

INCIDENCIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN LA AUTOESTIMA DE LAS
ESTUDIANTES MUJERES DE LA UNIVERSIDAD DELMAGDALENA

EILLEN FRANCHEZCA LEON BOTERO

PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE PSICOLOGA

ASESORA: LUISA BARLIZA DE LA ROSA

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SANTA MARTA, MAGDALENA

2006

CONTENIDO

	Pág.
1.DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	8
2. JUSTIFICACIÓN	11
3. OBJETIVOS	13
3.1.Objetivo General	13
3.1.1 Objetivos Específicos	13
4. MARCO TEÓRICO	14
5. DISEÑO METODOLÓGICO	25
5.1 Tipo de investigación	25
5.2.1 Definición conceptual	25
5.2.2 Definición operacional	26
5.3 Población y Muestra	27
5.4 Recolección de la información	28
6. RESULTADOS	31
7.ANÁLISIS GENERAL	40
8. CONCLUSIONES	41

9. RECOMENDACIONES

44

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Índice de función sexual femenina (FSFI)
ANEXO B	Escala de autoestima de Rosenberg
ANEXO C	Figuras

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El ser humano es una unidad integral, compuesta por varias dimensiones; una de estas dimensiones es la sexualidad, construcción social que se origina en el propio individuo, proceso que interpreta y adscribe un significado cultural a los pensamientos, a las conductas y condiciones sexuales, y en donde la experiencia que cada persona pueda tener de la sexualidad está mediada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, etc. (Charnay y Henríquez, 2003).

La sexualidad en general y la femenina en particular está mediatizada por la cultura, la época, los valores presentes en las distintas sociedades. Es así como existen sociedades permisivas que le han dado a la mujer la oportunidad de cultivar una sexualidad placentera, igualitaria a la del varón, en comparación con aquellas culturas represivas donde se ha convertido a la mujer en un ser asexuado, reprimido, donde no se les alienta ni apoya para que tomen decisiones relativas a su sexualidad, ocasionándoles algún tipo de disfunción sexual elección (Worth, 1999 citado en Charnay y Henríquez, 2003). De esta investigación se infiere que la mujer siempre se ha visto inhibida del placer sexual, pudiéndole ocasionar una baja autoestima al padecer una disfunción sexual

La OPS y OMS (2000) define la salud sexual como: "la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad". Y para que la salud sexual se alcance es necesario los derechos sexuales de las personas como, el derecho al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a la

información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral y la atención de la salud sexual.

Bajo el nombre de disfunciones sexuales se incluyen todas aquellas alteraciones (esencialmente inhibiciones) que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad. (Labrador, 1994 citado por Labrador y Crespo, 2001).

Se presume que existe una relación entre las disfunciones sexuales y la autoestima. Una investigación hecha en el instituto Kinsey en los Estados Unidos (2002, citado en Ortiz, 2003) revela que el 24% de 987 mujeres encuestadas en todo el país informa acerca de un marcado malestar, tanto como en su relación de pareja, como con su propia sexualidad. Los más importantes signos del marcado malestar fueron el estado de bienestar emocional (sí ella estaba deprimida o estresada por ejemplo) y la calidad de interacción emocional con su pareja durante la relación sexual. Se descubrió que la menor tasa de malestar sexual estaba ligada a una buena salud emocional y a una buena salud física.

Este descubrimiento se puede explicar teniendo en cuenta que la autoestima es nuestra autoimagen es decir, como se sienten las personas sobre sí mismas. La misma se compone de pensamientos y sentimientos sobre como son y actúan las personas; mientras más positiva sea la persona, mayor será la autoestima, mientras más negativa se mantenga, menor será la misma.(Branden, 1993)

La relación que tiene las disfunciones sexuales y la autoestima se traduce en primer lugar, que la autoestima está relacionada con la salud; y que la carencia de autoestima (sentimiento de inadecuación y de falta de valor) esta relacionada con

la enfermedad (depresión, suicidio, ansiedad, relaciones problemáticas y trastornos de personalidad) (Calado, Lameiras y Rodríguez, 2004). En segundo lugar, porque en concordancia con este estudio, se confirma que la disfunción sexual se asocia a unos niveles de autoestima disminuidos. Además, esta relación se observa también consistentemente sobre la autoconfianza. (Althof, S., Cappelleri, J., Shpilsky, A., Stecher, V., Diuguid, C. y Sweeney, M. 2003).

Y en tercer lugar porque Los factores psicológicos pueden dar lugar a ansiedad en relación con el acto sexual, pérdida de autoestima y aumento de la ansiedad (Martín, A., Mejjide, F., García, L., Regadera, A. y Manero, M. 2005)

Todo lo anterior enmarca una importante relación existente entre las disfunciones sexuales y la autoestima, para formular la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación existente en mujeres universitarias de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta entre las que tienen disfunciones sexuales, y las que no tienen disfunciones sexuales: dispareunía, deseo sexual inhibido y anorgasmia al presentar o no una autoestima positiva y una autoestima negativa?

2. JUSTIFICACIÓN

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. La Organización Mundial de la Salud declara que la salud es un estado completo de bienestar físico, social y mental y no consiste solamente en la ausencia de enfermedad.

Para hacer oportuna esta investigación se podría decir que en Colombia ya se han hecho investigaciones relacionados con el tema como el estudio que realizó Acuña (2000), en donde 600 mujeres entre los 17 y los 54 años se les encontraron un promedio de anorgasmia del 18%. Se resalta que es mucho más frecuente en los niveles socioculturales más bajos. Así, entre las que tenían estudios universitarios fue del 8%, entre las que tenían solo educación primaria fue del 30%. Al estudiar un grupo de 50 analfabetas que recibieron un curso especial de 4 horas, previo a la encuesta personalizada, se encontró que la anorgasmia fue del 96%, demostrando que la presencia de poseer una disfunción sexual como la anorgasmia es relevante, para atreverse a realizar este tipo de estudio. Así pues, según Acuña (2000) en las dificultades orgásmicas pueden existir factores orgánicos, motivacionales, afectivos y cognitivos, incluyendo la autoestima.

En Santa Marta no se ha comunicado investigaciones relacionadas con el tema, que además es un problema tratado en otros países como Estados Unidos, Chile, España, entre otros, que muestran una posible relación entre las disfunciones sexuales y la autoestima. Las fuentes de información en las cuales se siembra la hipótesis en la Universidad, son primarias debido que se ha observado casos en

los cuales las estudiantes hablan de no tener relaciones sexuales satisfactorias y al mismo tiempo de presentar conductas de poca valoración con ellas mismas, prueba de esto es que se realizó una entrevista con el médico y la psicóloga de Bienestar Universitario, encontrando así que de 100 mujeres, el 40 % de las mismas que asisten a consulta lo hacen para encontrar una solución y llevar una vida emocional y sexual plena. Es tan importante la salud sexual que la OPS y la OMS (2000), destacó la importancia de la población para asegurar la salud sexual y reproductiva a lo largo de todo el ciclo vital y en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (1994, citado en OPS y OMS 2000), se destacó la importancia de la población para asegurar la salud sexual y reproductiva a lo largo de todo el ciclo vital. La salud sexual busca promover en los varones y las mujeres el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, a lo largo de todas las etapas de su vida.

Fue posible hacer este tipo de investigación ya que se contó con la población, suministrada por parte de la oficina de Admisiones, Registro y Control Académico (ARCA), de la Universidad del Magdalena quienes facilitaron los datos de cuantas estudiantes estaban matriculadas en la Facultad Ciencias de la Salud.

Personas como psicólogos, sexólogos y otros profesionales colaboraron y se interesaron en el tema, manejan el tópico y este tipo de problemática.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre las disfunciones sexuales y la autoestima de estudiantes mujeres de séptimo y octavo semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad del Magdalena.

