento, del propósito de conseguir placer y disfrutar una sexualidad sana y autónoma.

Como parte de la sexualidad femenina se encuentra el disfrute de los encuentros sexuales los cuales pueden finalizar en orgasmos, sin embargo, también se encuentra la anorgasmia y se tiene en cuenta desde aquellos aspectos que se relacionan físicamente con

la imposibilidad de lograr la satisfacción sexual y finalmente conseguir el orgasmo femenino.

El presente trabajo realizó una aproximación a la comprensión de factores biopsicosociales (físico, social, cultural y psicológico) que influyen en la anorgasmia/orgasmo en las relaciones sexuales de mujeres; haciendo énfasis en los aspectos de la sexualidad femenina, asimilando las reglas que con respecto a la misma se han otorgado socialmente, de manera diferente a hombres y mujeres, conociendo de antemano que con frecuencia la mujer actúa en concordancia a los parámetros impuestos por entes modeladores como la religión, la familia y la sociedad, comprendiendo que la satisfacción sexual se ve afectada positiva o negativamente por diversas causas.

La investigación plantea los elementos pertinentes, a través de una metodología cualitativa con un enfoque histórico hermenéutico, se orientó el análisis de contenido de las cuatro entrevistas semiestructuradas, para lograr la identificación de los factores que inciden en la anorgasmia/orgasmo, condicionado por los aspectos biológicos, psicológicos culturales y sociales; el trabajo está configurado inicialmente por el planteamiento del problema que conduce a la pregunta de investigación que guía el estudio, seguido por los objetivos y un apartado que justifica la pertinencia del mismo. Adicionalmente, la literatura científica que compone el marco teórico. Luego, se describe de manera clara la metodología utilizada para poder llegar al apartado de resultados, conclusiones y respectivas recomendaciones que fueron orientadas a la Universidad Antonio Nariño, mujeres y sociedad en general. Finalmente las referencias bibliográficas y los anexos pertinentes como consentimientos informados y entrevista semiestructurada.

## 1. Planteamiento del Problema

El orgasmo como símbolo de máximo placer en los encuentros sexuales para algunas mujeres puede llegar a ser infrecuente o inexistente, de acuerdo con Álvarez Gayou la anorgasmia es una disfunción sexual que se manifiesta en 40% de la población femenina (Castañeda, Florez, López y Corteés, 2005). En la respuesta sexual femenina se conjugan los elementos psicológicos, y experienciales, por lo que se considera parte de la salud sexual la educación al respecto y la autoexploración, entre otros, es decir las herramientas y conocimientos con los que cuentan en este caso las mujeres, para abordar su sexualidad desde la libertad del placer.

Ahora bien, hay mujeres que no están diagnosticadas con la disfunción sexual anorgasmia pero de igual forma no lo disfrutan (el orgasmo), esto por su naturaleza instintiva se reconoce como problemática en el ámbito de la salud, como problema biológico, social y cultural, por lo que suelen emerger preguntas alrededor de sus causas, las cuales pueden ser por factores biológicos, físicos o creencias limitantes, entre otras.

Las creencias limitantes se deben a que históricamente la mujer recibió un rol sumiso, y casto, en el que su función más importante era generalmente la reproducción y la obediencia. La especialista en medicina de familia Carmen Luque (2008) hace un aporte importante en cuanto a la reseña histórica de la sexualidad femenina y afirma que las mujeres han atravesado distintas etapas en la historia por factores religiosos y culturales donde la religión judeocristiana por mencionar alguna de ellas consideró a las mujeres como simples objetos sexuales, cuya función era la de procrear, perpetuar y servir a los hijos.

Entonces esto lleva a conocer un poco de cómo la mujer ha sido sometida por la sociedad a ocultarse y reprimir sus propias ideas y deseos (incluso su cuerpo); de manera que se dificulta el camino para llegar a comprender que tienen un mundo de posibilidades en cuanto a la salud sexual, más allá de reproducirse y justo en ese aspecto se desdibuja el derecho al placer. Es imperativo comprender el orgasmo femenino como parte de las necesidades fisiológicas ya que como describe Maslow (1943) en el libro titulado *Una teoría de la motivación humana* el cual grafica de forma piramidal, coloca en la base de la misma las necesidades fisiológicas como el sexo (Zuloeta, 2012), lo que a consideración de Maslow es la necesidad primordial de supervivencia.

Dicha necesidad puede experimentarse o suplirse a través del autoconocimiento o por la intervención profesional, para vencer la patología de la anorgasmia. Por ejemplo, el autocuidado dentro de la salud sexual “puede estar relacionado, entre otros, con una vida sexual armónica, orgásmica, placentera y continuada en el tiempo que así mismo, al energizar y aumentar el umbral de tolerancia a las frustraciones cotidianas, incrementa la protección del sistema inmunológico” (Londoño, 1996) (pp.20).

De manera que, en la sexualidad de la mujer desembocan una serie de situaciones y elementos que influyen en sus comportamientos y pensamientos alrededor de todo lo que la construye como ser humano y esto se convierte en una relación bidireccional entre la información recibida por parte de la familia, cultura y sociedad y sus propias contribuciones. En consecuencia las mujeres tienden a considerar generalmente la sexualidad a la luz de la relación de pareja, por lo que esperan con frecuencia un complemento que traiga consigo bienestar y estabilidad, y actúan en pro de dichos ideales.

Sin embargo, ante el desconocimiento de la propia sexualidad para alcanzar la posibilidad de disfrutar el orgasmo, se puede sufrir lo que denomina Londoño (1996) como una intimidad coitalmente empobrecida y sensualmente mutilada con varones que tal vez más allá de la descarga eyaculatoria ignoran las múltiples facetas del erotismo y del placer íntimos; ahora bien, el placer sexual no es exclusivo de la relación en pareja, sin embargo la intimidad al interior de la misma es una de sus bases, así como la comunicación la cual dirigida a los intereses en común puede conllevar al conocimiento y resolución de las necesidades de ambos, pero aun en tiempos actuales a las mujeres dentro de las relaciones de pareja se les designan sentimientos de amor, fragilidad y romanticismo, aunque no es lo único que las moviliza puesto que el deseo del placer sexual no escapa de su humanidad, sin embargo como respuesta a las creencias instauradas cultural y socialmente la mujer teme exponer sus necesidades sexuales.

Además, hombres y mujeres responden de manera diferente a los estímulos sexuales Basson (2005) explica que puede existir un deseo sexual espontáneo o como respuesta a estímulos y motivaciones, por lo que concretamente expone que las mujeres no siguen un proceso lineal, asociándolo a predisposición y aprendizajes lo cual al ser desconocido por la pareja masculina puede resultar en inacción para mejorar la respuesta sexual femenina y en relación con las creencias podría llegar a ser ignorado, generando estímulos inadecuados con respuestas ausentes de placer, comprometiendo la salud sexual de la mujer.

Adicionalmente, se puede decir que si el orgasmo es una necesidad, entonces es un derecho que pertenece también a las mujeres, pero con frecuencia se desconocen este y

otros derechos sexuales, de entre los cuales de acuerdo con (Londoño, 1996) en la presente investigación se destacan: el derecho al ejercicio autónomo de la sexualidad, a gozarla con o sin finalidad coital, de acuerdo con las propias preferencias y a la protección legal de las mismas, el derecho a una sexualidad placentera y recreacional independiente de la reproducción, el derecho a conocer, respetar y amar el cuerpo y los genitales, el derecho al amor, la sensualidad y el erotismo, el derecho al orgasmo y a ser libres en la intimidad, y el derecho a una educación sexual oportuna, integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género, entre otros (pp. 43).

A pesar de lo anterior, se debe tener claro que en la actualidad la mujer aún se desenvuelve en un entorno mayoritariamente tradicional, y muchas de ellas aún desconocen su cuerpo y derechos sexuales, todo esto considerando específicamente a una población de mujeres que desde su anatomía y biología tienen la posibilidad de alcanzar el orgasmo pero no lo logran y dado que la sexualidad femenina comprende también las relaciones de pareja dentro de sus dinámicas confluyen (aunque normalmente solo participan dos personas), los ideales de pareja de cada uno de los miembros (Almeida, 2013) y que como estos ideales se van formando desde la infancia y se ven influidos por las experiencias previas del sujeto, la cultura circundante y las expectativas personales (Almeida, 2013), y que finalmente dentro de su salud sexual es un derecho el disfrute del placer en el presente proyecto se plantea la siguiente pregunta:

### **1.1 Formulación de la Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son los factores biopsicosociales (físico, social, cultural y psicológico) que influyen en la anorgasmia/orgasmo en las relaciones sexuales de mujeres?

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

Comprender los factores biopsicosociales (físico, social, cultural y psicológico) que influyen en la anorgasmia/orgasmo en las relaciones sexuales de mujeres.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar los componentes biológicos (físico, dolor, lubricación) de la anorgasmia en el aspecto sexual.
- Describir los factores psicológicos asociados (social, cultural, mitos tabúes) que inciden en pensamientos, sentimientos y comportamientos en mujeres que presentan anorgasmia/ orgasmo.
- Conocer las dinámicas que se han dado al interior de las relaciones de pareja en mujeres que experimentan anorgasmia/orgasmo.

### 3. Justificación

Debido a la desinformación que se tiene respecto a la patología (anorgasmia), la cual el DSMV clasifica como trastorno sexual, la presente investigación centra sus objetivos en comprender los factores biopsicosociales (físico, social, cultural y psicológico) que influyen en la anorgasmia/orgasmo en las relaciones sexuales de mujeres, ya que una vez descartada la patología por factores físicos o biológicos se hace necesario abordar el tema para buscar soluciones no solo desde lo médico físico, sino otros aspectos que estén influyendo en la aparición del trastorno que afecta a las mujeres, aquellas que cuentan o han contado con una relación de pareja y que no siempre logran establecer una relación clara, precisa, que dé cuenta de la satisfacción de una vida sexual placentera.

A pesar de que la sexualidad femenina es un fenómeno que en el presente siglo ha ido en crecimiento en cuanto a bases teóricas y empíricas, la imagen de la mujer en aspectos sexuales ha sido un tema tabú a lo largo de la historia; el Licenciado en Historia Edmundo Fayanas (2017) retomado en un artículo publicado en El Heraldo narra que:

En la Edad Media la religión impone una visión teocéntrica del mundo, lo que le lleva a un control total de la vida cotidiana; imponen a la sociedad medieval que el sexo sólo es posible dentro del matrimonio y éste debe tener una finalidad exclusivamente reproductiva. (El Heraldo, 2020)

Desde esta concepción entonces la mujer debía guardarse obediente y diligente para servirle al hombre, pues desde la visión teológica la mujer está subordinada por el género masculino, esto se puede divisar en textos religiosos como La Biblia (s.f) (el libro que rige la religión católica), conforme aparece en 1 de Timoteo 2:11-15 “La mujer aprenda en silencio, con toda sujeción. Porque no permito a la mujer enseñar, ni ejercer dominio sobre

el hombre, sino estar en silencio. Porque Adán fue formado primero, después Eva; y Adán no fue engañado, sino que la mujer, siendo engañada, incurrió en transgresión. Pero se salvará engendrando hijos, si permaneciere en fe, amor y santificación, con modestia". Las normativas religiosas no pertenecen exclusivamente al pasado, se han extendido hasta esta época y aunque actualmente las doctrinas no sean tan estrictas, aún se siguen conservando algunos de esos ideales dado que con la excusa del pecado original han castigado al género femenino durante años, privándolo de derechos, beneficios e incluso de experiencias vitales para el desarrollo integral de cualquier ser humano.

Se tiene entonces que las mujeres han recibido poca educación frente al tema de la sexualidad pues no estaban dadas las condiciones donde pudieran conocerla, desarrollarla y experimentarla con libertad, es por ello que aun cuando se han realizado nuevas investigaciones todavía se ignora mucha información, lo que perpetúa la ignorancia en la sociedad, y toma un papel de doble vía por tanto los hombres también han construido sus propias creencias alrededor de la sexualidad femenina y al momento de formar relaciones de pareja ambos sujetos aportan lo que consideran debe ser el comportamiento y respuesta de las mujeres y en consecuencia muchas de ellas no se han desprendido los estereotipos contruidos en el pasado y tienden a transmitirlos a las nuevas generaciones, por lo que algunas jóvenes de ahora aún guardan restos de esas creencias, obteniendo como resultado el desconocimiento sobre el propio cuerpo (femenino) lo cual les imposibilita alcanzar la respuesta sexual orgásmica.

De modo que la sexualidad socialmente sigue manifestándose como un tabú y como parte de éste la anorgasmia/orgasmo, lo que da pertinencia a la investigación pues da luz

sobre sexualidad femenina teniendo en cuenta que es un derecho y una necesidad la de sentir placer y los factores que influyen para que esto suceda o no.

Además, en la revisión de antecedentes teóricos se encontró escasa información frente a los objetivos de esta investigación, evidenciando que a nivel nacional, departamental y local es bajo el interés por abordar esta patología desde los aspectos fisiológicos, sociales, culturales y psicológicos, lo que representa novedad para esta investigación ya que tiene como fin encontrar respuestas distintas y develar situaciones personales, dando así un gran aporte académico para la comunidad, al comenzar a mostrar de manera clara y sencilla, productos de los análisis de casos, los estudios de investigación, a los que pueda recurrir la comunidad y pacientes, por los medios digitales o escritos en físico, y también abordarlos desde la comprensión y no solo conocer cifras, si no extraer, desde las propias narrativas de las mujeres participantes, sus voces en relación a su trastorno, máxime cuando la sexualidad femenina sigue estando en el papel invisible, pese a que es un tema de salud pública dónde un desconcertante 73% de mujeres presentan los síntomas que las diagnostican como anorgásmicas y un escaso 27% quienes logran disfrutar plena y libremente del erotismo femenino y su pareja.

De igual forma, al incrementar los estudios que abordan la anorgasmia/orgasmo desde particularidades psicológicas y cómo confluyen en la respuesta sexual femenina posibilita la obtención de información que busca concientizar y promover la autoexploración con fines de recreación y placer sexual, teniendo en cuenta que la salud mental aborda todas las esferas del ser humano y de existir un desequilibrio en una de ellas (en este caso la salud sexual) puede incurrir en la afectación de la autoconfianza y la autoestima por nombrar algunas, lo anterior implica que a través de la divulgación de los resultados se logra un

impacto en la sociedad y academia, otorgando un abordaje a la problemática con una postura diferente a la médica tomando distancia de lo físico como única causa.

#### 4. Antecedentes Teóricos

La anorgasmia/orgasmo ha sido objeto de estudio en diversas disciplinas, lo cual implicó una búsqueda relacionada a los objetivos planteados en esta investigación para conocer la literatura disponible en diversas plataformas con contenido indexado como lo son Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), Google Académico, Scielo (Scientific electronic library online) y Dialnet. Se obtuvieron como resultados alrededor de 15 estudios y se hizo una elección de cinco de ellos que se aproximan al contenido requerido, e inicia con dos trabajos investigativos realizados en el exterior y posteriormente tres a nivel nacional, puesto que sus resultados enriquecen la base conceptual de la presente investigación.

Inicialmente se encontró una investigación publicada en la Revista Cubana de investigaciones biomédicas titulada *“Anorgasmia femenina como problema de salud”* la cual fue realizada por los doctores Luis Antonio Farramola Bello, Teresa Sandra Erice Rivero y Yaumara Frías Álvarez en el Hospital Universitario América Arias ubicado en La Habana, Cuba. La investigación tuvo como objetivo demostrar que la anorgasmia constituye un problema de salud. La metodología utilizada fue un estudio transversal descriptivo de 227 mujeres que cumplían con las características previamente seleccionadas por los doctores para efecto del estudio las cuales fueron edad, nivel de escolaridad, edad de inicio de las primeras relaciones sexuales, relación anorgasmia y masturbación femenina. El análisis de los datos se hizo de manera porcentual y los resultados obtenidos manifestaron que el mayor porcentaje de anorgasmia coital fue del 35 % y el 40 % eran anorgásmicas fortuitas, todas correspondían al grupo menores de 19 años, el 57,8 % poseían bajo nivel de escolaridad y el 36,3 % iniciaron antes de los 13 años su primera

relación sexual. Se encontró el 66,6 % de mujeres encuestadas que no lograban el orgasmo a través de las relaciones sexuales de pareja y sí con la masturbación. Esta investigación concluyó en la importancia de la madurez para enfrentarse a las relaciones sexuales, así como la mayor incidencia de anorgasmia en aquellas que referían bajo nivel de escolaridad y un inicio precoz de las relaciones sexuales. La masturbación femenina tiene una incidencia elevada en el logro de la satisfacción sexual. (Farramola, Erice y Frias., 2011).

También a nivel internacional se encuentra “***Prevalencia de anorgasmia en mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar núm. 1 de Ciudad Obregón, Sonora***” la cual fue publicada en la revista de Ginecología y Obstétrica de México en el año 2005 y desarrollada por Castañeda, Flórez, López y Cortés (2005) tuvo como finalidad estimar la prevalencia de anorgasmia en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social por 6 meses consecutivos entre los años 2002 y 2003. Las variables analizadas fueron edad, escolaridad, tiempo de actividad sexual, número de hijos, estado civil, número de parejas, gusto de la mujer por las relaciones sexuales, satisfacción y deseo sexual, control y toma de decisiones respecto a la sexualidad, frecuencia de relaciones, conocimiento y experimentación del orgasmo, y manifestación de síntomas psicósomáticos. Como métodos de análisis se utilizaron: estadística descriptiva, prueba de la ji al cuadrado y la escala de Likert. Los resultados publicados por los investigadores partieron del estudio de 73 mujeres entre los 16 y 46 años de edad, obteniendo que el 53.4% tenía como escolaridad máxima la secundaria y 37% educación superior. El tiempo de vida sexual activa varió entre 1 y 30 años, con conocimiento del orgasmo en 74% de los casos; la frecuencia de anorgasmia fue del 6.8%., adicionalmente mencionan que su estudio demuestra baja frecuencia del problema, lo cual puede deberse en esa ciudad las

mujeres son menos dependientes económica y activamente del hombre, luchan por sí mismas para salir adelante, ya sea con o sin hijos, así como también con o sin pareja, datos que se reflejan en los indicadores de la Encuesta Nacional de Empleo del estado de Sonora con respecto a la población económicamente activa y su conclusión fue que el resultado obtenido fue menor al esperado; fue poco frecuente en esta zona del país, quizás por el mayor nivel de escolaridad, los factores socioculturales y la independencia económica y social de la mujer.

A nivel nacional se encontró una investigación titulada *Función sexual en la mujer: anorgasmia estudio de caso de 10 mujeres de una unidad residencial de la ciudad de Medellín, 2014* en la cual se realizó un estudio de caso con 10 mujeres habitantes de un mismo conjunto residencial de la ciudad de Medellín con el fin de describir la percepción que tienen de la función sexual con disfrute o no de la sexualidad de un grupo de mujeres. El enfoque metodológico utilizado fue cualitativo, valiéndose de una entrevista semiestructurada aplicada a 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. Después de las entrevistas realizadas, se concluyó que “el goce o disfrute de la sexualidad del grupo de estudio esta 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. Y, 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. (González Álvarez, 2014).

Además, también en el territorio nacional se halló el estudio titulado *Prevalencia de orgasmo en mujeres universitarias de Bucaramanga (Colombia), 2013* cuyo objetivo fue establecer la prevalencia de vida de orgasmo femenino y de dificultades orgásmicas en universitarias del área metropolitana de Bucaramanga (Colombia), el cual fue un estudio de corte transversal, donde administraron un cuestionario de autorreporte a una muestra de mujeres universitarias de Bucaramanga. Además de la prevalencia de orgasmo, se midieron variables sociodemográficas como edad, orientación sexual, religiosidad y estado civil; y variables relacionadas con la conducta y la estimulación sexual. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis exploratorio mediante análisis bivariado y multivariado para medir la asociación de variables de interés con el orgasmo, donde obtuvieron como resultados a partir de la encuesta a 1038 mujeres, con una edad mediana de 20 años. La prevalencia de vida de orgasmo fue del 76% (IC 95%: 73,5-78,7) y la prevalencia de dificultades para alcanzar el orgasmo fue del 24% (IC 95%: 21,3-26,5). De las mujeres que no habían tenido orgasmo o tenían dificultades para alcanzarlo el 6,2% habían consultado al ginecólogo por esta razón. En el análisis multivariado se encontró asociación entre el orgasmo y la edad (OR = 1,19; IC 95%: 1,08-1,31), la masturbación (OR = 2,55; IC 95%: 1,34-4,84) y las relaciones sexuales con una pareja (OR = 4,2; IC 95%: 2,28-7,72) y concluyeron que una de cada 3 mujeres universitarias no han tenido experiencia orgásmica y tres de cada 10 mujeres con experiencia orgásmica reportan dificultad para alcanzarlo (Guarín, Cadena, Mujica, Ochoa, & Useche, 2013). El orgasmo es un indicador por excelencia del ejercicio saludable de la función erótica, estos resultados proporcionan evidencia de una vida sexual

poco satisfactoria en una población joven con alto nivel educativo (Guarín, Cadena, Mujica, Ochoa, & Useche, 2013).

Por último, se halló un artículo publicado en la revista Universidad y Salud del Quindío, titulado *Dispositivo EROS en el manejo de la anorgasmia femenina: Estudio prospectivo de serie de casos en mujeres del Quindío*, realizado en la Clínica Sexológica de Armenia, Quindío, Colombia por Franklin José Espitia de la Hoz. Según el autor, el objetivo fue presentar los resultados de la efectividad y seguridad del uso del dispositivo EROS-CTD en el manejo de la anorgasmia femenina, en un grupo de mujeres del Quindío. El método seleccionado para esta investigación fue un estudio de reporte de casos, de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, de mujeres intervenidas por trastorno del orgasmo, en Armenia, Quindío, Colombia, en el periodo de 2012 a 2017. En mujeres de 31 a 39 años de edad. Los resultados descritos indican que la anorgasmia primaria fue del 61,53% y la secundaria del 38,36%. El promedio de seguimiento del uso del dispositivo EROS-CTD, fue de 23,7 (DS  $\pm$  4,5) meses por paciente. Al finalizar el estudio, la satisfacción global con el uso del dispositivo es del 89,74%, ninguna de las mujeres presentó complicaciones relacionadas con el uso del aparato y la conclusión indica que la efectividad del tratamiento de la anorgasmia femenina con el dispositivo EROS-CTD, ha beneficiado favorablemente a las mujeres del estudio (Espitia, 2018).

## **5. Marco Teórico**

Esta investigación que lleva como nombre “Factores biopsicosociales (físico, social, cultural y psicológico) que influyen en la anorgasmia/orgasmo en las relaciones sexuales de mujeres.”, está delimitada desde el marco teórico por las siguientes categorías que permitieron un abordaje desde las perspectivas teóricas de los autores que se trabajaron en la investigación; de esta manera contiene tres grandes categorías la primera es la sexualidad femenina que aborda desde su subcategoría de análisis la historia sexualidad femenina, desde la perspectiva teórica de López (2001); como segunda categoría lo biopsicosocial que se desarrollan en tres subcategorías de análisis, el primero de éstos aspectos físicos, como son: el dolor, (Scanzoni, 1862) quien habla de coito doloroso y la lubricación, así mismo se aborda la anorgasmia/orgasmo desde la OMS y el DSM-5; una segunda subcategoría, para la cual corresponden los aspectos psicológicos, como tercer subcategoría sociedad y cultura desde la perspectiva de (López, 2001) y finalmente la tercer categoría de análisis las dinámicas al interior de las relaciones de pareja.

### **5.1 Historia de la sexualidad femenina**

Para comprender la situación actual de la sexualidad de la mujer en relación a la anorgasmia/orgasmo, es necesario hacer una revisión en la historia. La sexualidad es una necesidad básica y existen diferentes maneras de llevarla a cabo, y también distintos elementos (internos y externos) que la regulan. Históricamente ha habido culturas y creencias que han convertido el sexo en tabú y han distorsionado la información; uno de los factores que más ha influido en la construcción cultural de la sexualidad ha sido la religión que impone también dogmas para esto, la investigadora Ligia Vera (s.f) expone que

Con la llegada del judeocristianismo se dan interacciones interesantes ante la sexualidad. El Antiguo Testamento, fuente original de la ley judía, se señalan las normas que regulaban la conducta sexual de la época. Así en Exodo 20:14 en los diez mandamientos, se prohíbe el adulterio, reforzándose en levítico 17:20 "no pecarás con la mujer de tu prójimo ni contaminarás con tal unión" (contaminar es el término que ocasionalmente utilizan en la biblia para referirse al coito). Aparece proscrita la homosexualidad en Levítico 18:22 "no cometerás pecado de sodomía porque es una abominación" y aparece el tabú de la desnudez en Levítico 18:7 y la prohibición del incesto en Levítico 18:6 "nadie se juntará carnalmente con su consanguinidad ni tendrá que ver con ella".

En esta cultura, el matrimonio tenía como finalidad la descendencia y la esposa era secundaria, pero si era infiel era apedreada, en cambio el hombre si podía tener distintas parejas; ejemplo de ello el caso del Rey Salomón, de quien se dice tuvo 700 esposas y 300 concubinas. En el Cantar de los Cantares la sexualidad es vista como un impulso creativo y placentero. En Atenas las mujeres no podían andar solas, privilegio exclusivo de las *hetairas* (prostituta fina), quienes podían andar públicamente con hombres y las *pornoi* eran las prostitutas más bajas, vocablo del que deriva la palabra pornografía. La mujer era como un ciudadano de segunda categoría y era ante todo una "gyne", cuyo significado era "portadora de hijos (Vera, s.f).

