



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

*“FUNCIONALIDAD SEXUAL EN MUJERES SOBREVIVIENTES
DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA”*

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

Dra. Laura María Pérez Martínez

Asesor Teórico:

Dr. Iván Arango de Montis

Asesor Metodológico:

Dra. Ana Fresan Orellana

México, D. F. Junio, 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre:

Gracias por hacer de mí la persona que soy, y porque con tu ejemplo me enseñaste a amar la profesión médica.

A mis tutores:

Dra. Ana Fresan y Dr. Iván Arango, gracias por los consejos, enseñanzas y ayuda que me brindaron en todo momento, sin ustedes este logro no hubiera sido posible.

A mi esposo:

Gracias por aparecer en mi vida.

A todos mis amigos y compañeros:

Por ayudarme a crecer y madurar como persona.

Laura María Pérez Martínez

CONTENIDO

| | |
|--|-------------------------------|
| AGRADECIMIENTOS | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| RESUMEN | V |
| INTRODUCCIÓN | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| <u>MARCO HISTORICO</u> | <u>2</u> |
| <u>MARCO CONCEPTUAL</u> | <u>3</u> |
| <u>ESTADÍSTICAS</u> | <u>5</u> |
| <u>LA VIOLENCIA</u> | <u>6</u> |
| <u>EL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA</u> | <u>7</u> |
| <u>CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA</u> | <u>9</u> |
| <u>ÁMBITO JURIDICO</u> | <u>15</u> |
| <u>EL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA Y LA CONDUCTA SEXUAL EN LA EDAD ADULTA</u> | <u>17</u> |
| <u>TEORIA DE LOS HOLONES DE LA SEXUALIDAD</u> | <u>20</u> |
| JUSTIFICACIÓN | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| OBJETIVOS | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| OBJETIVO GENERAL..... | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| HIPÓTESIS | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| HIPÓTESIS GENERAL | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| <u>HIPOTESIS ESPECIFICA</u> | <u>24</u> |
| MATERIAL Y MÉTODOS | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| TIPO DE ESTUDIO | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| RESULTADOS | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| DISCUSIÓN | 46 |
| CONCLUSIONES | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| REFERENCIAS | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| <u>ANEXOS</u> | <u>60</u> |
| I. CONSENTIMIENTO INFORMADO | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| II. FORMATO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| III. CUESTIONARIO DE FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER (FSM) | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| IV. ESCALA DE EXPERIENCIA SEXUAL DE ARIZONA (ASEX) | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| V. ESCALA DE DESARROLLO Y CONFLICTO DE VÍNCULOS | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| VI. ESCALA DE DESARROLLO Y CONFLICTO DE EROTISMO | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|---------------------------|
| <i>Tabla 1 Tipo principal de Abuso sexual.....</i> | <u>41</u> |
| <i>Tabla 2 Perpetrador principal del abuso sexual.....</i> | <u>41</u> |
| <i>Tabla 3 Características demográficas y clínicas entre grupos.....</i> | <u>42</u> |
| <i>Tabla 4 Respuesta sexual entre mujeres con y sin el antecedente de abuso sexual.....</i> | <u>43</u> |
| <i>Tabla 5 Áreas específicas de funcionalidad sexual entre grupos.....</i> | <u>44</u> |
| <i>Tabla 6 Desarrollo y Conflicto de Vínculos y Erotismo.....</i> | <u>45</u> |

LISTA DE GRAFICAS

| | |
|--|---------------------------|
| <i>Grafica 1 Principales diagnósticos psiquiátricos de la muestra.....</i> | <u>39</u> |
| <i>Grafica 2 Abuso/Dependencia a sustancias del total de la muestra.....</i> | <u>40</u> |

RESUMEN

El abuso sexual en la infancia, sus causas y consecuencias, han sido foco de investigación en las últimas décadas. Las investigaciones que han examinado la relación entre el abuso sexual infantil y la función sexual femenina describen mayor prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres con antecedente de abuso sexual así mismo también se ha reportado mayor dificultad para establecer relaciones interpersonales satisfactorias y una percepción alterada de la sexualidad.

Objetivo: Determinar la influencia del abuso sexual en la infancia para la presentación de alteraciones en la funcionalidad sexual en mujeres adultas.

Método: El diseño del estudio fue de tipo observacional, prospectivo, transversal, comparativo y abierto. Se incluyeron 100 mujeres que se agruparon de acuerdo a la presencia de antecedente de abuso sexual, se realizó una entrevista donde se determinaron las características del abuso y se recolectaron los datos sociodemográficos y características del padecimiento psiquiátrico, posteriormente se aplicaron 2 escalas para valorar la función sexual (Cuestionario de la Función Sexual de la mujer y la Escala de Experiencia Sexual de Arizona) y dos escalas para valorar Desarrollo y Conflicto de Vínculos y Erotismo.

Resultados: Se incluyeron un total de 100 mujeres sin diferencias entre grupos en relación a las principales características demográficas. La mayoría de las pacientes se encontraba cursando con un trastorno afectivo. De las pacientes incluidas el 53.0% (n=53) reportó el antecedente de abuso sexual, el principal tipo de abuso sexual fue mediante tocamientos del área genital. Las pacientes con el antecedente de abuso sexual presentaron con mayor frecuencia abuso/dependencia a nicotina, una edad de inicio más temprana y un mayor tiempo de evolución del padecimiento psiquiátrico. Las pacientes con antecedente de abuso sexual en la infancia mostraron una mayor disfunción en la respuesta sexual así como un menor desarrollo vincular y de erotismo además de mayor presencia de conflictos vinculares y de erotismo.

Conclusiones: La presencia de disfunciones sexuales es mayor en mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia. La edad de inicio de la enfermedad psiquiátrica se presenta en edades más tempranas en las mujeres con antecedente de abuso sexual. Las mujeres con antecedente de abuso sexual presentan menor satisfacción sexual. El desarrollo de vínculos y erotismo es menor en las pacientes con abuso sexual infantil. El conflicto de vínculos y erotismo es mayor en las pacientes con abuso sexual. Las experiencias de la infancia y los sentimientos no resueltos asociados con experiencias de abuso sexual tienen una repercusión negativa en la respuesta sexual general de estas pacientes.

Palabras Clave: Abuso sexual en la infancia, disfunciones sexuales.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se orienta tratar el tema del abuso sexual en la infancia analizando las consecuencias de éste en relación a la influencia que ejerce esa experiencia en la vida adulta tomando en cuenta las características del abuso. El maltrato infantil se ha estudiado desde hace décadas, aunque el interés sobre el abuso sexual como una forma de maltrato es reciente. Estudios anteriores han demostrado que gran parte de los casos de abuso sexual en la infancia pertenecen a mujeres, se ha encontrado que este grupo tiene además mayor prevalencia de problemas de consumo de sustancias y problemas de salud mental incluyendo dentro de éstos las disfunciones sexuales, pues la mayoría de los casos no son denunciados ni por las víctimas ni por sus familiares dado que en un gran número de casos los agresores son miembros de la familia. Los indicadores, síntomas y efectos del abuso sexual en la infancia varían dependiendo de múltiples factores, y pueden aparecer inmediatamente, meses o incluso años después (gestos suicidas en la adolescencia, depresión y disfunción sexual en la adultez).

A pesar del impacto que se reconoce de esta experiencia se han realizado pocas evaluaciones sobre la repercusión de ésta en la edad adulta, así mismo existen pocas intervenciones terapéuticas dirigidas a esta población.

MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES

Marco Histórico

En la Grecia antigua la relación entre el "erastes" (hombre adulto) y el "erómenes" (el chico joven, apenas llegado a la pubertad) tenía para este último un valor educativo. El adulto tomaba bajo su protección a un adolescente y le formaba para la vida social y política, manteniendo a su vez relaciones sexuales con éste. El joven pasaba a ser mantenido y educado por el adulto desde sus 12 años de edad hasta la aparición de la primera barba, hacia los 18.¹

El abuso sexual en la infancia, sus causas y consecuencias, han sido foco de investigación en las últimas décadas. Freud fue el primero en llevar el tema de la sexualidad infantil a los círculos de discusión científica.² El Psicoanálisis ya en sus inicios se preocupa de los malos tratos y del abuso sexual (incestuoso), considerando sus consecuencias clínicas y terapéuticas. Para ejemplificar esto cabe recordar la relevancia teórica que tiene la mitología de Edipo en el psicoanálisis.²

El psicólogo húngaro Sandor Ferenczi (1873-1933), contemporáneo y amigo de Freud, escribe que “el deseo de incesto es inherente al hombre y sólo puede alejarlo un interdicto formulado como ley” y señala los frecuentes casos en que el adulto transforma la ternura y el cuidado en pasión sexual. Por su parte, Freud ya se había ocupado del tema en su obra

Tótem y tabú (1912), donde trató de hallar una explicación al hecho de que en las tribus antiguas y primitivas se encontrara temor al incesto.³

En sus primeras teorías, Freud expuso que las experiencias sexuales tempranas en la niñez jugaban un papel importante en el desarrollo de las neurosis. Posteriormente dejó a un lado estas teorías para crear la teoría del Complejo de Edipo en la cual atribuyó el recuerdo de estas experiencias a los impulsos edípicos del niño, considerándolas como fantasías. En contraste otros autores encuentran que la presencia de experiencias sexuales tempranas en la infancia es origen de alteraciones emocionales y conductuales en los adultos.³

Marco Conceptual

La definición más completa del abuso sexual infantil es la elaborada por el National Center of Child Abuse and Neglect (NCCAN). Según esta agencia federal norteamericana el Abuso Sexual Infantil comprende "los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o control sobre otro menor."⁴

Guerrero (1998) afirma al respecto que se llama así a las conductas sexuales impuestas a los niños y niñas, por una persona adulta o mayor que busca sentir placer a costa de ellos/as.⁵

Perrone y Nannini (1997) denominan al abuso sexual como una relación de “hechizo”, que incluye situaciones en las que un individuo ejerce una influencia exagerada y abusiva sobre otro, sin que éste sea consciente de ello.⁶