3.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la presencia de las disfunciones sexuales femeninas: dispareunía, deseo sexual inhibido y anorgasmia en la población universitaria según los dominios deseo, satisfacción, excitación, lubricación, orgasmo y dolor.
- Clasificar las disfunciones sexuales: dispareunía, deseo sexual inhibido y anorgasmia entre las estudiantes de la facultad ciencias de la salud de la Universidad del Magdalena según los dominios deseo, satisfacción, excitación, lubricación, orgasmo y dolor.
- Determinar la presencia de autoestima positiva y autoestima negativa que tienen las mujeres que sufren de disfunciones sexuales femeninas: dispareunía, deseo sexual inhibido y anorgasmia.
- Determinar si existe o no relación entre tener una disfunción sexual sea dispareunía, anorgasmia y deseo sexual inhibido y poseer una autoestima positiva o una autoestima negativa.

4. MARCO TEORICO

Si se hace un recorrido histórico de los estudios que se han publicado sobre las disfunciones sexuales femeninas se puede mencionar por ejemplo el de “**Sexual Dysfunction**” (Wincze y Carey, 1981) sobre la problemática sexual; en donde la sexualidad y el funcionamiento sexual parecen ajustarse mejor a un continuo de satisfacción individual e interpersonal, es interesante señalar que antes de la década del setenta, se utilizaba de manera generalizada el término frigidez para referirse a diversos trastornos sexuales de la mujer.

Una de las más actuales como la investigación de prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados por Charnay y Henríquez en el 2003, en donde se pretendió conocer la magnitud del Deseo Sexual Inhibido y los factores que la influyen, entre ellos la autoestima en mujeres en edad fértil, usuarias del Sistema Municipalizado de Salud de la comuna de Concepción Chile y en donde se concluyó que las disfunciones sexuales se encuentran estrechamente relacionadas con un bajo autoconcepto, así como la disminución en la satisfacción marital.

El término "sexualidad" se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en el sexo que se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos. (la OPS y OMS, 2000). También incluye el género, identidades de sexo y género, orientación

sexual, erotismo el cual 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. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano. (OPS y OMS, 2000), además de la vinculación afectiva la cual es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo y la actividad sexual que es una expresión conductual de la sexualidad amor, y reproducción . Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (Rubio,1994). Donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual. (OPS y OMS, 2000).

Nadie se extrañaría si se dijera que comer es una acción, ya que partiendo de la necesidad biológica somos conscientes de que tenemos hambre y hacemos una serie de actos con la finalidad de conseguir satisfacernos. Siguiendo este mismo argumento también podríamos decir que partiendo de una consciente necesidad sexual, la excitación, hacemos una serie de cosas para conseguir un objetivo, que de tener éxito, llamamos orgasmo y que es la mayor satisfacción que se siente en

cuanto al desarrollo de la excitación sexual. (Catalán, 1996 citado en OPS y OMS, 2000).

Las personas utilizan la sexualidad para: Transmitir afecto y amor, obtener placer, comunicarse, mantener el equilibrio psíquico con una sexualidad sana, y por último para tener hijos. La mujer también tiene consigo una sexualidad que esta condicionada a lo biológico factores anatómicos, fisiológicos sin olvidar que existen condicionamientos sociales, sistemas de educación, valores ético religiosos, sistema jurídico y lineamientos culturales que constituye el conjunto de los fenómenos de comportamientos sexuales determinados por la idiosincrasia y la cultura, a través de los cuales se satisface el impulso sexual en cada mujer, cuando el acto sexual no se hace satisfactorio para uno de los miembros de la pareja o para ambos puede que una de las razones por las cuales esto ocurra es el desarrollo de una disfunción sexual. Se comenzará por definir que es una disfunción sexual femenina que es una serie de trastornos que afectan la sexualidad normal de la mujer ya sea de carácter fisiológicos o psicológicos dificultando la participación o la satisfacción en las actividades sexuales. (Rubio, 1994).

En la población general son frecuentes las preocupaciones sobre la sexualidad y las disfunciones sexuales. Son muchas y muy diversas las variables implicadas en la aparición y mantenimiento de las disfunciones sexuales, en la actualidad parece evidente que en la mayor parte de los casos son los factores psicosociales los que juegan el papel etiológico fundamental, y no factores orgánicos como se creía hasta fechas relativamente recientes. (Bancroft, 1999).

Si nos remitimos a conocer cuales son sus causas se puede mencionar que existen las causas físicas que afectan o pueden afectar el desarrollo de la actividad sexual como producto de enfermedades que ejercen un efecto directo o indirectamente sobre la disfunción, entre estas enfermedades encontramos las que comprometen al sistema cardiovascular (infartos de miocardio, hipertensión entre otras), las farmacológicas, sus efectos es otro aspecto a considerar en la etiología de las disfunciones sexuales debido a que algunos actúan directa o indirectamente sobre la conducta sexual por su acción sobre alguna parte del organismo y la que más nos interesan que son las psicológicas. Existe una o varias variables que pueden influir para el desarrollo de una disfunción sexual entre las que se tienen a alterar los niveles de ansiedad asociada a las relaciones sexuales, la falta de conocimiento sobre las habilidades y el desarrollo sexual propio y de la pareja. En muchos casos explican las razones de las disfunciones sexuales que hoy se padecen, debidos a que son ideologías que generan culpas o angustias y modificaciones en la autoestima reflejándose en la insatisfacción. (Bancroft,1999)

Existen diferentes tipos de disfunciones sexuales femeninas el DSM IV (1994) (manual estadístico y diagnostico de trastornos mentales) las clasifica como:

Trastornos del deseo sexual

Deseo sexual hipoactivo: Disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

Lo más frecuente es que la inhibición del deseo se haya despertado a partir de experiencias de anorgasmia o impotencia. El deseo sexual inhibido presenta

variaciones importantes, desde personas que manifiestan una ausencia de interés en el sexo, pero son capaces de responder a los estímulos de la pareja y experimentan excitación y orgasmo, hasta las que están desinteresadas en iniciar la actividad sexual y además rechazan las aproximaciones amorosas de su pareja. Las causas de la inhibición del deseo sexual son Psicológicas y psicosociales: estados depresivos, bajo nivel de autoestima, pobre concepto de la imagen corporal, y en especial la ansiedad que puede manifestarse como miedo a las relaciones sexuales a consecuencia de una moral o educación rígida, en las que el sexo aparece como una conducta sucia o degradante, o como miedo a la intimidad o al embarazo y problemas de pareja; Otro factor que puede presentarse como causante del deseo sexual inhibido es el aburrimiento sexual provocado por la reiteración y la rutina en las actividades y hábitos sexuales.

Trastornos de la excitación sexual

Trastorno de la excitación sexual de la mujer: Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.

El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. El trastorno sexual no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Trastornos orgásmicos

Trastorno orgásmico femenino (antes orgasmo femenino inhibido): Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando la opinión médica considera que la capacidad

orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida.

La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otro trastorno sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Trastornos sexuales por dolor

Dispareunía (no debida a una enfermedad médica): dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres.

La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

La alteración no es debida únicamente a vaginismo o a falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

La dispareunía es otra de las disfunciones que tiene una implicación psicológica para Ballesteros, Muñoz y Rodríguez (2004), el miedo al dolor en la penetración coincide con dos tipo de trastornos: con la Dispareunia femenina y el Vaginismo ya que se relacionan con el dolor inmerso dentro de este. Es importante tener en cuenta dentro de esta investigación la autoestima de las mujeres que padecen una disfunción sexual, según (Calado et al, 2004) la forma de percibir y evaluar el cuerpo se relaciona íntimamente con las relaciones sexuales que se tengan, afectando su autoimagen y autoconcepto.

García (1995) diseña un programa de desarrollo de auto concepto y considera que el auto concepto y la autoestima incluye la valoración que los sujetos hacen sobre ciertas características pertenecientes así mismos, es importante porque en esto se basa los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias sobre sí mismo.