Esto conduce a comprender que la religión ha controlado las conductas sexuales, sometiendo a las mujeres y reduciéndolo también a una función reproductora. Años más tarde y según narra Confort (1977), durante la historia de la humanidad se ha menospreciado el orgasmo femenino, se decía que la mujer cuando no era satisfecha sexualmente estaba enferma de histeria; esta palabra desciende del griego *hysteron* que significa útero, la relación útero-histeria se dio gracias a estas bases ideológicas, lo cual llevo a muchas teorías como fue la del útero errante, si este se movía y aplastaba los pulmones producía ahogo y si se iba hacia el corazón provocaba palpitaciones, la teoría era sustentada por la naturaleza de este órgano que es húmedo y frío, buscar lugares más calurosos para reposar, el mejor tratamiento que en esa época se hacía era casar a la mujer si era virgen y si era viuda con mayor razón, ya que se tenía que encerrar el mal que

habitaba en ellas, y esto era posible con el sello del sacramento del matrimonio; esto se daba a que la iglesia influenciaba fuertemente todos los aspectos de la sociedad.

La presencia de alguna dolencia o malestar implicaba un tratamiento, y según la condición sería tratada dicha enfermedad o padecimiento, siendo monja o viuda tendría un tratamiento y si es trabajadora sexual o casta y pura, de otra forma. Para la sociedad antiguamente esto era algo inaceptable y muy complejo de admitir moralmente. En la historia erraron muchos diagnósticos sobre la histeria, colocando mujeres con este problema dentro del grupo de las ninfómanas o frías, como también hubo médicos de todo tipo y convicción con conceptos variados sobre el tema. Como por ejemplo el médico Edward Bliss quien reprendió a los esposos por no comprender y satisfacer las necesidades sexuales de sus conyugues (Grajales, 2019). Por otra parte, el doctor Richard von Krafft-Ebing era renuente a admitir el goce y disfrute de la sexualidad de las mujeres, inclusive en el acto sexual dentro del matrimonio; exponiendo que una mujer con buena educación y valores no tiene que sentir mucho deseo (Grajales, 2019).

En la antigüedad se decía que la histeria estaba ligada a el útero, el cual se movía dentro de su cuerpo, provocando un comportamiento maligno y convirtiéndose en una bruja (Fernández, Fernández y Balda, 2014), si la mujer demostraba sensualidad o placer dentro de la intimidad con su pareja o esposo, esto la convertía en un peligro para la sociedad y el resto de mujeres las cuales corrían el riesgo de ser influenciadas por este comportamiento inusual.

Mientras tanto Theodore Thomas tenía un concepto muy claro y acertaba cabalmente la labor del clítoris, pero recelaba su función dentro del coito y como lograr un placer y goce

total femenino con la manipulación del mismo (Grajales, 2019). No se buscaba anular el orgasmo femenino durante el coito y mucho menos rebajar la estima de mujer ante el machismo de la época, es decir, el ego masculino, antiguamente los médicos tenían una percepción equivocada a lo que llamaban enfermedad sobre la histeria, aunque no intentaban conspirar en contra del orgasmo femenino y mucho menos de la misoginia, solo se remitían a las pruebas que tenían a su alcance y con eso basaban su diagnóstico. En la antigüedad la forma de tratar la histeria no era notablemente de forma manual, sino con un palo acolchado vibrante, en la edad media hacían sentar a la paciente en un quemador el cual generaba humo que ascendía, y otro tipo de tratamientos antiestéticos y poco funcionales con soluciones no muy efectivas como hacer viajes por caminos accidentados bien sea en carruaje de la época o en tren, también el cabalgar entraba como posible alternativa dentro de los tratamientos más comunes en la época (Cabello, 2008).

En 1886 Freud debate que existe la histeria masculina, difiere del pensar de los demás psiquiatras que siguen asociando la histeria con el comportamiento femenino ligado con la sexualidad insatisfecha y un comportamiento femenino impropio, los entendimientos sobre histeria que Freud inicia a ampliarse en el nacimiento de su teoría (un período llamado prepsicoanalítica) tienden a ubicar en los conocimientos de la psiquiatría francesa de finales del siglo XIX. Jean-Martin Charcot, representante de la Escuela de la Salpêtrière, empleaba la hipnosis como técnica de ensayo para su teoría ‘elaborando’ sintomatologías histéricas para rápidamente ‘anularlas’ sin grandes beneficios. (Fernández, Fernández, & Belda, 2014)

En este entorno Charcot concibe la histeria como un padecimiento producido por una figura mental que al hallarse recargada cariñosamente transcurre con el peligro de traspasar por su fuerza al organismo. En este orden de ideas, el autor plasma a la ansiedad histérica física como la interpretación a la expresión del organismo de una máxima lingüística (o reemplazo) positiva o desaprobación, que es establecida por un generador externo con representación de trauma.

Para terminar con la reseña histórica de la histeria, se puede observar que desde la antigüedad se han hecho muchos diagnósticos sobre este tema, y siempre eran adjudicados a una enfermedad del útero, desde los egipcios puesto que se han encontrado papiros escritos donde se especificaba el trastorno padecido por las mujeres y su tratamiento el cual era la aplicación de ungüentos preparados de muy mal olor y con difícil aplicación en la zona afectada, como también oler diferentes preparaciones aromáticas con el mismo aspecto y aroma para que el útero regresara a su posición normal, también se decía que se debía cuando la mujer era virgen y se reseocaban las paredes del útero o matriz por falta de ejercitación sexual, entonces el útero se movía dentro del cuerpo de la mujer para buscar la humedad perdida.

Freud a finales del siglo XIX, hizo adelantos revolucionarios dentro de las ciencias psiquiátricas dándole un nuevo sentido a los padecimientos y diferenciando cada una de las patologías según las características que aquejaban al paciente, entonces todas estas tesis fueron perdiendo valor con el pasar de los años y en la década de los años 80's, se descubren nuevos horizontes con conceptos muy precisos sobre cada una de las diferentes enfermedades mentales, como son la neurosis, la histeria comprendiendo su origen

traumático, todos estos aspectos de las enfermedades psicosomáticas, fueron creando bases para la configuración del psicoanálisis freudiano, y sus adelantos científicos en lo que se refiere a la psiquiatría ayudo mucho a determinar las causas y consecuencias de las enfermedades de este tipo, como también los posibles tratamientos en busca de un alivio permanente de los pacientes (Confort, 1977)

Una vez conocida la historia se puede abordar la sexualidad como se comprende en la actualidad.

## **5.2 Sexualidad Femenina**

Primeramente se deben presentar los conceptos básicos que comprenden la sexualidad y parte de la anatomía femenina que dentro de sus funciones tiene producir placer. Por lo tanto, se abordan los conceptos de sexo, género y sexualidad para clarificar la terminología empleada.

**Sexo.** De acuerdo con la OMS y OPS (2000) citados en (Arango, 2008) el término “sexo” se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos. Por su parte Fernández (2010) y Álvarez-Gayou (2011) citados en Escobar, Valdez & González (2016) plantean que el sexo es una interacción entre componentes biológicos complejos, tales como la genética, las hormonas y las respuestas cerebrales diferenciadas, pero que se manifiestan y desarrollan en el ámbito de lo psicosocial a partir del dimorfismo sexual. Pero además, Masters, Johnson y Kolodny, (1995), postulan que “sexo” puede referirse al hecho de ser hombre o mujer, el acto sexual, el apareamiento, la copulación, el orgasmo o a hacer el amor.

El sexo entonces, toma (de acuerdo a algunas posturas científicas) como actor principal la diferenciación física entre hombres y mujeres respecto a la genitalidad y funciones reproductivas de cada uno y estas últimas en relación a la mujer con frecuencia crean brechas entre el disfrute sexual con un único objetivo de placer y el fin biológico de procrear. Ahora bien, otros autores le añaden otras cualidades al sexo, tal es el caso de Valdez-Medina, Antonio y Cruz (2001) citados en Escobar, Valdez & González (2016) quienes estudiaron las diferencias entre sexo y sexualidad y explican que el sexo está definido en términos de la actividad, los sentimientos asociados, las partes del cuerpo y sus consecuencias en la reproducción.

El sexo adquiere diferentes significados tanto para hombres como para mujeres, para los primeros se refiere a educación, conocimiento, placer, anticonceptivo y comunicación y para las segundas igualdad, heterosexualidad, identidad, confianza y bisexual. Escobar, Valdez & González, 2016), de manera que el sexo toma diferentes vertientes según el contexto en el que se hable del mismo.

**Género.** El término género ha sido ampliamente debatido a lo largo de la historia por diversos autores, de forma reciente se encuentra que la OMS (2000) plantea que el género es la suma de valores, actitudes, roles, prácticas o características culturales basadas en el sexo, además, género se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres (Lamas, 2000). De manera que es un término complejo con múltiples componentes y que su visión puede

variar según la ubicación geográfica, lo cual no facilita a las mujeres la autonomía sobre el género.

Otra definición es la aportada por Butler (1990) citada en Lamas (2000) quien definió el género como “el resultado de un proceso mediante el cual las personas recibimos significados culturales, pero también los innovamos”, a partir de este abordaje se comprende que el sujeto en este caso la mujer tiene poder de actuación dentro del género que le permite transformar las atribuciones culturales que éste recibe o en consonancia con la innovación el sujeto puede interpretar y reorganizar las normas que recibe (Butler, 1990). Por otra parte el término ha sido tan controvertido que no ha sido posible llegar a una definición universal, esto como consecuencia de las transformaciones sociales y de las nuevas visiones que se dan a su estudio.

Teniendo en cuenta que confluyen factores sociales, culturales y psicológicos resulta importante mencionar que de acuerdo con Balter & TamisLeMonda (1999) y Fagot et al., (2000) citados en Rathus, Nevid & Fichner (2005) los bebés desde su nacimientos reciben un trato según su género y destacan que a las niñas generalmente se les educa para en el futuro practicar papeles tradicionales femeninos. Socialmente el género toma dos direcciones en tanto se le asignan además de diferencias anatómicas, colores, objetos, profesiones e incluso creencias que se construyen a partir de lo anterior, de manera tal que con frecuencia las mujeres pueden trasladar la educación que han recibido según su género a las conductas sexuales que ejecutan, así por ejemplo en la mayoría de las culturas occidentales a las mujeres se les restringe la ganancia de experiencia sexual y son guiadas a

ser sexualmente pasivas y además enfocarse en la satisfacción masculina durante el coito (Hurlbert, 1991).

**Sexualidad.** Además, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud citada en (Conafe, 2016), la sexualidad:

Es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles del género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se expresan o se viven siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (pp. 2)

Por lo tanto, la sexualidad según Conafe (2016) es un conjunto de aspectos que comprenden el conocimiento anatómico, fisiológico, psicológico y afectivo que caracterizan a cada sexo, la exploración del cuerpo para lograr conocer lo que genera agrado o lo que no, el factor emocional que influye en la búsqueda de placer, las conductas de autocuidado, y finalmente reconocer que la sexualidad del ser humano no tiene únicamente fines reproductivos. La sexualidad está presente en todos los aspectos de la vida de los sujetos, abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Además según Conafe (2016) se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones.

La OMS (s.f) define además la salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. Es así como, parte de la sexualidad se encuentra la actividad sexual y el disfrute de ésta, y el orgasmo femenino el cual:

“Consiste en un pico sensorial, variable y transitorio, de intenso placer que crea un estado alterado de conciencia, que inicia con salvas de contracciones involuntarias, rítmicas, de la musculatura pélvica estriada circunvaginal, con la presencia concomitante de contracciones uterinas, anales y miotonía; dichas contracciones resuelven parcial o totalmente la vasocongestión regional, sexualmente inducida para devenir todo ello en una sensación ulterior de bienestar y contento” (Uribe , Quintero, & Gomez, 2015) (pp. 20)

Bajo una mirada de lo ideal, cada actividad sexual debería concluir en un orgasmo, y no experimentarlos es una de las causas frecuentes de disfunción sexual y, por tanto, de insatisfacción y alteración de la salud sexual. Por lo tanto, es parte natural y saludable la sexualidad dentro del desarrollo en cada periodo de la vida; se aprende desde el nacimiento, desde el inicio de la niñez se debe dejar que los niños y niñas se experimenten con gusto su sexualidad, de esta manera se facilitarán sus preguntas sobre sexo en el futuro. De manera que para un desarrollo adecuado para la salud mental y sexual en este ámbito se debe dar inicio a una conversación sobre sexualidad con los niños que posteriormente trasladarán a su vida adulta la información recibida, y para esto se pueden explicar algunos temas como son las relaciones de pareja (noviazgo) y todo lo que encierra, el respeto, el cuerpo y su desnudez, la confianza y los hábitos sexuales; buscando una forma de comunicar los valores y los testimonios basados en las experiencias que concedan a la juventud obtener responsabilidad sobre sus vidas, llevar relaciones afectivas sanas y

acertar en las decisiones más adecuadas cuando deba tomarlas, seguridad en sí mismos, contando con una información precisa sobre la sexualidad que será muy útil en sus vidas como seres humanos dentro de la sociedad.

Ahora bien, los seres humanos del género femenino y masculino tienen una identidad sexual (Tenorio, 2012), y es así como la sexualidad humana con el transcurrir del tiempo va reconociendo nuevos elementos que se hallan inmersos en todos los sujetos y esto sugiere transformaciones que permitan ampliar el panorama que se divisa, actualmente, podría decirse que dicha identidad constituye el sentimiento de masculinidad o feminidad (Silva, 2001) (con todos los matices que hagan falta) que acompañará a la persona a lo largo de su vida y que no siempre se definirá de acuerdo con su sexo biológico o su genitalidad. Por tanto, la identidad sexual es la combinación de muy diversos factores: biológicos, ambientales y psicológicos. Las relaciones sexuales, los gustos, hábitos, la intimidad hacen parte de la sexualidad; es la libertad para expresar la esencia de cada uno; a través de lo simbólico como la vestimenta y de lo emocional por medio de vínculos y relaciones con los demás miembros de la sociedad y el erotismo que como lo define la OMS (2000) que “es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y, que por lo general, se identifican con placer sexual.”

La sexualidad también se puede comprender como una edificación social figurada, fabricada iniciando con el adecuado ambiente de los individuos: individuos con identidad sexual en una comunidad definida. Siendo esto, un espacio integrante de las personas: de forma orgánica, característica, pedagógica, históricamente y moral, que implica sus

perspectivas sentimentales, proceder, epistémicos y expresivos como lo es en su desarrollo en la parte particular como a nivel de comunidad. Estos últimos particulares comprenden también lo relacionado con la sexualidad que a su vez es, determinante en la personalidad y humanizada porque contempla lo importante que es para las personas establecer vínculos en distintos niveles tanto íntimamente, como psicológicamente y sobre todo en lo físico puesto que es la parte por decirlo así más íntima de la persona (Brocar, 2011).

Por otra parte, la sexualidad en cuanto a la actividad coital en promedio inicia en las mujeres a temprana edad, entre los 15 y 19 años, aunque hay casos excepcionales donde niñas desde mucho antes ya tiene relaciones. Las mujeres jóvenes están casadas o conviven con una pareja en un 31% y los nacimientos ocurridos en madres jóvenes y se le atribuye el 17%, entre tanto el 48% utilizan algún método de anticoncepción (Díaz, 2003). El coito no es la única forma de obtener placer, para esto también está la masturbación, Hite (1976) la retoma como eje central en muchas de sus investigaciones cuestionando muchos aspectos sobre la feminidad y la sexualidad en la mujer, en su investigación expone que el 70% de las mujeres no llegaban al orgasmo por penetración vaginal, pero se les facilitaba llegar al mismo fin con la masturbación, de esta manera marcó un hito en la historia y el estudio de la sexualidad de la mujer, en un antes y un después cuando los estudios e investigaciones sobre este particular, se hacen más a fondo, y no se limitan a las predisposiciones sociales y culturales de la época, lo cual trajo consecuencias en la comprensión de los sentimientos femeninos y su sexualidad.

### **Conocimientos de la mujer sobre el cuerpo**

En muchas ocasiones la misma mujer desconoce su cuerpo, siendo suyo no tiene un conocimiento del mismo (Grajales, 2019), influye mucho hasta qué punto permite que el hombre tenga la tarea de enseñarle y descubrir su propio cuerpo a nivel sexual, a sentir y desinhibir las sensaciones dentro de las relaciones sexuales. Las mujeres han sido formadas bajo los dogmas religiosos y sociales donde conocer su cuerpo y las sensaciones que pueden sentir está prohibido. Este tipo de ideología puede producir en las mujeres una baja autoestima, desilusión y desengaño por sus experiencias sexuales al no poder llegar al objetivo del orgasmo, afectando su salud. Asimismo, impide la prudencia adecuada de la salud referente al aseo de las partes íntimas femeninas, el conocimiento del erotismo como medio para generar placer, hacerse responsable de su propia sexualidad como mujer y cuidar de su propia salud.

Los medios de comunicación audiovisuales como son la televisión abierta y en el auge de las nuevas tecnologías tienen una forma muy particular de representar las vivencias sexuales femeninas (Tenorio, 2012), especialmente los análisis hechos por autores expresan muchas opiniones sobre este tema en particular, por lo general aquellos que han caminado en sentidos contrarios; niegan la sexualidad femenina, se le da importancia a la procreación minimizando el placer, la mujer en el aspecto sexual vive una subordinación ante el hombre y la convierte en un objeto sexual, en otro punto se expone una mujer más activa sexualmente, con lo cual pretenden desagraviar el derecho al erotismo y el disfrute del sexo, se acoge la desinhibición de la sexualidad y reducen las limitaciones hacia los términos y enunciados sexuales por parte de las féminas.

Múltiples estudios a nivel nacional e internacional exponen estas deducciones desde el inicio de las observaciones del comprendido, y en menor dimensión el análisis de la oratoria, en producciones mediáticas específicas en primer lugar las pautas publicitarias, puesto que usan la feminidad para llamar la atención del consumidor, telenovelas, prensa escrita, películas de cine, series de ficción, telenovelas y contenidos editoriales. La revista SoWhat en febrero de 2017 publicó un artículo muy interesante, con información muy clara e increíble un 35% de las féminas nunca ha visto un clítoris y un 20% no tiene ni idea donde lo tienen ubicado. No obstante, estas cantidades sean mínimas, manifiestan que el miembro de goce y placer principal sigue actuando con un desconocimiento total para muchas mujeres. El vocablo "clítoris" procede del griego κλειτορίς, kleitorís que significa “pequeña montaña” ya que originariamente, se excluía que el clítoris reservaba el 90% de su naturaleza en el mismo cuerpo humano. El par de centímetros que se pueden observar a simple vista no equivalen el total de esta asombrosa superficie de la anatomía femenina (Lameiras, Carrera, & Rodriguez, 2013).

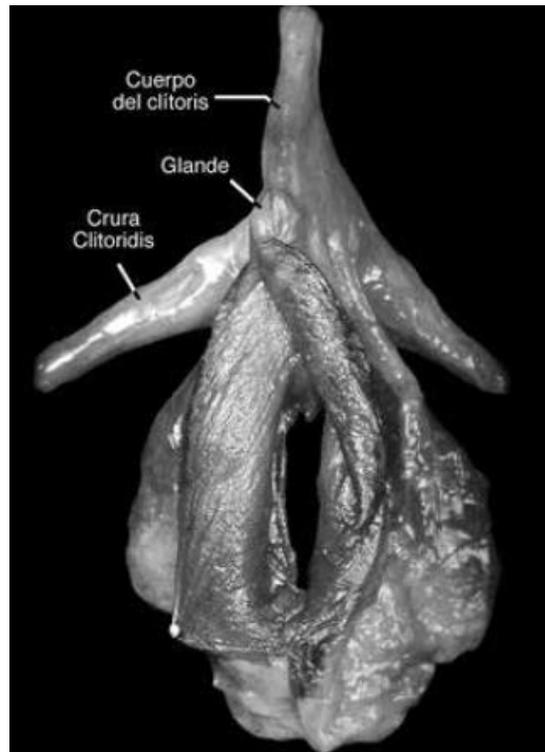
De manera que se hace necesario retomar las causas que pueden estar asociadas a la anorgasmia.

### **Anatomía y orgasmo**

Ahora bien el órgano femenino que dispone el placer de volumen similar al pene, el clítoris solo tiene la función de dar placer (inversamente a otras áreas erógenas como los pezones que sexualmente solo estimulan, pero no pueden generar un orgasmo o placer total) y es el que asegura el orgasmo, aunque en algunas mujeres basta la penetración vaginal para obtener el orgasmo. De formas y tamaños, el señalado "botón del placer" tiene

la capacidad de producir placer. Pasmosamente e igual que el órgano reproductivo masculino, el clítoris tiene glande el cual, durante coito o acto sexual, se muestra saliendo de su capucha y se erecta, alcanzando el doble del tamaño normal. Al obtener el orgasmo, se contrae. Un orgasmo de clítoris efectúa entre 3 y 16 espasmos y puede tener una duración de 13 Segundos. De acuerdo con Ramos (2015) es puntual conocer que conseguir el éxtasis no obedece ni a la dimensión ni a la contextura. Contrario a otras partes de la anatomía humana, el clítoris nunca envejece, pero a través del tiempo aumenta su tamaño. Unos sucesos igualmente intervienen en su tamaño, dentro de los cuales se encuentra la menopausia y el embarazo. El placer no se determina con la edad al momento de tener relaciones sexuales.

#### Pieza Anatómica región vulvar adulta normal



Fuente. Clítoris: aspectos anatomofisiológicos y patológicos  
(Velásquez, Delgado, & Briñez, 2015)

En cuanto a las respuestas sexuales hay diferentes modelos propuestos, pero la influencia de la propuesta por fases (Masters & Johnson, 1966) es evidente, tiempo después de haberse elaborado estudios variados e investigaciones diversas sobre fisiología y psicología sexual humana, los períodos o fases son la excitación, meseta, orgasmo y resolución:

1ª Fase: Excitación. Después de 10 a 30 segundos empieza la lubricación vaginal como estimulación sexual. Esta excitación sexual, no tienen necesidad de haber contacto físico para que haya lubricación. El canal vaginal aumenta de volumen y se alarga para darle espacio al pene para que entre y salga con la lubricación. La matriz remonta y se agranda integrando una acción de amplitud. En caso tal de que no se logre una buena excitación y no haya hecho los procesos requeridos tanto la vagina como el útero cuando el pene entra choca contra el cuello del útero porque no hay suficiente excitación para alargarse la vagina. La irrigación de la sangre hace que los labios superiores e inferiores aumenten de tamaño y el clítoris se erecta como un pene pequeño. Los pezones se endurecen y los senos se agrandan.

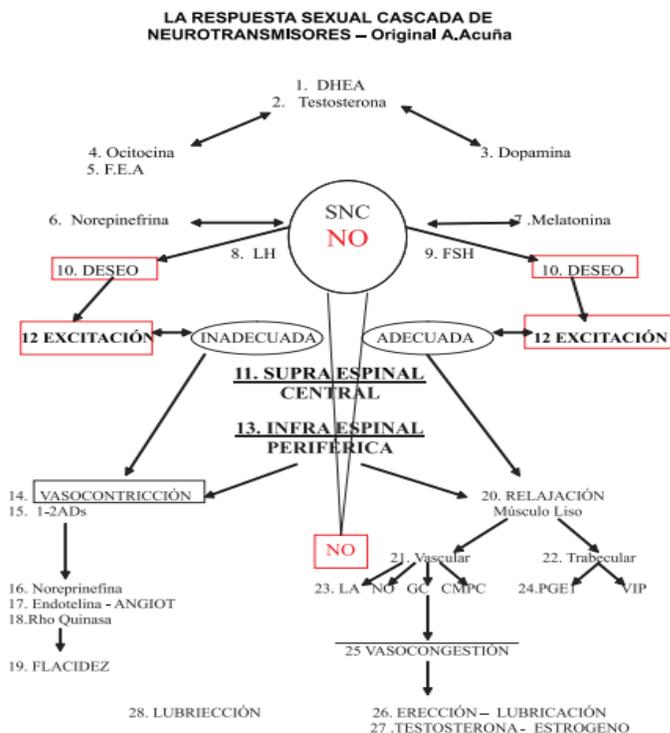
2º Fase: Meseta. La tercera parte del útero se vaso dilata. Dándole forma a lo que se denomina plata formica orgásmica. Las membranas cavernosas internas se vuelven más gruesas y con mayor sensibilidad. El canal vaginal se estrecha. Se obscurecen e abultan los labios menores. La vagina logra superior elevación por el crecimiento vaginal y la dilatación de las fibras. Los senos siguen aumentando su tamaño.

3ª Fase: Orgasmo. Es el objetivo total y respuesta del órgano sexual frente a la excitación a la cual es expuesta durante algún tiempo. Empieza a producirse una serie de espasmos

rítmicamente que tienen origen en la plataforma orgásmica continuando al resto de los componentes del órgano reproductor y sexual de la mujer llegando al esfínter anal. Estos espasmos o contracciones tienen una duración alrededor de 0,8 segundos. Se presenta un aumento considerable de la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea.