En la definición de abuso sexual infantil la mayoría de autores siguen los criterios de coerción y asimetría de edad propuestos por Finkelhor y Hotaling. La coerción se refiere al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la fuerza física, la amenaza, la presión, la autoridad o el engaño, y ha de ser considerada criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual, independientemente de la edad del agresor. Por su parte, la asimetría de edad impide la verdadera libertad de decisión del niño/a e imposibilita una actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. En este sentido, siempre que exista coerción, o asimetría de edad, o se den ambas condiciones entre una persona menor de edad y otro individuo, las conductas sexuales resultantes deberán ser consideradas abusivas.⁷

Estadísticas

Las estadísticas reportadas por el National Center of Child Abuse and Neglect (NCCAN) reportan que la proporción de abuso sexual infantil por sexo es de tres niñas por un niño.⁵ En México las estadísticas reportadas en el Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVAS) hablan de una proporción mujer/varón de 66% y 33% respectivamente.⁸

El abuso sexual representa un importante problema social y de salud en numerosas regiones, pese a que se ha demostrado la existencia de un sub-registro del fenómeno. Finkelhor realizó un resumen de la prevalencia del abuso sexual en 21 países de 1970 a 1990, incluyendo España; encontró tasas de prevalencia que varían del 7 al 36% en mujeres y entre el 3 y el 29% en hombres, confirmó que en general los resultados eran similares en todos los países estudiados, así mismo encontró que la mayoría de las víctimas son del sexo femenino y que estas sufren en mayor porcentaje abuso sexual intrafamiliar.⁹

En Australia, las estimaciones conservadoras indican que uno de cada once [niños](#) y una de cada cuatro niñas ha sufrido algún tipo de abuso sexual antes de cumplir 18 años. Los hombres son los perpetradores de casi todos los casos de violencia sexual (97 por ciento), pero también constituyen una significativa proporción de las víctimas: 26 por ciento de menores de 18 años.¹⁰

La Violencia

Nelson Mandela afirma que “las dimensiones de la violencia ejercida en el siglo XX alcanzan desde la intimidad de la familia a las relaciones internacionales” lo que hace de este fenómeno algo más que un problema de naturaleza ética o jurídica y debemos contemplarlo con otra mentalidad para que su tratamiento en el siglo XXI sea más exitoso. Esto nos obliga a estudiar los diferentes tipos de violencia, y sus consecuencias, en la salud pública en todos los países, tanto desarrollados como no desarrollados.¹¹

El abuso sexual infantil ha sido una de las tipologías de maltrato más tardíamente estudiada. La investigación sobre maltrato infantil se inició focalizándose, casi exclusivamente, en el análisis de los malos tratos de tipo físico. Cuando se abusa sexualmente de un menor no sólo hay un daño físico, sino que generalmente existe también una secuela psicológica. Debido a la ausencia, en numerosas ocasiones, de un daño físico visible, así como a la no existencia de un conjunto de síntomas psicológicos que permitan su detección y diagnóstico unívoco, el abuso sexual infantil ha sido una tipología difícil de estudiar.¹²

El abuso sexual en la infancia.

El abuso sexual de niños y adolescentes es un tema complicado, serio y de un difícil abordaje.

Finkelhor y Krugman, describen cuatro precondiciones para que el abuso se produzca:

Primera condición, está relacionada con la motivación del agresor para cometer el abuso. En este sentido, los estudios establecen distintas categorías de motivaciones en los agresores sexuales, (por una parafilia sexual, por repetición transgeneracional de experiencias previas de abuso en la infancia, por un componente psicopático de personalidad, por trastorno de control de los impulsos, pedófilo exclusivo, por fijación obsesiva con un objeto sexualizado).

Segunda condición, relacionada con la habilidad del agresor para superar sus propias inhibiciones y miedos.

Tercera condición, por la que se vencen las inhibiciones externas o los factores de protección del niño.

Cuarta condición, que le permite vencer la resistencia del niño, para lo que se recurre al uso de la violencia, de la amenaza, del engaño y de la manipulación. En este punto, hay menores especialmente vulnerables como los niños con discapacidades.¹³

Para Galdós (1999) es posible detectar 3 fases principales en el desarrollo del abuso sexual infantil:

Fase de Inicio o “enganche”: Cuando el abusador logra establecer con su víctima un nivel de acercamiento y se asegura que éste no contará a nadie el contacto establecido. En esta fase el niño, dependiendo de la edad que tenga, se encuentra confundido y por lo general no entiende lo que ocurre.

Fase de Continuidad: Una vez asegurado el silencio de la víctima, el abusador buscará sinnúmero de ocasiones para estar juntos, aumentando el abuso sexual, pudiendo llegar hasta la penetración. En esta fase dependiendo de la edad del niño es posible que trate de evitar la presencia del abusador, lo cual puede tomarse como un indicador del abuso.

Fase de Evidencia o Confirmación: Se produce de manera abrupta, y es cuando el abusador es sorprendido o porque la víctima cuenta lo que ha ocurrido. Es la fase de mayor tensión en la familia de la víctima, generalmente reaccionan de manera violenta contra el abusador, pero también es muy frecuente que interroguen de manera incisiva al niño/a, situación que lo/a confunde más acentuándose los sentimientos de culpa.¹⁴

Finkelhor (1986) también hipotetizó que el abuso sexual puede analizarse en términos de cuatro factores causales del trauma: Sexualización traumática, Traición, Debilidad y Estigmatización; éstos alteran la función cognitiva y emocional del niño, distorsionando la forma que la que se percibe así mismo, en la que ve al mundo y sus capacidades afectivas.

Consecuencias del abuso sexual en la infancia

Existen consecuencias a corto y largo plazo, en cuanto a las consecuencias a corto plazo encontramos principalmente alteraciones físicas y conductuales. Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos. Los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido.

En los niños en etapa escolar son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa. No son por ello infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos de suicidio.¹⁶

Las consecuencias a largo plazo son más difusas que las secuelas iniciales; los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual, la depresión y el trastorno de estrés postraumático. Lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos

traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor.³

Se ha planteado la influencia del abuso físico y sexual como un factor predisponente para cometer este mismo tipo de abusos, en 1996 Dhawan & Marshall realizaron una comparación de historias de abuso sexual entre delincuentes sexuales y no sexuales usando una muestra de 65 sujetos. 18 de 29 violadores (el 62%), 8 de 16 abusadores de niños (el 50%), y 4 de 20 delincuentes no sexuales (el 20%) tenían antecedente de abuso sexual. Por lo que concluyeron que una historia del abuso sexual es un antecedente importante en delincuentes sexuales.¹⁷

Al analizar la relación de la víctima con el agresor, señala que un factor que influye en el abuso sexual es la cercanía. Cuanto mejor se conozcan la víctima y el agresor, mayores serán la duración, intensidad, grado de agresión sexual y consecuencias psicológicas. Se sabe que el daño puede ser mayor en los casos de violencia sexual intrafamiliar, como ocurre con el incesto, por el que alguien querido y admirado por el niño o la niña traiciona su confianza.¹⁷ Las consecuencias son diferentes si el abusador es un familiar o un extraño, también es diferente si la relación sexual ha sido violenta o no.¹⁸

Un factor importante es también las redes de apoyo social y familiar con las que cuentan estos niños. Tong (1987), Lisak y Mullen (1994), observaron que adultos que fueron víctimas de abuso sexual en la infancia tenían problemas en sus relaciones íntimas en la edad adulta así como tendencia al aislamiento social.¹⁹

Existen ciertos datos probatorios que permiten vincular el abuso sexual en la niñez o la adolescencia con los modelos de victimización durante la edad adulta. Los efectos del abuso sexual temprano también pueden extenderse a otros tipos de victimización y de problemas en la edad adulta. Por ejemplo, en un estudio de casos y testigos llevado a cabo en Australia sobre los efectos de largo plazo del abuso sexual, se determinó que el hecho de haber sido abusada sexualmente durante la niñez estaba asociado significativamente con la posibilidad de ser víctima de una violación, experimentar problemas sexuales, de salud mental, de violencia doméstica y otros problemas en las relaciones íntimas, y que esto era independiente de los diversos tipos de antecedentes familiares.¹⁸

La historia de abuso sexual parece ser más frecuente en la población psiquiátrica, su participación etiológica para el desarrollo de diversos trastornos ha sido debatida por diversos autores. Muchas personas que han sufrido violencia sexual en la infancia o adolescencia les resulta difícil continuar con un desarrollo saludable de su personalidad y quedan atrapadas en modos relacionales dependientes y sexualizados que repetirán posteriormente.²⁰

Johnson en un estudio prospectivo encontró que los pacientes a los cuales se les había documentado maltrato infantil, se les diagnosticaba posteriormente cuatro veces más un trastorno de personalidad del clúster B. Estudios retrospectivos muestran que existiría una relación entre abuso sexual y trastorno límite de personalidad.²¹

Zanarini encontró en 358 pacientes con trastorno límite de personalidad el antecedente de abuso sexual (92%), determinó que existiría una relación entre la gravedad del abuso sexual y la gravedad de las manifestaciones patológicas en la vida adulta.²²

En la mayoría de los casos el abuso sexual provoca en las víctimas numerosas secuelas negativas a nivel físico, psicológico o del comportamiento. No todos los niños manifiestan el mismo grado de afectación, para algunos, el abuso, puede significar un trauma y para otros las consecuencias pueden ser diferentes. En algunas ocasiones, puede suceder que el grado de sufrimiento no esté relacionado o en proporción con el suceso en el que el niño ha estado involucrado.¹⁵

Finkelhor y Browne (1985) describieron 4 dinámicas traumatogénicas como resultado de las agresiones sexuales, Cada una de las distintas dinámicas traumatogénicas se asocia con un conjunto de síntomas.

