

Artículo original

Disfunciones sexuales femeninas y factores psicosociales asociados en un grupo de mujeres supuestamente sanas

María del Carmen Vizcaíno Alonso,* Yuleimis Montero Vizcaíno**

* Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Titular. Centro de Salud Mental (CENSAM), La Habana. Email: maryvizcaino@infomed.sld.cu

** Máster en Urgencias Médicas y en Atención Integral al Niño. Licenciada en Enfermería. Estudiante de sexto año de Medicina. Hospital CIMEQ. Email: yulimv1979@gmail.com

RESUMEN

Objetivos. Determinar las particularidades de las disfunciones sexuales femeninas y de los factores psicosociales asociados a las mismas en un grupo de mujeres supuestamente sanas estudiadas en el Centro de Salud Mental (CENSAM) en el periodo de 2001 a 2014. Métodos. Estudio descriptivo de un grupo de investigaciones cuantitativas y cualitativas de corte transversal realizados en 209 mujeres supuestamente sanas, procedentes de centros laborales atendidos por el CENSAM, cuyas edades fluctuaron entre 19 y 64 años, estudiadas a través de cuestionarios validados en el periodo de 2001 a 2014 y por la técnica de grupos focales en las investigaciones de 2003 a 2005. Se controlaron las variables edad, nivel escolar y estado civil. La búsqueda recogida se almacenó en una base de datos y se efectuaron tablas estadísticas con distribuciones de frecuencia y porcentajes. Resultados. Se identificaron disfunciones sexuales como deseo sexual hipoactivo, anorgasmia, dispareunia y

mixtas. Se refirieron problemas laborales, de pareja, falta de privacidad y de información sexual. Conclusiones. Se demostró la existencia de demanda oculta de disfunción sexual, y el deseo sexual hipoactivo fue el trastorno más frecuente. Se identificaron factores psicosociales relacionados con las dificultades sexuales. Además, se comprobaron malestares y violencia sexual que no fueron relacionados por las mujeres con los trastornos sexuales.

Palabras claves: sexualidad femenina, disfunciones sexuales femeninas, erotismo femenino.

ABSTRACT

Female sexual dysfunctions and related psychosocial factors in a group of presumably healthy women

Objective. Determine the particularities of female sexual dysfunctions and related psychosocial factors in a group of presumably healthy women studied at the Center of Mental Health during the period of 2001-2014. Methods. Descriptive study of a group of qualitative and quantitative researches done to 209 presumably healthy women, aged 19 to 64, working in places assisted by the Center of Mental Health. They were studied by using questionnaires certificated between 2001 and 2014, and by using focal groups technique in researches between 2003 and 2005. Variables as age, academic standard and marital status were controlled. The data collected were stored in a database, and statistics tables were done with distributions of frequency and percentages. Results. Sexual dysfunctions such as hypo-active sexual desire, anorgasmy, dyspareunia and mixed ones were identified. And labor and partner problems, and lack of privacy and sexual information were referred to. Conclusions. The existence of hidden demands of sexual dysfunction was shown, and hypo-active sexual desire was the most frequent disorder. Psychosocial factors related to sexual dysfunction were identified. And sexual malaise and violence not related by women to sexual disorders were revealed.

Key words: female sexuality, female sexual dysfunctions, female erotism.

Introducción

Un porcentaje mayor de mujeres que de hombres se ven afectados por algún tipo de comportamiento sexual negativo, y pueden imbricarse diferentes factores que perturban la calidad de vida. La Royal Free School of Medicine señaló 68 % de insatisfacción sexual en mujeres (1). Ha sido planteado que más de un tercio de las mujeres no tienen deseo sexual y que una de cada cuatro no puede conseguir el orgasmo (2). Burri reporta estimados de prevalencia de trastorno orgásmico femenino entre 16 % y 39 % en la población y entre 16 % y 48 % de los casos atendidos por disfunciones sexuales (3). En España se estima que entre 40-50 % de mujeres sufren de algún tipo de este trastorno y es la segunda queja más frecuente entre las mujeres que acuden a consulta (4). Se ha estimado un porcentaje mayor de trastornos sexuales en la población femenina, pero la mayoría no acude a consulta (5).