4ª Fase: Resolución. Durante este periodo regresa todo a la normalidad. La vasocongestión se disipa cuando, por espasmos del orgasmo, se quita la presión mandando la sangre a trasladarse fuera de membranas pélvicas. Para tener un orgasmo de calidad se debe tener un suelo pélvico fuerte y de muy buena contextura muscular, puesto que las contracciones rápidas que se producen durante el orgasmo se pueden sentir o perder si no hay fuerza en el piso pélvico.

La respuesta sexual explicada desde el funcionamiento hormonal:



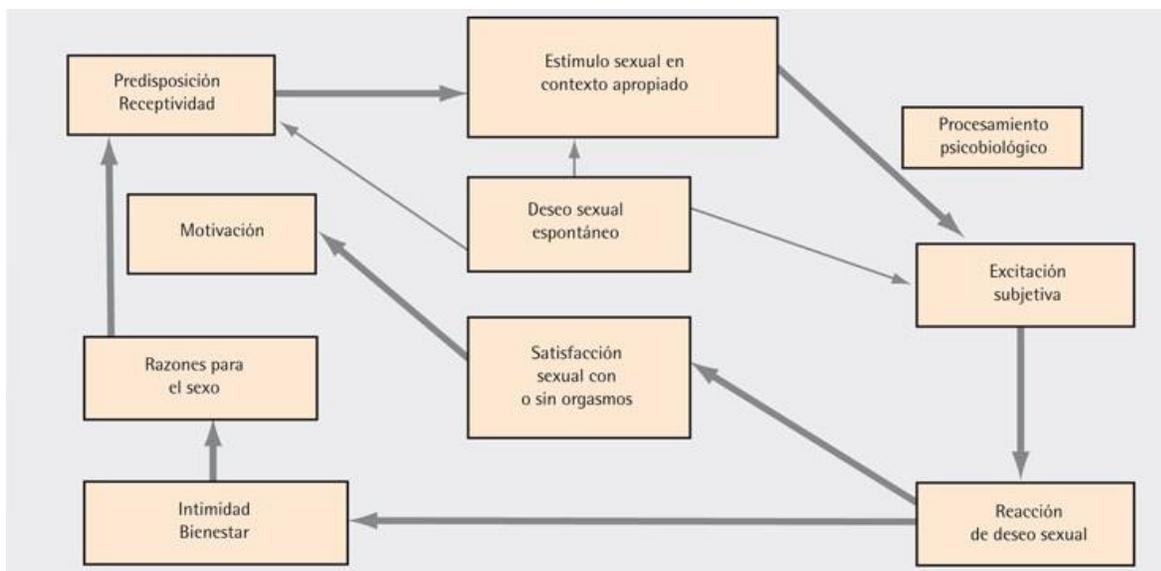
Fte. (Acuña, 2008) pp. 108

Los Neurotransmisores (NTs) que intervienen en las Respuesta Sexual Humana cumplen un esquema aplicable a ambos sexos. El gráfico se desarrolla y lee de arriba hacia abajo y de la siguiente manera (Acuña, 2008):

Aparece primero un círculo-que representa el Sistema Nervioso Central con una prolongación que corresponde a la medula. Dentro del círculo o cerebro, así como en el sitio en que termina la medula en el cono y la cola de caballo, las siglas NO indican que el Óxido Nítrico constituye el motor de todo el sistema bioquímico de los NTs. La Cascada de Neurotransmisores se inicia en el cerebro (supraespinal) en la Fase de Deseo y en el SNC y el nervioso periférico y los genitales (infraespinal) en las Fases de Excitación y de Orgasmo. Por tanto, es indispensable para conocer la Fisiología de la Respuesta Sexual Humana (RSH) y su aplicabilidad a las Disfunciones Sexuales y su adecuado tratamiento aplicar los conocimientos modernos de la neuroendocrinología, de la homeostasis, la genitología y de la circulación sanguínea a cada una de las Fases descritas por Masters y Johnson<sup>1</sup> y complementadas por Helen Kaplan<sup>2</sup> en la conocida “Respuesta Trifásica” (Deseo-Excitación-Orgasmo). En 1905 William Hardy propuso el término “hormona” que significa “excitar hacia una actividad”. Con el progreso de la neurología y de la endocrinología, aunadas como la neuroendocrinología, el descubrimiento de nuevos componentes bioquímicos que estimulan diversos órganos y funcionees aáreció el término Neurotransmisor (NT) que incluye a las hormonas. (pp. 109)

En cuanto al esquema específico femenino se encuentra el modelo cíclico de la respuesta sexual femenina de Basson et al (2005), donde se grafica las diferentes complejidades del placer femenino y se relacionan entre sí aspectos cognitivos, emocionales y físicos:

Ciclo sexual femenino



Fuente: Adaptación de Ciclo de Basson (2005) (Gutiérrez, 2018)

El modelo de Basson (2005) explica que puede existir un deseo sexual espontáneo o como respuesta a estímulos y motivaciones, por lo que concretamente expone que las mujeres no siguen un proceso lineal y que además cada una de ellas de acuerdo a sus aprendizajes y deseos puede tomar una ruta particular a la consecución del placer y por ese motivo no existe un modelo único para las respuestas sexuales femeninas (Gutiérrez, 2018). Además plantea que puede existir o no el orgasmo y aunque su ausencia eventual no signifique una disfunción sexual, también puede que se dé la anorgasmia.

### **Anorgasmia**

La definición de anorgasmia es el retraso persistente, o recurrente o ausencia de orgasmo después de una fase de excitación sexual normal, resultando en dificultades personales o interpersonales (Espitia, 2018), se presenta con mayor incidencia en las clases sociales más bajas y personas con bajos recursos y educación inconclusa, un pensamiento cerrado y arraigado en lo tradicional del machismo, se desarrolla y se hace presente en la edad adulta

tras un conflicto grave o gradualmente durante toda la vida (Fernández, Fernández, & Belda, 2014). y cuenta con la siguiente clasificación.

***Anorgasmia Primaria.*** Se refiere cuando una mujer nunca ha podido experimentar un orgasmo por ningún motivo, sea en la masturbación, relación coital, juego con un juguete sexual, estimulación por parte de su pareja bien sea oral o acariciando el clítoris, ya que es la negación total de llegar al orgasmo.

***Anorgasmia Secundaria.*** Se define cuando una mujer que después de llevar una vida sexual normal con la capacidad de sentir orgasmos en cada relación sexual, deja de sentirlos de un momento a otro.

***Anorgasmia Situacional.*** Se determina cuando una mujer puede sentir orgasmos en situaciones específicas o con alguien en especial, como también recibiendo estimulación directa sobre el clítoris, mas no en todas las ocasiones.

***Anorgasmia Generalizada.*** Es cuando una mujer es incapaz de sentir un orgasmo en cualquier situación, sea por medio de la masturbación, estimulación del clítoris, relación sexual o uso de dispositivos sexuales, aceites estimulantes o cualquier medio disponible.

### **5.3 La anorgasmia como trastorno de la feminidad**

El sentir femenino y el trastorno corresponden al aspecto psicológico que influyen en la anorgasmia/orgasmo, con los enfoques de la OMS y DSM, que la nombra como patología en el sujeto, la perspectiva de la mujer, las mujeres en lo que se refiere a la sexualidad son un complejo sistema de sensaciones y estimulaciones, las cuales se van reconociendo durante su desarrollo físico, y el descubrimiento de su cuerpo.

Los hombres por su parte son un sistema más simple, donde su sexualidad se resume a la estimulación de sus órganos genitales, y las sensaciones que producen excitación son independientes de sus sentimientos, por consiguiente, es fácil tener relaciones sexuales sin necesidad de tener una relación estable dentro de un contexto netamente sexual. Por su parte la mujer es mucho más compleja, porque involucra los sentimientos, el deseo y la atracción por la persona con la que va a tener o ha tenido relaciones sexuales, esto es su principal debilidad (Flores, 2016). La anorgasmia trae consigo una carga de responsabilidad hacia la figura femenina ya que al considerar que el orgasmo representa la culminación de la relación sexual, su ausencia es asumida como incapacidad inherente a la mujer.

Se hace imprescindible acotar la situación de las mujeres en el ámbito de la anorgasmia, dejar muy en claro y presente, que es una problemática orientada a la salud, porque se refiere a la ausencia del orgasmo en las relaciones sexuales, esa falencia que hay que corregir desde el estudio y seguimiento de cada caso, y que afecta los aspectos íntimos de la mujer, su autoestima y el temor a ser rechazadas por su pareja, con el consecuente desenlace, en el caso de tener una relación estable y un compañero permanente, donde la satisfacción se mutua (Rodríguez & Pérez, 2014). Además, hace parte de la experiencia personal sobre las vivencias de pareja; la falta de comunicación e integración de éstas, frente a la vida íntima (Tenorio, 2012), qué sólo aporta un vacío dentro de la relación, generando un desinterés por parte de la persona que no se satisface plenamente dentro del coito.

Como lo expresan (Farramola, Erice y Frias., 2011) publicado en la Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas; permanecen muchas dudas en lo que se refiere a la anorgasmia femenina, los estudios hasta ahora han demostrado que se integra como una cuestión de salud. El acaecimiento en la población es considerable más de lo que se plantea en muchas ocasiones. Se debe tener en cuenta que es imperativo comprender el orgasmo femenino como una necesidad fisiológica, la cual puede experimentarse a través del conocimiento o por la intervención profesional, para vencer la patología de la anorgasmia.

Abandonar este modelo impuesto por medio del ejemplo familiar, la educación y valores recibidos durante su formación como persona y mujer, lo cual la abandona y pone a la deriva, al servicio del comportamiento masculino y la transforma en un objeto y no en una persona. Demandar manifestarse, expresando sus exigencias y satisfacciones femeninas en las relaciones íntimas, quiebra el patrón de la pareja, puesto que tener relaciones sexuales es algo consensuado por ambas partes, tomado como una demostración de amor y necesario para la procreación humana, tener conversaciones sobre la percepción sobre el gusto, olfato o tacto, la parte visual y auditiva de los cuerpos tanto femenino como masculino es un tabú en la actualidad para muchas personas sobre todo si la mujer es la que lo expresa (Gómez, 2010).

**Componentes biológicos (físico, dolor, lubricación) de la anorgasmia en el aspecto sexual.**

Se tiene en cuenta desde aquellos aspectos que se relacionan físicamente con la imposibilidad de lograr la satisfacción sexual y finalmente conseguir el orgasmo femenino el cual se concluye en anorgasmia femenina, como lo son el dolor y la lubricación.

## **Dolor**

Según Espitia (2018) La previsión y estimación de los trastornos sexuales femeninos, no alcanza a establecerse ni en un plano secundario en un dictamen ginecológico. En Colombia los estudios y los textos científicos relacionados con la información de las consecuencias en la calidad de vida de las damas con esta clase de anomalías o trastornos son por poco insuficientes y continúan postergándose cuando hay países con mayor desarrollo, con manejos estatales claros con garantías en la calidad de vida de la mujer, plasman informes aseverando que “los trastornos sexuales como la dispareunia o el coito doloroso, componen los inconvenientes sexuales más comúnmente en la población femenina”.

El dolor puede ser causado por algún trastorno, por ejemplo según Becerra (2015) entre ellos se encuentra la dispareunia; ésta se define de forma clara como la presencia de dolor genital recurrente o persistente durante el coito; el vaginismo; los más recientes informes describen el vaginismo como la aversión a cualquier forma de penetración vaginal, sin embargo, de manera tradicional y casi desde la implementación del término en el siglo XIX, se define como un espasmo involuntario de la musculatura y el piso pélvico que rodea el orificio vagina. Además, la vulvodinia; denota la sensación de incomodidad o malestar ubicado en cualquier parte de la vulva en ausencia de hallazgos físicos de infección o inflamación y en algunas ocasiones únicamente atribuida a secuelas neurológicas; la

molestia que generalmente es descrita como un dolor quemante también puede presentarse como escozor o sensación de irritación.

En su mayoría los trastornos sexuales como la dispareunia y el vaginismo son consecuencia de problemáticas orgánicas, es viable determinarlos independientemente de su causa o motivo y absolutamente se hace ineludible y obligatorio percatarse de su presencia. Los trastornos de dolor sexual pueden agrupar según el precedente de manifestación, en primarios si se presentan con la pérdida de la castidad, aunque es natural sentir dolor en la primera relación sexual, o secundarios si los síntomas se experimentan por primera vez después de muchas relaciones sexuales sin presentar dolor. Una agrupación adicional implica la repetición de la presentación del trastorno en completos, si ocurre en cada relación sexual o situacionales, o si sucede en algunas oportunidades o con ciertas parejas, pero no en todas las ocasiones. No obstante, según la aprobación de los expertos en el año 2000 (Becerra, 2015), a cada afectada debe valorarse su cuadro clínico entre las siguientes categorías

- Categoría A: de por vida o adquirido.
- Categoría B: generalizados o situacionales.
- Categoría C: orgánicas, psicógenas, mixtas o de etiología desconocida

Los trastornos de dolor sexual se auscultan como una forma variada de dolor usual y las causas orgánicas más comúnmente relacionadas están admitidas la dispareunia superficial y profunda, el vaginismo, la vulvodinia, la vestibulitis y el TDSNC (puede definirse como el dolor recurrente o persistente generado mediante estimulación sexual distinta al coito). La mujer muy comúnmente tiene el pensamiento de que el sexo marital es una obligación

dentro del matrimonio y por ello toleran el dolor, desconociendo que la carga emocional recibida frente a este trastorno lleva a consecuencias como la reducción del acto sexual y alejamiento e incompreensión de la pareja (Becerra, 2015).

## Lubricación

La lubricación es la respuesta fisiológica a la excitación y ésta facilita la penetración vaginal, su ausencia puede generar dolor durante el coito. Según Brocas (2011), algunas investigaciones y estudios han manifestado que los elementos psicológicos logran determinar la ubicación del dolor sexual. Se ha informado un mayor suceso de vulvodinia en mujeres con experiencias de abuso sexual y físico en la niñez, como también correlación entre depresión y ansiedad con la manifestación de dolor vulvar permanente y dispareunia; así mismo se ha iniciado a relatar cómo la costumbre del dolor durante la penetración, lidia con sentimientos de temor que inhabilitan el estímulo genital lo cual se manifiesta en una lubricación escasa. Se crea un círculo vicioso de dolor y miedo que produce un aumento del dolor durante el acto sexual.

Tabla 1. Causas Orgánicas de Trastorno de Dolor Sexual

Causa Orgánica	Efecto Sobre el Dolor Sexual
Endometriosis	Principal causa de dispareunia profunda
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	Adherencias abdominales con dolor crónico incluyendo dispareunia profunda
Deficiencia de Estrógenos	Dispareunia posmenopáusica por atrofia vulvovaginal
Prolapso de Órganos Pélvicos e incontinencia urinaria	Efectos deletéreos manifiestos post-cirugía
Cistitis intersticial	Dispareunia
Mutilación genital femenina	Dispareunia y trastornos psicológicos de por vida
Terapia para cáncer ginecológico	Dispareunia por fibrosis y atrofia genital de la mucosa vaginal
Malformaciones	Septum vaginal y anomalías congénitas
Hidradenitis supurativa	En casos graves genera cicatrización crónica
Fibroma Uterino	Dispareunia profunda por presión de la vejiga y el intestino
Síndrome de Intestino Irritable	Vulvodinia
Radiación pélvica	Dispareunia superficial y profunda por atrofia y disminución de la lubricación

Fuente: Adaptado de Simoneli C, Eleuteri S, Petruceli, Rossi R. Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27:406-12.

### **Consecuencias de la anorgasmia femenina asociadas a enfermedades clínicas**

Excluyendo la eyaculación prematura, los trastornos de tipo sexual no acostumbran presentarse o mostrarse de manera apartada. En estas circunstancias integran presencias de enfermedades corporales variadas, como la hipertensión arterial o diabetes mellitus. En otras ocasiones están conectados con problemáticas de salud psicológica o psiquiátrica: como el caso del alcoholismo, cuadros sintomáticos de depresión o ansiedad. Así mismo frecuentemente se ve reflejado con las dificultades de mantener las relaciones a nivel social o personal o el estrés ( Alcoba, Garcia, & San Martín, 2010). Aunque no se encontraron estudios e investigaciones específicas sobre el tema de las enfermedades clínicas asociadas como consecuencia de la anorgasmia.

Una representación significativa son las hipótesis freudianas donde se expresa la rivalidad del pene, el clímax vaginal como orgasmo maduro y el clitórico como clímax y orgasmo pueril. Tuvo que permanecer hasta la década de los 70s para que (Masters Y Johnson., 1972) acogieran la idea del clítoris como el miembro comprometido con el goce femenino. El precedente autocrático llevó a que el clítoris, el exclusivo miembro del cuerpo femenino asignado únicamente a transmitir placer, se volviera invisible para la ciencia hasta que hace unos años. Mientras, lo paradójico, el pene, que desempeña asimismo otras aplicaciones, es centro de diversos análisis. Para imponerse a esta circunstancia, en primer lugar, obligarnos a admitir es que el clítoris es grande en comparación del pequeño glánde externamente que se observa. Hay trabajos que aseveran que un clítoris no rígido logra obtener una medida de nueve centímetros. Posteriormente de ser estimado popularmente

como un único botón oculto entre las extremidades inferiores de las mujeres, hoy se comprende la parte fundamental de su placer.

Sobresale como primordial argumento en las obras literarias científicas a mediados del siglo XVI por primera vez, pero las particularidades de su fisiología y desempeños no se analizaron en a cabalidad en todos sus aspectos hasta hace escasos años. En analogía con la percepción machista por decirlo así se provoca la incoherencia de que, mientras el organismo femenino es la representación más invocada como metáfora y alusión del erotismo, sensualidad y fecundación en el medio en que vivimos por medio de la pauta comercial, el arte y en el fantástico colectivamente, el clítoris persiste casi anónimo a la vista de la humanidad e inclusive a los ojos de las mismas féminas (Ramos, 2015) . De esta manera el clítoris ha sido subordinado al destierro por muchos siglos y a pesar de todo en la actualidad sigue siendo menospreciado como tema central en los avances científicos, es más confinado al olvido. En muchas culturas actualmente someten a las mujeres a la ablación del clítoris y con esto se les lleva el pensamiento libre sobre el tema de la sexualidad.

#### **5.4 Psicología de la anorgasmia**

En tanto algunas mujeres con anorgasmia manifiestan conseguir orgasmos a través de la masturbación, por lo que el factor etiológico de mayor importancia parece ser más bien la falta de una adecuada estimulación (Laumann, Gagnon, Michael y Michaels, 1994) citados en (Moyano & Sierra, 2015), de manera que se pasa a considerar otros factores que inciden en la respuesta como el estrés, perturbaciones sentimentales, o el desconocimiento del funcionamiento y anatomía sexual, y lo inexplorado de su cuerpo como herramienta en el

placer de la sexualidad. Los mitos también son factores sociales que pueden influir en la conducta sexual, entre otros se encuentran las más comunes y populares; la masturbación producía: melancolía, crisis histéricas, ceguera, impotencia, esterilidad, oligofrenias, demencias, cardiopatías (llegó a describirse un corazón del masturbador), adelgazamiento, tuberculosis y calvicie (Tissot, 1758) todas propuestas en su publicación “Onanismo”.

Según el médico (Tissot, 1758) y sus seguidores, otras sin bases científicas o académicas fueron; que se refiere a un evento que se efectúa únicamente en la juventud, las damas no se masturban, la persona que se masturba se deprava, si se tiene pareja estable, no es normal masturbarse, provoca deterioro mental y agotamiento físico, genera trastornos en la identidad, el individuo que se masturba es perverso, ocasiona el nacimiento de pelos en la mano, deformaciones físicas en los órganos genitales (se desprenden los testículos, aumenta el tamaño del clítoris), produce mal funcionamiento del sexo (eyaculación retardada o precoz, frigidez), provoca manchas, pecas y acné en la cara, genera ojeras.

Dentro del contexto psicológico y psiquiátrico se han llegado a conceptos muy claros que buscan desmentir dichos mitos en la forma en que la psicología clínica y la psicología experimental se volcaban a un concepto más cognitivo, los paradigmas terapéuticos en el área sexológica reunían el valor de las variables cognitivas como elemento responsable en las disfunciones sexuales. Las terapias psicológicas individuales, en parejas y en grupo fueron hasta los años 70's en el siglo pasado los tipos teóricos más acreditados en el área sexológica, como el psicodinámico (Kaplan, 1979), el psicofisiológico (Masters Y Johnson., 1972) y el conductual (Wolpe, 1977). En versiones anteriores del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM se retomaba únicamente el

modelo descrito por Masters y Johnson (1966) quienes distinguen entre excitación, orgasmo y resolución, aunado al elaborado por Kaplan (1974), quien expande el modelo al añadir la fase de deseo sexual (Moyano & Sierra, 2015). De acuerdo a lo anterior, la respuesta sexual cumple con un esquema a modo ascendente que incluye deseo, excitación, orgasmo y satisfacción (Sánchez, Santos y Sierra, 2014). Sin embargo, Basson (2000) reconoce diferencias en diversos aspectos de la respuesta sexual entre hombres y mujeres, especialmente en lo concerniente al deseo sexual.

Actualmente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), es una clasificación de los trastornos mentales con criterios diagnósticos que facilitan un diagnóstico más fiable. Esta afirmación constituye las primeras líneas del DSM-5. De acuerdo al manual diagnóstico por lo menos se tiene que experimentar uno de los síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos): 1. Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo. 2. Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas, para el diagnóstico el trastorno orgásmico femenino. (APA, 2013), con la presencia de algunas características de tiempo y que no estén asociados a trastornos mentales o afectaciones médicas.

**Factores psicológicos asociados (social, cultural, mitos y tabúes) que inciden en pensamientos, sentimientos y comportamientos en mujeres que presentan anorgasmia/ orgasmo**

La disfunción sexual femenina posee una prevalencia muy alta entre la población femenina mundial. Existen factores individuales, culturales y sociales que influyen en la presencia de ésta (Muñoz & Camacho , 2016).

Con estos factores se observan datos en Latinoamérica (Bidegaín, Sexualidad, vida religiosa ysituación de la mujer en América Latina, 1986) por ejemplo; en Quito las mujeres muy por encima del 95% con problemas de anorgasmia, Montevideo se encuentra en condiciones similares en este tema, ya que está en un 94% de sus mujeres que sufren este tipo de trastorno. En Colombia las cosas son diferentes porque el índice se ubica en un 21% en la ciudad de Cartagena de Indias. Entre tanto en Asia la República Popular China tiene un índice por encima del 40%, en Inglaterra el 41% de sus mujeres tienden a tener este tipo de disfunción sexual; las causas comúnmente relacionadas con las disfunciones sexuales son los factores psicosociales, en los que contribuyen condiciones educativas, interpersonales, culturales, ambientales y psicológicas, cabe mencionar otras fuentes que generan este tipo de condición como lo son la violencia conyugal, tensiones emocionales producto del stress en el trabajo, problemas de pareja, en el hogar y con relación al consumo de drogas y alcoholismo (Muñoz & Camacho , 2016).

También pueden incidir los traumas por experiencias sexuales insatisfactorias (Muñoz, Ballesteros, & Rodríguez, 2004) en muchas ocasiones ocurre porque no ha podido tener una relación sexual coital por tener temor al dolor. Asimismo, estas reuniones que son de

tipo sexual tiene como particularidad la ausencia del deseo sexual por parte de la mujer, compañera o conyugue, la sensación de tener la obligación de satisfacer a su pareja para que este no la deseche y la impresión de que sus conyugues, esposo o parejas se han demostrado inmoderadamente persistentes en la penetración de forma brusca; produciendo una mayor sensación de dolor, nerviosismo, temor y rechazo a la penetración, se puede observar el rechazo a las relaciones sexuales de tipo penetrativa por el dolor generado durante el coito (Muñoz, Ballesteros, & Rodríguez, 2004).

### **Tabú**

En primer lugar, se define tabú; es una palabra de raíz polinesia destinado a individuos u objetos con las que se reprime cualquier tipo de relación por calificarse sacras. Referente a los impedimentos supersticiosamente o sin causas razonadas (Bardi, Leyton Y Martínez, 2009). No uso de ciertos términos por reflexiones de dogmas religiosos o sociales (vergüenza, decoro, etc.). El 80% de los padres evaden conversar con sus niños o niñas de sexualidad, convenido a los preceptos religiosos y al ejemplo dentro de su núcleo familiar. 20% de los padres si hablan sobre la sexualidad de forma adecuada, del 20 % al 30 % platican cuando hay dificultades; los demás lo hacen con malos ejemplos y mensajes poco adecuados. El tabú es el comportamiento que abandona nuestra dimensión de conocimiento y tolerancia o comportamiento destacado como poco normal. Están conectados, en conjunto de los momentos, en relación con el sexo encaminados hacia perversiones y fascinaciones sexuales (Burgos, 2012).

Los conceptos en temas religiosos son de las primeras sujeciones para abordar el tema de la sexualidad, convenientemente es considerado que el sexo es para la fecundación y

relegan el disfrute y el placer como los ingredientes más primordiales. El tiempo prudencial para tener conversaciones sobre sexualidad con los hijos depende de la edad y su madurez.