1. *Sexualización traumática*: se refiere a un proceso en que la sexualidad del niño se conforma y desarrolla en forma inapropiada y disfuncional. Puede ocurrir cuando el niño es repetidamente recompensado por la conducta sexual por el abusador, lo que es inapropiado para su nivel de desarrollo. Otros factores que pueden influir para un mayor trauma son: el abusador intenta evocar la respuesta sexual del menor y que las víctimas tengan mayor grado de conciencia respecto de las implicaciones sexuales de la agresión. Los menores que han sido traumatizados sexualmente quedan con repertorios inadecuados de conducta sexual, con confusión y distorsión de sus autoconceptos sexuales y con asociaciones emocionales inusuales de la actividad sexual. También pueden asociarse

connotaciones negativas al sexo, como apartamiento, miedo, rabia, sentimiento de indefensión, etc.

2. *Traición*: esta dinámica deviene de cuando el niño descubre que alguien de quien su vida depende, le ha causado daño. También pueden experimentar la traición en relación a otros miembros familiares, los cuales no han podido o no han querido protegerlas o no les han creído.

Producto de esta dinámica traumatogénica, el menor puede manifestar dolor y depresión por la pérdida de la figura en que confiaba, hostilidad y rabia, como aislamiento y aversión a las relaciones interpersonales íntimas, por lo que existen mayores dificultades para tener éxito en relaciones o matrimonios. Se aprecia una intensa necesidad de volver a ganar confianza y seguridad, lo que se manifiesta en la extrema dependencia de estos niños. Esta necesidad se aprecia en los adultos como un juicio dañado de la confiabilidad de la gente.

3. *Indefensión*: se refiere a los procesos en que la voluntad, los deseos y sentido de eficacia del niño son continuamente contravenidos. Un tipo básico de indefensión ocurre cuando en el abuso sexual, el territorio y espacio corporal del/la menor son repetidamente invadidos contra la voluntad de éste/a. Esta dinámica se ve exacerbada cuando existe coerción o manipulación. La indefensión es reforzada cuando la víctima ve que sus intentos de detener el abuso son frustrados. El que no se crea en su relato tras la revelación crea también un gran monto de indefensión.

Una reacción a la indefensión es el miedo y la ansiedad, que reflejan la incapacidad de controlar eventos nocivos. Pueden existir pesadillas, fobias, hipervigilancia, conducta

adhesiva y somatización. El miedo y la ansiedad pueden extenderse hasta la edad adulta. Otra clase de efectos se relacionan con el empeoramiento del sentido de eficacia y de las habilidades. Puede ocurrir que al niño le sea difícil actuar sin la expectativa de ser revictimizado/a. El sentimiento de impotencia puede asociarse a desesperación, depresión e intentos de suicidio, a menudo observados en adolescentes y adultos. Puede expresarse también en problemas de aprendizaje, fugas y dificultades de empleo. Por último existe un gran riesgo real de ser revictimizado. Una tercera clase de efectos dice relación con la inusual y disfuncional necesidad de controlar o dominar, lo que se observa particularmente en las víctimas masculinas, asociado al rol de género socializado. Algunos comportamientos agresivos y delincuenciales pueden aparecer por el deseo de ser rudo, poderoso y de no tener miedo. Cuando estas víctimas llegan a ser matones o delincuentes, reeditan su propio abuso, con lo que re-obtienen un sentimiento de poder y dominación que atribuyen a sus propios agresores.

4. *Estigmatización*: esta dinámica se refiere a las connotaciones negativas que le son transmitidas al niño, como maldad, vergüenza y culpa. Estas connotaciones pueden ser transmitidas directamente por el abusador, quien puede culpar a la víctima de la actividad, degradarla o traspasarle el sentimiento de culpa por la conducta. El guardar el secreto de haber sido víctima de abuso sexual puede incrementar el sentimiento del estigma, si su experiencia es compartida por otros pares, la estigmatización se ve aliviada.

Las víctimas de esta dinámica traumatogénica se sienten a menudo aisladas por lo que pueden desarrollar consumos excesivos de alcohol o drogas y pueden desarrollar

actividades criminales o involucrarse en la prostitución. También puede aparecer comportamiento autodestructivo e intentos de suicidio.¹⁵

Ámbito Jurídico

El problema del abuso sexual trasciende el escenario clínico y encuentra implicaciones en el discurso del derecho. La observación de los fenómenos clínicos relacionados al abuso sexual requiere de la vinculación del discurso de la salud con el discurso de la ley.

En nuestro país y de acuerdo al Código Penal vigente en el Distrito Federal encontramos que en tres artículos se hace mención al delito de Abuso sexual contra menores, a continuación se hace mención de los artículos correspondientes.²³

Artículo 261.- Al que sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo o la obligue a ejecutarlo, se le aplicará una pena de dos a cinco años de prisión.

Si se hiciere uso de la violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta en una mitad.

Artículo 262.- Al que tenga cópula con persona mayor de doce años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de engaño, se le aplicará de tres meses a cuatro años de prisión.

Artículo 263.- En el caso del artículo anterior, no se procederá contra el sujeto activo, sino por queja del ofendido o de sus representantes.

Artículo 266 Bis.- Las penas previstas para el abuso sexual y la violación se aumentará hasta en una mitad en su mínimo y máximo, cuando:

- I.-** El delito fuere cometido con intervención directa o inmediata de dos o más personas;
- II.-** El delito fuere cometido por un ascendiente contra su descendiente, éste contra aquél, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, o por el padrastro o amasio de la madre del ofendido en contra del hijastro. Además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, en los casos en que la ejerciere sobre la víctima.
- III.-** El delito fuere cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancia que ellos le proporcionen. Además de la pena de prisión el condenado será destituido del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión.
- IV.-** El delito fuere cometido por la persona que tiene al ofendido bajo su custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en él depositada.²³

El abuso sexual en la infancia y la conducta sexual en la edad adulta.

Las investigaciones que han examinado la relación entre el abuso sexual infantil y la función sexual femenina describen mayor prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres con antecedente de abuso sexual, principalmente relacionados con la presencia de incesto o mayor tiempo de exposición a la experiencia de abuso. También se ha reportado mayor dificultad para establecer relaciones interpersonales satisfactorias, así como una mayor tendencia a presentar conductas sexuales de riesgo (parejas sexuales múltiples, actividad sexual temprana, embarazos adolescentes y actividad sexual sin protección) y sufrir violencia sexual.²⁴

Estos descubrimientos tienen grandes implicaciones para la salud de las mujeres, así como nos sugieren que las mujeres que han sufrido abusos sexuales en la infancia pueden tomar por sí solas mayores riesgos para enfermedades o desórdenes que se asocian con conductas sexuales de alto riesgo así como enfermedades de transmisión sexual.²⁴

Scholored y Heiman (2003) realizaron un estudio en mujeres con historial de abuso sexual en el cual encontraron que los pacientes con abuso sexual infantil presentan más sentimientos negativos como miedo y disgusto durante el acto sexual que aquellos individuos que no fueron abusados. Así mismo la percepción de la sexualidad difiere de acuerdo al tipo de abuso, aquellos individuos que tienen historial de abuso sexual infantil solo o combinado con abuso físico, perciben su sexualidad como algo más hostil,

contradictoriamente se ha observado que el grupo de mujeres con antecedente de abuso tiene hasta tres veces más parejas sexuales.

Una teoría clínica que explica este comportamiento dice que estas mujeres están buscando nuevas experiencias para modificar sus percepciones sobre la sexualidad, mediante la autoafirmación.²⁵

Rellini y Meston (2007) publicaron un estudio en el cual investigaban las diferencias entre mujeres que se autoidentificaban como sobrevivientes de abuso sexual infantil investigando las diferencias potenciales en la función y satisfacción sexual usando el cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina. En conclusión los niveles de satisfacción sexual entre las mujeres con historial y sin historial de abuso sexual infantil se asocian con el tipo de definición de abuso adoptada.²⁶ Spaccarelli en su modelo transaccional de abuso propone que la interpretación del evento como un abuso es un predictor a largo plazo de bajos niveles de función sexual, de forma alternativa el modelo de trauma por abuso sexual da puntos a la severidad de los abusos sexuales (frecuencia, edad del primer abuso, conductas abusivas) como una potencial explicación al estrés que experimentan los sobrevivientes de abuso sexual infantil. En este estudio se encontró evidencia para una explicación que combine ambas teorías en las que personas con más severos tipo de abuso sexual y que se auto identifican como sobrevivientes de abuso sexual en la infancia experimentan mas estrés negativo en el desarrollo de la vida sexual como adultos. Específicamente la presencia de penetración vaginal o estrecha relación

familiar con el perpetrador son dos indicadores de severidad en el abuso y además están significativamente asociados con más severo estrés negativo (angustia, ansiedad).²⁷

Las disfunciones sexuales están típicamente influenciadas por una serie de factores predisponentes, precipitantes, de sostenimiento y contextuales. Los factores predisponentes incluyen factores constitucionales (ej.; malformaciones congénitas, deformidades anatómicas) y experiencias de vida (ej.; abuso sexual infantil, abuso físico, cuidado negligente). Los factores precipitantes los que desencadenan los problemas sexuales, finalmente los problemas de sostenimiento son aquellos relacionados con relaciones conflictivas, ansiedad, culpa, información sexual inadecuada, problemas psiquiátricos, pobre comunicación, etc. Así mismo también se incluyen los factores contextuales que son aquellos que pueden interrumpir o interferir con la actividad sexual.²⁸

En el 10% de hombres y 20% de mujeres con síntomas de disfunción sexual, éstos pueden ser atribuidos a experiencias previas de abuso sexual en la niñez. La sexualidad traumática tiene una creciente importancia en los aspectos sexuales, confusión acerca de las normas sexuales, confusión entre sexo y amor, asociaciones negativas con las actividades sexuales y las sensaciones de excitación, así como aversión a la intimidad sexual, conductualmente se manifiesta por actividad sexual precoz, prostitución, disfunciones sexuales, comportamientos sexuales autodestructivos, evitación a la intimidad sexual.²⁸

Teoría de los Holones de la Sexualidad

La Teoría del Sistema General propuesta a mediados de siglo por Ludwing von Bertalanffy (1945) describe que todos los sistemas están formados por elementos en interacción, y que éstos elementos son a su vez sistemas. Arthur Koestler (1980) propuso que se les denominara holones para subrayar el hecho de que son partes constituyentes de un sistema (de ahí el uso del sufijo "on" como electrón o protón) pero que tienen en sí mismos, un alto grado de complejidad e integración ("holos" en griego quiere decir Todo). Digamos que el reto para aplicar la teoría, es identificar los holones sexuales, estos deberán ser conceptos que conserven su aplicabilidad vertical, es decir, que puedan aplicarse a las diversas metodologías de estudios: antropológica, sociológica, psicológica y biológica.²⁹

Eusebio Rubio (México) conceptualizó la Sexualidad como integración de 4 potenciales humanas, que da origen a La teoría de los 4 Holones:

-Género: Entendido como la construcción social de las diferencias sexuales, poniendo acento en la idea que lo universal está en lo biológico y, lo particular, en los rasgos de género.