En Inglaterra, Egipto, India y China se ha estimado prevalencia de disfunciones sexuales femeninas en 41 %, 58.7 %, 73.2 % y 43 %, respectivamente (6). En América Latina se han reportado cifras de trastornos del funcionamiento sexual femenino tales como: Cartagena de Indias (21 %), La Habana (33.2 %), Ciudad de Panamá (40.9 %), Quito (98.5 %) y Montevideo (94.5 %) (6,7). Son impresionantes las estadísticas señaladas, lo cual avala la importancia del tema como problemática de salud.

Entre las causas de las disfunciones sexuales, se encuentran los factores psicosociales, en los que intervienen aspectos psicológicos, interpersonales, ambientales, culturales y educativos (5,8-10). Son de destacar otras situaciones especiales como las tensiones emocionales producto del estrés laboral, la violencia conyugal, los problemas de vivienda, de pareja y los relacionados con el consumo de drogas (8,11).

En la época contemporánea se ofrecen realidades en el contexto social que tienen repercusiones en las personas individualmente y en las colectividades. Se percibe la existencia de sociedades y grupos sociales que niegan a la mujer la posibilidad de sentir placer, que las consideran inferiores y que asocian la conducta erótica de las féminas al pecado. No obstante, se concibe que las mujeres proporcionen placer sexual a los hombres y se les destina a las funciones de reproducción.

Al referirse a la violencia de género hacia las mujeres, Hernández Pita plantea:

...esta posición social de relativa inferioridad, reservada a las mujeres, obedece a estereotipos genéricos contruidos socialmente que justifican en el nivel ideológico las desigualdades y discriminaciones e incluso exclusiones de las mujeres en lo sociocultural, económico y político, lo cual legitima su status de subordinación [12].

Por otra parte, se observa un incremento a nivel internacional de la comercialización del sexo, especialmente de las mujeres e incluso de menores; el ejercicio de la función sexual con un fin recreativo y promiscuidad en las relaciones. También se produce la visualización cada vez mayor de distintas formas de parejas heterosexuales, homosexuales, bisexuales y transexuales. Se aprecia una gama de diversidades sexuales atendiendo a diferencias étnicas, religiones y grupos sociales a lo largo del curso de vida. No obstante, en la realidad social se presentan relaciones sexuales responsables, simétricas, en las que se establece el respeto mutuo entre los integrantes de las mismas.

Valdés Pacheco encontró en 53 mujeres y 24 parejas que las féminas solicitaban ayuda psicológica para la vida amorosa y de pareja (13); las causas fueron: dificultad para elaborar rupturas de pareja; sentimientos de minusvalía; celos excesivos; conductas desajustadas; descontrol emocional; malestar asociado a la sobrecarga del rol femenino; dificultades para el

establecimiento y la permanencia de relaciones de pareja; pérdida del deseo sexual y otras disfunciones; conflicto e insatisfacción ante la imposibilidad de conciliar los intereses de la pareja y de la familia; desajuste y pérdida del sentido de la pareja ante el fenómeno de «nido vacío», así como temor y desorientación ante el manejo de los hijos tras la separación de la pareja.

Vizcaíno Alonso y otros especialistas plantean que, entre los factores que entorpecen el estudio de la función sexual femenina, se encuentra quizás el bajo porcentaje de mujeres con esta problemática que consultan al médico (5,8), comportamiento que persiste. Es importante que ellas tomen conciencia del valor de mejorar su actividad sexual, la relación de pareja y, en definitiva, su calidad de vida.

En la práctica clínica se encuentran mujeres que acuden a las consultas solicitando orientación y tratamiento sexual refiriendo sentimientos de inferioridad; vivencia de insatisfacción con las relaciones amorosas, ante la insuficiencia de amor; duelos por pérdidas de la pareja, separaciones y ruptura de proyectos de vida; búsqueda de orientación para asimilar las nuevas formas de vivir en pareja; disfunciones del deseo (en un alto índice) y conflictos familiares y de vivienda que afectan el erotismo.

Es de destacar que en ocasiones se prolongan conflictos en las parejas por situaciones diversas que provocan miedo, ansiedad, culpa y actitudes de crueldad en la relación. Discusiones no resueltas, que mantienen conductas hostiles en los integrantes de la pareja o al menos en uno de ellos, dañan el vínculo afectivo de la pareja, la comunicación y la relación íntima.