El primer intento de definir autoestima fue William James (1885, citado en Branden, 1993) en su primer libro "Principios de Psicología", ya que en él decía que si no hay intento no hay fracaso y sin fracaso no hay humillación, en donde desarrolló partiendo de premisas la importancia de la autoestima llegando a la conclusión de que la autoestima es igual al éxito entre las pretensiones, eso significa que una persona que no aspira a nada en el trabajo ni en su carácter no logra ser una persona triunfadora y con carácter teniendo una baja autoestima. Continuando con encontrar el significado de Autoestima nos encontramos con Stanly Coopersmith, (1983, citado en Branden, 1993) este se ha considerado uno de los mejores escritos sobre el tema de la autoestima en su libro llamado "**The antecedents of Self-Esteem.**" En donde desarrolla y dice "entendemos por autoestima que efectúa y generalmente mantiene el individuo con respecto a sí mismo, expresa una actitud de aprobación y desaprobación e indica en que medida el individuo se cree capaz, importante, digno y con éxito.

Pero a través del tiempo surgen nuevos intentos más recientes por definir la palabra Autoestima, estos personajes son como Richard, Bendner, Gawain, Wells y Scott en su libro "**Self Esteem: Paradoxes and innovation and Clinical Theory and practice**", en donde por medio de premisas y llegando al corolario desarrollan el concepto y fundamentan: que la autoestima como un sentido subjetivo de autoaprobación realista, entonces, la autoestima es fundamentalmente un sentido perdurable y afectivo del valor personal, etc. Tener una autoestima negativa sentirse inútil para la vida, equivocado como persona y manifestar esas

incoherencias en la conducta, actuar a veces con sensatez, a veces totalmente, reforzando así la inseguridad. Tener una autoestima positiva es sentirse confiadamente apto para la vida es decir, capaz y valioso. (Branden, 1995).

La autoestima es un tipo de pensamiento auto referente que tiene que ver con la evaluación de valía y dignidad personal, depende como la cultura valora los atributos que uno posee y que tan bien a la conducta individual a los estándares personales de dignidad y valía esta relacionada con una distorsión del pensamiento además de que se han experimentado falta de aprecio, de desconfianza, lo cual puede llegar a interiorizarse y a incorporarse a las creencias del sujeto (Oblitas, 2004)

Se encuentra que varios autores han definido La autoestima (Aramburu y Guerra, 2001) como la evaluación que realiza el sujeto acerca de su propio valor, basado en la imagen que tiene de sí mismo y en su conocimiento de los valores de la sociedad, ellos aseveran que también puede definirse como la forma en que la persona se siente y se percibe a sí misma, es el aprecio y la consideración que las personas tienen por sí mismas.

La autoestima definida por (Diez,2001) es un conjunto de ideas y sentimientos acerca del valor que el individuo se atribuye a sí mismo. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación que indica hasta qué punto el sujeto se valora como una persona capaz y significativa.

Por ultimo cabe resaltar que La autoestima es la variable que más se ha estudiado en relación con la imagen corporal. (Calado et al. 2004).

En relación a las disfunciones sexuales, en una investigación de Diseño y evaluación de una intervención comportamental cognoscitiva para disminuir el miedo al dolor en el momento de la penetración en una relación sexual en relación con los procesos cognitivos se dice que se debe a una serie de pensamientos automáticos, creencias y expectativas caracterizados por errores cognitivos que interfieren en el desempeño sexual. En cuanto a los procesos emocionales y afectivos implicados se encuentran un alto nivel de ansiedad frente al evento de la penetración, miedo al dolor y sentimientos de frustración y culpa. (Ballesteros et al. 2004).

Branden (1995) define la autoestima como “la experiencia de ser competentes para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida y de ser dignos de la felicidad”. Propone , además dos componentes fundamentales:

- Confiar en la capacidad de uno mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas, superar los retos y producir cambios positivos.
- El respeto por uno mismo, la confianza en que las personas son dignas de los logros, el éxito, la amistad, el amor y la realización de sus vidas.

Además, la autoestima esta construida por:

- Autoimagen: se refiere a la imagen que una persona tiene de si misma, desde su aspecto físico general (como soy) hasta el particular (como me arreglo, como me visto, como me veo). De igual forma, tiene relación con la percepción de cada persona sobre su cuerpo como medio de vida, de expresión e interacción con los demás.
- Autoconcepto: este es el concepto que cada persona tiene de si misma. Sobre sus valores, sus ideas, sus emociones. Es el concepto sobre lo que se es y se hace en la vida individual y social.

- Autoeficacia: hace referencia a que tan eficaz se siente cada persona en la vida para desarrollarse, relacionarse y ser exitosa en las tareas y objetivos que se proponga.
- Autorespeto : a este elemento se llega cuando, como dice Branden (1995), una persona tiene la certeza de la posibilidad merecida de ser feliz en la vida y respeta su forma de ser, actuar y sentir

El concepto de autoestima se deberá tener en cuenta a la hora de abordar la mejora de la misma, proceso que tendrá efectos sobre el pensamiento, las emociones, y los comportamientos; una autoestima saludable supone a enfrentarse a la vida con seguridad y confianza respondiendo a los sentimientos y deseos de forma sincera honesta y adaptativa en el contexto sociocultural en el que la persona se desenvuelve. (Fornés, 2005).

Según los patrones de alteración de la autoestima y patrones de salud disfuncionales, están entre ellos el patrón de sexualidad y reproducción en donde la valoración de la actividad sexual se dice que puede ser insatisfactoria debido a las altas exigencias y la auto evaluación negativa. La ansiedad que genera puede derivar en disfunciones sexuales específicas. (Fornés, 2005)

La sexualidad es una función vital que influye sobre la conducta de los individuos y sobre las relaciones humanas en general; afecta a todos los procesos fisiológicos y psicológicos del ser humano, aunque no es imprescindible para su supervivencia. Se trata de un impulso instintivo que atraviesa diferentes etapas a los largo de la vida de los individuos y que se ve condicionado en gran medida por el entorno sociocultural en el que viven; pero ante todo la relación sexual responde a una necesidad de comunicación física y psicológica que va mas allá de la mera

unión de los cuerpos, la disfunción sexual es una alteración de la sexualidad ya sea a nivel personal, en las relaciones de pareja o en ambos casos; son trastornos del ciclo de la respuesta sexual. (Fornés, 2005).

Dentro de las principales causas de las disfunciones sexuales están la falta de información que contribuye a la elaboración de unas expectativas erróneas en torno al funcionamiento sexual, la educación recibida, que fomentará una actitud positiva o negativa y por tanto la forma en que las personas se vivenciarán como seres sexuados; experiencias sexuales traumáticas como violación o abusos; la falta de autoestima y no aceptación de la propia imagen corporal, falta de atractivo y la ansiedad generada por la aparición de una disfunción sexual que facilitará su propio mantenimiento. (Fornés, 2005).

En un estudio con adolescentes observan que el atractivo es el mejor predictor de la autoestima en las mujeres, mientras que en el hombre lo es la eficacia. Por ello, la autoestima, una variable tan importante para el bienestar personal, queda supeditada a algo tan externo, variable y en gran medida ajeno a nuestro control como es la apariencia física y las creencias que tenemos sobre nosotros mismos. (Calado et al. 2004)

Además, los estudios sugieren que las mujeres con mayor autoconciencia de la imagen corporal están más satisfechas con su actividad sexual, las mujeres que están pendientes durante el acto sexual a su imagen corporal tienden a distraerse y no enfocar su atención al disfrute pleno de la relación sexual (Dove y Wiederman, 2000; citado en Calado et al. 2004). Teniendo en cuenta que cualquier forma de distracción cognitiva da lugar a la disfunción sexual. (Masters y Johnson, 1970).

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo descriptivo, tiene como propósito analizar y representar los datos para más de una variable. Establece normas para la representación gráfica de los datos. Este análisis es muy básico, pero fundamental en este estudio donde se tuvieron en cuenta las variables disfunciones sexuales femeninas y la autoestima.