-Vínculo Afectivo: Todo humano necesita un contacto íntimo, personal, por lo que a cualquier edad se piensa y se repiensa en la vida amorosa; no se pierde la capacidad de enamorarse en ninguna etapa de la vida. Las relaciones de pareja en la senectud pasan por los avatares del vínculo amoroso, sobre todo, en la etapa del amor maduro, donde existen

etapas de crisis dadas por el contexto familiar, así como por una serie de conflictos individuales

-Erotismo: En todo el cuerpo humano son variados los sentidos y órganos sensoriales que tenemos; sin embargo, usamos unos pocos en el ejercicio del erotismo. Hemos aprendido a vivir la sexualidad de una forma prácticamente genitalizada, centrada en el orgasmo inmediato y fugaz, como si los genitales fuesen la única parte de nuestro cuerpo y los únicos órganos sensitivos que tuviésemos para disfrutar la relación de pareja.

-Reproducción: La menopausia representa el cese de la menstruación y el final de la vida reproductiva de la mujer, desde un punto de vista más integral, esta etapa de la vida involucra toda una serie de procesos fisiológicos, endócrinos, psicosexuales, laborales, sociales y familiares, entre otros, que deben verse con un criterio holístico para poderlos comprender en toda su magnitud.

La sexualidad humana se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que tiene desde temprano en la vida y que la hacen significar e integrar las experiencias del placer erótico con su ser hombre o mujer (género), sus afectos que le vinculan con otros seres humanos y con su potencialidad reproductiva.²⁹

Justificación

En la actualidad se ha reportado que en México la incidencia de abuso sexual infantil se observa en 3 de cada 10 niños, esta incidencia se ha incrementado en los últimos 20 años tal vez debido al hecho de que se ha puesto más énfasis en preguntar sobre estos antecedentes durante las intervenciones médicas.

Se ha mostrado un creciente interés por parte de grupos de activistas así como por parte de autoridades de salud e instancias legales para prevenir el abuso sexual infantil en nuestro país, pero las investigaciones sobre las consecuencias que éste tiene en la edad adulta son muy pocas a pesar de que se ha podido observar en la práctica clínica diaria el número importante de pacientes que reportan historia de abuso sexual en la infancia y como esto se relaciona con la presencia de depresión, intentos suicidas, trastornos de personalidad y menos estudiado con la presencia de disfunciones sexuales. En el presente estudio nos encaminaremos a estudiar la forma en la que este estrés negativo (abuso sexual) produce alteraciones en el desarrollo de la vida sexual de la mujer adulta.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la influencia del abuso sexual en la infancia para la presentación de alteraciones en la funcionalidad sexual en mujeres adultas.

Objetivos Específicos

- a) Comparar las características demográficas entre mujeres con y sin el antecedente de abuso sexual en la infancia
- b) Comparar las características del padecimiento psiquiátrico entre mujeres con y sin el antecedente de abuso sexual en la infancia
- c) Comparar el nivel de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, problemas con la penetración vaginal, ansiedad anticipatoria, iniciativa sexual y grado de comunicación sexual en mujeres con y sin el antecedente de abuso sexual en la infancia.

Hipótesis

Hipótesis General

El abuso sexual en la infancia ejerce una influencia directa sobre la presencia de alteraciones en el desarrollo de la función y expresión de la sexualidad en mujeres adultas.

Hipótesis Específicas:

a) Las mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia tendrán una menor escolaridad, con mayor frecuencia se encontrarán sin pareja y sin un empleo remunerado en contraste con las mujeres sin el antecedente de abuso sexual.

b) Las mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia tendrán con mayor frecuencia una menor edad de inicio del padecimiento psiquiátrico en contraste con las mujeres sin el antecedente de abuso sexual.

c) Las mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia presentarán mayores dificultades en el nivel de deseo, excitación, lubricación, orgasmo que las mujeres sin el antecedente de abuso sexual en la infancia.

d) Las mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia presentarán mayores problemas relacionados con la penetración vaginal, una mayor ansiedad anticipatorio, una menor iniciativa sexual y grado de comunicación en contraste con las mujeres sin el antecedente de abuso sexual en la infancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Por el control de la maniobra experimental por el investigador: Observacional

Por la captación de la información: Prospectivo

Por la medición de un fenómeno en el tiempo: Transversal

Por la presencia de un grupo control: Comparativo

Por la ceguera en la aplicación y evaluación de las maniobras: Abierto

Población en estudio y tamaño de la muestra

El presente estudio se llevó a cabo en un grupo de 100 mujeres que acudieron al Servicio de la Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en un periodo de tiempo de 12 meses, de enero a diciembre de 2008.

Criterios de inclusión y exclusión

GRUPO DE ESTUDIO

Criterios de inclusión

- 1.- Mujeres mayores de 18 años de edad
- 2.- Con antecedente de abuso sexual en la infancia de acuerdo a lo reportado en entrevista clínica

3.- Que sepan leer y escribir

4.- Que acepten participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado

Criterios de exclusión

1. Menores de 18 años de edad

2.- Que no sepan leer y escribir

3.- Mujeres que se encuentren agitadas o agresivas al momento de la entrevista

4.- Mujeres con síntomas psicóticos o maníacos activos que impidan la realización de la entrevista

5.- Pacientes con demencia, delirium o retraso mental o cualquier condición médica que impida la realización de las entrevistas del estudio.

6.- Pacientes que no acepten participar en el estudio

GRUPO CONTROL

Criterios de inclusión

1.- Mujeres mayores de 18 años de edad

2.- Sin antecedente de abuso sexual, psicológico o físico en la infancia de acuerdo a lo reportado en entrevista clínica

3.- Que sepan leer y escribir

4.- Que acepten participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado

Criterios de exclusión

1. Menores de 18 años de edad
- 2.- Que no sepan leer y escribir
- 3.- Mujeres que se encuentren agitadas o agresivas al momento de la entrevista
- 4.- Mujeres con síntomas psicóticos o maníacos activos que impidan la realización de la entrevista
- 5.- Pacientes con demencia, delirium o retraso mental o cualquier condición médica que impida la realización de las entrevistas del estudio.
- 6.- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Variables y escalas de medición

Definición operacional de las principales variables de estudio.

| VARIABLES | TIPO |
|---|-----------------------|
| Sobreviviente de abuso sexual en la infancia. | NOMINAL DICOTÓMICO |
| Edad en que sufrió el abuso sexual | INTERVALAR |
| Tipo de abuso sexual. | NOMINAL |
| Duración de la etapa de abuso sexual. | NOMINAL |
| Diagnóstico psiquiátrico en Eje I | NOMINAL |
| Abuso de sustancias | NOMINAL |
| Género | NOMINAL |
| Ocupación | NOMINAL |
| Estado civil | NOMINAL |
| Edad actual | INTERVALAR |
| Escolaridad | INTERVALAR |
| Nivel socioeconómico | ORDINAL |
| Disfunción Sexual | INTERVALAR |
| Desarrollo y conflicto de Erotismo. | INTERVALAR |
| Desarrollo y conflicto de Vínculos. | INTERVALAR |

Definición conceptual de las principales variables del estudio

Variables Sociodemográficas: Se entiende por variable sociodemográfica a la agrupación de algunas características personales como: educación entendida por el nivel de instrucción alcanzado por la persona; género, término que abarca masculino y femenino (cuyas características biológicas y socioculturales son diferentes); edad, comprendida como el tiempo en que una persona ha vivido desde que nació; ocupación, comprendida como empleo, oficio o actividad que desempeña; estado civil, comprendida como la condición dentro del orden social; nivel socioeconómico, comprendido como un atributo del hogar que se clasifica en tres grupos de mayor a menor pobreza.

Evaluadas mediante entrevista clínica y registradas en un formato de datos sociodemográficos.

Variables del Padecimiento Psiquiátrico: Es la presencia de un conjunto de síntomas que, por su importancia o consecuencias, merece algún tipo de atención clínica. El DSM-IV dispone un sistema de clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos que proporcionar diagnósticos clínicos, además también recoge información de otras áreas fundamentales para entender qué le pasa al paciente y por qué. El sistema multiaxial del DSM-IV se compone de cinco ejes, en el Eje I se codifica el diagnóstico del Trastorno Psiquiátrico. Se incluyen algunas características como: Edad de inicio del padecimiento, momento del tiempo en que una persona ha iniciado con la sintomatología psiquiátrica; tiempo en semanas desde que se realizó el diagnóstico hasta el momento actual; edad de la primera hospitalización, momento del tiempo que ha vivido una persona en el cual fue ingresada en una unidad hospitalaria para recibir tratamiento psiquiátrico; número de

hospitalizaciones, es el número de veces que requirió ingresada en una unidad hospitalaria para recibir tratamiento psiquiátrico; tiempo total de hospitalizaciones, es el tiempo en semanas que una persona permaneció internada en una unidad hospitalaria para recibir tratamiento psiquiátrico; Abuso de sustancias, modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva con un uso continuado o recurrente.

Evaluadas mediante entrevista clínica y registradas en un formato de datos socio-demográficos.