Por la importancia del tema, se realizó el estudio del comportamiento sexo-erótico de la población femenina en centros de trabajo, cuyo régimen laboral y exigencias de competencia profesional pudieran encubrir una demanda oculta existente en esa población de disfunciones

sexuales. Se estableció como problema de investigación: ¿cuáles son las particularidades de las disfunciones sexuales femeninas y de los factores psicosociales asociados a las mismas en un grupo de mujeres cubanas supuestamente sanas?

Resultan de interés estos estudios para el trabajo de promoción de salud sexual en la población, así como para las estrategias de atención médica y psicológica de estas afecciones.

Objetivo

Determinar las particularidades de las disfunciones sexuales femeninas y de los factores psicosociales asociados a las mismas en un grupo de mujeres supuestamente sanas estudiadas en un centro de salud mental en el periodo de 2001 a 2014.

Material y métodos

Se realizó un descriptivo de un grupo de investigaciones cuantitativas y cualitativas de corte transversal, que se llevó a cabo en 209 mujeres supuestamente sanas, procedentes de centros laborales atendidos por un centro de salud mental, cuyas edades fluctuaron entre 19 y 64 años, estudiadas a través de cuestionarios validados en el periodo de 2001 a 2014 y por la técnica de grupos focales en las investigaciones de 2003 a 2005. Se controlaron las variables edad, nivel escolar y estado civil. La búsqueda recogida se almacenó en una base de datos y se efectuaron tablas estadísticas con distribuciones de frecuencia y porcentajes. Se contó con el consentimiento de las participantes en el estudio.

Se clasificaron las disfunciones sexuales según DSM-V (14) y se consideraron malestares cuando la fémina no declaraba la presencia de disfunción sexual, pero exponía insatisfacción sexual y variaciones en la velocidad de reacción en su respuesta sexual, sentida por ella como muy rápida o demorada.

Resultados

1. Característica de la muestra estudiada

En las mujeres estudiadas sus edades estuvieron comprendidas entre 19 y 64 años. El promedio de edad fue de 33.5 ± 10.5 años. Prevalcieron los grupos de edades de 21 a 40 con 177 casos (84.7 %). Predominaron las mujeres con pareja estable en 141 casos (67.5 %). El nivel escolar que prevaleció fue el medio superior, en 131 casos (62.7 %), seguido del universitario con 54 casos (25.8 %).

2. Disfunciones sexuales encontradas

Se hallaron con disfunción sexual 35 casos (16.7 %); deseo sexual hipoactivo, 19 casos (9.1 %); anorgasmia, 8 casos (3.8 %); disfunción mixta, 6 casos (3 %); y dispareunia, 2 casos (0.9 %). Se apreciaron disfunciones en todos los grupos de edades, fundamentalmente entre los de 21 a 50 años. La prevalencia de disfunción fue de 16.7 % de la población.

Se encontraron malestares no identificados, como trastornos del funcionamiento sexual en 78 casos (37.3 %), que señalaron algún grado de insatisfacción sexual; y en 79 casos (37.8 %) con variabilidad en la velocidad de respuesta sexual fuera de la norma. Es de notar que en 112 casos (53.6 %) hubo limitaciones en el empleo de fantasías eróticas.

3. Factores psicosociales

En las investigaciones llevadas a cabo por Vizcaino Alonso en 2001, se encontró que las féminas con disfunciones sexuales no relacionaron sus dificultades con problemas específicos. Se apreció evasión de respuestas sobre el tema sexual y falta de información sexual.

En los estudios de 2003 a 2004, las disfunciones sexuales se relacionaron principalmente con problemas en el trabajo (72.7 %) y con la pareja (59.1 %). Se encontró que no contaron con

la privacidad para las relaciones sexuales todos los casos (100 %) que presentaron disfunción sexual.

Las 51 mujeres estudiadas entre 2004 y 2005 relacionaron las dificultades sexuales con problemas familiares, sobrecarga laboral, dificultades con su pareja, problemas de carácter, agotamiento, enfermedades físicas y la edad.