### **Religión, Cultura y sociedad**

La influencia religiosa ha tenido diferentes matices, aunque la Biblia no habla de una prohibición directamente escrita, si hace alusión a que cualquier acto sexual que no sea reproductivo estará sujeto a castigo divino, el Pontificio Consejo de la Familia en 1995 publicó que “la masturbación, según la doctrina católica, es un grave desorden moral, principalmente porque es usar de la facultad sexual de una manera que contradice esencialmente su finalidad, por no estar al servicio del amor y de la vida según el designio de Dios”, luego añade: “aun teniendo en cuenta la gravedad objetiva de la masturbación se requiere gran cautela para evaluar la responsabilidad subjetiva de la persona” citado del artículo escrito por (Bardi, Leyton Y Martínez, 2009); “Masturbación: mitos y realidades”. Todos estos aspectos desembocan en una problemática a nivel personal dentro de los niveles sociales, sentimentales y psicológicos de las mujeres que sufren este tipo de afección, siendo la anorgasmia una condición que se presenta en la vida sexual de muchas personas, entre mujeres y hombres.

Según se podía observar en el siglo XX, la mujer representaba la sobriedad, religiosidad, una imagen conservadora y de moralidad, donde la vida sexual se reducía a la intimidad con el esposo y era netamente reproductiva, justo en este ciclo de la historia la medicina tuvo que admitir que la mujer tenía instinto sexual y eran necesarias las relaciones sexuales para mantener sana mental y físicamente (Bidegaín, 1986).

Gracias a este cambio la iglesia y la medicina concuerdan con este aspecto, si la mujer necesita estar sana y con un útero fuerte para poder procrearse, entonces para tal fin tenían que asumir un concepto real de la situación de las mujeres que sufrían de histeria y no juzgarlas y llevarlas al paredón para ser ejecutadas. (Scanzoni, 1862), determina la Histeralgia como una “Dolor de Matriz”; es un padecimiento anormal especificado por una dolencia permanente que molesta de modo persistente con unos síntomas definidos a nivel físico que comprende desde obesidad o anemia a irritación en los genitales, palpitaciones que traspasaban la cadera, encogimiento extremo de la vagina o la ausencia notable de flujos vaginales de sus paredes. También se ha hablado de la histeria masculina, lo cual, según Bedford está ligado a la masturbación excesiva, pero con la connotación de que estos efectos desaparecen rápido y no dejan consecuencias, el tratamiento inmediato para contrarrestar los síntomas de la histeria es el matrimonio, donde encontrando una voluntad fuerte y enseñanza de valores se podía encontrar una solución al problema, como también había un tratamiento que se hizo muy popular entre las mujeres que tenían el padecimiento de la histeria, lo que consistía en el masaje pélvico, que era el masajeo del clítoris hasta obtener un orgasmo, lo cual muchas mujeres buscaban este tratamiento, porque no tenían una vida sexual plena con sus parejas, hasta el punto de volverse este oficio tedioso.

Hoy en día todos estos estilos de vida en pareja están casi extintos, gracias a las comunicaciones y la tecnología que ofrece toda la información para instruir en todos los aspectos de nuestra vida, los jóvenes aprenden a conocer su cuerpo desde temprana edad, lo cual en algunas ocasiones no es beneficioso y también en el caso de las mujeres una mala relación les deja un trauma que se ve reflejado en la anorgasmia con las consecuencias que conlleva esta condición, también se observa que los contextos que producen esta disfunción

sexual, han cambiado, y no es por las vivencias tradicionales de las investigaciones de los primeros psiquiatras que estudiaron estos fenómenos de la naturaleza humana, como también los tratamientos son diferentes actualmente (Brocar, 2011).

La influencia de la cultura patriarcal (López L. , 2001) hace referencia, concibiendo la relación del maltrato de la mujer con su rol de sumisión y entrega total a una relación por presión social, religiosa y moral, en un contexto de poca participación dentro del vínculo familiar, influenciado la enseñanza de valores a sus hijos, creando un concepto y posturas frente el proyecto de su propio hogar o vínculo amoroso , con un nivel de sometimiento a su compañero, relacionando el maltrato con los sentimientos y un comportamiento normal de parte del hombre en su intimidad, comprendiendo su situación a la cual acepta sin problema, todo esto gracias al comportamiento que vio desde sus primeros años en el seno familiar, concibiendo el sexo como medio de procreación, siendo esta la misión principal de la unión o del vínculo matrimonial, mas no un medio de disfrute del placer por medio de la sexualidad, mientras tanto el hombre podía tener placer y se aceptaba socialmente la infidelidad como prueba de virilidad y masculinidad, el disfrute del placer sexual era exclusivo del hombre, y proveedor de las soluciones a todas las necesidades del hogar y su compañera.

La cultura generalmente tiene lineamientos muy estrictos referente a los diferentes roles dentro de los protagonistas de un hogar o más específicamente hablando de la relación de pareja; la mujer tiene la capacidad de dar vida, por ello no cabe que ella en la relación sexual tenga placer, y mucho menos disfrutarlo, no puede exteriorizar sus emociones; al desinhibirse durante el proceso sexual, su esposo la sanciona y hace una observación

negativa de su comportamiento; esto era dos o tres generaciones atrás de la actualidad, hoy en día las cosas son diferentes, aunque los factores de las disfunciones sexuales han cambiado, en lo que concierne a los problemas de sexualidad femenina, en muchas ocasiones es por el inicio prematuro de las relaciones sexuales, al desconocimiento de su cuerpo y el funcionamiento del mismo en este aspecto, hace de las primeras relaciones muchas veces traumáticas para la fémina, en contraste con el hombre es todo lo contrario, se tiende a sufrir de disfunciones sexuales de otro tipo, como la eyaculación precoz, la disfunción eréctil y hasta la impotencia sexual, de forma que hay ausencia de erección en los casos más extremos.

Por otra parte, dentro del marco político de salud no está contemplada como afección o enfermedad como problema de salud, las políticas sobre salud en Colombia solo abarcan estos puntos Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, donde no se incluyen las disfunciones sexuales femeninas y mucho menos las masculinas. (Dra. Vizcaino, 2016). En Colombia el tema de la anorgasmia no tiene protagonismo en ningún aspecto de salud como problemática dentro del contexto general de la población.

Los estudios científicos sobre este tema han generado muchas opiniones y han develado la realidad de muchos mitos, los cuales habían marginado este tema por años, pero en la actualidad ya no es causa para demeritar a nadie, y mucho menos rechazar por admitir la sexualidad o descubrir su cuerpo como medio de dar y recibir placer sexualmente (DeLamater & Friederich, 2002).

## **Rol de la mujer en la sociedad**

Las historiadoras feministas (Anderson & Zinsse, 1988/1992) sustentan que las féminas son precisadas según su sexo físico y por los desempeños que le posibilitan, entre otras son la maternidad. Según las escritoras e historiadoras el sexo; se entiende como complejidad somática. Paradójicamente, los hombres son diferenciados de las damas y entre otros en desempeño de la clase, de los países o de los períodos históricos. En cambio, las féminas son determinadas en la actividad de su potencial biológico el varón se define por sus acciones en la civilización. La mujer ligada con la maternidad en la retórica histórica se encuentra caracterizada de varias maneras. Como, lo son, los modos: la madre relacionada con el medio ambiente o con la naturaleza, la madre relacionada con el pecado, puesto que teniendo su condición de sumisión se le atribuye el pecado original según la religiosidad y la madre relacionada con la salvación y la libertad, protectora de sus hijos, se presentan en los razonamientos de particularidad histórica entre las más comunes.

### **5.5 Aspectos de las dinámicas de las relaciones de pareja relacionados con la anorgasmia/orgasmo en las mujeres.**

La pareja es un eslabón de la familia, la cual es un sistema de interrelación biopsicosocial que se encuentra entre el individuo y la sociedad, y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, adopción, unión consensual o matrimonio. Desde el punto de vista funcional y psicológico, implica además compartir un mismo espacio físico; desde el punto de vista sociológico no importa si se convive o no en el mismo espacio para ser considerado parte de la familia. El sistema familiar a su vez se compone de subsistemas, tales como: el subsistema conyugal (papá y

mamá), el subsistema paterno-filial (padres e hijos) y el subsistema fraternal (hermanos) (Miguelé, 1977).

Toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras (Anderson & Zinsse, 1988/1992), estas son las características tipológicas: la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderno), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesino, empleado o profesionalista) y la integración (integrada, semi-integrada o desintegrada). Sin embargo, hay otras características que son indispensables conocer para determinar el grado de funcionalidad familiar, estas se engloban en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los Límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada.

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad. El abordar las características nos lleva a la necesidad de considerar la familia, sus funciones, sus reglas, sus creencias, los ciclos por los que atraviesa, los subsistemas que la componen y la importancia en la manera como se organice. Además, la familia es un entorno de intimidad donde ideas, afectos y sentimientos se aprenden e intercambian. La familia significa para la mayoría de personas el ámbito más valorado, ya que actúa como una red de relaciones y fuentes de apoyo, además de que contribuye al ajuste psicosocial del individuo (Bardwich, 1993).

La familia busca, así, llegar a convertirse en un espacio idóneo para la comunicación, la relación, la estabilidad y el desarrollo de identidad individual (Bidegaín, 1986). Para su funcionamiento, a su vez, la familia debe desempeñar las funciones de procrear, de socializar, de sostener económicamente, de cuidar emocionalmente a los hijos y, por supuesto, de la crianza. Con estas tareas proporciona a sus miembros confort, tranquilidad, seguridad y salud. Estas tareas se realizan a través de la interacción de tres niveles: biológico, psicológico y social. A nivel biológico, su función es perpetuar la especie; a nivel psicológico, su función es crear los vínculos interrelacionales para la satisfacción de necesidades individuales; a nivel social, su función es la de transmitir las creencias, valores, costumbres y habilidades del individuo que contribuyen a su desarrollo.

De manera que teniendo en cuenta el valor del familia dentro de la formación de creencias y perspectivas que adquieren sus miembros es importante conocer teóricamente la relación de pareja.

### **Relaciones de pareja.**

Al nombrar el término relación de pareja es frecuente pensar en convivencia, afecto, amor y pasión, se comprende a modo general que dentro de la interacción de dos personas con un fin romántico o sexual confluyen una serie de acuerdos y compromisos que en últimas se infiere que quienes son los actores de dicho binomio esperan bienestar, disfrute y placer, además es inevitable que surjan situaciones que modifiquen el curso de la relación posterior a un lapso de tiempo que no necesariamente deba ser prolongado. Según Díaz-Loving y Rivera (2010) citados en (Morales, 2016) a las relaciones se les puede concebir como una asociación característica entre dos o más personas que comprende interacción y que puede tener variadas finalidades de amistad o amor entre otras, y que el

tiempo se convierte en un factor definitorio del grado de cercanía entre los sujetos participes de la relación.

Adicionalmente, de acuerdo con Maureira (2011) la relación de pareja es una dinámica relacional humana que va a estar dada por diferentes parámetros dependiendo de la sociedad donde esa relación se dé; de modo que la característica dinámica de las relaciones de pareja conlleva cambios al interior de esta y las expectativas que se tienen pueden ser afectadas por la interacción con el otro sujeto quien desde su comportamiento incide en la respuesta emocional y sexual de la pareja. Según Maureira (2011) toda relación de pareja es una mezcla de biología y cultura que se funda en cuatro pilares: compromiso, intimidad, romance y amor, donde los tres primeros de acuerdo con dicho autor son componentes sociales y el último es un componente biológico y dichos pilares varían de acuerdo a la cultura en la que estén inmersos, de acuerdo con Yela (1997) citado en (Maureira, 2011) el compromiso hace referencia al interés y responsabilidad que se siente por una pareja y la decisión de mantenerlos con el paso del tiempo, además Levinger y Snoek, (1972); Altman y Taylor (1973) citados también en (Maureira, 2011) refieren que este elemento tenderá a crecer a medida que transcurre el tiempo de duración de la relación debido al aumento de la interdependencia personal y material entre ambos miembros; del mismo modo Sternberg (1988), define el compromiso como una decisión.

La intimidad por su parte tiene relación con el apoyo afectivo, la comunicación, la confianza y el apoyo que puede ser económico o emocional (Maureira, 2011), dicho autor menciona además, que el romance se refiere a las conductas establecidas por cada sociedad como las adecuadas para generar la atracción y el posterior interés que se mantiene en el

tiempo de una pareja en una relación, pero que también fluctúa ya que según Berscheid (1983) posteriormente se produce una disminución del romance debido básicamente a la convivencia en pareja, que supone la progresiva reducción de incertidumbre y de la atención selectiva, y según Yela (1997) la atracción física y la excitación pronto alcanzan su nivel máximo para comenzar a descender. Análogamente, Sternberg (1988) quien durante un tiempo presidió la APA (American Psychological Association) escribe un libro titulado *El triángulo del amor Intimidad, pasión y compromiso* el cual fue citado en (Almeida, 2013) plantea que la intimidad implica un sentimiento de cercanía pero que no significa un compromiso a largo plazo, y que ésta fomenta el vínculo a través de los sentimientos que se suscitan, además describe que puede crecer por medio de la confianza y lo que denomina la autoexposición

Según Sternberg (1988) la pasión está referida a las ganas intensas de unión con la pareja y en menor parte a la sexualidad, aduciendo que “se caracteriza por ser la expresión de deseos y necesidades: tales como la necesidad de afiliación, autoestima, entrega, sumisión y satisfacción sexual (por educación hay mujeres que han identificado el amor con la subyugación)” (Almeida, 2013) (pp. 59). Sin embargo vale acotar que la teoría triangular de Sternberg ha tenido detractores puesto que el desconoce el factor social como influencia dentro de las relaciones de pareja (Almeida, 2013).

Por otra parte, los autores de la teoría sistémica (Minuchin, 1977; Haley, 1995; Onnis, 1990; Salem, 1990; Sánchez y Pérez, 1990; Watzlawick, 1989), plantean que un sistema es un conjunto de objetos, personas en este caso; así como de relaciones entre dichas personas y sus atributos y características. Los objetos o personas son los componentes o partes del

sistema, los atributos son las propiedades de los objetos o personas, y las relaciones son las interacciones o roles por los que se vinculan o definen la relación.

Desde dicha perspectiva “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”, (Minuchín, 1986, Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998).citados en (Espinal , Gimeno , & González, 2006). Existe un contacto frecuente entre los miembros de la familia con relaciones bidireccionales que influyen en todos los que participan de la dinámica.

Los subsistemas pueden estar conformados por descendencia, género, beneficio u oficio. El "subsistema parental" (progenitores), se establece al encarnar el primogénito. Subsistema Conyugal: considerado por una pareja la cual se articula en una modalidad contribuyendo cada uno con sus vivencias familiares e historias personales, entendidos y ampliados en su entorno familiar personal. Debe de haber un complemento para poder haber una conformación recíproca, teniendo como objetivo principal protección, afectividad y un nivel psicológico normal para desarrollar sus proyectos de vida en común.

De manera que la relación de pareja puede llegar a configurarse como un subsistema conyugal (legal o por unión libre) y comienzan a construir objetivos en común, y reconociendo que la actividad sexual es importante, se tiene que también cumple con una funcionalidad, al respecto comenta Frank Beach citado en Beyer & Komisaruk (2009):

Dado que la cópula resulta en gratificación física mutua y que el simple aprendizaje promueve la asociación de valores positivos con la percepción de fuentes de recompensa, la cópula intrafamiliar provee una fuente de reforzamiento para la unión emocional entre hombres y mujeres. En otras palabras, la conducta sexual reforzaría la estructura

familiar, y a su vez la estructura familiar refuerza la conducta sexual. (pp. 22).

En cuanto a la legalidad, las relaciones de pareja en el territorio nacional colombiano según el artículo 113 del Código Civil: “El matrimonio es un contrato solemne por el cual un hombre y una mujer se unen con el fin de vivir juntos, de procrear”, y la unión marital de hecho es definida por la ley 54 de 1990 como: “la formada entre un hombre y una mujer, que sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular”. Ahora bien, la convivencia más allá de lo legal, tiene un efecto al interior de la relación de pareja porque contiene en ella elementos que inciden en la intimidad y respuesta sexual individual, pero además se establece desde otros factores tales como la educación recibida por parte del núcleo familiar, la cultura y la sociedad, aun cuando en ella solo participan dos sujetos y no interactúan solo en búsqueda de placer, sino por múltiples intereses y la relación se nutre de la experiencia de ambos.

## **6. Metodología**

La presente investigación cuenta con una metodología referenciada de la siguiente manera.

### **Tipo de Investigación**

#### **Metodología Cualitativa**

Se usó el método cualitativo puesto que utiliza la recolección de datos sin medición numérica para interpretar dicha información, basándose en una lógica inductiva, de lo particular a lo general, para iniciar con la exploración, descripción y luego establecer una perspectiva teórica. Sampieri (2006), indica que se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni completamente predeterminados, consiste en obtener las perspectivas de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos)

#### **Enfoque histórico hermenéutico**

Teniendo en cuenta que se trata de una metodología cualitativa esta investigación se sostiene desde un enfoque histórico-hermenéutico, dado que no se pretende controlar las variables, se busca interpretar y comprender los motivos internos de la acción humana, mediante procesos sistematizados que emergen de la filosofía humanista. Con este criterio se busca la comprensión de las particularidades y significados que emergen en la vida cotidiana, y la relación de estos con las experiencias individuales y también las relaciones, se consideran como una mediación esencial para el proceso del conocimiento, que se tiene en cuenta al diseñar el proyecto de investigación (Cifuentes, 2011).

Este criterio es el que más se ajusta a los objetivos de la investigación, dado que se pretende interpretar y comprender parte de su realidad desde sus propios contextos y experiencias (Martínez, 2002), procurando a partir del uso de los instrumentos de recolección de información, (Entrevista semi-estructurada), un acercamiento a los aspectos que influyen en la sexualidad femenina (anorgasmia /orgasmo).

### **Diseño narrativo**

El diseño de esta propuesta de investigación se corresponde con el narrativo el cual según Hernández Sampieri & Fernández (2010) “pretende entender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes los experimentaron.” (p. 487). Lo que permite a las participantes narrar y describir sus vivencias sexuales, y conocer a cuáles factores biopsicosociales responde la anorgasmia / orgasmo. De manera que con este diseño los narradores analizan historias de vida y vivencias sobre sucesos considerando una perspectiva cronológica. Se cimientan en narrativas escritas, verbales, no verbales e incluso, artísticas. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). El procedimiento consiste en lo siguiente: 1) recopilar historias o narraciones de experiencias de los participantes en función del planteamiento del problema y 2) armar una historia general entretejiendo las narrativas individuales (Hernández, 2014).

Esto significa que los investigadores sitúan narraciones y experiencias personales en el contexto social de los participantes (su trabajo, sus hogares, sus eventos y comunidad), el geográfico (lugar) y el histórico (tiempo) (Clandinin y Connelly, 2000), para luego ensamblarlas en una trama o presentación secuencial (narrativa general) (Hernández, 2014),

lo cual se adecua a la investigación por tanto las narrativas permiten que las experiencias y situaciones sean contextualizadas a la respuesta sexual de las participantes.

### **Alcance descriptivo**

Esta investigación tiene un alcance descriptivo, en la medida que va dirigida a detallar y especificar aquellos factores que influyen en la anorgasmia/orgasmo femenino en mujeres. Las investigaciones con alcances descriptivos pretenden tal como y su nombre lo indica, describir desde la narrativa, fenómenos, situaciones, contextos y eventos (Hernández, Collado y Batista, 2006), siendo así un proceso en el cual se especifican propiedades, características, rasgos, perfiles de personas, grupos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

### **Fuentes de información**

#### **Unidad de Análisis**

Se considera como unidad de análisis, la anorgasmia/orgasmo femenino que comparten características particulares, en este caso, incluyendo además el análisis de los aspectos que inciden en la construcción de pensamiento y formas de percibirse y ver la vida sexual.

#### **Unidad de trabajo**

La unidad de trabajo de la investigación está constituida por mujeres del municipio de Cartago que desean participar voluntariamente, se recopiló la información desde su propio ambiente o contexto y a partir de las narrativas de su propia experiencia.

Esto considerando la capacidad operativa de recolección y análisis, es decir el número de casos que se pueden manejar de manera realista y de acuerdo con los recursos que se

tienen, el entendimiento del fenómeno o sea el número de casos que permitan responder a las preguntas de investigación, lo que se entiende como “saturación de categorías” y la naturaleza del fenómeno en análisis (si los casos o unidades son frecuentes y accesibles o no, si recolectar la información correspondiente lleva poco o mucho tiempo) (Hernández, 2014).

### **Criterios de Inclusión y Exclusión**

Este estudio tiene como criterios de inclusión los siguientes aspectos:

- Mujeres que estén o hayan estado en una relación de pareja/subsistema conyugal y que su edad cronológica se ubique entre los 20 y 50 años, residentes del Norte del Valle
- Que deseen participar voluntariamente

Por su parte en cuanto a los criterios de exclusión se consideran los siguientes:

- Que no hayan sido diagnosticadas con anorgasmia por algún factor biológico.

### **Instrumentos**

#### **Ficha de Caracterización**

Se construyó una ficha de caracterización con el objeto de conocer datos como la edad cronológica, el grupo familiar de convivencia, estado civil, nivel académico, ocupación, así como el número de hijos. Dicha información también permitió elaborar la codificación de la población participante.

### **Técnica entrevista**

La recolección de la información para la presente investigación se obtuvo mediante una entrevista semiestructurada, según Hernández (2014) “al tratarse de seres humanos los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos, y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes ya sea de manera individual o grupal” (p. 397). Se eligió dado que la entrevista semiestructurada flexibiliza la indagatoria frente a la temática y posibilita la construcción de preguntas espontáneas en relación a las narrativas de las participantes y la saturación de información requerida para dar cumplimiento a los objetivos (Hernández R. , 2014)

En cuanto a la construcción del instrumento, ésta se realizó bajo los criterios éticos, indagando de acuerdo a los objetivos planteados sobre la respuesta sexual orgásmica, las creencias y conocimientos de la sexualidad de las participantes y las dinámicas de las relaciones familiares y de pareja; y contó con la validación pertinente de dos profesionales de la salud mental: Psi. Diego Alejandro Trejos y la Phd. Johana Edilsa Molina pertenecientes a la planta docente de la Universidad Antonio Nariño.

### **Procesamiento de la Información**

Para el procesamiento de la información se aplicó la entrevista y se empleó una grabadora con la finalidad de una vez finalizadas las grabaciones proceder a transcribir a través de la herramienta de Google docs las mismas, luego se procedió a codificar para la comprensión de los resultados y con la finalidad de mantener la confidencialidad de los participantes de la investigación, se construyó un código que permitiera la identificación clara de los participantes, con la información necesaria para el análisis sin vulnerar su

privacidad y confidencialidad, empleando la inicial del nombre, seguido de la edad cronológica, la abreviación del estado civil SOL: soltera, CAS: Casada, SEP: separada.

*Tabla 1. Código de identificación*

Iniciales del participante	Edad cronológica	Estado civil	
1	D	27	SOL
2	K	26	SOL
3	L	48	CAS
4	S	47	SEP

Fuente: Elaboración propia

*Tabla 2 Caracterización de los participantes*

CÓDIGO	CARACTERIZACIÓN
<b>D27SOL</b>	Participante de 27 años de edad, nivel académico universitario, de profesión arquitecta, residente de Cartago Valle, convive con progenitora, de estado civil soltera, pero ha tenido relaciones de pareja con anterioridad, no tiene hijos.
<b>K26SOL</b>	Participante de 26 años, de nacionalidad francesa; de nivel académico universitario, de profesión Ingeniera Ambiental, residente de la ciudad de Cartago Valle, de estado civil soltera y con una relación de pareja informal actualmente, vive sola, no tiene hijos.
<b>L48CAS</b>	Participante de 48 años de edad, residente de la ciudad de Cartago Valle, nivel académico bachiller, actualmente labora como administradora de una cadena de tiendas de sex-shop a nivel del valle, de estado civil casada y convive con su pareja desde hace más de 10 años, con dos hijos

mayores de la relación anterior.

**S47SEP**

Participante de 47 años, procedente de Roldanillo Valle, de nivel académico técnico en fotografía y de profesión fotógrafa, separada hace 5 años de su esposo con el cual duró casada 15 años, vive sola, con una relación informal actualmente, tiene dos hijos mayores ya emancipados.

Fuente: Elaboración propia

## **Manejo de la Información**

Tras la aplicación de los instrumentos correspondientes, la entrevista semiestructurada, se hizo un análisis discursivo a partir de la triangulación de la información a través de una matriz que se empleó para las cuatro participantes, con el fin de sintetizar la información y filtrar aquellos datos de mayor interés para la investigación. De esta manera, el instrumento (entrevista semi-) cuenta con una matriz que permite establecer una relación teórica y empírica, ya que relaciona la construcción teórica con los discursos de los participantes y a su vez con cada una de las categorías y subcategorías que comprenden el sustento teórico de la investigación.