Abuso Sexual: La definición más completa del abuso sexual infantil es la elaborada por el National Center of Child Abuse and Neglect (NCCAN). Según esta agencia federal norteamericana, comprende "los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o control sobre otro menor.

El antecedente de abuso sexual en la infancia fue evaluado mediante entrevista clínica

Sobreviviente de abuso sexual: Tomamos a definición establecida por González Serratos "...todos los adolescentes y/o adultos que se vieron involucrados en abuso sexual y/o incesto durante la infancia (hasta los 15 años), independientemente de quien o quienes hayan sido los abusadores".⁸

El diagnóstico de sobreviviente de abuso sexual será evaluado mediante la entrevista clínica.

Disfunción Sexual: La Asociación Mexicana para la Salud Sexual, define las disfunciones sexuales como una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma recurrente y persistente.

Será evaluado mediante el Cuestionario de la Función Sexual de la mujer y la Escala de Experiencia Sexual de Arizona.

Desarrollo y Conflicto de Erotismo: Es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, esta comprende las tres fases propuestas por Kaplan (1982): deseo, excitación y orgasmo. Contiene además todas las representaciones mentales y sociales relacionadas con esta respuesta. Los conflictos del holón del erotismo se manifiestan mediante emociones que pueden incluir: culpa, rechazo, asco, miedo, etc. ante la posibilidad de sentir placer en cualquiera de las fases.³⁰

Evaluado mediante la Escala de Desarrollo y Conflicto de Vínculos.

Desarrollo y Conflicto de Vínculos Afectivos: De acuerdo a la teoría propuesta por Rubio de acuerdo al sistema de la sexualidad (1994/1998) es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas. El Holón de la vinculación afectiva comprende la capacidad de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia de otro ser humano. Los vínculos son dinámicos e igualmente tienen continuidad en el tiempo. La función vincular desarrollada se expresa principalmente en el establecimiento de relaciones de pareja significativas, estables y afectivas. Sternberg (1998/2000) describe tres vertientes de los vínculos amorosos: la intimidad, la pasión y el

compromiso. Estos componentes se combinan de diversas maneras en cada individuo y posteriormente en la pareja, de manera que hay parejas con mayores tendencias hacia uno u otro componente, pudiendo dibujar un triángulo, que permita entender la dinámica de la pareja y las expectativas de cada miembro. En el holón de la vinculación afectiva el conflicto se manifiesta mediante cualquier efecto que generalmente impide o distorsiona la posibilidad de intimidad, compromiso y empatía con los objetos significativos.³⁰

Evaluado mediante la Escala de Desarrollo y Conflicto de Erotismo.

Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación

Formato de Datos Sociodemográficos

Se realizó la recolección de datos sociodemográficos por medio de un formato creado por los investigadores que incluye edad, sexo, estado civil, fecha de nacimiento, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación, diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al expediente clínico, edad de inicio del padecimiento, tiempo de evolución de la enfermedad, número de hospitalización y tiempo de las mismas, antecedentes de abuso/dependencia de sustancias, edad de inicio del consumo y si existe consumo actual.

Dentro de esa misma entrevista se recabaron datos sobre la presencia de abuso y las características del mismo: tipo de abuso, perpetrador, edad de inicio del abuso, frecuencia y duración del abuso.

A través de diversas escalas se ha intentado realizar la valoración de funcionalidad sexual de diversos grupos de individuos, para fines de este estudio utilizamos cuatro escalas:

Cuestionario de la Función Sexual de la Mujer

Es un cuestionario auto aplicable de 14 ítems que evalúan la función sexual de la mujer agrupados en dos dominios en relación a la función sexual 1) Dominios evaluadores de la función sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción de la actividad sexual, satisfacción sexual general, problemas con la penetración vaginal, ansiedad anticipatoria, iniciativa sexual y grado de comunicación sexual) y 2) Dominios descriptivos (Actividad sexual sin penetración vaginal, frecuencia de la actividad sexual y existencia o no de pareja sexual.). El instrumento fue calificado como estable, válido y fiable. Evalúa las fases de la respuesta sexual, la iniciativa y el grado de comunicación sexual. Recoge datos descriptivos acerca del desempeño sexual y es útil en la exploración y el diagnóstico de las disfunciones sexuales.³¹ Cuenta con una consistencia interna alpha de Cronbach en el test de 0,8954 y en el retest de 0,8973; con un intervalo de confianza del 95%³².

Escala de Experiencia sexual de Arizona (ASEX)

Es una escala auto aplicable de 5 ítems que se puede aplicar en hombres y mujeres y proporciona información sobre cinco aspectos de la respuesta sexual humana (deseo-impulso, excitación, lubricación vaginal/erección, capacidad para alcanzar el orgasmo y satisfacción-placer en el orgasmo.). De acuerdo al puntaje total que va desde el 5 al 30 este se divide en tres rangos: hiperfunción sexual, función sexual normal y disfunción sexual respectivamente. A mayor puntaje mayor disfunción.³¹

En cuanto a la confiabilidad y validez, McGahuey, Delgado y Gelenberg afirman que la consistencia interna de la prueba presenta un alfa de Cronbach = 0.91, mientras que la confiabilidad del instrumento se refleja en un $r_{tt} = 0.8$.³³

Escalas de Desarrollo y Conflicto de Vínculos y Erotismo

Por último se utilizaron dos escalas creadas por la Asociación Mexicana para la Salud Sexual y validadas en población mexicana. Estas escalas valoran dos dimensiones de la sexualidad: Vínculos y Erotismo; a su vez cada una consta de dos sub-escalas. La escala de Vínculos tiene como objetivos medir el desarrollo de la capacidad de vincularse a través de reactivos que reflejen la presencia de: intimidad (cercanía, calidez, deseo de promover el bienestar de la persona amada, entrega de uno mismo y posesiones a la persona amada, comunicación íntima) y compromiso (decisión de amar y de sostener el amor) así como el conflicto de vínculos para medir el nivel de conflicto interno con respecto a la expresión de la capacidad para vincularse. El nivel de conflicto será medido a través de ítems que manifiesten: odio, celos, miedo, rechazo, violencia. La segunda escala de Erotismo tiene como objetivo medir el desarrollo de la capacidad erótica a través de reactivos que expresen la conciencia de la fisiología del erotismo (deseo, excitación y orgasmo) así como la apropiación del erotismo (jugar con el cuerpo, las sensaciones y uso de juegos sexuales) además de los conflictos de erotismo cuyo objetivo es medir el nivel de conflicto interno con respecto a la expresión de la capacidad para erótica. El nivel de conflicto será medido a través de ítems que manifiesten asco, culpa, tristeza, incomodidad o miedo.

Estas escalas se aplicaron a 343 sujetos, 164 mujeres y 179 hombres, con un promedio de edad de 35.89 años siendo la edad mínima 20 y la máxima 75.

Se reportan los coeficientes de confiabilidad obtenidos para cada escala por medio de la prueba *alfa* de Cronbach, en una muestra de 327 sujetos, para la escala de vínculos en desarrollo de vínculos (8 reactivos) .741 y para conflicto de vínculos (9 reactivos) .840, asimismo para el desarrollo de erotismo (8 reactivos) .867 y para conflicto de erotismo (8 reactivos) .827.

Para la interpretación de los resultados se sumaran los reactivos a mayor puntuación en las subescalas de desarrollo mayor deterioro y que a menor puntuación en las subescalas de conflicto es indicativo de una mayor severidad del conflicto³⁰.

Recolección de datos y análisis de los resultados

Recolección de datos

Se solicitó la participación de los pacientes en el estudio, los pacientes que aceptaron participar se les pidió que firmaran la carta de consentimiento informado, posteriormente fueron entrevistados por la psiquiatra responsable del proyecto. Una vez establecido el antecedente del abuso sexual y las características del mismo, se le solicitó contestar 4 escalas en una cita posterior, la cual no tuvo costo alguno y que tuvo una duración aproximada de una hora. Los primeros dos instrumentos que se aplicaron estuvieron dirigidos a evaluar problemas en las distintas fases de la sexualidad y la forma en la que

afectan la vida sexual de los individuos, el tercer instrumento se aplicó con la finalidad de evaluar la capacidad de establecer vínculos con la pareja y el último para valorar el nivel de erotismo.

1. Se le invitó a participar en el estudio
2. Se pidió que firmaran la carta de consentimiento informado
3. Se solicitó cooperación del paciente para realizar las entrevistas.
4. La entrevista fue sin cargo económico alguno.
5. La participación del paciente en este estudio fue voluntaria y el paciente podía retirar su consentimiento en el momento que lo deseara sin inconvenientes para su futuro tratamiento.

Análisis de Resultados

Para la descripción de características clínicas y demográficas entre grupos diagnósticos, se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, medias y desviación estándar (D.E.) para las variables continuas.

Como pruebas de Hipótesis en la comparación de los distintos grupos se utilizó la Chi Cuadrada (X^2) para contrastes categóricos y la t de Student para muestras independientes para contrastes continuos. El nivel de significancia estadística se fijó con una $p \leq 0.05$.

Implicaciones Éticas del Estudio

Se trató de una investigación con riesgo mínimo ya que debido a las escalas que se aplicaron existe la posibilidad de que se reactiven procesos de evocación ansiogénicas, para el tratamiento de éstos se refirió al paciente a tratamiento específico con médico tratante y en caso necesario al servicio de urgencias de este instituto.

Para los pacientes a los cuales se les realizara el diagnóstico de disfunción sexual fueron referidos para su atención correspondiente a la Clínica de Género y Sexualidad de este Instituto.