En el estudio efectuado en 2012 en 40 mujeres, se precisaron problemas laborales en 27 casos (67.5 %). Además, se indagó en la presencia de violencia conyugal, la cual estuvo presente en 12 mujeres (30 %), y en 8 se apreciaron trastornos en el funcionamiento sexual (72.7 %) de las mujeres violentadas. Las manifestaciones reportadas fueron: dejarle de hablar a la pareja en 9 casos (75 %); palabras y ofensas en 8 casos (66.7 %); y expresión de gestos negativos en 3 casos (25 %), que refirieron sentirse humilladas y menospreciadas. Se observó en el grupo de féminas afectadas por conductas violentas que solamente plantearon algún grado de insatisfacción sexual 4 casos para 33.3 % (parcial en 1 caso y ausencia de satisfacción en 3 casos). No se encontraron dependencia al alcohol ni riesgo a otras drogas.

En la investigación efectuada a un grupo de 23 estudiantes universitarias en 2013-2014, se encontraron 2 mujeres que presentaron dificultades sexuales y no demandaron atención médica o psicológica por estos problemas a pesar de tener acceso a servicios especializados de salud. Además, se observó que no expresaron factores asociados a sus dificultades sexuales, lo que también se evidenció en aquellas con malestares sexuales.

Discusión

Las edades de las mujeres estudiadas se correspondieron con el rango de edad de las personas con vínculo laboral (15) y con estudios de nivel de enseñanza superior.

Se encontraron jóvenes con disfunción sexual, lo que se corresponde con varias investigaciones (8,16) y apoya la necesidad de un trabajo de promoción de salud sexual para todos los grupos de edades.

Se detectaron féminas que no reportaron disfunción sexual y expresaron insatisfacción sexual. La velocidad de respuesta demorada se halló solamente en 3 mujeres, y 2 de ellas presentaban disfunción sexual, lo que denota malestares en mujeres supuestamente sanas, demanda oculta de disfunciones sexuales y falta de conocimientos en la población acerca de este tema, lo que coincide con otros estudios de Vizcaíno Alonso (15,16). Asimismo, la respuesta sexual demorada es frecuente que cause malestar en los sujetos y en las parejas (15-17).

Entre los factores psicosociales aparecieron los problemas de pareja y laborales. Se plantea que las preocupaciones por el trabajo y económicas llevan a desviar el interés sobre la actividad sexual (15,16). Estos problemas pudieran generar estrés y causar trastornos sexuales.

La falta de solicitud de ayuda médica en las mujeres que reportan disfunciones sexuales y malestares sexuales, así como no completamiento de respuestas en el cuestionario y conductas tolerables a la violencia, puede atribuirse, entre otros aspectos, a la carencia de información sexual; la presencia de tabúes y mitos que les impiden tener una comprensión clara de los trastornos de la sexualidad; y la existencia de falta de franqueza para hablar sobre temas sexuales, derivada de una insuficiente educación sexual. Es de destacar que las mujeres en las que se encontró la presencia de violencia sexual en la relación de pareja, no señalaron este aspecto como causa de trastorno sexual.

Esto hace pensar en la necesidad de atender estas cuestiones en la población, como plantean varios investigadores, entre los que se encuentran Castro Espín y Vizcaíno Alonso (15,16,18).

Los mitos, tabúes y falsas creencias en torno a la sexualidad que existen en la población, son puntos importantes a analizar, pues de forma velada influyen en la conducta humana y en la aparición de disfunción sexual (8,15).

La presencia de violencia conyugal y del hombre como victimario coincide con estadísticas de Francia y estudios de la región (5,19,20). En Cuba existe un respaldo institucional y de política del país que apoya los derechos de la mujer, lo que explicaría la ausencia o baja frecuencia encontrada de agresiones físicas. En las mujeres estudiadas pudo revelarse la presencia de violencia conyugal como un factor inhibitorio de la respuesta sexual placentera, que contribuyó a que se presentaran disfunciones sexuales y no fuera reconocido por las mujeres.

Conclusiones

Se determinó la presencia de disfunciones sexuales femeninas, con predominio del deseo sexual hipoactivo, y se identificaron factores psicosociales (problemas laborales y de pareja, falta de privacidad en la relación íntima, dificultades familiares, falta de información sexual y preocupaciones de salud), que se relacionaron con las disfunciones sexuales. Se comprobaron demanda oculta de malestares de la sexualidad y disfunciones sexuales femeninas, así como violencia sexual hacia las mujeres en las relaciones de pareja, que no son reconocidas por las mismas como causa sentida de sus trastornos. Se considera que se requiere perfeccionar las estrategias de promoción de salud sexual y el trabajo de educación y orientación sexual desde una perspectiva de género.