## **Procedimiento**

### **Fase 1. Construcción de la pregunta, objetivo general y específicos.**

Como primera fase de este proyecto se realizó la construcción de la pregunta que cumpliera con los criterios cualitativos donde se planteó cuáles son los factores biopsicosociales (físico, social, cultural y psicológico) que influyen en la anorgasmia/orgasmo en las relaciones sexuales de mujeres, fue necesario reflexionar sobre la problemática y dirigir la investigación hacia la necesidad de conocer la realidad contextual de la población lo cual permitió la definición del objetivo general y específicos.

## **Fase 2. Definición de las categorías**

En esta fase se concretaron las categorías que pertenecen al marco teórico y se procedió a la definición conceptual de cada una. Cada categoría responde a los componentes planteados en los objetivos específicos de la investigación, lo que permite dar coherencia conceptual y metodológica.

## **Fase 3. Creación del instrumento, aplicación y transcripción.**

Como primera fase de este proyecto se realizó la construcción de la pregunta que cumpliera con los criterios cualitativos donde se planteó cuáles son los factores biopsicosociales (físico, social, cultural y psicológico) que influyen en la anorgasmia/orgasmo en las relaciones sexuales de mujeres, fue necesario reflexionar sobre la problemática y dirigir la investigación hacia la necesidad de conocer la realidad contextual de la población lo cual permitió la definición del objetivo general y específicos.

## **Fase 2. Definición de las categorías.**

En esta fase se concretaron las categorías que pertenecen al marco teórico y se procedió a la definición conceptual de cada una. Cada categoría responde a los componentes planteados en los objetivos específicos de la investigación, lo que permite dar coherencia conceptual y metodológica.

## **Fase 3. Creación del instrumento, aplicación y transcripción.**

Se construyó una ficha de caracterización con la finalidad de conocer datos y características que sirvieran de indicador en la creación del instrumento de entrevista por lo que se construyeron preguntas con la intención de saturar los objetivos propuestos y posteriormente se aplicó la entrevista a cuatro sujetos con las características previstas en la

unidad de trabajo. La transcripción de la entrevista, se llevó a cabo con el apoyo de la matriz para el análisis del contenido, a partir de la cual fue posible la aproximación a los hallazgos correspondientes a cada objetivo propuesto.

#### **Fase 4. Discusión de resultados.**

Una vez se recolectaron los datos, se revisaron y se organizaron para el análisis, para de esta manera brindar las descripciones correspondientes propuestas en la investigación. Dicha discusión se realizó mediante el análisis de contenido mediante triangulación de la información cuyo propósito o finalidad es la contraposición de varios datos que están centrados en un mismo problema, así se pueden establecer comparaciones, tomar las impresiones de diversos sujetos, evaluando así el problema con amplitud, diversidad, imparcialidad y objetividad (Ruth y Finol, 2009). La triangulación presentó muchas ventajas, de manera que más adelante se pudo realizar una triangulación de las categorías constituida por el tejido de la información teórica, el análisis del investigador y las declaraciones hechas por el entrevistado.

#### **Fase 5. Informe Final, Conclusiones y recomendaciones**

En esta fase se logra concluir los factores que inciden en la anorgasmia/orgasmo. Presentando el informe final para evaluación y posterior sustentación a la comunidad académica. Las recomendaciones están orientadas a difundir los resultados obtenidos y sensibilizar a los profesionales en salud mental para el abordaje de esta temática.

## 8. Presentación de Resultados

**OBJETIVO GENERAL:** Comprender los factores biopsicosociales (físico, social, cultural y psicológico) que influyen en la anorgasmia/orgasmo en las relaciones sexuales de mujeres.

Objetivo	Categoría	Subcategoría	Preguntas	Respuesta
1	Aspectos físicos o biológicos del organismo	Estructura del Órgano genital	¿Qué es lo que más disfruta de las relaciones sexuales?	<p><b>D27SOL:</b> <i>“La penetración y a veces el oral cuando me lo saben hacer”.</i></p> <p><b>K26SOL:</b> <i>“Todo, especialmente el sexo oral y la penetración”.</i></p> <p><b>L48CAS</b> <i>“Las caricias y el sexo oral”.</i></p> <p><b>S47SEP:</b> <i>“Es como un todo un conjunto de varias cosas, es como el antes de, el preámbulo, esto lo empieza a preparar para esas emociones, que disfruto todo, los besos las caricias, sobre todo lo primero es el beso, porque hay hombres que uno besa y no siente ese beso rico, todos besamos diferente, hay hombres babosos, salivan demasiado, pero si besa rico vamos a pasar delicioso”.</i></p>
				<p>Ramos (2015). Mucho se ha hablado e investigado sobre el orgasmo femenino. Cómo conseguirlo, qué sienten las mujeres o cómo disfrutar de varios durante un mismo acto suelen ser los temas más discutidos. Cuando se plantea la solución al misterio sobre cuál es la fórmula infalible para que alcancen el clímax, suelen enumerarse las mejores posturas, pero también se enfatiza dónde o cómo se deben estimular las zonas erógenas.</p>
		Estructura del Órgano genital	¿Qué opina de la autoexploración	<p><b>D27SOL</b> <i>“No me gusta”.</i></p> <p><b>K26SOL</b> <i>“No lo práctico, pero me parece algo natural de las personas, si se siente la necesidad</i></p>

sexual?

*de hacerlo, aunque yo no me siento muy bien haciéndolo, puesto que no tengo sensaciones de ninguna clase”.*

**L48CAS** *“Es normal, y además es necesaria para así conocerse más a nivel íntimo”.*

**S47SEP** *“Muy rico yo lo hago, me gusta mucho, siento la necesidad, sobre todo los días antes del periodo, puesto que me gusta tocarme, yo sé cuándo me llega el periodo, eso es como comer o tomar agüita”.*

(Bardi, Leyton Y Martínez, 2009). Históricamente la masturbación ha sido un tema tabú y controversial. A pesar de los conocimientos científicos actuales, aún existe desinformación, confusión y contradicción, no sólo en la población general, sino también en el personal de salud

Describe la manera en la que la pareja la seduce para establecer la relación sexual

**D27SOL** *“Es algo muy fácil puesto que un beso al cuello y él está erecto y listo hagámoslo”.*

**K26SOL** *“Cuando nos ponemos de acuerdo, una cita, comemos algo, nos tomamos algún trago, luego viene la propuesta, y una cosa con lleva a la otra, la ropa vuela en el motel y terminamos teniendo relaciones sexuales”.*

**L48CAS** *“por medio de caricias, juegos, besos”.*

**S47SEP** *“Con palabras bonitas, todo entra por los ojos, que se vea bien vestido que huelga rico”.*

Describe las iniciativas que propone la pareja para tener relaciones

**D27SOL** *“El juego con los senos, pero muchos hombres se dedican a toco chupo y ya, pero abajo sí, pero me siento me incomoda a veces, no se las sensaciones son incómodas, muy rápido, lento, barba etc. No he conseguido la persona*

sexuales *con una técnica especial cuando me haga el oral”.*

**K26SOL** *“Cuando nos vemos, me acaricia la espalda, me abraza con cariño y deseo, con palabras sutiles e intensas en proposiciones totalmente sexuales”.*

**L48CAS** *“La verdad me toca a mí proponer. Acariciando, estimulando con juegos, esencias o aceites”.*

**S47SEP** *“Con besitos, con caricias, nada raro, haber, yo recuerdo cuando uno va viajando en el carro, en el antes de, me gusta mucho en el carro jugar, me gusta mucho tocar acariciar besar, donde sea, en el carro, en la disco, en la casa, me gusta acariciar las partes íntimas”.*

(Ramos, 2015). Empatado con los juegos previos se encuentra una pócima que no le suele fallar a casi tres de cada diez mujeres: una copa de vino. Para mantener relaciones sexuales es fundamental estimular el cerebro de las mujeres y parece que un poquito de alcohol puede ser la chispa que encienda la llama.

¿Describe en qué medida siente deseos de ser besada, acariciada por su pareja y posteriormente tener relaciones sexuales? **D27SOL** *“Bueno con mi expareja era muy poco cariñoso, muy a lo que vamos, no había mucho preámbulo, en los senos toca chupa y mete, no tenía esa seducción que enamora”.*

**K26SOL** *“Siempre y cuando sea con la persona y el momento indicado, cumpliendo ciertos parámetros que provocan en mí el deseo de tener relaciones sexuales”.*

**L48CAS** *“cuando estamos a solas en lugares nuevos, relajantes, como un rio o simplemente en mi cuarto cuando ya lleva mucho tiempo de no hacer nada”.*

- S47SEP** “Yo soy muy melosa, yo estoy a toda hora tocando besando y abrazando, yo mantengo dispuesta a tener relaciones, por mi fuera todos los días, si busca una anorgásmicas esa no soy yo”.
- ¿Cómo describes la calidad de las relaciones sexuales?  
**D27SOL** “Pues al principio eran buenos, pero después de que nos fuimos a vivir juntos todo se dañó y bajo mucho el nivel y el gusto por esa persona, más nunca le fui infiel”.
- K26SOL** “Tenemos un buen desempeño, me he sentido muy bien, aunque no he podido sentir un orgasmo total, puesto que en mi vida nunca lo he sentido, por los comentarios que me han hecho las amigas sobre lo que sienten”.
- L48CAS** “No son malas, pero le falta mucho para llegar a ser buenas”.
- S47SEP** “Yo soy muy melosa, yo estoy a toda hora tocando besando y abrazando, yo mantengo dispuesta a tener relaciones, por mi fuera todos los días, si busca una anorgásmicas esa no soy yo”.
- ¿Qué conocimiento tiene sobre el orgasmo?  
 ¿Describe?  
**D27SOL** “Es como sentir una excitación, sentir algo durante un pequeño lapso de tiempo, es algo que produce mucho placer, más placer que se pueda sentir con cualquier otra cosa”.
- K26SOL** “como dije anteriormente, lo que puedo decir más por comentarios de las amigas, es un sentimiento total, un éxtasis, que produce un temblor en las piernas y una sensación de orinarse que no se puede detener”.

**L48CAS** *“Es la reacción máxima de excitación provocada por el exceso de estimulación y placer”.*

**S47SEP** *“Es el máximo de placer”.*

(Morales y Abadías, 2002); (En la actualidad existen múltiples definiciones para describir al orgasmo: “Descarga expulsiva de tensiones neuromusculares en el apogeo de la respuesta sexual”; “Episodio breve de liberación física de la vasocongestión y el incremento miotónico o falta de definición sexual desarrollados en respuesta a unos estímulos sexuales”

¿Qué es lo que más le agrada de la intimidad con su pareja? **D27SOL** *“Pues me gustaba la penetración, el oral muy pocas veces porque mas era lo incomodo que lo placentero, y muy rutinario dentro del sexo”.*

**K26SOL** *“El sexo oral y la penetración, me gusta mucho el sexo fuerte más hacia lo sado, comenzando suave y terminando fuerte”.*

**L48CAS** *“cuando remotamente hay sexo oral, de resto es rutina”.*

**S47SEP** *“Que me besen los senos, que me hagan un buen oral, pero me gusta mucho cuando hemos terminado que me abrace, como de caballeros que lo hacen sentir como especial, acariciar y tocar”.*

¿Qué piensa sobre la masturbación? **D27SOL** *“No me gusta para mí personalmente, no me siento en capacidad de hacerlo y más nunca lo he intentado”.*

**K26SOL** *“Pues lo he intentado, pero realmente no siento ningún tipo de emoción o excitación durante este proceso”.*

**L48CAS** *“Es normal, y placentero darse placer así mismo”.*

**S47SEP** *“Que es una necesidad fisiológica, que es normal, hay muchas mujeres que dicen no sienten nada, me parece una práctica muy buenísima, porque cuando voy a estar con mi pareja ya estoy ejercitada”.*

¿Llega más fácilmente al clímax cuando tiene actividad sexual con su pareja, amigo o cuando se excita sola?

**D27SOL** *“Con la pareja y se me dificulta”.*

**K26SOL** *“Como lo exprese anteriormente no tengo ningún tipo de sensación haciéndolo”.*

**L48CAS** *“Si de todas las formas”.*

**S47SEP** *“Son orgasmos diferentes, cuando me toco yo misma son más fuertes. Pues como yo sé dónde tocarme, el punto de máxima excitación, acariciando el clítoris, cuando el hombre me penetra igual lo siento, pero es más fuerte cuando yo lo hago”.*

¿Describe de qué forma logra llegar al clímax sexual con facilidad?

**D27SOL** *“Las pocas veces que he llegado a sentir este tipo de excitación ha sido porque yo lo he deseado así, no tanto por lo que el haga, ni el lugar, ni nada que tenga que ver con factores externos, solo lo que yo siento y hago que suceda. Con mis reglas y mis condiciones”.*

**K26SOL** *“Con el sexo agresivo”.*

**L48CAS** *“Sexo oral. Y juguetes”.*

**S47SEP** *“Cuando estoy encima es la posición más fácil, cuando me masturbo es en la cama bocarriba normal”.*

(Bardwich, 1993) Las mujeres dicen preocuparse más por complacer a su

compañero, mientras que los hombres, a menudo, están más preocupados por su propio placer.

¿Conoce sobre el concepto de disfunción sexual? **D27SOL** *“Es como el déficit de la falta de deseo tanto de parte del hombre como la mujer, en el hombre es la falta de erección y la mujer es la falta de lubricación y no quiere o no desea”.*

**K26SOL** *“No lo sé, lo ignoro”.*

**L48CAS** *“No recuerdo”.*

**S47SEP** *“Es como la disfunción eréctil, yo tenía amigos más lindos me hacían cosquillitas en la espalda. En el hombre es eso, y la mujer es que no sienta ganas”.*

(Rubio y Díaz, 1994); las disfunciones sexuales son una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de las respuestas sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma recurrente y persistente; p 260.

¿Qué conoce sobre la palabra anorgasmia? **D27SOL** *“No, no tengo ni idea”.*

**K26SOL** *“Cuando no se sienten orgasmos”.*

**L48CAS** *“Es la dificultad de obtener orgasmos”.*

**S47SEP** *“No, no tengo ni idea”.*

(Farramola, Erice y Frias., 2011); el orgasmo representa el clímax o culminación placentera del acto sexual y es, por tanto, una apreciación subjetiva de emoción y gozo en la psiquis de la mujer. La disfunción sexual o anorgasmia femenina se refiere al conjunto de trastornos que impiden alcanzar el orgasmo, en el incluyen factores psicológicos físicos y ambientales entrelazados.

Describe las sensaciones físicas y **D27SOL** *“Depende, no muchas veces siento muchas cosas, hasta un día me hizo sexo oral y me sentida incomoda, pero cuando estoy arriba”.*

Psicológicas que experimenta cuando está en una relación sexual *me siento con más placer, el movimiento el ritmo etc., pero en otras sentía dolor, podría decirse por el tamaño forma etc. Las posiciones también intervienen mucho en este aspecto”.*  
**K26SOL** “Placer, excitación”.

**L48CAS** “Placer, excitación”.

**S47SEP** “Físico, eso no sé, un calor, uno suda mucho, eso siento yo, como explicar un orgasmo, una corriente que sube desde los pies hasta la cabeza un máximo de placer, psicológicamente está usted conectada, y si me toca cerrar los ojos e imaginarme otra persona lo hago, no voy a perder la montada, si el tipo no sabe hacerme sentir placer, yo busco la forma de obtener el orgasmo”.

¿En cuántas ocasiones considera, que ha logrado identificar una relación sexual plena, placentera como el orgasmo? describa las sensaciones. **D27SOL** “Muy pocas veces durante casi los 5 años de convivencia”.

**K26SOL** “Unas 10 veces me he sentido satisfecha, con la última pareja, con las anteriores no sentía nada, la sensación es de mucho placer, pero no puedo llegar más allá”.

**L48CAS** “En algunas. sensaciones como desear más de lo que recibo Excitación constante”.

**S47SEP** “Muy pocas veces porque lo que hay hombres que son analfabetos sexuales, no saben de sexualidad, no han leído el manual de instrucciones”.

(Tenorio, 2012). Aun así, reconocen que es importante mantener relaciones sexuales regulares y placenteras para lograr una relación amorosa plena.

¿Qué parte de su cuerpo cree que tiene mayor sensibilidad a la hora de tener relaciones sexuales?	<b>D27SOL</b> <i>“De pronto la espalda, pero tienen que ser con objetos muy específicos y de una forma muy especial”.</i>
	<b>K26SOL</b> <i>“Como la espalda, aunque no tengo ubicado una parte especial que me aflore la excitación total”.</i>
Describa como se dio cuenta	<b>L48CAS</b> <i>“Cuello pezones clítoris. Por muchos detalles”.</i>
	<b>S47SEP</b> <i>“Los pezones, y el cuello, lo descubrí por la otra persona, cuando estoy con mi pareja me gusta que sepa tocar mis pezones, dependiendo la intensidad y la fuerza tiene que hacerlo”.</i>

(Brocar, 2011); Y dice que con el viraje hacia la feminidad el clítoris tiene que ceder total o parcialmente su sensibilidad y con ella su significación a la vagina, donde ya se ha demostrado desde el punto de vista fisiológico, todos los orgasmos femeninos se atienen a las mismas pautas de respuestas refleja, sea cual fuere la fuente de estimulación sexual; frotación del clítoris, estimulación de los senos, o el coito como tal, entrando también todas las zonas erógenas como partes sensibles del cuerpo femenino.

¿Has sentido sensación de dolor, antes, durante y después la penetración?	<b>D27SOL</b> <i>“En algunas ocasiones he sentido dolor, por diferentes factores, tamaño, posición etc.”.</i>
	<b>K26SOL</b> <i>“No nunca he sentido dolor en la penetración”.</i>
Explique a que puede deberse esta sensación, y como la consideras.	<b>L48CAS</b> <i>“No nunca he sentido dolor en la penetración”.</i>
	<b>S47SEP</b> <i>“Mas después que antes, cuando hay mucha fricción, cuando se seca por la pérdida de la excitación o por mucha actividad sexual. En mi relación posterior a la separación con mi</i>

*esposo era tanta la actividad con el novio que me enfermaba de cistitis y sabía que cuando la venía me tenía que tomar algo para eso”.*

(Manzo y Yulis, 2004); trastornos sexuales por dolor, dispareunia o coitalgia (cópula dolorosa tanto en hombres como en mujeres, comprende a partir de la irritabilidad vaginal después de la relación sexual, incluso un intenso dolor, en otras palabras, irritación o dolor previamente, posteriormente o durante toda la relación sexual); vaginismo p. 195.

¿Considera que en las parejas solo se logra el clímax sexual y el disfrute de una relación sexual placentera si o si, se da el coito? ¿Porque?	D27SOL <i>“Si Porque sin penetración para mí en especial no hay placer”.</i>
	K26SOL <i>“Para mi concepto es por los juegos y el preámbulo, van creando el ambiente necesario para que se den las cosas al punto de llegar al coito y cuando hay todos los parámetros e ingredientes se disfruta al máximo”.</i>
	L48CAS <i>“Se da de muchas formas. Se da porque el clímax no depende de solo penetración”.</i>
	S47SEP <i>“Si vamos a hacer el amor, claro que sí, aunque no es necesariamente tenga que ser penetrada, con un buen sexo oral”.</i>

(Moglia y Knowles, 1997). Por ello es que la masturbación es la forma más común de disfrutar del sexo, puede favorecer la salud física y mental, aumentando el propio conocimiento sobre las preferencias sexuales, las posibilidades y limitaciones personales, además de preparar a las apersonas para realizar prácticas sexuales más convenientes y responsables.

¿Qué considera del funcionamiento de su organismo	D27SOL <i>“Es muy normal solo con ver fotos o una charla me lubrico con facilidad”.</i>
	K26SOL <i>“La falta de autoconocimiento, y también influye mucho la parte del hombre al no saber buscar los puntos sensibles, que hasta para</i>

- sexual qué este afectando el disfrute de la actividad sexual o el llegar al clímax? *mi son desconocidos”.*  
 L48CAS “*De mi organismo. Nada*”.  
 S47SEP “*no, nada*”.
- ¿Qué cambios surgen en su organismo sexual cuando esta excitada? Describe...  
 D27SOL “*La lubricación, el deseo, los juegos, las ganas de tener sexo intenso etc.*”.  
 K26SOL “*Tengo mucha lubricación, me siento sensible en mi órgano sexual*”.  
 L48CAS “*Cambios. Muchos. Pero indescriptibles*”.  
 S47SEP “*Siento un calor, sudo en la cara. Se me ponen lo cachetes rosaditos*”.
- ¿Qué dificultad o facilidad que pueda lograr el clímax durante la relación sexual?  
 D27SOL “*Cuando me concentro y pongo mis condiciones dentro de la relación, posición etc. puedo llegar con facilidad al éxtasis, la dificultad la pone mi pareja en la forma de hacerme el sexo, como a él le dé la gana, hay se me quita todo*”.  
 K26SOL “*La dificultad es total, porque aún no he podido llegar a un verdadero orgasmo*”.  
 L48CAS “*Facilidad es concentración*”.  
 S47SEP “*Es muy difícil eso, toca trasponer otras cosas, como el hombre no sabe tocar, o llegan a un orgasmo rápido y se olvidan de que uno necesita más, y que yo lo sienta de buen tamaño, puede ser hasta más rápido o hasta dos veces seguidas*”.

(Masters Y Johnson., 1972). Cambios fisiológicos: Aumenta aún más rubor, presión y tasa cardiaca, contracción muscular y respiración. En mujeres: plataforma orgásmica contracción paredes vaginales.

<p>Describir los factores psicológicos asociados (social, cultural, mitos y tabúes) que inciden en pensamientos, sentimientos y comportamientos en mujeres que presentan anorgasmia/orgasmo.</p>	<p>Social</p> <p>¿Qué piensa del rol como mujer en una relación de pareja, donde el sexo es considerado importante?</p>	<p>D27SOL “<i>Fundamental e indispensable, y lo que es el sexo la mujer debe Encender la llama, sin excusas</i>”.</p> <p>K26SOL “<i>Interesarse en innovar, mejorar la calidad de las relaciones y buscar la satisfacción mutua</i>”.</p> <p>L48CAS “<i>El factor más importante diría yo</i>”.</p> <p>S47SEP “<i>A mí me gusta tomarme la iniciativa, me gusta seducir que ser seducida, cuando un hombre muestra el hambre, pero cuando esta calladito ese me excita más que un hombre acosador</i>”.</p>
<p>Conocer dinámicas relacionables en el subsistema conyugal de las mujeres que presentan este diagnóstico.</p>	<p>¿Describe la importancia que tendría para usted el sexo en la relación de pareja? ¿Por qué?</p>	<p>D27SOL “<i>El sexo hace parte fundamental de la relación de pareja sobre todo cuando se comparte una cama, es muchas cosas juntos y aunque el sexo sea fundamental no está por encima de otras cosas como la comunicación y la sexualidad, que, aunque suenan parecido son cosas muy diferentes con un mismo fin, entonces todos hacen parte de la misma cuestión</i>”.</p> <p>K26SOL “<i>No es básico, pero si hace parte importante de la relación de pareja, es como la llama que hace crecer el amor, cuando se entregan los sentimientos dentro de una relación sexual</i>”.</p> <p>L48CAS “<i>para mí el sexo es el casi 90 % de estabilidad en una relación de pareja. Porque el ser humano por naturaleza es materialista y al compartir espacio con otra persona en la cama</i>”.</p>

*surgen muchas tentaciones”.*

S47SEP *“Parra mí es muy importantes, de uno a 10 si quiera un 8, si yo no voy a tener un buen sexo con esa persona no me sirve, yo tuve novios súper lindos y románticos, pero yo para que un novio que me haga cosquillas en la espalda, hacer el amor en la noche es bien rico, eso relaja y duerme más rico”.*

¿Pensando en las relaciones de pareja cual es el deber de la esposa cuando se da unión marital de hecho o matrimonio?

D27SOL *“Las mujeres y los hombres deben de comprender las necesidades de ambos, pero también cuando no hay deseo ni mucho menos ganas, y por ello no deben buscar otra persona para satisfacer estas necesidades, sino buscar otros medios de distracción y compartir en pareja y no deforma sexual sino familiar”.*

K26SOL *“Pues para mí la situación de una esposa o compañera dentro de una relación de pareja, ante todo cumplir como compañera, esposa y amante, siendo todos los aspectos de igual importancia”.*

L48CAS *“El deber de la esposa es el mismo que el del esposo y es complacer su pareja a nivel sexual para luego ser correspondido o para evitar infidelidades”.*

S47SEP *“Uno debe no dejar caer la relación en la monotonía, a mí me gusta la lencería, vestidos seductores, que no me pondría en la calle, pero si para seducir al esposo, ponerme calzones bonitos, yo sé que el hombre es tan visual aprovecho eso, cuando estaba casada no lo hacía, yo aprendí después de separada. Con los años uno de mujer se vuelve más creativo”.*

Cultural	<p>Que respondería si te dicen: Los hombres siempre deben ser satisfechos en una relación sexual, sin importar la pareja</p>	<p>D27SOL <i>“No estoy de acuerdo. el sexo es igualdad porque al exigir yo debo corresponder, hay que entender como lo decía antes cada persona y sus problemáticas, yo en muchas ocasiones lo hice para que la relación no se dañara, tener relaciones sin ganas y hasta fingirlas, pero al final yo pensé que esa no es el fin de una relación de pareja”.</i></p> <p>K26SOL <i>“No me parece correcto, puesto que hoy en día las mujeres y los hombres desempeñan casi al mismo nivel los roles que antes se les prohibía a las mujeres, más en el aspecto sexual, para mi debe ser todos por igual”.</i></p> <p>L48CAS <i>“No estoy de acuerdo. el sexo es igualdad porque al exigir yo debo corresponder”.</i></p> <p>S47SEP <i>“Eso era en los años 40 o 50... Ahora la satisfacción debe ser mutua... Las mujeres de esta época queremos y buscamos disfrutar nuestra sexualidad. Y ya ni nos importa formalizar... Solo disfrutar. Por eso cada vez las relaciones son menos duraderas... Si nos aburrimos, nos cansamos y chao... A la novedad. Estrenar novio o novia se ha vuelto más frecuente”.</i></p> <p>¿Cuál es el rol del hombre y la mujer en las relaciones L <i>“Para mi deben de tener el mismo fin, ósea compartir, dar y recibir placer, y ante todo tener un dialogo abierto sobre la sexualidad permanentemente”.</i></p>
----------	--	---

sexuales?  
Describe

L “*En mi caso, por lo general, debe de participar ambos, puesto que los dos deben proponer y acceder a las actividades desarrolladas durante la relación sexual, desde los juegos, el preámbulo etc.*”.