RESULTADOS

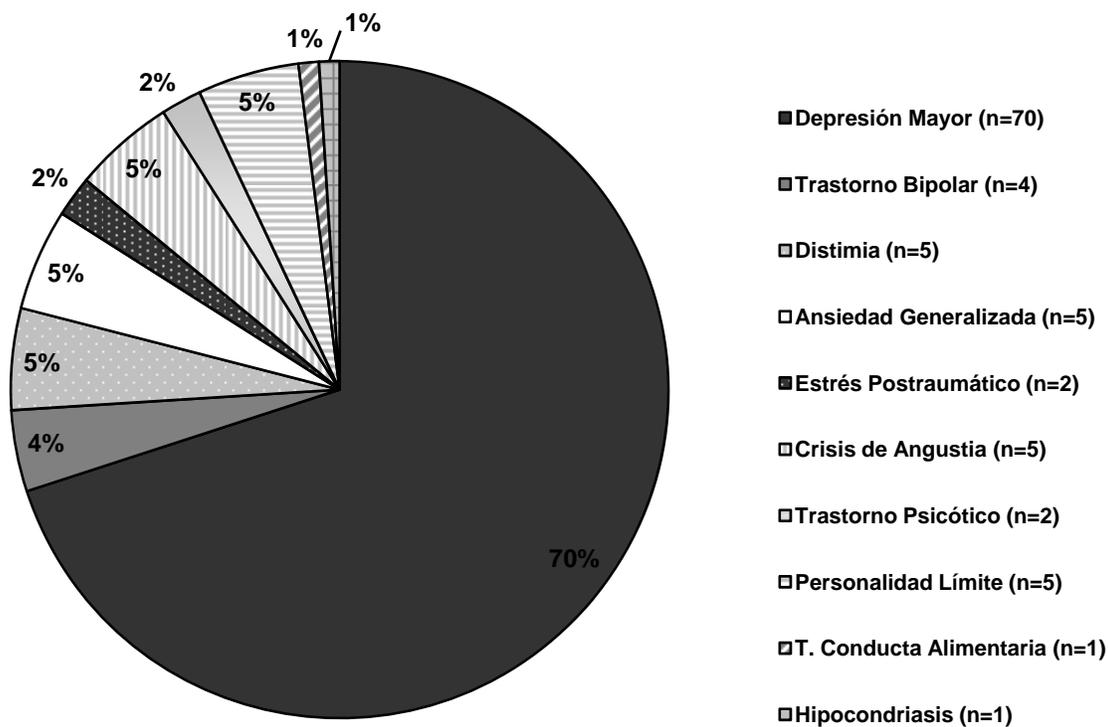
a) Características demográficas y clínicas de la muestra

Se incluyeron un total de 100 pacientes mujeres con una edad promedio de 37.0 ± 11.7 años (rango 18-64 años). La mayoría de las pacientes se encontraban sin pareja al momento del estudio (n=60, 60.0%) (Solteras n=42, 42.0%; divorciadas n=17, 17.0%; viuda n=1, 1.0%). La escolaridad promedio de la muestra fue de 12.4 ± 3.7 años (rango 6-23 años), equivalente al nivel medio superior.

El 37.0% (n=37) de las pacientes tenían un empleo remunerado, seguido por el 35.0% (n=35) cuya principal actividad eran las actividades del hogar, el 18.0% (n=18) eran estudiantes y el 10.0% (n=10) no realizaban ningún tipo de actividad.

En cuanto a las características clínicas del padecimiento psiquiátrico, la mayoría de las pacientes se encontraba cursando con un trastorno afectivo al momento de su inclusión en el estudio (n=79, 79.0%), seguido por el 12.0% (n=12) que cursaban con algún trastorno de ansiedad, el 5.0% (n=5) presentaron un trastorno de la personalidad como diagnóstico psiquiátrico principal, el 2.0% (n=2) con un trastorno psicótico, el 1.0% (n=1) presentaba un trastorno de la conducta alimentaria y una paciente más (1.0%) presentó hipocondriasis (Gráfica 1).

Gráfica 1. Principales diagnósticos psiquiátricos de la muestra



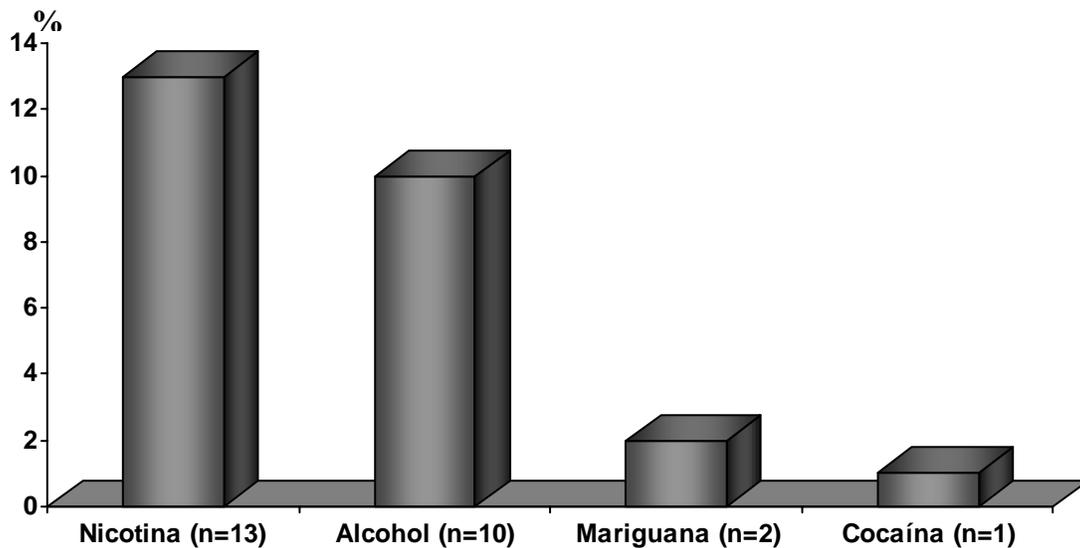
La edad de inicio del padecimiento psiquiátrico fue a los 26.7 ± 13.9 años (rango 5-64 años) con un tiempo de evolución promedio de 528.5 ± 576.0 semanas (rango 4-2184 semanas), equivalente a poco más de 10 años.

b) Abuso/Dependencia a sustancias

El 18.0% (n=18) de las pacientes reportó abuso/dependencia a sustancias, siendo la principal sustancia de abuso/dependencia la nicotina, seguida por el alcohol (Gráfica 2).

Ninguna de las pacientes reportó abuso/dependencia a inhalantes u opioides.

Gráfica 2. Abuso/dependencia a sustancias del total de la muestra



c) Caracterización del antecedente de abuso sexual.

De las pacientes incluidas, el 53.0% (n=53) reportó el antecedente de abuso sexual. La edad promedio en la que se presentó el abuso fue a los 7.3 ± 2.9 años (rango 2-14 años). En la mayoría de las pacientes el abuso se presentó en múltiples ocasiones (n=40, 75.5%) y en el 24.5% (n=23) solo se presentó en una única ocasión. En aquellas donde el abuso fue en múltiples ocasiones, la duración promedio del abuso fue de 153.4 ± 168.0 semanas (rango 1-676 semanas), equivalente a casi tres años.

El principal tipo de abuso sexual fue mediante tocamientos del área genital, seguido por la penetración vaginal, la realización de sexo oral y finalmente, la penetración anal (Tabla 1).

Tabla 1. Tipo principal de abuso sexual.

| Tipo principal de abuso sexual | n | % |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Tocamiento del área genital | 44 | 83.0 |
| Penetración vaginal | 19 | 35.8 |
| Realización de sexo oral | 6 | 11.3 |
| Penetración anal | 1 | 1.9 |

El principal perpetrador del abuso sexual fue el padre de la paciente, seguido por amigos de la familia y otros familiares cercanos a la paciente (Tabla 2).

Tabla 2. Perpetrador principal del abuso sexual

| Perpetrador Principal | n | % |
|------------------------------|----------|----------|
| Padre | 13 | 24.5 |
| Amigos de la familia | 11 | 20.8 |
| Tío | 10 | 18.9 |
| Hermano | 9 | 17.0 |
| Primo | 7 | 13.2 |
| Desconocidos | 3 | 5.7 |

d) Características demográficas y clínicas entre pacientes con y sin el antecedente de abuso sexual

No se encontraron diferencias entre grupos en relación a las principales características demográficas.

No obstante, las pacientes con el antecedente de abuso sexual presentaron con mayor frecuencia abuso/dependencia a nicotina, una edad de inicio más temprana y un mayor tiempo de evolución del padecimiento psiquiátrico (Tabla 3).

Tabla 3. Características demográficas y clínicas entre grupos

| | Sin Antecedente de Abuso | | Con Antecedente de Abuso | | Estadística |
|---------------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|---|
| | n | % | n | % | |
| Estado civil | | | | | |
| Sin pareja | 30 | 63.8 | 30 | 56.6 | $\chi^2=0.54$, 1 gl, p=0.46 |
| Con pareja | 17 | 36.2 | 23 | 43.4 | |
| Ocupación | | | | | |
| Sin ocupación remunerada | 31 | 66.0 | 32 | 60.4 | $\chi^2=0.33$, 1 gl, p=0.56 |
| Con ocupación remunerada | 16 | 34.0 | 21 | 39.6 | |
| Diagnóstico psiquiátrico | | | | | |
| Transtorno Afectivo | 38 | 80.9 | 41 | 77.4 | $\chi^2=0.75$, 2 gl, p=0.68 |
| Transtorno de Ansiedad | 6 | 12.8 | 6 | 11.3 | |
| Otros trastornos | 3 | 6.4 | 6 | 11.3 | |
| Abuso/Dependencia Alcohol | | | | | |
| Si | 4 | 8.5 | 6 | 11.3 | $\chi^2=0.21$, 1 gl, p=0.64 |
| No | 43 | 91.5 | 47 | 88.7 | |
| Abuso/Dependencia Nicotina | | | | | |
| Si | 2 | 4.3 | 11 | 20.8 | $\chi^2=5.90$, 1 gl, p=0.01 Fisher 0.01 |
| No | 45 | 95.7 | 42 | 79.2 | |
| | Media | D.E. | Media | D.E. | |
| Edad | 38.3 | 12.4 | 35.9 | 11.1 | t=0.9, 98 gl, p=0.32 |
| Escolaridad | 12.9 | 4.1 | 11.9 | 3.3 | t=1.2, 98 gl, p=0.19 |
| Edad de Inicio T. Psiquiátrico | 32.8 | 13.1 | 21.3 | 12.3 | t=4.4, 98 gl, p<0.001 |
| Tiempo de Evolución (semanas) | 272.3 | 308.9 | 755.7 | 659.8 | t=-4.5, 98 gl, p<0.001 |

e) Respuesta y Funcionalidad Sexual entre grupos

Las mujeres con el antecedente de abuso sexual mostraron una mayor disfunción en la respuesta sexual, definido como el deseo sexual, excitación, lubricación vaginal, capacidad para alcanzar el orgasmo y satisfacción en el orgasmo en contraste con las mujeres sin el antecedente de abuso sexual (Tabla 4).