5.2 DEFINICIÓN

5.2.1 Definición Conceptual

Disfunciones sexuales: son problemas frecuentes que pueden presentarse en la vida de las personas, y que provocan grandes dosis de sufrimiento y dificultades no solo a los que las sufren directamente sino también a sus parejas. La mayoría de estas disfunciones no tienen una causa física, sino que son debidas a factores psicológicos en los que intervienen la historia de aprendizaje, la cultura, la autoestima, la postura hacia las relaciones sexuales, etc.(DSM IV, 1994)

Autoestima: es el proceso mediante el cual el individuo examina sus actos, sus capacidades y atributos en comparación a sus criterios y valores personales que ha interiorizado a partir de la sociedad y de los otros significativos, de manera que estas evaluaciones dan una conducta coherente con el autoconocimiento, ubicando el autoconcepto en el ámbito de la actitud. (Branden, 1995).

5.2.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL :

Variable	indicador	evaluación
Disfunciones sexuales femeninas	Cognitivo-conductual	Test FSFI (inventario de disfunciones sexuales femeninas)de Rosen y cols. Dominios: Deseo Excitación Lubricación Satisfacción dolor

Variable	indicador	evaluación
Autoestima	Cognitivo-conductual	Escala de autoestima de Rosenberg tipo Likert

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población. La población objeto de esta investigación fue de 405 estudiantes del género femenino de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNIMAG, matriculadas hasta el presente Semestre 2006-I, las cuales según datos de la Oficina de Admisiones, Registro y Control Académico (ARCA).

$N = 405$ estudiantes mujeres.

Muestra. La muestra se cuantificó con base a la población y se determinó a través de la siguiente fórmula de muestreo:

$$n \geq \frac{N \times Z^2 \times \hat{c}^2}{N \times E^2 + Z^2 \times \hat{c}^2}$$

$$N = \frac{405 \times (1.96)^2 \times (0.25)^2}{405 \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times (0.25)^2}$$

n = 77.6 aproximadamente 78 estudiantes mujeres.

Esta muestra es significativa, pero previendo una posible deserción se tomaron 101 mujeres de la población como muestra.

La selección de la muestra se hizo de manera aleatoria simple para garantizar que todas tuviesen la misma oportunidad de ser seleccionadas, dado que se trata de una población homogénea: todas son mujeres, universitarias, estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad del Magdalena.

5.4. RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

EL instrumento que se aplicó para la recolección de la muestra fue el **inventory sexual dysfunction on females** FSFI (inventario de disfunciones sexuales femeninas por su sigla en inglés). Rosen et al. (2000) desarrollaron y validaron este cuestionario breve, a la luz de las recomendaciones de 19 expertos de 5 países. Es un cuestionario auto administrado en el cual se registraron características sociodemográficas como edad, estrato, semestre, y programa. La persona respondió a 19 preguntas diferentes teniendo su consentimiento informado y seleccionó en cada una de ellas una de las 6 respuestas posibles que mejor describa su situación durante los últimos años. Los resultados se evalúan según los dominios:

El dominio *Deseo* (ítem 1,2) puntúa un mínimo de 2 y un máximo de 10.

El dominio *Excitación* (ítem 3, 4, 5, 6) puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 20.

El dominio *Lubricación* (ítem 7, 8, 9, 10) puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 20.

El dominio *Orgasmo* (ítem 11, 12, 13) puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 15.

El dominio *Satisfacción* (ítem 14, 15, 16) puntúa un mínimo de 2 y un máximo de 15.

El dominio *Dolor* (ítem 17, 18, 19) puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 15.

El otro instrumento que se aplicó es la escala de autoestima de Rosenberg basada en el modelo de Guttman que tiene por objetivo evaluar la autoestima, entendida desde una perspectiva unidimensional, como indicador de la autovaloración personal. Consta de 10 ítems que los sujetos puntúan en un rango de 4 puntos que va de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo” (cinco de los ítem están redactados positivamente, en el sentido de la autoestima positiva, y cinco en sentido negativo) para controlar el efecto de la aquiescencia. Esta medida ha mostrado una adecuada fiabilidad y validez (Rosenberg, 1965). El contenido de los ítems es de carácter general, permitiendo así obtener datos sobre el sentimiento de satisfacción o insatisfacción que tiene la persona consigo misma. Se puntúan de 1 a 4 siguiendo una escala tipo Likert. Esta escala fue actualizada por Martín A, et. al (2005) en una investigación sobre repercusiones psicológicas de la disfunción eréctil sobre la autoestima y la autoconfianza, utilizando, aplicando y actualizando la escala de autoestima de Rosenberg.

Para aplicar los instrumentos mencionados, Primero se aplicó el test FSFI, (índice de función sexual femenina), para determinar las disfunciones sexuales que más predominan, luego se procedió a aplicar la escala de autoestima de Rosenberg; posteriormente se hizo una descripción de los resultados y se estableció si existía o no una relación entre las disfunciones sexuales femeninas y la autoestima.

Se le aplicaron los dos test: el test de función sexual femenina (FSFI) y la escala de autoestima de Rosenberg la muestra fué seleccionada de estudiantes de séptimo (7) y octavo (8) semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud, para este propósito se solicitaron los horarios de las estudiantes y la colaboración de los profesores que cedieron quince (15) minutos de su espacio en el salón de clases.

Los cuestionarios utilizados fueron anónimos y ninguna alumna se negó a participar, teniendo un consentimiento informado firmado por ellas, al ser mayores de edad. Las estudiantes que más se mostraron dispuestas a colaborar fueron del programa de odontología de ambos semestres y las estudiantes de enfermería de octavo semestre.

6. RESULTADOS

Se encontró que hay presencia de los tres tipos de disfunción sexual (anorgasmia, dispareunía y deseo sexual inhibido)

Siendo así de las 101 estudiantes encuestadas el 41.58% padecen de algún tipo de disfunción sexual, el 0,99% de deseo sexual inhibido, anorgasmia y dispareunía, el 10,89% de anorgasmia y dispareunía, el 3,96% de deseo sexual inhibido y anorgasmia, el 11,88% de anorgasmia, el 0,99% de deseo sexual inhibido y el 12,87% de dispareunía (tabla 1)

Tabla 1 presencia de disfunciones sexuales femeninas: Anorgasmia, Dispareunía y Deseo sexual inhibido

DIFERENTES TIPOS DE DISFUNCIÓN SEXUAL: ANORGASMIA, DISPAREUNIA Y DESEO SEXUAL INHIBIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mujeres con anorgasmia	11	11,88%
Mujeres con anorgasmia y dispareunía	10	10,89%
Mujeres con deseo sexual inhibido	1	0,99%
Mujeres con deseo sexual inhibido y anorgasmia	4	3,96%
Mujeres con dispareunía	12	12,87%
Mujeres con deseo sexual inhibido, anorgasmia y dispareunía	1	0,99%
Total de presencia con disfunción sexual	39	41,58%

En la aplicación del test FSFI hay 4 dominios que miden la completa satisfacción sexual, clasificando la disfunción sexual según los dominios de lubricación, satisfacción, excitación, orgasmo y dolor que cuando puntúan la máxima calificación, la mujer no presenta ninguna disfunción sexual teniendo en cuenta esto se puede decir que de 101 mujeres encuestadas el 40,59% no tienen disfunción sexual. (tabla 2)

Dentro de las preguntas del test FSFI hay una pregunta que descarta que la entrevistada no ha tenido relaciones sexuales y es el de nunca he tenido actividad sexual. El resultado es que de las 101 encuestadas el 18,81% no han tenido actividad sexual durante los últimos años. (tabla 3).