L48CAS “*Para mí son iguales los roles. satisfacer, complacer. explorar, enseñar y disfrutar*”.

S47SEP “*Ser buen amante es hacer sentir bien a la mujer, ese debería de ser el rol, y si no sabe le toca aprender, para mí se hacía difícil, porque había hombres que no sabían y me no me gustaba enseñarle, pero si quiero una relación seria debemos enseñarnos a tocarnos mutuamente, porque tampoco sabemos cómo tocarlos a ellos, para que ambos nos sintamos bien*”.

Santos (2015); La sexualidad se manifiesta en las conductas, actitudes y prácticas de las personas. Es una parte integral y compartida de la personalidad de los individuos.

¿Dentro de la relación sexual de pareja existen actividades que se propagan, a fin de cambiar y buscar creatividad en la búsqueda de relación sexual?

D27SOL “*Innovar permanentemente durante el acto sexual, juegos, roles, disfraces etc.*”.

K26SOL “*Como exprese anteriormente los juegos, experimentar cosas nuevas, los disfraces, juguetes etc.*”.

L48CAS “*Cambiar la rutina ante todo*”.

S47SEP “*Yo si he recibido propuestas con gente que no se, si he tenido fantasías de ver a mi pareja con otra mujer, pero no lo he hecho, me han propuesto tener sexo con otro hombre, pero eso si no, a mí eso de los tríos no me interesa,*

¿Cuales? *pero yo si quisiera ver a mi hombre con otra mujer”.*

¿Dentro de las prácticas sexuales, existe alguna o algunas de su preferencia? *D27SOL “Me encanta estar arriba e imponer el ritmo durante la relación, el oral algunas veces, aunque las sensaciones no son las mejores”.*

¿Cuál o cuáles? *K26SOL “Me gusta mucho el sexo oral tanto que me lo hagan y hacerlo, la penetración, los disfraces y juguetes”.*

*L48CAS “Si, Misionero y sexo oral”.*

*S47SEP “No tengo ningún fetiche, me gusta hacer el amor donde sea, en cualquier lugar con lencería me gusta mucho nada más”.*

Navarro (2008); Cuando se plantea la solución al misterio sobre cuál es la fórmula infalible para que alcancen el clímax, suelen enumerarse las mejores posturas, pero también se enfatiza dónde o cómo se deben estimular las zonas erógenas.

Se siente en libertad de proponer actividades a su pareja para el disfrute de la sexualidad. *D27SOL “No, pero si me gustaría implementarlos, no tengo la valentía para proponerlo, si el me lo propone yo lo hago, si el hombre no propone nada yo tampoco”.*

¿Cuales? *K26SOL “Totalmente, sobre todo el sado me encanta, soy una persona que me gusta empezar suave el acto sexual, y terminarlo fuerte y agresivo”.*

*L48CAS “Me siento en libertad, pero a él no le gusta kJ. propongo q se deje penetrar. propongo juegos con accesorios”.*

*S47SEP “Si yo soy muy espontanea”.*

¿Menciona que *D27SOL “No tengo problema por ello, aunque*

- tan segura es de mostrar la desnudez de su cuerpo cuando esta con la pareja?
- estoy gordita eso no me importa, soy muy orgullosa de mi cuerpo”.*
- K26SOL *“Tengo mucha seguridad, puesto que hay mucha química y confianza con la pareja como lo exprese antes, pero también influye que tengo un cuerpo muy delineado y me gusta mi figura por lo tanto me da mucha seguridad”.*
- L48CAS *“Totalmente 100%”.*
- S47SEP *“No me avergüenzo por ello, pero al momento de hacer el amor me gusta a media luz. Me siento muy bien con mi cuerpo”.*
- ¿Se siente confiada cuando comparte con la pareja, pensamientos y sentimientos alrededor de la sexualidad?
- D27SOL *“Con mi pareja anterior teníamos mucha confianza, y hablamos muchas cosas sobre el tema, pero desafortunadamente no sabíamos cómo aprovechar esto en beneficio de nuestra relación”.*
- K26SOL *“Si hay mucha confianza con mi pareja actual, cosa que con los anteriores no”.*
- L48CAS *“Algunas veces”.*
- S47SEP *“Si claro, yo hablo todo el tiempo hasta haciendo el amor, a mí me excita mucho que me digan palabras al oído”.*
- ¿Existe algún pensamiento respecto a la relación sexual, que le impida explorar con la pareja otras
- D27SOL *“Si porque no teníamos esa chispa de buscar o idear estas fantasías que nos hacen salir de la monotonía y le dan un aire de diferente modo a la relación”.*
- K26SOL *“No tengo ninguna restricción sobre este tema, me gusta explorar y ensayar nuevas propuestas”.*

	cosas?	L48CAS <i>“Si, Jugar a varios roles”.</i>
		S47SEP <i>“No, no tengo ningún tipo de restricción me siento en total libertad”.</i>
	¿Qué considera de las relaciones sexuales abiertas?	D27SOL <i>“Yo creo que son buenas, pero en una etapa muy madura de la relación ósea que dos mentes o dos personas súper maduras que se pongan las reglas desde un principio claras encima de la mesa, que sean personas que logren separar sus sentimientos del sexo, que las cosas estén conscientes de lo que van hacer. Yo lo haría siempre y cuando como que tenga confianza suficiente en esa relación y que esté dispuesta hacerlo, yo lo haría y siento que es bueno, como que le da fuerza y picante a la relación, yo no tengo tabú ni prejuicios sobre esto”.</i>
		K26SOL <i>“Me parece bien, no tengo ningún prejuicio sobre este tema, siempre y cuando desde el principio se pongan las reglas claras sobre la relación, aunque no lo he hecho nunca, y no podría decir sería capaz de tener una relación de este tipo”.</i>
		L48CAS <i>“Pues a veces son productivas, no le veo problema”.</i>
		S47SEP <i>“No me gusta, yo estando con el puedo disfrutar, pero ya que mi pareja este con otra persona eso no”.</i>
Religioso	¿Su vida sexual se ve influenciada por su afinidad	D27SOL <i>“No veo relación de lo uno con lo otro”.</i>
		K26SOL <i>“No, puesto que mi familia es católica por tradición, pero yo no tengo ningún tipo de</i>

religiosa? De qué manera. *religiosidad definida, es más soy católica pero nunca asisto a misa o busco refugiarme en una iglesia, creo en Dios y eso me parece suficiente, y no creo que uno por tener relaciones sexuales vaya al infierno”.*

L48CAS “No para nada”.

S47SEP “No, nada que ver. Y creo en Dios”.

¿Que considera puede ser pecado en la relación sexual? *D27SOL “No soy religiosa, yo solo creo en Dios, y creo que lo que haga aquí con este cuerpo sexualmente no creo que me lleve al infierno sin hacerle mal a nadie”.*

¿Porque?

*K26SOL “No, puesto que mi familia es católica por tradición, pero yo no tengo ningún tipo de religiosidad definida, es más soy católica pero nunca asisto a misa o busco refugiarme en una iglesia, creo en Dios y eso me parece suficiente, y no creo que uno por tener relaciones sexuales vaya al infierno”.*

L48CAS “Pues nada a no ser q sea en contra de la voluntad”.

S47SEP “No para nada. Mas pecado es estar casada y tener relaciones sexuales con otra persona”.

¿En el ambiente familiar se puede hablar de sexualidad?

D27SOL “No”

¿Qué se piensa?

*K26SOL “No por respeto a mis padres, pero a veces hay chistes o conversaciones en familia sobre este tema y es muy libre, aunque como dije no hay tanta confianza para develar intimidades con ellos”.*

L48CAS “No”.

S47SEP “No, mira que no, yo con mis hijos no, jamás, es más cuando mi hija estuvo en la adolescencia, ¿cómo le voy a hablar de sexualidad a mis hijos?, y como uno no tiene las palabras para hacerse entender, entonces compre literatura sobre educación sexual para adolescentes, si les enseñe mucho la responsabilidad sexual, porque mis hermanas se embarazaron a los 14 años, pero siendo adolescentes la responsabilidad de los padres que de ellos”.

¿Cuál considera  
deberán ser los  
lemas o  
principios que  
se deban  
consagrar en las  
relaciones  
sexuales en la  
pareja?  
¿Porque?

D27SOL “El lema para mi dentro de una relación sexual debe ser la creatividad, la exploración sexual de ambos, y ante todo tener una madurez para avanzar dentro de todos los aspectos”.

K26SOL “Todo por igual, puesto que tanto hombre como mujer, deben de buscar la satisfacción total en la relación de pareja, y obviamente la felicidad”.

L48CAS “Los lemas. Que haya química, coordinación porque de eso se trata una relación”.

S47SEP “Pues sí, en este momento no me siento menos, siempre me he sentido en igualdad”.

Familia

Describe la  
relación de  
pareja que  
tiene  
actualmente

D27SOL “No tengo relación actualmente”.

K26SOL “Más que una pareja somos amigos especiales con derecho se puede decir, compartimos la sexualidad y la disfrutamos mucho, me gusta y yo también le gusto, ha

*sabido llevarme al placer, aunque todavía no he podido llegar a un orgasmo real”.*

L48CAS *“Relación básica normal tirando a fría”.*

S47SEP *“Amigos con derechos. Nos encontramos varias noches a la semana para darnos placer y ya, cada uno para su casita y a lo suyo. Sin compromisos”.*

¿Considera que en la relación de pareja hay igualdad? ¿si responde sí o no, describe por qué?

D27SOL, *“Aunque se intenta en muchos aspectos no es posible por los diferentes roles que se llevan dentro de una vida de pareja”.*

K26SOL *“Pues en mi relación actual si se puede decir que igualdad, puesto que compartimos muchas cosas en común, en lo que se refiere a la sexualidad, en otros aspectos hay diferencias como en todo”.*

L48CAS *“No. Porque cosas que no se cumplen”.*

S47SEP *“hoy en día si se puede decir que hay igualdad en la relación de pareja, puesto que ambos buscamos la satisfacción plena en sexo sin reprimarnos”.*

¿Durante el tiempo que lleva la relación de pareja se han dado cambios dentro del aspecto del sexo?

D27SOL *“A pesar de las fallas en el sexo y la falta de estimulación y la poca sexualidad, yo nunca fui infiel, aunque yo con el tuve un deseo muy bajo sexualmente hablando”.*

K26SOL *“Pues en la relación actual es muy resiente y todavía no podemos percibir cambios, pero en las relaciones anteriores si se deterioraba mucho la relación puesto que no sentía mucho placer y me bloqueaba durante el*

¿Describir

- cuáles han sido esos cambios? *acto*".
- L48CAS "*Cambios de rutina. Cada día menos sexo*".
- S47SEP "*Cuando tuve mi esposo, y pasaron los 15 años la intensidad va cambiando y aún más cuando uno tiene los hijos, los quehaceres ocupan mucho tiempo y desgastan, y así no se disfrutaban la sexualidad*".
- ¿Qué tipo de temas relacionados con la sexualidad manejan en dialogo de pareja?
- D27SOL "*Si hubo algo de conversación de este tipo, pero más porque yo omitía el deseo sexual*".
- K26SOL "*De todo no tenemos temas prohibidos, puesto que en nuestra relación somos muy abiertos a los temas sexuales sin tabús ni prejuicios*".
- L48CAS "*La verdad ninguna*".
- S47SEP "*Se hablan mucho de las fantasías, llevar a cabo las fantasías, y marcar límites*".
- ¿qué cosas considera disfruta de su pareja en las relaciones sexuales? ¿Qué te agradan o no te agradan?
- D27SOL "*Me agradaba el sexo oral, pero luego lo detestaba*".
- K26SOL "*Disfruto de las relaciones sexuales, cuando empiezan suave y terminan agresivos, pero cuando empiezan duro y agresivo no me gusta y me bloqueo durante el coito*".
- L48CAS "*Me agrada que sea cariñoso. Me desagrada que no tome iniciativas*".
- S47SEP "*El sexo anal no me gusta, y tuve un novio queme tenía acosada con ese tema lo hice y no me gusto, no me sentí bien, y pues lo que*

*más me gusta las caricias los orales etc.”.*

Cabrera (2016); En el comportamiento sexual habitual de la mujer y las creencias religiosas crea sentimientos negativos sobre el sexo y la sexualidad, esto afecta a la calidad de vida y a las relaciones personales.

¿Considera en la relación de pareja pérdida del deseo sexual; si esto se vio afectado por alguna situación que se presentó como: ¿nacimiento de algún hijo, enfermedad, accidente, infidelidad otros? ¿Por qué?

D27SOL *“La monotonía, y mi rechazo sobre la sexualidad, no era mucho dentro de la relación innovadora y se volvió monótona la relación, y él estaba acostumbrado a que las chicas hacían todo y el solo participaba, pero luego nos dimos cuenta de esto y ya era tarde”.*

K26SOL *“Para mí es obviamente cualquier evento fuera de lo normal puede ocasionar la pérdida del deseo sexual, porque al distanciarse las relaciones sexuales de la pareja se pierde el hábito de buscar la oportunidad de tener sexo, y esto puede provocar una pérdida y sumado con otros factores se deteriora la relación y terminan por separarse”.*

L48CAS *“No ninguna Por solo instinto de él”.*

S47SEP *“No sé, es que es más cuando hay mucha pasión, todo se arreglan los problemas, y cuando no hay pasión por pequeña que sea la pelea se alejan más”.*

Castroviejo (2010); Toda aproximación a la sexualidad humana requiere de una mirada a su concepto. Es el único modo de no parcializar, descontextualizar o, incluso, deshumanizar el afrontamiento de las dificultades en este ámbito.

¿Qué aspectos de la crianza D27SOL Se puede determinar que la crianza y la influencia de los “Ninguno”.

<p>familiar han influido en la consolidación de su vida en pareja?</p>	<p>K26SOL  <i>“Muchos aspectos de la crianza influyen la consolidación de la vida en pareja, puesto que los padres son reflejo de la enseñanza, son un modelo a seguir durante toda la vida”.</i></p> <p>L48CAS  <i>“Ninguno”.</i></p> <p>S47SEP <i>“Es que la mamás de antes lo preparaban para ser mamá, ósea ama de casa, desde chiquita dándole esos juguetes, ¿eso para qué?, yo a los 18 años ya quería ser</i></p>	<p>padres influyen a sus hijos en la consolidación de vida en pareja; puesto que son un modelo a seguir por su determinante papel en la vida de cada persona, o determinan la base de lo que una persona empieza a construir en su personalidad.</p> <p>Sin embargo, se puede divisar que la mitad no se ve influenciada por este aspecto de ninguna manera, siendo que la educación tradicional, la imagen del hogar y los roles de la pareja no enseñan y mucho menos preparan a sus hijos para la vida sexual que es un aspecto importante dentro de la convivencia de pareja. Además, como se mencionaba anteriormente en otro ítem, usualmente el tema de la sexualidad no suele tocarse en entornos familiares.</p> <p>Generalmente en las familias – como mencionaba la participante S24SEP- preparan a las personas, y en especial a las mujeres para tener un hogar o ser amas de casa, y la construcción de la vida en pareja se toma con el rol de esposa y esposo que atienden</p>
--	---	--

*mama, y mi mutuamente un “hogar”.*  
*hija a los 27*  
*años no*  
*quiere tener*  
*hijos igual mi*  
*hijo, mi*  
*educación en*  
*casa fue para*  
*ser ama de*  
*casa que*  
*para ser*  
*mujer”.*

## 9. Discusión de resultados

Este apartado da respuesta a los objetivos trazados para la presente investigación, partiendo de los hallazgos contenidos en las narrativas de las participantes, como resultado del análisis de la información obtenida mediante la aplicación del instrumento (entrevista semiestructurada), a través de una relación teórica y empírica. Inicialmente se da respuesta a los componentes biológicos de la anorgasmia, seguido de los psicológicos y por último la relación de pareja.

### **Componentes biológicos (físico, dolor, lubricación) de la anorgasmia en el aspecto sexual.**

Dando respuesta al primer objetivo específico el cual corresponde a los componentes biológicos (físico, dolor, lubricación) de la anorgasmia en el aspecto sexual, en relación al planteamiento de Brocar (2011) quien plantea que desde el punto de vista fisiológico, todos los orgasmos femeninos se atienen a las mismas pautas de respuestas refleja, sea cual fuere la fuente de estimulación sexual; frotación del clítoris, estimulación de los senos, o el coito como tal, entrando también todas las zonas erógenas como partes sensibles del cuerpo femenino. A nivel físico como respuesta al estímulo sexual, se espera inicialmente la lubricación que permite a la mujer experimentar el coito sin molestias por fricción, a partir de las narrativas se encuentra que dos de las participantes hacen referencia a “*nunca haber tenido un orgasmo*” siendo esta según su clasificación una anorgasmia primaria.

Lo anterior asociado al dolor que manifiestan sentir eventualmente por ausencia de lubricación, conocido como dispareunia o coitalgia de acuerdo con Manzo y Yulis (2004), es decir, la cópula dolorosa a partir de la irritabilidad vaginal después de la

relación sexual, como respuesta a la ausencia o baja lubricación femenina ya que está ligada a la excitación según Rubio y Díaz (1994), se hallan las expresiones de D27SOL *“En algunas ocasiones he sentido dolor, por diferentes factores, tamaño, posición etc.”* y S47SEP *“Más después que antes, cuando hay mucha fricción, cuando se seca por la pérdida de la excitación o por mucha actividad sexual”* se encuentra que las sensaciones de molestia o dolor se pueden presentar debido a distintos factores y que responden a particularidades de las experiencias vividas por las participantes, por ejemplo, el tamaño del pene de la pareja sexual, la posición adoptada durante el coito, la duración de la relación sexual, o la ausencia de lubricación femenina lo cual hace que la fricción resulte dolorosa.

En cuanto a la razón de la ausencia de la lubricación se evidencian algunas coincidencias en las manifestaciones de **D27SOL** *“Es algo muy fácil puesto que un beso al cuello y él está erecto y listo hagámoslo”*, **L48CAS** *“por medio de caricias, juegos, besos”*, dejando al descubierto la necesidad de estímulos previos a la penetración vaginal, de modo que la seducción es importante en la medida que se establece la confianza con la pareja y que de acuerdo con las entrevistadas puede ser solo de índole sexual o también sentimental, y afirman algunas de ellas que es esencial que su pareja de inicio al encuentro con la estimulación sensorial o emocional que les permita iniciar la fase de excitación de una forma delicada en la cual puedan explotar todos sus sentidos y de este modo, sentirse plenas en el acto sexual, aunque el encuentro no se de con una pareja estable, de acuerdo con Ramos (2015) quien afirma que para mantener relaciones sexuales es fundamental estimular el cerebro de las mujeres.

En cuanto a las zonas erógenas, refiere **D27SOL** *“De pronto la espalda, pero tienen que ser con objetos muy específicos y de una forma muy especial”*. Es importante tener en cuenta que a nivel físico la exploración y las caricias estimulan o aumentan la excitación; a su vez, la sensibilidad corpórea de cada mujer obedece a preferencias subjetivas, generalmente tienen que ver en lugares como el cuello, los pezones o la espalda, distinguir estos elementos ayuda a potencializar las respuestas fisiológicas que preparan el cuerpo para el acto sexual y aumentar la excitación

Ahora bien, se puede apreciar que las entrevistadas exponen cambios corporales subjetivos, **D27SOL** *“La lubricación, el deseo, los juegos, ganas de tener sexo intenso etc.”*, cada una manifiesta sensaciones y variaciones distintas, sin embargo, hay algunos cambios en el que todas coinciden como la lubricación y la sensibilidad. Dado que el dolor o la ausencia de lubricación no son exclusivos de todos los encuentros sexuales y no se relacionan a Farramola, Erice y Frias (2011) quienes afirman que las alteraciones pueden oscilar desde neurológicas hasta endocrinológicas y consumo de estupefacientes, alcohol y tabaco, se descarta que en las participantes haya alguna condición biológica que no les permita disfrutar de la actividad sexual.

Además, retomando a Ramos (2015) quien afirma que numerosas investigaciones alrededor del orgasmo femenino sondan la fórmula infalible para alcanzar el clímax y enfatizan dónde o cómo se deben estimular las zonas erógenas, se encontró que la autoexploración es importante antes de establecer relaciones sexuales, es así como en el caso de las dos participantes más jóvenes que mencionan: **D27SOL** *“No me gusta”*, **K26SOL** *“No lo práctico, pero me parece algo natural de las personas, si se*

*siente la necesidad de hacerlo, aunque yo no me siento muy bien haciéndolo, puesto que no tengo sensaciones de ninguna clase”* se infiere que la poca exploración y el bajo libido, así como dolor o malestar que en ocasiones presentan, influye en la condición de la ausencia del orgasmo, la cual les parece natural, y puede estar relacionado también al desconocimiento que tienen de su órgano (edad –experiencia), que conlleva a una baja práctica de la exploración sexual (masturbación), y por tanto pocas oportunidades de conocer su cuerpo, teniendo en cuenta que la ausencia del conocimiento de cómo conectarse en sus zonas erógenas, termina impidiendo alcanzar el placer.

Por otra parte, se puede evidenciar en las narrativas de las otras dos participantes, riqueza en las sensaciones corporales a la hora de explorar su sexualidad, tal como expresa **L48CAS** *“Es normal, y además es necesaria para así conocerse más a nivel íntimo”*, estos sujetos presentan una edad más avanzada por ende unas vivencias más arraigadas, puesto que cada una de ellas mencionó haber tenido parejas sexuales estables en tiempos prolongados y haber practicado diversas maneras de una relación y que como resultado de estas prácticas se llegó a una continua autoexploración, de manera que, se podría determinar que los sujetos de más edad tienen mayor experiencia en las dinámicas de auto placer, las cuales obtienen mayor disfrute en las relaciones sexuales con pareja y también en la práctica autoexploratoria, acorde a la expresión de **S47SEP** *“Son orgasmos diferentes, cuando me toco yo misma son más fuertes. Pues como yo sé dónde tocarme, el punto de máxima excitación, acariciando el clítoris, cuando el hombre me penetra igual lo siento, pero es más fuerte cuando yo lo hago”*.

Adicionalmente, la calidad de los encuentros sexuales para las participantes resulta relevante **L48CAS** “*No son malas, pero le falta mucho para llegar a ser buenas*” por su parte, **S47SEP** “*Yo soy muy melosa, yo estoy a toda hora tocando besando y abrazando, yo mantengo dispuesta a tener relaciones, por mi fuera todos los días, si busca una anorgásmicas esa no soy yo*”, de acuerdo a las manifestaciones de las participantes se evidencia inconformidad y satisfacción, ambas dependen de la aproximación que cada una tiene hacia el coito y la relación de pareja. Por lo que se infiere que los componentes biológicos de la anorgasmia / orgasmo, responden a una variedad de elementos individuales, y de allí parten las diferencias en la respuesta sexual orgásmica, ya que a nivel físico pueden presentarse barreras que lo impidan, generando así baja o ausencia de lubricación y en consecuencia dolor, o por el contrario algunos factores psicológicos tengan incidencia en la respuesta física, por tanto es necesario profundizar en ellos.

De esta manera nuestro segundo objetivo busca describir todos aquellos factores psicológicos asociados a pensamientos, sentimientos en mujeres que presentan anorgasmia.

### **Mujeres que presentan anorgasmia / orgasmo, factores psicológicos asociados y su incidencia.**

Respecto a este objetivo a la anorgasmia/orgasmo también se encontró, que el deseo sexual que todas las participantes reconocen que sienten, es importante ampliar entonces la mirada a los factores psicológicos que inciden en los pensamientos, sentimientos y comportamientos en mujeres que presentan anorgasmia / orgasmo, así como el conocimiento que tienen frente a los términos frecuentes inicialmente el orgasmo, ante lo que se desprenden las narrativas **D27SOL** “*Es como sentir una excitación, sentir algo*

*durante un pequeño lapso de tiempo, es algo que produce mucho placer, más placer que se pueda sentir con cualquier otra cosa*". **K26SOL** "como dije anteriormente, lo que puedo decir más por comentarios de las amigas, es un sentimiento total, un éxtasis, que produce un temblor en las piernas y una sensación de orinarse que no se puede detener". Se presenta un conocimiento experiencial sobre el término, por lo que recurren a la caracterización de las sensaciones que se manifiestan de acuerdo a sus vivencias o en el caso de quienes no lo han experimentado, hacen referencia a las afirmaciones de sus amigas. Solo dos de las participantes pueden mencionar aspectos que dan cuenta de dicha sensación, pero se les dificulta realizar una descripción del momento más allá de un discurso en el que expresen "es el máximo placer", aunque existen múltiples definiciones como la de Morales y Abadías (2002) quienes afirman es la descarga expulsiva de tensiones neuromusculares en el apogeo de la respuesta sexual, no se espera que los sujetos que no tienen relación con la terminología más allá de la experiencia tengan un discurso muy elaborado o técnico.