Tabla 4. Respuesta sexual entre mujeres con y sin el antecedente de abuso sexual.

| Respuesta Sexual | Sin Antecedente de Abuso (n=47) | | Con Antecedente de Abuso (n=53) | | Estadística |
|---|---------------------------------|------|---------------------------------|------|------------------------|
| | Media | D.E. | Media | D.E. | |
| Deseo sexual | 3.7 | 1.4 | 4.6 | 1.4 | t=-2.9, 98 gl, p=0.004 |
| Excitación | 3.4 | 1.3 | 4.2 | 1.0 | t=-3.4, 98 gl, p=0.001 |
| Lubricación Vaginal | 3.1 | 1.2 | 3.9 | 1.2 | t=-3.2, 98 gl, p=0.002 |
| Capacidad para lograr el orgasmo | 3.6 | 1.3 | 4.6 | 1.1 | t=-4.0, 98 gl, p<0.001 |
| Satisfacción en el orgasmo | 3.0 | 1.5 | 3.9 | 1.5 | t=-2.9, 98 gl, p=0.004 |
| Total | 17.0 | 5.6 | 21.4 | 4.9 | t=-4.1, 98 gl, p<0.001 |

Del total de las pacientes incluidas, el 34.0% (n=16) de las mujeres sin antecedente de abuso sexual y el 37.7% (n=20) ($\chi^2=0.14$, 1 gl, p=0.70) de las mujeres con antecedente de abuso sexual reportaron no haber tenido actividad sexual en las 4 semanas previas a su inclusión en el estudio. De esta forma, la funcionalidad sexual fue evaluada en aquellas mujeres que si habían tenido actividad sexual en este período de tiempo.

El porcentaje de funcionalidad sexual de las mujeres sin antecedente de abuso sexual fue de 66.0% \pm 16.8 en contraste con el 52.0% \pm 14.2% reportado por las mujeres con antecedente de abuso sexual ($t=3.5$, 61 gl, $p=0.001$).

A partir de estos porcentajes se determinó que solo el 23.3% ($n=7$) de las mujeres sin antecedente de abuso presentaron deterioro de la función sexual en contraste con el 51.5% ($n=17$) de aquellas con antecedente de abuso ($\chi^2=5.9$, 1 gl, $p=0.02$).

Las principales áreas en donde se observaron diferencias entre grupos se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5. Áreas específicas de funcionalidad sexual entre grupos

| Áreas específicas de funcionalidad sexual | Sin Antecedente de Abuso (n=31) | | Con Antecedente de Abuso (n=33) | | Estadística |
|---|---------------------------------|------|---------------------------------|------|-----------------------------|
| | Media | D.E. | Media | D.E. | |
| Deseo por tener actividad sexual | 3.0 | 0.9 | 2.4 | 0.9 | $t=2.5$, 61 gl, $p=0.01$ |
| Facilidad para excitación | 2.9 | 1.2 | 2.3 | 0.9 | $t=2.0$, 61 gl, $p=0.05$ |
| Percepción de la excitación | 3.5 | 1.2 | 2.3 | 1.1 | $t=3.8$, 61 gl, $p<0.001$ |
| Ansiedad anticipatoria | 3.9 | 1.2 | 2.7 | 1.3 | $t=3.3$, 61 gl, $p=0.001$ |
| Disfrute de la actividad sexual | 3.9 | 1.4 | 2.7 | 1.2 | $t=3.3$, 61 gl, $p=0.001$ |
| Satisfacción sexual general | 3.2 | 1.2 | 2.1 | 1.2 | $t=-4.2$, 61 gl, $p<0.001$ |

f) Desarrollo y Conflicto de Vínculos y Erotismo

Las pacientes con antecedente de abuso sexual mostraron un menor desarrollo vincular y de erotismo en contraste con las pacientes sin el antecedente de abuso sexual en la infancia. De la misma forma, las pacientes con el antecedente de abuso sexual mostraron mayores conflictos vinculares y de erotismo (Tabla 6).

Tabla 6. Desarrollo y Conflicto de Vínculos y Erotismo

| | Sin Antecedente de Abuso (n=47) | | Con Antecedente de Abuso (n=53) | | Estadística |
|--------------------------------|--|-------------|--|-------------|------------------------|
| | Media | D.E. | Media | D.E. | |
| Desarrollo de Vínculos | 18.1 | 6.8 | 21.1 | 5.1 | t=-2.4, 98 gl, p=0.01 |
| Conflicto de Vínculos | 29.4 | 8.0 | 24.7 | 7.5 | t=2.9, 98 gl, p=0.004 |
| Desarrollo del Erotismo | 18.8 | 6.7 | 24.1 | 6.8 | t=-3.9, 98 gl, p<0.001 |
| Conflicto de Erotismo | 30.6 | 7.3 | 24.9 | 8.4 | t=3.5, 98 gl, p=0.001 |

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar la influencia del abuso sexual en la infancia para la presentación de alteraciones en la funcionalidad sexual en una muestra de mujeres adultas pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, se compararon dos grupos de mujeres con y sin antecedente de abuso sexual en la infancia con características sociodemográficas similares en cuanto al nivel de escolaridad, en tener una ocupación remunerada y en la existencia de una relación de pareja al momento del estudio.

De las pacientes incluidas en la muestra el 53% tenían antecedente de abuso sexual, la edad promedio en la que se presentó el abuso fue a los 7.3 ± 2.9 años, lo cual coincide con lo reportado en la literatura en diversos estudios entre los cuales tenemos el de Scholered & Herman (2003)²⁵ que reportan una media de 7.8 años, Almonte et al (2002)³⁴ en un estudio realizado en Chile reporta una mayor incidencia de abuso sexual entre los 5 y los 9 años. Algunos autores como Kendall- Tackett (1993)³⁵ consideran una variable importante la edad de inicio del abuso sexual pues han encontrado relación entre un inicio temprano y la mayor probabilidad de manifestar síntomas emocionales y patología psiquiátrica. En nuestra muestra encontramos que la edad de inicio del padecimiento psiquiátrico es considerablemente menor en aquellas pacientes que tienen antecedente de abuso en comparación con las que no cuentan con este antecedente. La victimización en la infancia principalmente el abuso sexual se ha asociado frecuentemente con la presencia de trastornos psiquiátricos en la edad adulta, esto es tal vez debido a el silencio que guardan las víctimas lo cual limita las acciones terapéuticas y de protección que podrían facilitar la

superación del trauma y que a su vez podría limitar las interferencias en el desarrollo psicosexual y de la personalidad, lo cual resulta en la génesis más temprana de psicopatología.

El principal diagnóstico psiquiátrico encontrado en la muestra fueron los trastornos afectivos lo cual es similar a lo encontrado en una revisión realizada por Heiman (2004)³⁶ quien reporta que de acuerdo a diversos estudios el trastorno con mas alta prevalencia en sobrevivientes de abuso sexual es el trastorno depresivo mayor, seguido por trastornos de ansiedad, trastorno de estrés post traumático y trastorno limítrofe de la personalidad, esta misma incidencia de diagnósticos fue reportada en nuestro estudio en porcentajes similares para ambos grupos. Las similitudes en la frecuencia de presentación en los diagnósticos puede deberse a que las pacientes no acuden para solicitar atención de forma primordial debido al abuso sexual, ni se obtuvo la muestra de un centro de atención exclusiva a sobrevivientes, se trató de una muestra tomada de la consulta externa de un instituto para tratamiento de trastornos psiquiátricos.

En relación al tipo de abuso el 83% reporto tocamientos en área genital, 35.8% penetración vaginal, 11.3% realización de sexo oral y 1.9% penetración anal. Estos porcentajes son similares a los reportados por Najman (2005)¹⁰.

Kendall- Tackett (1993)³⁵ reportó que la penetración oral, anal o vaginal influye en el impacto del abuso sexual, así mismo también encontró que le número de veces que se perpetra el abuso influye en la severidad de la sintomatología. También sugiere que se debe tratar de determinar el grado de apego emocional de la víctima con el agresor, así

como el tipo de abuso para predecir las consecuencias del abuso sexual. Tal como Spaccarelli ²⁷ propuso que las alteraciones emocionales estaban fuertemente vinculadas con la percepción de la víctima de que se tratase de un abuso lo cual relacionaban más frecuentemente con el evento de la penetración que con otras formas de abuso, así también Finkelhor ¹⁵ dentro de la descripción de la Traición e Indefensión describe como la cercanía con el agresor puede influir de forma importante en la intensidad de las secuelas emocionales.