Tabla 2 mujeres que no tienen disfunción sexual

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mujeres que no tienen disfunción sexual	44	40,59%

Se puede percibir que una el 41,58% sufre de alguna disfunción sexual, y que el 40,59% no padece ninguna disfunción sexual, lo cual quiere decir que existe una presencia de disfunciones sexuales femeninas en las mujeres de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Tabla 3 mujeres que no tienen relaciones sexuales

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mujeres que no tienen relaciones sexuales	18	18,81%

En cuanto al objetivo específico de determinar la presencia de la autoestima positiva y la autoestima negativa de las mujeres que padecen algún tipo de disfunción sexual se tiene que de 101 mujeres encuestadas el 35,64% que tiene autoestima positiva padece de algún tipo de disfunción sexual. Presentándose los tres tipos: anorgasmia con un 9,99%, anorgasmia y dispareunía el 9,99%, deseo sexual inhibido un 0,99%, deseo sexual inhibido y anorgasmia con 2,89% y dispareunía sólo el 11,90%. Esto representa una relación existente entre poseer una disfunción sexual ya sea anorgasmia, dispareunía y deseo sexual inhibido y tener una autoestima positiva reflejándose en los resultados expuestos. (tabla 4)

Tabla 4 presencia de autoestima positiva y disfunción sexual

Porcentaje de autoestima positiva	Frecuencia	Disfunción sexual femenina	Frecuencia	porcentaje
9,90%	10	anorgasmia	10	9,99%
9,90%	10	anorgasmia y dispareunía	10	9,99%
0,99%	1	deseo sexual inhibido	1	0,99%

2,97%	3	deseo sexual inhibido y anorgasmia	3	2,89%
11,88%	11	dispareunía	11	11,90%
Total: 35.64%	34		34	35,64%

Es importante resaltar que un 29,90% de mujeres que tienen una autoestima positiva no presentan disfunción sexual y un 14,85% que tienen una autoestima positiva destacando que estas estudiantes no han tenido actividad sexual durante los últimos años. (tabla 5)

Tabla 5 autoestima positiva e ítem relacionado

Porcentaje de autoestima positiva	frecuencia	ítem	Frecuencia	porcentaje
29,90%	30	No Tienen disfunciones sexuales	30	29,90%
14,85%	14	No tienen relaciones sexuales	14	14,85%
TOTAL: 44,75%	44		44	44,75%

La autoestima negativa está presente en la disfunción sexual femenina en solo un 5,94%, presentándose en este porcentaje los tres tipos de disfunción sexual con anorgasmia, un 1,98% de la muestra, con anorgasmia y dispareunía un 0,99% de

las estudiantes, un 0,99% con deseo sexual inhibido; simultáneamente se presenta también deseo sexual inhibido y anorgasmia con un 0,99%, y por último dispareunía con tan sólo un 0,99%. Estos porcentajes arrojados significan que existe una relación de un 5,94% relacionado con tener una autoestima negativa y poseer una disfunción sexual sea anorgasmia, dispareunía y deseo sexual inhibido. (Tabla 6)

Se puede notar que el hecho de padecer algún tipo de disfunción sexual, no significa que tienen que tener una autoestima negativa, por que los resultados muestran lo contrario, es decir un sujeto puede tener una autoestima positiva y tener algún tipo de disfunción sexual.

Tabla 6 presencia de autoestima negativa y disfunción sexual

Autoestima negativa	Frecuencia	Disfunción sexual femenina	Porcentaje	Frecuencia
1,98%	2	anorgasmia	1,98%	2
0,99%	1	anorgasmia y dispareunía	0,99%	1
0,99%	1	deseo sexual inhibido, anorgasmia y dispareunía	0,99%	1
0,99%	1	deseo sexual inhibido y anorgasmia	0,99%	1

0,99%	1	dispareunía	0,99%	1
Total				
5,94%	6		5,94%	6

Es significativo señalar que existe un porcentaje de autoestima negativa del 9,90% que no tienen disfunción sexual y un 3,96% que no han tenido relaciones sexuales durante los últimos años. (Tabla 7)

Tabla 7 autoestima negativa e ítem relacionado

Porcentaje de autoestima negativa	frecuencia	Ítem	frecuencia	porcentaje
9,90%	10	no tiene disfunción sexual	10	9,90%
3,96%	4	no tiene relaciones sexuales	4	3,96%
Total: 13,86%	14		14	13,86%

Cabe resaltar en un resultado general que de 101 mujeres a las que se les aplicó la escala de autoestima de Rosenberg, 80,20% puntuaron una autoestima positiva, mientras el 19,80% marcaron una autoestima negativa (tabla 8)

Tabla 8 respuestas de presencia de autoestima positiva y autoestima negativa

RESPUESTAS	porcentaje	Frecuencia
Autoestima positiva	80,2%	80
Autoestima negativa	19,8%	21
Total :	100%	101

Como distribución de la muestra se tiene que se encuestó a 38 estudiantes de Psicología, 13 estudiantes de Medicina, 20 de enfermería, 30 estudiantes de Odontología, para un total de 101 estudiantes encuestadas. (Tabla 9)

Tabla 9 clasificación de las estudiantes encuestadas por programa al que pertenecen

CLASIFICACION DE LAS ESTUDIANTES ENCUESTADAS POR PROGRAMAS

PROGRAMA	FRECUENCIA
Psicología	38
Medicina	13
Enfermería	20
Odontología	30
total	101

De 101 estudiantes el 89,10% son solteras, el 7,90% son casadas y el 2,90% viven en unión libre y el 0,99% es viuda

En total se encuestaron 101 estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud Podemos apreciar que la mayor parte de la muestra son solteras. (Tabla 10)

Tabla 10 Clasificación por estado civil

ESTADO CIVIL	SOLTERAS	CASADAS	UNION LIBRE	VIUDA
Frecuencia	90	8	3	1
Porcentaje	89,10%	7,90%	2,90%	0,99%

El rango de edad de la muestra se encuentra entre los 19 y 25 años con un 97,01%, le sigue el 2,97% con edades entre 26 y 30 años y culmina el 0,99% con un rango de edad entre 30 y 38 años. (Tabla 11)

Tabla 11 clasificación de edades

Edades	Edades entre 19 y 25 años	Edades entre 26 y 30 años	Edades entre 30 y 38 años
Número de estudiantes	97	3	1
porcentaje	97,01%	2,97%	0,99%

7. ANÁLISIS GENERAL

En este estudio se pretendió conocer la relación de la autoestima con las disfunciones sexuales, estableciendo que no existe una relación significativa entre estas dos variables, estableciendo que las mujeres que presentan disfunciones sexuales tienen una autoestima positiva en un 35,64% de los casos es decir que esta variable puede incidir en la satisfacción sexual, también se tiene que por el hecho de no poseer una disfunción sexual se relaciona con tener una autoestima negativa como lo comprueba el análisis descriptivo de una muestra del 9,90% que presentaron estos resultados.

En esta investigación se encontró que tener disfunciones sexuales tiene una relación mínima con poseer una autoestima positiva en un 35,64% y que no tener disfunciones sexuales con poseer una autoestima negativa en un 9,90% esto quiere decir que el tener una disfunción sexual no afecta la autoestima.

De acuerdo a lo que se quiere hallar y esta especificado en los objetivos se comprobó que existe presencia de disfunciones sexuales femeninas tales como: anorgasmia, dispareunía y deseo sexual inhibido.

En cuanto a las disfunciones sexuales femeninas se encontró que de las 101 mujeres que fueron encuestadas el 41,58% padecen de alguna disfunción sexual, siendo este dato significativo lo cual se hace un llamado de alerta para esta comunidad Universitaria.

8. CONCLUSIONES

Se establece una relación mínima del 29,90% entre la no presencia de las disfunciones sexuales y la autoestima positiva de estudiantes mujeres de séptimo y octavo semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad del Magdalena.

Numerosos estudios prueban lo que se analizó a lo largo de la investigación (Guibert, Prendes. y Portuondo. 1998) demuestran, que si hay una relación directa entre padecer una disfunción sexual y a la vez tener una autoestima deteriorada, estos investigadores determinaron cómo se afectan los niveles de autoconcepto y satisfacción sexual, encontraron que las disfunciones sexuales están estrechamente relacionadas con un bajo autoconcepto, así como la disminución en la satisfacción sexual.

Se puede percibir que el hecho de no tener una disfunción sexual, no interfiere en tener una autoestima positiva, ya que un 35,64% de la muestra padece de algún tipo de disfunción sexual y posee autoestima positiva, en contraposición con los resultados obtenidos (Calado, et al. 2004), el hecho de tener una autopercepción positiva de los atributos físicos permite una mayor confianza en las relaciones heterosexuales, lo que significa mayores oportunidades para implicarse y validarse sexualmente, sobre todo si se habla de dos de los componentes de la autoestima como es la autoimagen y el autoconcepto, (Branden, 1995). Según los resultados de este estudio se puede explicar por qué estos no corroboran los otros estudios internacionales y nacionales, ya que hay variables implicadas como la imagen

corporal, el nivel socio-cultural, la interacción emocional que tengan con su pareja y el contexto cultural en el que se desenvuelve el sujeto.