Referencias bibliográficas

1. Royal Free School of Medicine. Sexual dysfunction in primary medical care. Prevalence

- characteristic and detection by the general practitioner. *J Pub Health Med.* 1997;19(4):387.
2. Masters W, Johnson V, Kolodny R. *La sexualidad humana*. T. II. Madrid: Grijalbo; 1995. p. 346-71.
 3. Burri AV. Female orgasmic disorders. En: Kirana PS, Tripodi F, Reisman Y, Porst H, editores. *The EFS and ESSM syllabus of Clinical Sexology*. 5th ed. Amsterdam: Medix; 2013. p. 802-23.
 4. Instituto Sexológico Murciano. *Anorgasmia femenina [monografía en Internet]*. Madrid [citado 19 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.isemu.es/guía%20anorgasmia%201.pdf>
 5. Vizcaíno Alonso MC, Almenares Rodríguez K, Ercia Rodríguez-Mena D, Montero Vizcaíno YY. Factores psicosociales asociados al comportamiento sexo-erótico de un grupo de mujeres. *Invest Medicoquir.* 2017 Ene-Jun;9(1):4-15.
 6. Real Cancio RM. *Estudio epidemiológico de la Disfunción Sexual Femenina. Asociación con otras enfermedades y factores de riesgo [tesis doctoral]*. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2010.
 7. Blümel J. *Disfunciones sexuales en latinoamericanas*. Santiago, Chile: ed. Sexo. Sexualidad; 2010.
 8. Vizcaíno Alonso MC. *Disfunciones sexuales en una población cubana. Bases para una estrategia de prevención*. En: *Resumen de Congreso Mundial de Sexología*. La Habana: 2003.
 9. Vega MG, et al. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Rev Chil Obstet Ginecol [serie en Internet]*. 2014 [citado 12 Sep

2015]; 79(2): 81-5.

Disponible

en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200003.

doi.org/10.4067/S0717-75262014000200003

10. Vizcaíno Alonso MC. Factores psicosociales que influyen en la salud sexual y diabetes mellitus. En: Torres Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC, compiladoras. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. Vol. V. Diabetes mellitus y salud sexual. La Habana: Editorial CENESEX; 2016. p. 144-55.
11. Cedrés S, Pombo R. Disfunciones sexuales femeninas. Montevideo: Centro Plenus; 2016. Disponible en: <http://www.plenus.com.uy>
12. Hernández Pita I. Violencia de género. Una mirada desde la sociología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2014.
13. Valdés Pacheco M. ¿Por qué buscan ayuda psicológica mujeres, hombres y parejas para la vida sexual y amorosa? Una propuesta de orientación. Habanasex; 2012; La Habana, Cuba.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2013.
15. Vizcaíno Alonso MC. Disfunciones sexuales y comportamiento sexo-erótico en poblaciones cubanas supuestamente sanas. En: Memorias del Congreso Internacional de FLASSES. Salvador de Bahía: Editorial Comisión Organizadora; 2006.
16. Vizcaíno Alonso MC. Un enfoque terapéutico preventivo de las disfunciones sexuales. Fundamentos y acciones. En: Memorias de IV Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual. La Habana; 2008.

17. Vizcaino Alonso MC. Algunas consideraciones del comportamiento sexo-erótico femenino en poblaciones supuestamente sanas. En: Memorias del Congreso Internacional PsicoHabana. La Habana; 2014. p. 231-8.
18. Castro Espín M. La educación sexual como política de estado en Cuba desde 1959. Sexología y Sociedad. 2011;17(45):4-13.
19. Fernández L. Violencia invisible o del éxtasis al dolor. Sexología y Sociedad. 2007;13(35).
20. Martínez VT, Hernández Y. La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2009 Sep [citado 15 Jun 2017];25(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-1252009000200010&lng=es

Fecha de recepción de original 1 de noviembre de 2017

Fecha de aprobación para su publicación 20 de diciembre de 2017