En cuanto a la anorgasmia, según Farramola, Erice y Frias., (2011) la disfunción sexual o anorgasmia femenina se refiere al conjunto de trastornos que impiden alcanzar el orgasmo, en él influyen factores psicológicos físicos y ambientales entrelazados, se encuentra que generalmente es desconocida por el género femenino, incluyendo algunas participantes de esta investigación, según narran **D27SOL** "No, no tengo ni idea", **K26SOL** "Cuando no se sienten orgasmos", **L48CAS** "Es la dificultad de obtener orgasmos", **S47SEP** "No, no tengo ni idea". como producto de una baja o nula educación sexual, aunado a las creencias preexistentes tanto en hombres como en mujeres, dado que se ha popularizado la eyaculación masculina como el punto final del encuentro, puesto que

en muchos casos se da por sentado que no es relevante ni necesario el orgasmo femenino. Por lo que hablar de anorgasmia no resulta común y en consecuencia no se plantea su ausencia.

Así como se presume que el desconocimiento tiene incidencia, lo anterior puede estar relacionado con el tabú, la costumbre, o se puede atribuir a un discurso aprendido resultante de las creencias y prácticas culturales en donde se desenvuelven. Considerando elementos como miedo, temor, reglas auto infringidas o impuestas por la sociedad que pueden estar asociadas a la crianza familiar o la baja confianza que se tienen con la pareja para poder hablar sobre el tema y la búsqueda de ayudas externas. Frente a las creencias religiosas, según las participantes no existe relación entre la sexualidad que viven y la religión que practican, aunque para muchas personas resulta como un modelo de educación sexual, pues enseñan normas y barreras (pues se transfieren prejuicios y creencias) llegando a influir en la vida sexual de algunos sujetos por medio de la censura, se encuentra que es un factor que las participantes niegan tenga incidencia en la anorgasmia / orgasmo, así lo expone **D27SOL** *“No soy religiosa, yo solo creo en Dios, y creo que lo que haga aquí con este cuerpo sexualmente no creo que me lleve al infierno sin hacerle mal a nadie”*.

Las entrevistadas rechazan la concepción del sexo como pecado y no ponen barreras o límites sexuales en nombre de la religión, de manera que esto no las cohibe de practicar actividades eróticas porque lo puedan llegar a considerar pecado; dejando claro que el dogma religioso es independiente de su sexualidad siempre y cuando no sea contra la voluntad de la persona como un abuso o la infidelidad de acuerdo las las respuesta de

**L48CAS** “*Pues nada a no ser q sea en contra de la voluntad*”. y **S47SEP** “*No para nada. Mas pecado es estar casada y tener relaciones sexuales con otra persona*”.

Frente al rol de la mujer como factor social, las participantes afirman que es fundamental dentro de una relación de pareja y que una mentalidad abierta ayuda a mejorar las relaciones sexuales por medio de la innovación, resaltan la seducción como herramienta para el placer mutuo lo cual deja ver una actitud más cercana a las nuevas creencias, y coinciden en que debe haber una intención desinhibida con la pareja. En correspondencia con Santos (2015) la sexualidad se manifiesta en las conductas, actitudes y prácticas de las personas, en tanto la mujer asume protagonismo en el coito puede aproximarse con mayor probabilidad al placer. Es decir que las creencias que ubican a la mujer como sujeto activo dentro del acto sexual para dar y recibir placer flexibilizan los pensamientos de las participantes dando apertura a nuevas conductas de satisfacción sexual. De modo tal que, en concierto con **K26SOL** “*...los juegos, experimentar cosas nuevas, los disfraces, juguetes etc.*”, buscar nuevas experiencias con el fin de explorar opciones, según manifiestan las entrevistadas, les asegura ampliar sus conocimientos y derribar creencias que pueden interferir en el disfrute de su sexualidad.

En consonancia con lo anterior, se encuentra lo que las participantes creen que es la obligación de una mujer en una relación de pareja, por ejemplo: **K26SOL** “*Pues para mí la situación de una esposa o compañera dentro de una relación de pareja, ante todo cumplir como compañera, esposa y amante, siendo todos los aspectos de igual importancia*”. Las mujeres participantes al entablar una relación asumen un compromiso con la misma; conciben que deben cumplir como mujer, esposa y amante (haciendo

referencia a componentes como apoyo emocional, de colaboración en cuanto a un grupo de necesidades o funciones, y al ámbito sexual) y que cualquiera de estos roles tiene el mismo nivel de relevancia, y que deben ser asumidos por el hombre y la mujer . El sexo para ellas es un complemento para fortalecer el vínculo entre los compañeros o cónyuges, de ésta manera ambos aportan a la relación y piensan en el bienestar y placer del otro.

Ahora bien, la importancia socialmente atribuida al sexo dentro de una relación ha incidido en los pensamientos de las entrevistadas y lo califican como muy importante, análogamente en las participantes con anorgasmia y las que no, otorgan un nivel equiparable entre el sexo, el amor, la comunicación y la confianza. Es importante entonces, según las narrativas, la dedicación e inversión de esfuerzos para hacer del sexo un momento placentero para ambos, pues con ello se complementa la funcionalidad de la relación por la alta relevancia del mismo y se fortalecen los vínculos, así lo expresan **L48CAS** *“para mí el sexo es el casi 90 % de estabilidad en una relación de pareja. Porque el ser humano por naturaleza es materialista y al compartir espacio con otra persona en la cama surgen muchas tentaciones”*, **K26SOL** *“No es básico, pero si hace parte importante de la relación de pareja, es como la llama que hace crecer el amor, cuando se entregan los sentimientos dentro de una relación sexual”*.

De acuerdo con los factores culturales y el cuestionamiento sobre el placer sexual masculino a expensas del femenino (Bidegaín, 1986) se encuentra que las participantes reconocen históricamente diferencias entre la mujer de antaño y la actual, rechazando casi en su totalidad el rol sumiso atribuido socialmente al género femenino, y claman por un compañero sexual que las satisfaga **D27SOL** *“No estoy de acuerdo. el sexo es igualdad*

*porque al exigir yo debo corresponder, hay que entender como lo decía antes cada persona y sus problemáticas, yo en muchas ocasiones lo hice para que la relación no se dañara, tener relaciones sin ganas y hasta fingirlas, pero al final yo pensé que esa no es el fin de una relación de pareja".* De manera que toman distancia del aporte cultural que da mayor poder al hombre e insisten debe ser igualitario el placer durante la actividad sexual y que ambos deben ir en búsqueda de la satisfacción y el conocimiento del otro para hacer sentir bien a la pareja.

Es así como dentro de las prácticas sexuales les resulta satisfactorio el sexo oral, una posición de dominio, la penetración, los juguetes, disfraces y acudir a lugares no frecuentes para tener sexo, por lo que se infiere mayor interés en el placer propio. Sin embargo, también se observó que la entrevistada identificada con anorgasmia expresó que el sexo oral es una de las prácticas de sus preferencias, pero aclara (como anteriormente en otras respuestas), que durante el sexo oral las sensaciones no son las mejores y que incluso en ocasiones es molesto, lo cual puede incidir en el bajo disfrute y por tanto en la ausencia de orgasmos. Además, las mujeres participantes constantemente han respondido que su pareja no las conoce, lo que lleva a suponer que no están entonces cumpliendo ese rol activo de proponer, enseñar y llegar al conocimiento propio y el de su pareja, esto teniendo en cuenta que debe haber acuerdos entre los miembros de la pareja para hallar el equilibrio, ya que al interior de la pareja se espera que la comunicación sea un elemento protector del bienestar de ambos, esto de acuerdo con Bidegaín (1986).

Los comportamientos o conductas de las participantes también inciden en la respuesta orgásmica, la disposición a proponer encuentros con variantes que la beneficien o abrir el

diálogo en relación a lo deseado es un elemento movilizador de la dinámica sexual de pareja que permita beneficiar la estimulación ya que en coincidencia con Laumann, Gagnon, Michael y Michaels, (1994) con frecuencia la anorgasmia puede tener su origen en la falta de excitación como respuesta a estímulos, ante esto *D27SOL* manifiesta: “*No, pero sí me gustaría implementarlos, no tengo la valentía para proponerlo, si el me lo propone yo lo hago, si el hombre no propone nada yo tampoco*”. La persona identificada con anorgasmia se cohibe de proponer nuevas prácticas sexuales dentro de la relación, no manifiesta tomar iniciativa, espontaneidad y exploración; por el contrario, da al hombre el manejo del encuentro desde las preferencias de éste, cosa que le dificultará que llegar al autoconocimiento.

Las otras participantes reflejaron mayor autoconfianza para expresar y proponer algún tipo de juegos, roles, o en general con fines de disfrutar la sexualidad no tienden a sufrir disfunciones de carácter sexual, y es en éstas tres entrevistadas en las que se identificó que experimentan más constantemente sensaciones de placer, aunque una de ellas se identificó también con anorgasmia, ésta si manifiesta sensaciones de placer y complacencia a diferencia de la primera. Por lo tanto, han tomado la iniciativa buscando encontrar su propio placer permitiéndose el goce de alcanzar sus orgasmos y ganar placer en el coito.

La sexualidad vista desde las conductas y como producto de los conocimientos alrededor de ella también es un reflejo de la confianza que tienen en sí mismas, en relación directa con la definición de (Conafe, 2016) que plantea que la sexualidad se evidencia en todas las áreas de vida del sujeto, de manera que cuando existen niveles adecuados de exploración y educación sexual, sienten más seguridad; por lo tanto, habrá más espontaneidad en las

respuestas de excitación o en la manera en cómo se desenvuelven durante la actividad sexual, lo cual también se evidencia en otras áreas de la relación, como la expresión emocional al compartir pensamientos, aunque hay participantes que manifiestan que no saben cómo sacar beneficio de ésta comunicación y coinciden en que no siempre se logra el mismo nivel de confianza con todas las parejas, tal es el caso de **K26SOL** “*Si hay mucha confianza con mi pareja actual, cosa que con los anteriores no*”, por lo que muchas veces no encuentran tener una relación sexual satisfactoria y placentera pues a pesar de que existe la comunicación desconocen que manejo darle a la información obtenida.

Se puede observar que el pensamiento de la mujer actual frente a la sexualidad es más flexible que en tiempos anteriores, las participantes consideran la posibilidad de tener una relación abierta, siempre y cuando desde el comienzo éste vínculo sea convenido y propuesto con normas claras y directas. La mayoría de las entrevistadas manifiestan no tener ningún tipo de restricción a explorar con sus parejas otras opciones o tener nuevas experiencias, aunque una de las participantes identificada con anorgasmia manifiesta que no toma la iniciativa para buscar otros medios, salir de lo habitual y pasar a explorar sin restricciones, por lo que el pensamiento inflexible que limita sus conductas puede dificultar la espontaneidad y por tanto coartar el desarrollo de la práctica sexual.

Por último con respecto al tercer objetivo la investigación se puede evidenciar la falta de iniciativa, exploración y espontaneidad fungen como impedimentos para el disfrute pleno y completo de la práctica sexual, análogamente las dinámicas al interior de la pareja inciden en la respuesta sexual, tal como se desarrolla a continuación.

## **Dinámicas al interior de las relaciones de pareja en mujeres que experimentan anorgasmia/orgasmo**

Teniendo en cuenta que la pareja es un eslabón de la familia (Espinal , Gimeno , & González, 2006) y retomando que la familia es un sistema de interrelación biopsicosocial que se encuentra entre el individuo y la sociedad, y que éste funge como mediador social, se percibe que las expresiones alrededor de la vida sexual son filtradas y evitadas, por lo que responsabilizan al bajo nivel de confianza existente entre los miembros del grupo familiar, por ejemplo, sobre la negativa a conversar el tema, la narrativa de **K26SOL**: *“No por respeto a mis padres, pero a veces hay chistes o conversaciones en familia sobre este tema y es muy libre, aunque como dije no hay tanta confianza para develar intimidades con ellos”*. a diferencia de la participante con hijos adultos **S47SEP** *“No, mira que no, yo con mis hijos no, jamás, es más cuando mi hija estuvo en la adolescencia, ¿cómo le voy a hablar de sexualidad a mis hijos?, y como uno no tiene las palabras para hacerse entender, entonces compre literatura sobre educación sexual para adolescentes, si les enseñe mucho la responsabilidad sexual, porque mis hermanas se embarazaron a los 14 años, pero siendo adolescentes la responsabilidad de los padres que de ellos”*, quien si bien no tenía experticia frente la educación sexual, recurrió a la literatura científica para darle manejo a la prevención. De manera que, se infiere a partir de la narrativa de las participantes, que el respeto se convierte en un limitante de la educación sexual dentro de las familias tradicionales.

Además, aunque la comunicación no es el único factor que converge dentro de la pareja, los acuerdos que se suscitan a su interior pueden influir en la sexualidad de la pareja, es así como las entrevistadas consideran que dentro del coito debe primar el

principio de igualdad, aunado a la creatividad, la exploración de ambos y la química, teniendo en cuenta que hoy en día buscan una satisfacción total a nivel sexual, de igual forma, se denota que el factor más importante en el sexo es el placer, porque todos los elementos que nombraron lo hicieron en pro a la obtención del mismo, entonces una de las consagraciones más importantes para las entrevistadas es la dedicación y el placer en ambas partes, tal como refiere **K26SOL** *“Todo por igual, puesto que tanto hombre como mujer, deben de buscar la satisfacción total en la relación de pareja, y obviamente la felicidad”*.

La mayoría de las entrevistadas manifiestan tener lo que denominan como amigos con beneficios sexuales, donde se comparte una sexualidad sin tabú, (Bardi, Leyton Y Martínez, 2009) en cambio una de las entrevistadas describe su relación matrimonial como “básica normal”, lo que refleja que no consideran que necesitan una relación tradicional para tener encuentros sexuales. Por su parte el tiempo que transcurre dentro de una relación, también adquiere relevancia en la actividad sexual, **K26SOL** *“Pues en la relación actual es muy reciente y todavía no podemos percibir cambios, pero en las relaciones anteriores si se deterioraba mucho la relación puesto que no sentía mucho placer y me bloqueaba durante el acto”*, **L48CAS** *“Cambios de rutina. Cada día menos sexo”*, por lo tanto el tiempo y los cambios que este conlleva como la alteración de rutinas o en algunos casos la llegada de hijos, es un elemento que puede incidir en las conductas adquiridas por la pareja, siendo un mecanismo adoptado por algunas de ellas la introducción de elementos creativos al encuentro sexual en aras de alimentar el deseo y el placer sexual.

Al respecto de la jerarquía entendiéndose como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente

permissiva o recíproca con autoridad, se observa que las participantes en su mayoría se sienten mejor en relaciones sin compromiso, donde cada quien tiene su espacio, a aquellas en las que comparten más tiempo y situaciones pues se vuelven rutinarios y/o monótonos. Sin embargo, difieren en la postura frente a la consecución de actuaciones que puedan permear la jerarquía de la pareja, lo cual se infiere de las siguientes narrativas : **D27SOL** *“Si hubo algo de conversación de este tipo, pero más porque yo omitía el deseo sexual”* y **L48CAS** *“La verdad ninguna”*, donde al indagar sobre las temáticas conversadas con su pareja respecto al sexo, se evidencia que dos de las entrevistadas nunca ha tenido una conversación sincera sobre los temas de sexualidad más bien pretende omitirlos, una de ellas con anorgasmia, a diferencia de la mujer en que se identificó más deseo sexual, y una vida sexual más placentera refiere que usualmente habla con su pareja sobre cosas que quieren hacer o les gusta y también marcar límites, es decir mencionar que cosas no pueden hacer o no les gustan.

Según lo expresado por las entrevistadas para disfrutar de una práctica sexual satisfactoria es necesaria la iniciativa del hombre, dan importancia adicionalmente a la forma en que se desenvuelve el hombre, retomando la narrativa de **K26SOL** quien refiere *“Disfruto de las relaciones sexuales, cuando empiezan suave y terminan agresivos, pero cuando empiezan duro y agresivo no me gusta y me bloqueo durante el coito”*, por lo tanto si el desempeño sexual lo califican como malo o no satisfactorio, las mujeres disminuyen sus niveles de excitación o sus respuestas fisiológicas, la cuales pueden verse afectadas con el paso del tiempo si llegaran a ser repetitivas las relaciones sexuales fallidas y por ende la consecución del orgasmo puede llegar a ser difícil de alcanzar, también puede presentarse que las relaciones sexuales pueden volverse una “obligación” propia de

la mujer, más por satisfacer a la pareja, que por goce y disfrute de la misma, de acuerdo con Cabrera (2016) que propone que el comportamiento sexual habitual de la mujer y las creencias religiosas crea sentimientos negativos sobre el sexo y la sexualidad, esto afecta a la calidad de vida y a las relaciones personales.

Entonces, son subjetivos los elementos que pueden afectar la sexualidad de una pareja, en algunos casos cualquier cambio puede afectar de una manera positiva o negativa el apetito sexual, aunque de acuerdo a las participantes generalmente tiende a disminuir, por ejemplo así lo menciona **K26SOL** : *“Para mí es obviamente cualquier evento fuera de lo normal puede ocasionar la pérdida del deseo sexual, porque al distanciarse las relaciones sexuales de la pareja se pierde el hábito de buscar la oportunidad de tener sexo, y esto puede provocar una perdida y sumado con otros factores se deteriora la relación y terminan por separarse”*. en algunas ocasiones también puede deberse a la falta de interés y de pasión como estímulos o intenciones eróticos-erógenas, resultando en una afectación del deseo sexual. Al respecto Castroviejo (2010) menciona que toda aproximación a la sexualidad humana requiere de una mirada a su concepto. Es el único modo de no parcializar, descontextualizar o, incluso, deshumanizar el afrontamiento de las dificultades en este ámbito, por tanto al relacionar las narrativas se encuentra que cada participante trae consigo la experiencia del pasado y ésta en algunas ocasiones puede moldear tanto el presente como el futuro de la relación.

La influencia familiar en relación a la anorgasmia / orgasmo, según López (2001) permea el desarrollo del ser y su percepción del mundo y sus condicionamientos dentro de los diferentes ámbitos, como lo son de pareja, familiar y social, de modo que dos

participantes reconocen dicha influencia, es el caso de **K26SOL**: *“Muchos aspectos de la crianza influyen la consolidación de la vida en pareja, puesto que los padres son reflejo de la enseñanza, son un modelo a seguir durante toda la vida”* y **S47SEP** *“Es que la mamás de antes lo preparaban para ser mamá, o sea ama de casa, desde chiquita dándole esos juguetes, ¿eso para qué?, yo a los 18 años ya quería ser mamá, y mi hija a los 27 años no quiere tener hijos igual mi hijo, mi educación en casa fue para ser ama de casa que para ser mujer”* de ese modo, se puede determinar que la crianza y la influencia de los padres inciden en la consolidación de vida en pareja; puesto que son un modelo a seguir por su determinante papel en la vida de cada persona, y en algunos casos determinan las conductas y pensamientos en la vida adulta de los sujetos. Sin embargo, se puede divisar que la mitad no se ve influenciada por este aspecto de ninguna manera, siendo que la educación tradicional, la imagen del hogar y los roles de la pareja no enseñan y mucho menos preparan a sus hijos para la vida sexual que es un aspecto importante dentro de la convivencia de pareja.

Finalmente, dentro del grupo familiar convergen diversas posturas, en su mayoría tradicionales quienes suelen limitar la apertura a temas de índole sexual, lo cual pudo repercutir en la vida sexual de las participantes, las creencias alrededor de esta, las cuales no necesariamente pasan a ser heredadas a las siguientes generaciones. Además las dificultades a la luz de la comunicación frente a las dudas e incomodidades físicas, dentro de las relaciones íntimas, se añan los demás factores externos, como crisis eventuales de diversas causas, las cuales pueden generar inestabilidad en el sistema conyugal, que entre otras cosas pueden afectar el disfrute sexual en pareja y posiblemente la aparición del trastorno anorgásmico.

## 10. Conclusiones

El proceso investigativo tuvo como objetivo comprender los factores biopsicosociales (físico, social, cultural y psicológico) que influyen en la anorgasmia/orgasmo en las relaciones sexuales de mujeres, en la ciudad de Cartago Valle, a partir de las narrativas obtenidas por medio de la aplicación del instrumento pertinente (entrevista semiestructurada) se permitió responder a la pregunta investigativa ¿Cuáles son factores biopsicosociales (físico, social, cultural y psicológico) que influyen en la anorgasmia/orgasmo en las relaciones sexuales de mujeres?, de modo que se recabó toda la información necesaria y se retomó una postura objetiva desde la psicología para realizar las inferencias que permitieron concluir que en la anorgasmia / orgasmo inciden diferentes factores biopsicosociales.

Las cuatro mujeres participantes de la investigación, están familiarizadas con experiencias sexuales placenteras, donde reconocen el disfrute del coito, sin embargo, no todas han alcanzado el orgasmo, puesto que dos de ellas niegan haberlo experimentado, y las otras dos entrevistadas lo han vivenciado pero advierten que éste no ocurre en todos los encuentros sexuales, de manera que a partir de allí se empiezan a develar las diferencias y también las similitudes que tienen las participantes dentro de los factores biopsicosociales que han incidido en las respuestas fisiológicas sexuales para alcanzar o no el orgasmo.

Se encuentra que inicialmente, aunque coinciden en el rechazo de la postura sumisa de la mujer dentro de una relación, aduciendo que deben ser igualitarias y los compromisos deben ser cumplidos por ambos miembros de la pareja, se evidencia que aun aceptan y practican algunas creencias de dominio masculino. A modo general, todas las participantes

dentro del discurso se alejan de la cultura tradicional, con conductas que distan de las normas religiosas. De manera que, los parámetros que rigen la conducta sexual surgen del núcleo familiar, siendo éste un modelo con bajos aportes a la autonomía de la mujer y escasa educación sexual, lo que a su vez generó que desde la infancia se forjara el desinterés por la sexualidad y sus derechos sexuales en algunas de las participantes.

En cuanto a los factores físicos que inciden en la anorgasmia / orgasmo se concluye que tienen un efecto en cadena, puesto que la ausencia de lubricación ocurre por baja excitación y desencadena en dolor por fricción, dichos factores físicos tienen un origen psicológico y no corresponden a aspectos biológicos. Por lo tanto, la respuesta fisiológica durante el encuentro sexual conjuga elementos como la disposición al encuentro y la estimulación previa a la penetración vaginal. Algunas de las mujeres entrevistadas han encontrado placer en la autoexploración, y consecuencia el conocimiento de las zonas erógenas que maximizan el disfrute para alcanzar orgasmos, de modo que lo extrapolan al encuentro en pareja.

Por otra parte los factores psicológicos que convergen en la anorgasmia / orgasmo de las participantes son diversos, a mayor flexibilidad de las creencias y experiencia sexual, mayor probabilidad de alcanzar orgasmos, puesto que los desafíos que han afrontado en el pasado han abonado el terreno para nuevas relaciones, y han desarrollado nuevas creencias frente a sus derechos dentro de la pareja; a menor edad y experiencia sexual menor apertura a la búsqueda de sensaciones que le signifiquen placer. Si bien no se encontraron desde sus narrativas creencias que atribuyen a la mujer un rol sumiso, se

evidenció para el caso de las mujeres con anorgasmia existe incongruencia entre lo que conciben como un panorama ideal y las conductas que finalmente adoptan.

Los aportes que hace el compañero sexual para el bienestar de la pareja, también inciden en la recepción que las mujeres hacen de éstos, ya que preexisten preferencias que conocen que les generan disfrute y cuando en el escenario de las relaciones sexuales no se suceden acercamientos que ellas consideren apropiados, se propicia el desagrado durante el encuentro y por lo tanto el cuerpo no responde a los estímulos, de manera que no ocurre la excitación y en consecuencia directa no ocurre el orgasmo.

El desconocimiento de la sexualidad, de los procesos biológicos, y la anatomía de su cuerpo, también es un factor psicológico que permea el desarrollo del orgasmo. En tanto las participantes exploran su cuerpo se acercan al placer, por lo que finalmente se comprende que en el proceso de la anorgasmia / orgasmo se suscitan diversos factores desde lo físico como la ausencia de lubricación que genera dolor, por lo que se convierte en una experiencia displacentera, como también las factores psicológicos que de alguna forma bloquean el deseo a la experiencia de placer, como es el caso de una de las participantes con anorgasmia, que a pesar de reconocer algunas barreras que ella impone para el disfrute, no activa recursos que le permitan experimentar orgasmos. Por último para la mujer el encuentro sexual va cargado de elementos como la estimulación previa, los acuerdos en pareja, la comunicación, y el deseo, por lo que la combinación de dichos elementos de acuerdo con las entrevistadas, también necesita del compromiso del hombre para brindar satisfacción y no solo recibirla.