Se obtuvo que el 97,01% son mujeres solteras, esto podría ser una variable determinante para que no hubiera una relación significativa entre tener una disfunción sexual y poseer una autoestima positiva y entre tener una disfunción sexual y poseer una autoestima negativa.

Se puede notar que el hecho de padecer algún tipo de disfunción sexual, no significa que tienen que tener una autoestima negativa, porque los resultados muestran lo contrario, es decir un sujeto puede tener una autoestima positiva y tener algún tipo de disfunción sexual o tener una autoestima negativa y no padecer una disfunción sexual.

De las variables estudiadas en este proyecto vemos que las disfunciones sexuales predominan en la población estudiantil con un 41,58% estableciendo así su presencia en las estudiantes, y advirtiendo esta problemática en la población.

En cuanto a la autoestima, queda claro que la mayor parte de la muestra, (80,20%) tiene una autoestima positiva, indicando que las estudiantes están satisfechas con su imagen y consigo mismas.

Sin embargo, solo el mínimo de la población que tiene disfunción sexual coincide con poseer una autoestima negativa, y las que no tienen disfunciones sexuales teniendo una autoestima positiva.

Finalmente es necesario pensar que otras variables pudieran incidir con el hecho de padecer una disfunción sexual como el nivel socio cultural en donde al estudiar un grupo de 50 analfabetas que recibieron un curso especial de 4 horas previo a la encuesta personalizada, se encontró que la anorgasmia fue del 96% (Acuña, 2000), explicando que el desconocimiento de lo que es una disfunción sexual femenina influye en los resultados de este tipo de problemáticas, haciéndose necesaria mas investigación en estos ámbitos.

Los datos que arrojó esta investigación sirvió de mucho para establecer estadísticas referentes al contenido tratado en la misma, se puede decir que en la medida que las entidades de salud, sociales y personas naturales tengan acceso a este tipo de información, para que así amplíen sus conocimientos y tengan base para realizar más investigaciones acerca del argumento presentado y puedan más adelante elaborar, sobre todo las entidades interesadas en la cuestión, planes de promoción y prevención para las personas interesadas, también para desarrollar programas de intervención en la población universitaria y en el país para así contribuir a investigaciones posteriores a nivel internacional.

9. RECOMENDACIONES

Cuando la paciente (y su pareja) consultan al sexólogo, normalmente lo hacen con una mezcla de escepticismo y esperanza. Dicha ambivalencia proviene de múltiples intentos sin éxito por resolver el problema. Los miedos y las frustraciones se han acumulado con el tiempo y ahora, el tema sexual provoca sentimientos nocivos en la víctima de una disfunción sexual. Las emociones negativas se reflejan tanto en el ámbito personal como de pareja.

En el área asistencial: Los resultados de este estudio nos muestran la realidad local, de la presencia de las disfunciones sexuales, lo cual permitirá realizar una intervención clara y precisa en aquellas mujeres que debemos atender en los distintos lugares del quehacer de nuestra profesión.

En el área educativa: En la enseñanza de pregrado, la aplicación del instrumento utilizado en este proyecto facilitará la recolección de la información relacionada con la respuesta sexual y una probable disfunción. Realizar intervenciones educativas participativas sobre sexualidad dirigidas a los adultos y estabilizar el funcionamiento de las consultas multidisciplinarias de terapia y orientación sexual en las áreas de salud.

En el área investigativa: Considerando los resultados obtenidos en este estudio, se debe crear investigaciones científicas sobre disfuncionalidad sexual, salud sexual, sexualidad de la mujer y de su pareja y factores relacionados con estas.

Es importante que se implementen este tipo de orientaciones en planteles educativos como lo son las Universidades, ya que este estudio fue realizado con estudiantes, para estudiantes universitarias, con el objetivo de dejar descubierto una problemática actual, y con el propósito que entidades de salud, Bienestar Universitario y personas naturales tengan acceso a este tipo de información y enfrenten la problemática a través de programas como el promoción y prevención de las disfunciones sexuales o con profesionales de la salud expertos en el tema implementándolo en la Universidad.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, A. (2000). Nuevos conceptos en disfunción sexual femenina. *Revista Gaceta Médica* septiembre Vol. 8 no 9, p.35-38.

American Psychiatric Association (APA). 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4ªed)*. Washintong, D.C

Althof, S., Cappelleri, J., Shpilsky A., Stecher, V., Diuguid, C., Sweeney, M.(2003). Treatment responsiveness of the Self- Esteem And Relationship questionnaire in erectile dysfunction. *Journal of Urology* 61(5):888-892.

Aramburu, M. y Guerra, J. (2001). *Autoconcepto: dimensiones, origen, funciones, incogruencias, cambios y consistencia*. Extraído el mes de marzo del 2005 desde <http://www.Interpsiquis.com>

Bancroft, J. (1999). Sexual well being of women in heterosexual relationship: A National Survey. *Female Sexual Function Forum*.

Comment [a1]: Donde se consigue esta referencia, así es imposible hallarla

Branden, N. (1993). *El Poder de la Autoestima*. Ediciones paidós. España

Branden, N. (1995). *Cómo Mejorar su Autoestima*. Ediciones Paidós. España.

Bendnar, M., Gawain, W., Richarld, L. y Scott, R. (2000). *Self Esteem: Paradoxes and innovation and Clinical Theory and practice*. Ediciones Robin Book. Estados Unidos

Ballesteros, B., Muñoz, C., 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*. Memoria para optar la especialización en psicología clínica, Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de psicología, Bogotá D.C. Colombia.

Calado, M., Lameiras, M. y Rodríguez, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology: 4* (2). 357-37

Charnay, M., Henríquez, E. (2003). *Surfing the internet. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados*. 9 (1), 55-64. Extraído el 27 de noviembre del 2005. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n1/art07.pdf>.

Cortesi, S. y Alegre, P. (2005). Un Problema Siempre Oculto Impotencia Sexual Femenina. *British Medical Journal*, vol 1, no.9 Pag 125-134

Diez, E. (2001), *autoestima y PNL*, taller de Autoestima y PNL que se impartió en las Primeras Jornadas Españolas de PNL, organizadas por la Asociación Española de PNL (AEPNL), Barcelona, España.

Fornés, J. (2005). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Editorial Médica Panamericana.

García. (1995). *Surfing the internet Cuestionario de evaluación de la autoestima para alumnos de la enseñanza secundaria Sur*. Extraído el mes de Abril del 2005. Disponible en www.orientared.com

Guibert, W., Prendes, M. y Portuondo, O. (1998). Factores asociados con la aparición de disfunciones sexuales en una población femenina. *Revista Cubana de Medicina General Integral octubre*, 14(1). 51-52.

Martín, A., Meijide, F., García, L., Regadera, A. y Manero M. (2005). Repercusiones psicológicas de la disfunción eréctil sobre la autoestima y autoconfianza. *Actas urológicas Españolas mayo*, 29 (5): 493-498.

Master, W., Johnson, V. (1970) *Incompatibilidad Sexual Humana* Inter-Médica, 2ªed, 1981.

Labrador, F. y Crespo M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Revista Psicothema*, Vol. 13, nº 3, pp. 428-441

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida (2ª Ed.)*. Editorial Thomson. España

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, (2000). *Promoción de la salud sexual* trabajo presentado en: Actas de una Reunión de Consulta, Mayo, Antigua Guatemala, Guatemala.

Ortiz, M. (2003). El malestar sexual en las mujeres. *Revista agenda salud N° 32 Octubre, Diciembre Santiago, Chile 1-8.*

Rosenberg, M. (1965). *self-esteem scale*. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University. Press.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy 69 (2)191-208.*

Rubio, E. (1994). *Introducción al estudio de la sexualidad humana. Antología de la Sexualidad Humana Vol. 1* Editor CONAPO, México.

Wincze, J., Carey, M., (1981). *Sexual Dysfunction. A guide for assessment and treatment.* USA: University Guilford Press.

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN : ESTUDIO DE LAS DISFUNCIONES
SEXUALES EN LA AUTOESTIMA DE LAS ESTUDIANTES MUJERES DE LA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DELMAGDALENA**

TEST DE SEXUALIDAD FEMENINA – FSFI

Carrera :

Semestre:

Edad:

Estrato:

Estado civil:

INSTRUCCIONES: Marque la respuesta que mejor describa su situación en las últimas 4 semanas. Por favor, asegúrese que escoge una sola respuesta para cada pregunta.

Acto sexual: se define como la penetración, el coito por parte del sexo opuesto

Estimulación sexual: incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja, mirar fotos eróticas, etc.

Actividad sexual: incluye el acto sexual, caricias, juegos anteriores al acto y la masturbación.

Excitación sexual: fase inicial de la respuesta sexual que en la mujer se caracteriza por el inicio de la lubricación vaginal, la dilatación de la parte superior de la vagina y el aumento de tamaño del clítoris y los senos.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo sexual o interés por el sexo?

1-Casi nunca o nunca.

2-En algunos momentos

3-Buena parte del tiempo

4-La mayor parte del tiempo

5-Casi siempre o siempre

2. Durante las últimas 4 semanas ¿cómo calificaría su nivel de deseo sexual o interés por el sexo?

1-Muy bajo o nulo.

2-Bajo.

3-Moderado.

4-Alto.

5-Muy alto.

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido excitación sexual durante la estimulación sexual o el acto sexual?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Casi nunca o nunca.

2-En algunos momentos

3-Buena parte del tiempo

4-La mayor parte del tiempo

5-Casi siempre o siempre.

4. Durante las últimas 4 semanas ¿cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la estimulación sexual o el acto sexual?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Muy bajo o nulo.

2-Bajo.

3-Moderado.

4-Alto.

5-Muy alto.

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría la confianza que ha tenido usted en excitarse sexualmente durante la estimulación sexual o el acto sexual?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Muy baja confianza o nula.

2-Baja confianza.

3-Moderada confianza.

4-Alta confianza.

5-Muy alta confianza

6. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con el nivel de excitación sexual alcanzado durante la estimulación sexual o el acto sexual?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Casi nunca o nunca.

2-En algunos momentos

3-Buena parte del tiempo

4-La mayor parte del tiempo

5-Casi siempre o siempre.

7. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia ha conseguido lubricar (humedecer) su vagina durante la actividad sexual o el acto sexual?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Casi nunca o nunca.

2-En algunos momentos

3-Buena parte del tiempo

4-La mayor parte del tiempo

5-Casi siempre o siempre.

8. Durante las últimas 4 semanas ¿en qué medida le ha resultado difícil conseguir lubricar (humedecer) su vagina durante la actividad sexual o el acto sexual?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Extremadamente difícil o imposible.

2-Muy difícil.

3-Difícil.

4-Ligeramente difícil.

5-Nada difícil.

9. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia ha conseguido mantener la lubricación (humedad) de su vagina hasta terminar la actividad sexual o el acto sexual?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Casi nunca o nunca.

2-En algunos momentos

3-Buena parte del tiempo

4-La mayor parte del tiempo

5-Casi siempre o siempre.

10. Durante las últimas 4 semanas ¿en qué medida le ha resultado difícil mantener la lubricación (humedad) de su vagina hasta completar la actividad sexual o el acto sexual?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Extremadamente difícil o imposible.

2-Muy difícil.

3-Difícil.

4-Ligeramente difícil.

5-Nada difícil.

11. Durante las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o ha realizado el acto sexual, ¿con qué frecuencia ha alcanzado el orgasmo?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Casi nunca o nunca.

2-En algunos momentos

3-Buena parte del tiempo

4-La mayor parte del tiempo

5-Casi siempre o siempre.

12. Durante las últimas 4 semanas, cuando usted ha tenido estimulación sexual o ha realizado el acto sexual, ¿en qué medida le ha resultado difícil alcanzar el orgasmo?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Extremadamente difícil o imposible.

2-Muy difícil.

3-Difícil.

4-Ligeramente difícil.

5-Nada difícil.

13. Durante las últimas 4 semanas ¿en qué medida se ha sentido satisfecha con su capacidad para alcanzar el orgasmo durante la actividad sexual o el acto sexual?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Muy insatisfecha.

2-Moderadamente insatisfecha.

3-Ni insatisfecha, ni satisfecha.

4-Moderadamente satisfecha.

5-Muy satisfecha.

14. Durante las últimas 4 semanas ¿en qué medida se ha sentido satisfecha con el nivel de sintonía emocional alcanzado, entre usted y su pareja, durante la actividad sexual?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Muy insatisfecha.

2-Moderadamente insatisfecha.

3-Ni insatisfecha, ni satisfecha.

4-Moderadamente satisfecha.

5-Muy satisfecha.

15. Durante las últimas 4 semanas ¿en qué medida se ha sentido satisfecha con la relación sexual con su pareja?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Muy insatisfecha.

2-Moderadamente insatisfecha.

3-Ni insatisfecha, ni satisfecha.

4-Moderadamente satisfecha.

5-Muy satisfecha.

16. Durante las últimas 4 semanas ¿en qué medida se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general?

0-No he tenido actividad sexual.

1-Muy insatisfecha.

2-Moderadamente insatisfecha.

3-Ni insatisfecha, ni satisfecha.

4-Moderadamente satisfecha.

5-Muy satisfecha.

17. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia ha sentido dolor o malestar durante la penetración vaginal?

0-No he tenido actividad sexual.

1- Casi siempre o siempre.

2- La mayor parte del tiempo

3-Buena parte del tiempo

4- En algunos momentos

5- Casi nunca o nunca

18. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia ha sentido dolor o malestar tras la penetración vaginal?

0-No he tenido actividad sexual.

1- Casi siempre o siempre.

2- La mayor parte del tiempo

3-Buena parte del tiempo

4- En algunos momentos

5- Casi nunca o nunca.

19. Durante las últimas 4 semanas ¿cómo calificaría el grado de dolor o malestar que ha sentido durante o tras la penetración vaginal?

0-No he tenido actividad sexual.

1- Muy alto.

2- Alto.

3-Moderado.

4-Bajo.

5- Muy bajo.

**ESTUDIO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN LA AUTOESTIMA DE LAS
ESTUDIANTES MUJERES DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD DELMAGDALENA**

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Carrera :

Semestre:

Edad:

Estrato:

Estado civil:

Instrucciones:

A continuación se presenta una serie de afirmaciones. Marque la respuesta que mejor lo represente, es decir, el grado en que usted está de acuerdo con cada afirmación.

1. En general estoy satisfecha conmigo misma

1 = Muy de acuerdo

2 = De acuerdo

3 = En desacuerdo

4 = Muy en desacuerdo

2. A veces pienso que no sirvo para nada

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = En desacuerdo
- 4 = Muy en desacuerdo

3. Considero que tengo varias cualidades positivas

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = En desacuerdo
- 4 = Muy en desacuerdo

4. Puedo hacer las cosa tan bien como la mayoría de la gente

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = En desacuerdo
- 4 = Muy en desacuerdo

5. Creo que no tengo muchas razones para estar orgullosa de mí

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = En desacuerdo
- 4 = Muy en desacuerdo

6. A veces me siento realmente inútil

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = En desacuerdo
- 4 = Muy en desacuerdo

7. Creo que soy una persona digna de estima, al menos en la misma medida que los otros

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = En desacuerdo
- 4 = Muy en desacuerdo

8. En conjunto tiendo a pensar que soy un fracaso

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = En desacuerdo
- 4 = Muy en desacuerdo

9. Desearía sentir más aprecio por mi misma

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = En desacuerdo
- 4 = Muy en desacuerdo

10. Mi actitud frente a mi misma es positiva

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = En desacuerdo
- 4 = Muy en desacuerdo

Se tienen en cuenta los puntajes de cada uno de los dominios:

- El dominio **Deseo** (ítems 1,2) puntúa un mínimo de 2 y un máximo de 10.
- El dominio **Excitación** (ítems 3, 4, 5, 6) puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 20.
- El dominio **Lubricación** (ítems 7, 8, 9, 10) puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 20.
- El dominio **Orgasmo** (ítems 11, 12, 13) puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 15.
- El dominio **Satisfacción** (ítems 14, 15, 16) puntúa un mínimo de 2 y un máximo de 15.
- El dominio **Dolor** (ítems 17, 18, 19) puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 15.