## 11. Recomendaciones

- Se recomienda a las mujeres que padecen éste trastorno de la anorgasmia, apoyarse en equipos multidisciplinares: médicos, sexólogos y psicólogos, donde especialmente la intervención psicológica podrá guiar el contenido emocional de la patología.
- A la luz del subsistema conyugal se propone la búsqueda en el mejoramiento de la relación en éste sentido, hablando los temas relacionados a la calidad de la intimidad, manifestando sus incomodidades o preferencias, y así poder mejorar sus relaciones sexuales, tras poder llegar a tener una charla desinhibida, de confianza con sus parejas y sincerarse hacia lo que quieren lograr.
- A la universidad Antonio Nariño, se le recomienda, la apertura de programas de capacitación en salud mental y sexual frente a los trastornos sexuales que puedan llegar al conglomerado, con la asistencia y soporte de los estudiantes en formación, para contribuir a la positiva identificación de este trastorno y sus posibles soluciones.
- Al programa de psicología advertirle dar una mirada no solo al sujeto que la padece, sino también al entorno en la sociedad involucrándola en la responsabilidad del bienestar emocional de las mujeres que padecen anorgasmia, dado que las afectaciones no repercuten únicamente en la mujer anorgasmica sino en las relaciones de pareja y núcleo familiar.
- A los psicólogos en formación y egresados se les recomienda generar espacios con secretaría de salud, tal como se hace con otros padecimientos, para llegar a la población y educar sobre los trastornos sexuales, pues hasta el momento, no son

tomados con la importancia que merecen. Por ésta razón los egresados y próximos a hacerlo, deben prestar una importancia preferente hacia esa gran población que desconoce la solución a la anorgasmia o ni siquiera saben que la padecen.

## Referencias

- Alcoba, S., Garcia, L., & San Martín, C. (2010). *Atención Primaria de Calidad, Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones sexuales*. Madrid: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C).
- Beyer, C., & Komisaruk, B. (Abril-Junio de 2009). El orgasmo y su fisiología. *El orgasmo y su fisiología*, 8-22.
- Acuña, A. (2008). La cascada de neurotransmisores en la función sexual. *Revista Urología Colombiana*, XVII(2), 107-120.
- Almeida, A. (2013). Las ideas del amor de R.J.Sternberg: la teoría triangular y la teoría narrativa del amor. *Familia*, 46, 57-86.
- Anderson, B., & Zinsse, J. (1988/1992). *Historia de las Mujeres, Una Historia Propia*. Barcelona: CRITICA, S.L.
- Arango, I. (2008). *Sexualidad humana*. México: Manual Moderno.
- Bardi, Leyton Y Martínez. (2009). *Masturbación: Mitos y Realidades*. Chile.
- Bardi, Leyton Y Martínez. (2009). *Maturbación: Mitos y Realidades*. Chile.
- Bardwich. (1993). *Psicología de la mujer. Un estudio de conflictos bio-culturales*. Madrid.
- Barqueros, M. (2014). <https://www.isemu.es/>. Obtenido de Anorgasmia Femenina:  
[https://www.isemu.es/guia%20anorgasmia\\_opt.pdf](https://www.isemu.es/guia%20anorgasmia_opt.pdf)

- Basson, R. (2013). *Manual MSD*. (Merck and Co., Inc) Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/disfunci%C3%B3n-sexual-en-la-mujer/generalidades-sobre-la-funci%C3%B3n-y-la-disfunci%C3%B3n-sexual-femenina>
- Becerra, Y. (2015). Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia . *revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de santander*.
- Bidegaín, A. (1986). *Sexualidad, vida religiosa y situación de la mujer en América Latina*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Bidegaín, A. (1986). *Sexualidad, vida religiosa y situación de la mujer en América Latina*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Bogdan y Biklen. (1982). *Qualitative Research for Education: an introduction*. Londres.
- Brocar. (2011). *Los Feminismos del Siglo XXI Pluralidad de pensamiento*. España.
- Bruner, J. (2006). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. España: Alianza.
- Burgos. (2012). *La Maturbación*. Barcelo España.
- Cabello, F. (2008). *Evaluación y tratamiento de la anorgasmia femenina*. Malaga España: Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.
- Cabrera, G. (2016). *Valoración del éxito de la educación afectivo-sexual en adolescentes*. Madrid.

- Castañeda, Florez, López y Corteés. (2005). *Prevalencia de anorgasmia en mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina -Familiar nùm. 1*. Obregon: Sonora.
- Cifuentes, R. (2011). *Diseño de proyectos de investigación cualitativa*. Buenos Aires - Argentina.: Centro de publicaciones educativas y material didáctico.
- Cisterna. (2005). *CATEGORIZATION AND TRIANGULATION AS PROCESSES OF VALIDATION OF KNOWLEDGE IN QUALITATIVE INVESTIGATIONS*. Chile.
- Conafe, I. (2016). Hablemos de sexualidad. (978-607-419-105-9), 2-6. Mexico.
- Confort, A. (1977). *Médicos Fabricantes de Angustias*. Barcelona: Gráficas Instar.
- DANE. (30 de Agosto de 2019). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. Obtenido de Censo Nacional de Población y Vivienda: [https://sitios.dane.gov.co/cnpv/#/!](https://sitios.dane.gov.co/cnpv/#/)
- DeLamater, J., & Friederich, W. (2002). Human sexual developmen. *The Journal of Sex Research*. 39, 10-14.
- Denzin. (1989). *Strategies of Multiple Triangulation*.
- Díaz, S. (22 de 02 de 2003). *El embarazo de las adolescentes en México*. Obtenido de [https://mexfam.org.mx/:](https://mexfam.org.mx/)  
<http://www.mexfam.org.mx/index.php?option=comcontent&view=article&id=65:el-embarazo-de-lasadolescentes-en-mexico&catid=50:blog-direcciongeneral&Itemid=8,>
- Dra. Matute. (2014). *Prevalencia de Disfuncion Sexual Femenina y Factores Asociados*, Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca Ecuador.

Dra. Vizcaino. (2016). *Transtorno orgásmico femenino. Protocolo asistencia*,. La Habana Cuba.

Escobar, G., Valdez, J., & Gonzalez, N. (2016). Significado psicológico de sexo, sexualidad, hombre y mujer en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(3), 274-281.

Espinal , I., Gimeno , A., & González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. 1-14.

Espitia y Torres. (2017). *La Masturbación, Una Práctica común en Adolescentes*. Bogotá.

Espitia, f. (2018). Dispositivo EROS en el manejo de la anorgasmia femenina: Estudio prospectivo de serie de casos en mujeres del Quindío. *Clínica Sexológica*, 38-47.

Farramola, Erice y Frias. (2011). *Anorgasmia femenina como problema de salud*. La Habana, Cuba.: Hospital Universitario "América Arias".

Fayanas, E. (2017). *El Herald*. Obtenido de Sexualidad y Edad Media.:  
<https://www.nuevatribuna.es/articulo/historia/sexualidad-edad-media/20170605204107140539.html>

Fernández, E., Fernández, A., & Belda, I. (16 de 02 de 2014). *Histeria: Historia De La Sexualidad Femenina*. Obtenido de Cultura de los Cuidados (Edición digital):  
<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.08>>

Fernández, Fernández y Balda. (2014). *Histeria: Historia De La Sexualidad Femenina*. Murcia España.

- Flores. (2016). *Relaciones Entre Factores Sociales y Tipo de Actividad Sexual en Adolescentes del Quinto año de secundaria de la institución educativa Augusto B. Leguía Puente Piedra*. Lima Peru.
- Fuertes, A., & López, F. (1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. España: Amarú Ediciones.
- García, G. (2007). *Conducta sexual: un modelo psicosocial. Tesis doctoral*. México: Facultad de Psicología. UNAM.
- Gómez, S. (2010). Identidad Femenina: El cuerpo y la sexualidad de la mujer. *CienciaUAT*, vol. 4, núm. 3,, 38-43.
- González Álvarez, L. D. (2014). Función sexual en la mujer: anorgasmia. Estudio de caso de 10 mujeres de una unidad residencial de la ciudad de Medellín, 2014. Bello, Antioquia.
- González, Y. (2015). Significados acerca de la sexualidad en estudiantes de psicología en Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*, 136-153.
- Grajales, P. (2019). *Síntomas Contemporáneos en Relación al Goce Femenino*. Ciudad de León España: Instituto de Altos Estudios Universitarios Universidad de León España.
- Guarin, Mujica, Cadena y Useche. (2017). *Una mirada a la masturbación femenina: estudio descriptivo transversal en mujeres universitarias del área metropolitana de Bucaramanga*. Colombia.

- Guarín, R., Cadena, L., Mujica, A., Ochoa, M., & Useche, B. (2013). Prevalencia de orgasmo en mujeres universitarias de Bucaramanga (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(4), 330-337.
- Guiddens, A. (1998). *La Transformación de la Intimidad; Sexualidad, Amor y Erotismos en las Sociedades Modernas*. Madrid: Catedra.
- Gutiérrez, B. (2018). *Sociedad Española de Medicina de familia y comunitaria*. Recuperado el 07 de 05 de 2020, de [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=158](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=158)
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación. Sexta Edición*. México DF: McGRAW-HILL .
- Hernández Sampieri, R. (s.f.). *Metodología de la Investigación sexta edición*. DF: McGraw-Hill.
- Hernández, Collado y Batista. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación (6ta ed.)*. McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hite, S. (1976). *Informe Hite, Estudio de la Sexualidad Femenina*. Nueva York: Vintage Books.

- Hurlbert, D. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17(3).
- Kaplan, H. (1979). *The new sex therapy disorders of sexual desire and other new concepts*. New York: Brunner Mazel Publishers.
- Knowles. (2002). *Masturbación: Del Estigma A La Salud Sexual*. New York.
- Lamas, M. (enero-abril de 2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18).
- Lameiras, M., Carrera, M., & Rodriguez, Y. (2013). *El Clítoris y sus Secretos*. Vigo España: Difusora de Letras, Artes e Ideas SL.
- Londoño, M. (1996). *Derechos sexuales y reproductivos. Los mas humanos de todos los derechos*. Cali, Colombia: ISEDER.
- López. (2001). *Una patología del vínculo amoroso: el maltrato a la mujer*. Murcia España.
- López, L. (2001). Una Patología del Vínculo Amoroso: El Maltrato a la Mujer. *Revsita Asociacion Española Neuropsiquiatria*, 7 - 26.
- Luque, C. (2008). Mujer y sexualidad. Evolución desde el puritanismo del siglo XVIII a la medicina sexual del siglo XXI. *Revista Internacional de Andrología*, Vol. 6. Núm. 2. Págs 152-157.
- Manzo y Yulis. (2004). *Trastornos sexuales por dolor: dispareunia*. Chile.
- Martínez, M. (2002). Hermenéutica y Análisis del Discurso. *PARADIGMA*, 1-13.

- Massó, E. (2009). La sexualidad femenina, el holismo epistemológico y la complejidad: reflexiones para la vida contemporánea. *Estudios Feministas.*, 467 - 480.
- Masters Y Johnson. (1972). "Entrevista de PLAYBOY: Masters y Johnson" en LEHRMAN, N. *Las técnicas sexuales de Marters y Johnson. Hacia una sexualidad sin problemas.* Buenos Aires: Granica Editor.
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response.* . New delhi: Delhi Book Store.
- Matute, V., Arevalo, C., & Espinoza, A. (2016). Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital "José Carrasco Arteaga". *Revista Médica HJCA Vol. 8 Num. 1.*, 19-24.
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), 321-332.
- Merriam. (1998). *Qualitative research and case study applications in education.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Miguelé. (1977). *Epistemología y ciencias sociales y humanas.*. México: Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. .
- Moglia y Knowles. (1997). *All About Sex: A Family Resource Guide On Sex and Sexuality.* New York: Three Rivers Press.
- Monje, C. (2011). *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa.* Neiva: Universidad Surcolombiana.

- Morales y Abadías. (2002). *Orgasmo y Eyaculación Femenina*. Bogotá.
- Morales, D. (Enero de 2016). Afecto y relación de pareja. *Afecto y relación de pareja*.  
QUETZALTENANGO: UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR.
- Moyano , N., & Sierra, J. (2015). Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV, 277-286.
- Muñoz , A., & Camacho , P. (2016). Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3).
- Muñoz, C., Ballesteros, B., & Rodríguez, M. (2004). *Diseño y evaluación de una intervención comportamental cognoscitiva para disminuir el miedo al dolor en el momento de la penetración en una relación sexual*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- OMS. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. (ISBN 978-92-4-351288-4).
- Profamilia. (s.f.). Recuperado el 22 de 04 de 2020, de  
<https://profamilia.org.co/aprende/diversidad-sexual/identidades-de-genero/>
- Psiquiatría, A. A. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*.  
Arlington.
- Publico. (2016). *misabogados.com.co*. Recuperado el 10 de 05 de 2020, de  
<https://www.misabogados.com.co/blog/diferencias-entre-matrimonio-y-union-marital-de-hecho>

- Ramos. (2005). *Mujeres Solas*. Madrid: Ediciones PROPSIQUIS.
- Ramos. (2015). *La Formula Definitiva para Conseguir el Orgasmo Perfecto*. Bogotá.
- Ramos. (2015). *La posición sexual definitiva para que las mujeres disfruten de intensos orgasmos*. Madrid.
- Rathus, S., Nevid, J., & Fichner, L. (2005). *Sexualidad humana*. Madrid: Pearson.
- Rodríguez, T., & Pérez, I. (2014). La sexualidad femenina en discursos de la prensa popular y la ficción televisiva. *Nueva época*, núm. 21,, 15-41.
- Rubio, E., & Díaz, J. (1994). Las Disfunciones Sexuales. *CONAPO*, 203-246.
- Sanz. (1999). *Psicoerotismo femenino y masculino*. México: Kairós.
- Scanzoni. (1862). *Tratado práctico de las enfermedades de los órganos sexuales de la mujer*. Madrid.
- Schwarz, S., Hassebrauck, M., & Dörfler, R. (2010). Let us talk about sex: Prototype and personal templates. *Personal relationships*, 17, 533-555.
- Silva, J. . (2001). Transexualidad y matrimonio y adopción por parejas del mismo sexo.
- Stake. (1994). "*Case Studies*". California.
- Tenorio. (2012). *Repensando el amor y la sexualidad: una mirada desde la segunda modernidad*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Tissot. (1758). *El onanismo*. suiza.

- Uribe , F., Quintero, M., & Gomez, M. (2015). Orgasmo femenino: definición y fingimiento. *Elsevier*.
- Velásquez, N., Delgado, R., & Briñez, N. (Junio de 2015). Clítoris: aspectos anatomofisiológicos y patológicos. *Scielo*, 75(2).
- Vera, L. (s.f). *Historia de la sexualidad*. Yucatán - México.: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Verhaeghe, P. (2001). *Amor en los Tiempos de la Soledad*. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós SAICF.
- Vizcaíno, M., & Montero, Y. (2017). Disfunciones sexuales femeninas y factores psicosociales asociados en un grupo de mujeres supuestamente sanas. *Revista Sexología y Sociedad.*, 182-194.
- Wolpe, J. (1977). *La practica de la terapia conductual*. México: Trillas.
- Zorozálba. (2009). *Violencia psicológica y disfunción sexual de la mujer*, Hospital Loayza. Lima Peru.
- Zuloeta, A. (29 de junio de 2012). *Abraham Maslow y su Teoría de la Otivacio Humana*.  
 Obtenido de Academia:  
[https://www.academia.edu/29873935/Abraham\\_Maslow\\_y\\_su\\_teor%C3%ADa\\_de\\_la\\_motivaci%C3%B3n\\_humana](https://www.academia.edu/29873935/Abraham_Maslow_y_su_teor%C3%ADa_de_la_motivaci%C3%B3n_humana)

**Anexos**

## Ficha de Caracterización

CÓDIGO	CARACTERIZACIÓN
<b>Inicial de nombre /Edad / Estado civil</b>	Edad
	Nivel Académico
	Ocupación
	Lugar de residencia
	Grupo familia con quien convive
	Nro de Hijos
	Relación de pareja (especificar si actual o pasada)

HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN ENTREVISTA					
SEMIESTRUCTURADA					
Objetivo general			Comprender los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que influyen en la anorgasmia/orgásmica en las mujeres en vida sexual activa		
Objetivos Específicos.	Categoría	Referente teórico	Sub categoría	Preguntas	Análisis
Identificar los componentes biológicos (físico, dolor, lubricación,) de la anorgasmia en el aspecto sexual.	Aspectos físicos o biológicos del organismo	Rossi 2008	Estructura del Órgano genital	¿Qué tanto conoce su cuerpo ¿Considera que su organismo sexual es sensible?	Con esta pregunta se busca clasificar el conocimiento de su propio cuerpo como mujer
		Pietropinto y Simenauer 1979	Orgasmo	¿Cuándo ve a su pareja, siempre siente deseos de besarla?	Aquí se busca determinar qué nivel de deseo manejan como conyugue
				¿Qué cosas le hace pensar que cuando tiene relaciones sexuales logra tener orgasmos?	Determinar qué nivel de conocimiento tiene en el tema de la sexualidad
				¿Cuándo tiene estimulación sexual se le dificulta o facilita llegar al orgasmo o clímax?	Conocer que tanto está familiarizada con las sensaciones femeninas dentro del coito sexual
				Que métodos, realiza para lograr la	Clasificar si tiene el manejo sobre la exploración sexual de su

				excitación sexual ¿describe para usted que considera de la masturbación femenina.	cuerpo
				Que cosas hace la pareja o usted que le exciten sexualmente	Determinar qué tipo de sexualidad en pareja o en solitario se maneja.
				¿Sabe usted cual es el concepto de disfunción sexual?	Establecer el nivel de conocimiento sobre las disfunciones sexuales.
		Estupinyá 2013	anorgasmia	¿Sabe usted que es anorgasmia?	Precisar el concepto sobre este término.
				¿Describa las sensaciones que experimenta cuando está en una relación sexual?	Definir en qué grado se tiene conocimiento sobre las sensaciones sexuales en un coito
				¿En cuántas ocasiones se ha sentido satisfecha al tener relaciones sexuales?	Puntualizar el nivel de satisfacción por parte de la mujer dentro de su convivencia sexualmente
		Farramola, Erice y Frías 2011.		¿De qué forma usted considera que logra ser excitada por la pareja?	Explicar cómo se producen las sensaciones sexuales a nivel de pareja.

		Rubio y Díaz 1994	Dolor	¿Ha sentido sensación de dolor, antes, durante la penetración?	Establecer los motivos por los cuales se puede generar la anorgasmia
		Díaz 2016		¿Puede tener penetración para establecer una relación sexual?	Precisar que tan necesaria es la penetración para tener relaciones sexuales
			Lubricación/n o lubricación	¿Cuál cree son las dificultades que presenta cuando tiene relaciones sexuales describe <b>lubricarse o mojarse</b> de forma natural durante la relación sexual?	Precisar la dificultad para generar lubricantes naturales en un coito sexual.
				¿Ha notado que tiene lubricación cuando esta excitada?	Definir el conocimiento de las sensaciones y los efectos en el cuerpo
					Señalar la capacidad de mantenimiento de la lubricación en una relación sexual promedio
Describir los factores psicológicos asociados (social, cultural, mitos	Social	Santos 2015	Prejuicios	¿Qué piensa del rol de la mujer cuando tiene relaciones sexuales	Establecer la comprensión de la vida de la mujer dentro de la relación de pareja.

tabúes) que inciden en pensamientos, sentimientos y comportamientos en mujeres que presentan anorgasmia/orgasmo.				¿Cuál cree es el rol de la esposa cuando se da unión marital de hecho o matrimonio?	Fijar la cantidad de responsabilidad es y funciones de la mujer dentro de la vida marital bien sea unión libre o matrimonial.
	Cultural			Considera que los hombres siempre deben ser satisfechos en una relación sexual, sin importar los deseos de la mujer. porque?	Establecer que tanto la cultura patriarcal influye en la vida sexual de la pareja
		Atribuciones sociales		¿Qué tipo de sexo ha practicado ¿Anal sexo oral? Qué piensas	
		Tabú		¿En algún momento de la relación le ha propuesto a la pareja la utilización de juegos eróticos? ¿Que considera de las relaciones sexuales abiertas? Cuál cree serían los miedos que	

				tiene las mujeres de proponer otras formas de tener relaciones sexuales a su pareja como juegos, lubricantes, otros	
	Religioso		Pecado	¿Qué afinidad religiosa promueve en la familia? Considera que las mujeres que se casan no se pueden separar, pese a que no se sientan deseo sexual por su pareja Consideras que tener relaciones sexuales sin un fin como es el de reconocer es un pecado	
			Miedo	Que considera que la sociedad juzgaría o la religión por el hecho de una mujer busca satisfacer sus	

				deseos sexuales Cuales son los puntos más importantes que promueve la religión que usted tiene respecto a la sexualidad	
Conocer dinámicas relacionables en el subsistema conyugal de las mujeres que presentan este diagnóstico.	Familia		Dinámica familiar	Es casada, vive en unión libre, familia reconstruida.  Como es el trato que tiene la pareja para que usted se sienta querida, amada o deseada  ¿Describe la relación de pareja tiene actualmente?	
			Relaciones familiares	¿Considera que en la relación de pareja hay igualdad, si responde sí o no, describe por qué?	
				¿Durante la relación se	

				han dado cambios, cuales creen han sido esos cambios y si han mejorado o han encarecido la relación de pareja?	
				¿En la relación de pareja han hablado de la sexualidad?	
				¿Describe que aspectos conoce de la sexualidad femenina?	
				que cosas considera disfruta de su pareja. ¿Qué te agradan o no te agradan?	
				Describe la manera en la que la pareja la seduce para establecer u la relación sexual	
				¿Describe las iniciativas que propone la pareja para tener relaciones sexuales?	
				¿Considera que el desempeño	

				del rol marital, de madre es factor que desestabiliza la relación de pareja, en especial la pérdida del deseo sexual?	
				¿Dentro de los aspectos más íntimos, me puedes hablar un poco sobre las experiencias íntimas y que tanto has experimentado el erotismo sexual con tu pareja?	

**Universidad Antonio Nariño****Sede Cartago****Juicio De Experto Sobre La Pertinencia De Entrevista Semiestructurada.**

El presente instrumento (Entrevista Semiestructurada) tiene como finalidad recoger información directa para la investigación que se realiza en los actuales momentos, titulado: **“Factores Biológicos, Sociales, Culturales, Religiosos Y Psicológicos Que Intervienen En La Incapacidad De Obtener Un Orgasmo Durante La Relación Sexual En Las Mujeres De La Ciudad De Cartago Valle Del Cauca”**.

Para efectuar la validación del instrumento, usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, en donde se pueden seleccionar una, alternativa de acuerdo al criterio personal y profesional del actor que responda al instrumento.

**Instrucciones:**

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada Ítem según los criterios que a continuación se detallan.

**E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar**

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

**Evaluado por:**

**Nombre y Apellido: Diego Alejandro Trejos Morales**

**C.C.: 1115420607 T.P.: 156579**

**Firma:**



## Constancia de validación

Yo Jhoana Edilsa Molina Parra, identificada con cedula de ciudadanía N° 28550695, de profesión Psicóloga, ejerciendo actualmente como Docente en la institución Universidad Antonio Nariño Sede Cartago.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento, Entrevista Semiestructurada a los efectos de su aplicación para la investigación de nombre, **“FACTORES BIOSICOSOCIALES QUE**

**INFLUYEN EN LA ANORGASMIA/ORGASMO EN LAS MUJERES EN SUS RELACIONES SEXUALES**

**EN LA CIUDAD DE CARTAGO VALLE DEL CAUCA”**. Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

El instrumento ha contado con los ajustes sugeridos y está en condiciones de aplicación según las características propias a la entrevista semiestructurada en procesos de investigación cualitativa.

---



---

En Cartago, a los 29 días del mes de noviembre del 2019

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jhoana Edilsa Molina Parra', is written over a horizontal line.



### Constancia de validación

Yo, Diego Alejandro Trejos Morales, identificado con cedula de ciudadanía N° 1115420607, de profesión Psicólogo, ejerciendo actualmente como Apoyo psicosocial, en la institución instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF).

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento, Entrevista Semiestructurada a los efectos de su aplicación para la investigación de nombre,

**“Factores Biológicos, Sociales, Culturales, Religiosos Y Psicológicos Que Intervienen En La Incapacidad De Obtener Un Orgasmo Durante La Relación Sexual En Las Mujeres De La Ciudad De Cartago Valle Del Cauca”.**

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones

Luego de haber revisado conscientemente y científicamente, y tras realizar las correcciones que se entregaron, lo anterior registrado en correos electrónicos con anterioridad, se valida dicho instrumento (Ver Anexo)

*Nota marginal: (...El documento se firma por segunda vez, ya que el primer documento fue extraviado por parte del investigador...se deja nota marginal para efectos de legalidad si hubiese lugar...)*

En Cartago, Valle del Cauca, a los 20 días del mes de marzo del 2020

A handwritten signature in black ink that reads 'Diego Trejos'. The signature is written in a cursive style with a horizontal line underneath the name.

---

Diego Alejandro Trejos Morales (Firma digital)