Figura 1: presencia de disfunciones sexuales femeninas: Anorgasmia, Dispareunía y Deseo sexual inhibido

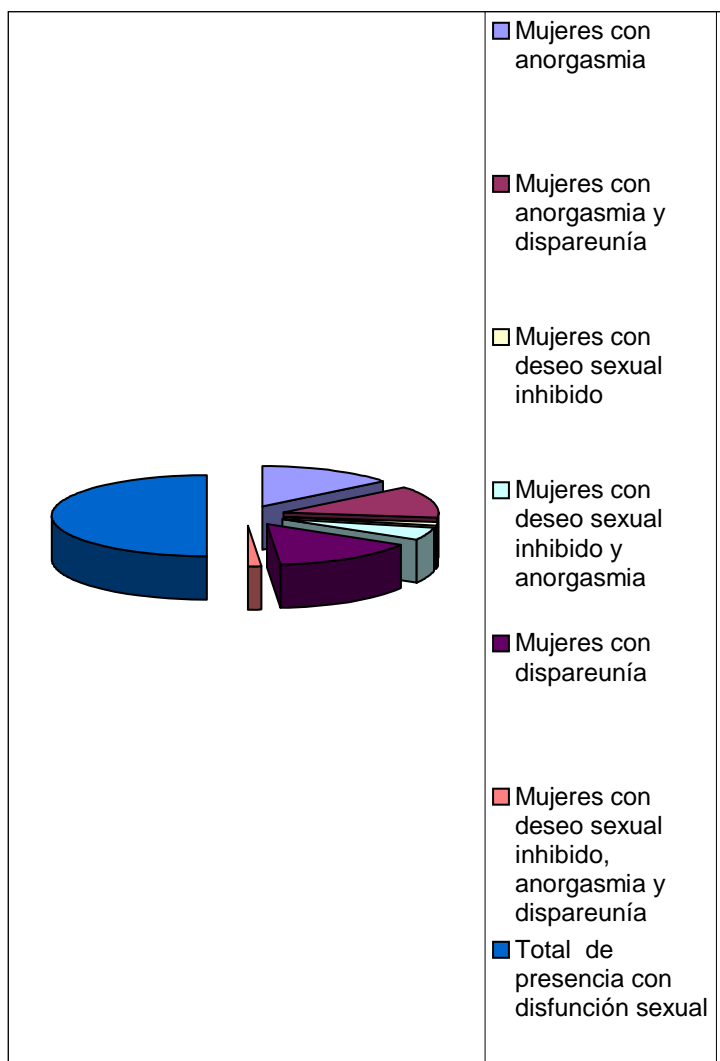


Figura 2: mujeres que no tienen disfunción sexual



Figura 3: mujeres que no tienen relaciones sexuales

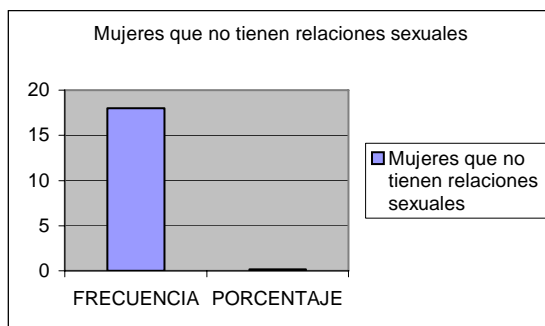


Figura 4: Presencia de autoestima positiva y disfunción sexual

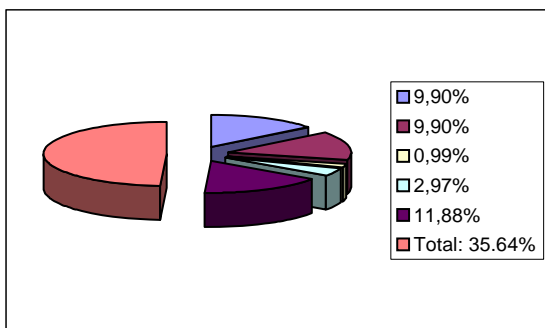


Figura 5: presencia de autoestima negativa y disfunción sexual

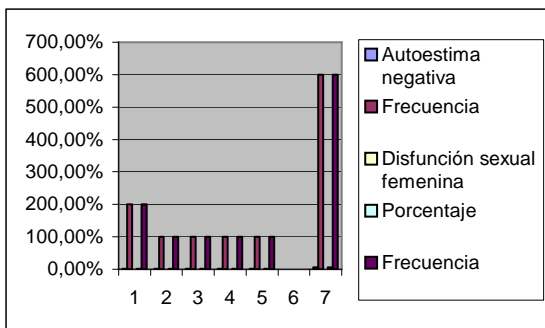


Figura 6: total de autoestima positiva y autoestima negativa

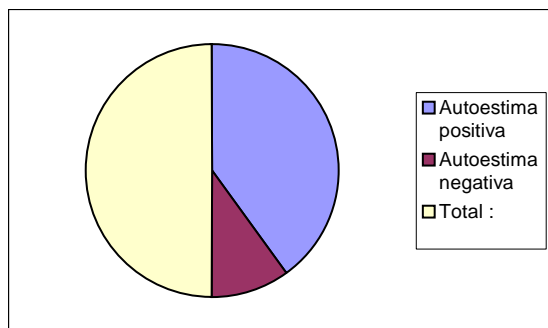


Figura 7: Clasificación de estudiantes por programa

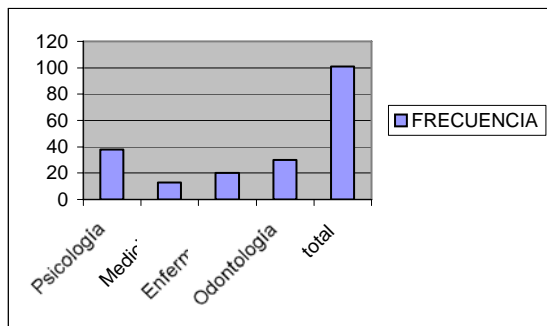


Figura 8: Clasificación por estado civil

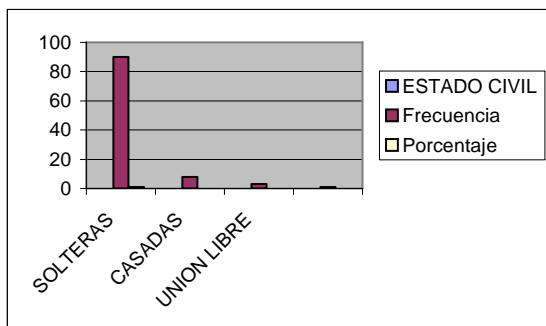


Figura 9: clasificación de estrato por programa

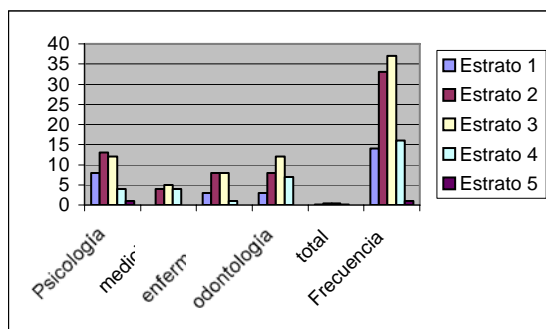


Figura 10: Clasificación de edades