Dentro de la caracterización del abuso las pacientes de nuestra muestra reportaron como el principal perpetrador del abuso al padre, seguido de amigos de la familia. Finkelhor (1980) ³ encontró que las experiencias de abuso sexual que involucran al padre o padrastro son potencialmente más traumáticas y con más probabilidad de desarrollar alteraciones emocionales o patología psiquiátrica que aquellas perpetradas por desconocidos o con otros familiares dígame tíos o abuelos, de lo anterior podríamos concluir que al ser nuestra población de estudio mujeres con patología psiquiátrica era esperable que encontráramos con más frecuencia reportes de abuso por parte del padre. Así mismo reportó que la mayoría de los casos de abuso sexual en la infancia son incestuosos (28%), reportando el orden de frecuencia como perpetrador al hermano, primo y el padre de la víctima. Finkelhor (1980) ³ en su teoría del abuso explica que el abusador aprovecha la carencia de supervisión para perpetrar el abuso es por esto que nosotros hipotetizamos que el hecho de que la mayoría de los perpetradores sean familiares favorece que las víctimas se vean expuestas al abuso por períodos de tiempo prolongado, nosotros encontramos que la mayoría de las pacientes reportó abusos sexuales múltiples,

así mismo estas pacientes reportaron una duración promedio de casi tres años, similar a lo encontrado por Beltrán ³⁷, quien en 2007 publicó una revisión sistemática de artículos encaminados a medir la caracterización del abuso sexual, ella encontró que el período de duración en años del abuso fue de 4.3 años, así mismo la edad media de las víctimas al perpetrarse el abuso fue de 7.9 años y en un 62.2% de los casos el perpetrador era un familiar, de la cuales un 30.37% se trató del padre.

En lo referente al abuso y dependencia de sustancias, el 18% de las mujeres con antecedente de abuso sexual reportaron Abuso/Dependencia a alguna sustancia. Sin embargo en ninguno de nuestros grupos encontramos diferencias significativas en relación al consumo de alcohol, en contraste con lo reportado por Miller (1990) ³⁸ quien concluyó que el abuso sexual infantil se relacionaba con el desarrollo de alcoholismo, probablemente porque en su estudio utilizó mujeres con diagnóstico de dependencia a alcohol vs población general, y en el caso de nuestra población se trató de población psiquiátrica. Por el contrario si se encontramos diferencias significativas en relación a el Abuso/Dependencia a Nicotina reportando mayor consumo las pacientes con antecedente de abuso sexual (20% vs 4%), esto es similar a lo reportado por De Von Figueroa-Moseley et al (2004) ³⁹ quien encontró que las mujeres que fueron víctimas de abuso sexual infantil tienen una mayor propensión al tabaquismo, reportando una probabilidad 3.8 veces mayor de ser fumadoras y una probabilidad 2.1 veces mayor de haber iniciado un consumo más temprano (antes de los 14^a), que las que no sufrieron este tipo de abuso. Esto ya había sido reportado previamente en un estudio realizado por Anda et Al (1999) ⁴⁰ y por Nichols (2003) ⁴¹ quien observó un triple riesgo de fumar entre las mujeres que

experimentaron abuso físico y sexual, y un doble riesgo entre las mujeres víctimas de abuso sexual durante la infancia. Este hallazgo puede deberse a que las mujeres utilizan el consumo de nicotina para ayudarse a contender con el estrés que les produjo el trauma del abuso sexual.

Para determinar las alteraciones en la función sexual se utilizaron dos escalas: Escala de Función Sexual de la Mujer y Escala de Experiencia sexual de Arizona (ASEX) las cuales valoran los diferentes dominios de la función sexual.

La prevalencia de deterioro en el funcionamiento sexual en las mujeres con antecedente de abuso sexual fue del 51.5%. Se encontraron un mayor número de alteraciones en todas las fases de la respuesta sexual en las mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia principalmente en las fases de excitación y capacidad para lograr el orgasmo.

La pérdida de la excitación fue reportada previamente por Valenzuela y cols. (1995)⁴² quienes al estudiar las quejas sobre la sexualidad en función de mujeres con abuso sexual en la niñez reportaron un 33% de pérdida de la excitación.

Heiman³⁶ reporta que existe una asociación entre la historia de abuso sexual en la infancia y la subsecuente satisfacción sexual, otros autores como Biebl y cols. (1995)⁴³ encontró que las alteraciones en la función sexual se relacionan más frecuentemente con abusos múltiples, principalmente en alteraciones en el deseo y el orgasmo.

Estudios que comparan a sobrevivientes de abuso sexual con individuos no abusados reportan que las mujeres con historia de abuso sexual presentan menor frecuencia en el orgasmo, más aversión sexual, menor intensidad en el deseo y bajos niveles de satisfacción sexual. La prevalencia de estos hallazgos varía dependiendo de la muestra y actividad sexual.

Las actitudes negativas hacia el sexo, relacionadas con experiencias de la infancia y los sentimientos no resueltos asociados con experiencias de abuso sexual pueden inhibir la capacidad de respuesta orgásmica.

En las escalas para valorar el desarrollo y conflicto de vínculos y erotismo, las pacientes con abuso mostraron menor desarrollo vincular y de erotismo así como mayor conflicto en ambos holones.

La sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y su interacción con el grupo le hacen vivir (Rubio 1996)²⁹. El abuso sexual produce una alteración en el desarrollo psicosexual de la víctima al interferir con el desarrollo de una adecuada vinculación afectiva y el desarrollo de un sano erotismo tal y como se refleja en los resultados que obtuvimos al utilizar las escalas antes mencionadas.

Las consecuencias del abuso sexual infantil sobre la función sexual en la vida adulta son sin duda un tema amplio sobre el cual investigar ya que disminuyen la calidad de vida en el adulto, aún tenemos interrogantes por contestar como la influencia que tiene la cercanía

afectiva del perpetrador del abuso en la respuesta sexual adulta o el grado de revictimización en sobrevivientes de abuso sexual.

Los resultados del estudio confirman en general nuestra hipótesis primaria, sin embargo, no apoyan la hipótesis que las mujeres con antecedente de abuso tendrán menor grado de escolaridad, menor frecuencia de trabajo remunerado o menor número de relaciones afectivas duraderas, por lo que podemos considerar que la influencia del abuso sexual es mayor en la esfera sexual que en los aspectos sociales y familiares.

CONCLUSIONES

- La presencia de disfunciones sexuales es mayor en mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia.
- Los trastornos afectivos son los padecimientos mas frecuentemente encontrados en las sobrevivientes de abuso sexual.
- La edad de inicio de la enfermedad psiquiátrica es a edades más tempranas en las mujeres con antecedente de abuso sexual que en aquellas sin este antecedente.
- El abuso de nicotina es mayor en mujeres con antecedente de abuso sexual infantil como un mecanismo para lidiar con el estrés producido por el abuso.
- El abuso sexual en la infancia no parece influir por si mismo para favorecer el abuso de otras sustancias.
- Las mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia presentan alteraciones en todas las fases de la respuesta sexual, especialmente en la capacidad para llegar al orgasmo, en comparación con las mujeres que no tienen antecedente de abuso sexual en la infancia.
- Las mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia presentan alteraciones en todos los dominios de la sexualidad pero especialmente una menor percepción de la excitación y menor satisfacción sexual general, en comparación con las mujeres que no tienen antecedente de abuso.
- El desarrollo vincular y erótico es menor en las pacientes con antecedente de abuso sexual infantil que en aquellas que no tienen este antecedente.

- El conflicto vincular y erótico es mayor en las pacientes con antecedente de abuso sexual infantil que en aquellas que no tienen este antecedente.
- Las experiencias de la infancia y los sentimientos no resueltos asociados con experiencias de abuso sexual tienen una repercusión negativa en la respuesta sexual.

REFERENCIAS

1. YATES, V. Anterastai: Competition in Eros and Politics in Classical Athens. *Arethusa*. 2005 Winter; 38 (1): 33-47. The Johns Hopkins University Press.
2. ALVAREZ, K. Una comprensión eco-sistémica, co-activa y de trauma en abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar. *Rev. Chil. Neuropsiquiatr.* 2003; 14 (1): 14-30.
3. FINKELHOR, D. "Abuso Sexual al menor: Causas, consecuencias y tratamiento. Intervenciones terapéuticas estratégicas". Editorial Pax, México, 1992.
4. WORD HEATH ORGANIZATION. Fast Scheet No.150. Children Abuse and Negligent. [Http: llwww.Org/Inf/Fs/fact 150. Html](http://www.Org/Inf/Fs/fact 150. Html).
5. GUERRERO, L. "Previniendo el abuso sexual".- Editorial Manuela Ramos. Lima, Perú. 1998.
6. PERRONE R, NANNINI M. Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1997.
7. FINKELHOR, D.; HOTALING, G. T. Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: an appraisal. *Child Abuse Negl.* 1984; 8(1):23-32.
8. GONZÁLEZ-SERRATOS, R. "Experiencia universitaria y de otras instituciones. Capítulo II. El abuso sexual al menor". La violencia social en México: explotación sexual en niñas, niños y adolescentes. PUIS/UNAM. México. Pp. 20-79. En proceso de publicación. 2007.

9. FINKELHOR, D. The international epidemiology of Child Sexual Abuse. *Child Abuse Negl.* 1994 May; 18(5):409-17. Review.
10. NAJMAN, J. Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: an Australian Population-Based study. *Arch Sex Behav.* 2005 Oct; 34(5):517-26.
11. KRUG, E. ET AL. World report on violence and health. WHO. Geneve. 2002.
12. BRILLESLIJPER-KATER, S. N.; BAARTMAN, H. E. M. What do young children know about sex? Research on the sexual knowledge of children between the ages of 2 and 6. *Child Abuse Review*, 2000 May/Jun; 9 (3): 166-182.
13. WARD, T. Finkelhor's precondition model of child sexual abuse: A critique. *Psychology, Crime & Law.* 2001; 7: 291-307.
14. CASTAÑEDA, A. Niñas y adolescentes con historia de abuso sexual infantil. Faculty of Psychology and Educational Sciences. Center for research on psychotherapy and psychodynamic psychology. 2003. Documento disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art45001
15. FINKELHOR, D. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *Am J Orthopsychiatry.* 1985 Oct; 55(4):530-41.
16. ECHEBURÚA, E. CORRAL, P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad Med Forense.* 2006 12(43-44):75-82.
17. DHAWAN, S. MARSHALL, W. Sexual Abuse Histories of Sexual Offenders. *Sex Abuse* 1996; 8: 7- 15.
18. WILSHAW, G. Perspectives on surviving childhood sexual abuse. *J Adv Nurs.*, 1999, 30 (2), 302-309.

19. ABDULREHMAN, R. The Implications of Childhood sexual Abuse on Adult Social Behavior. *J Fam Violence*, 2001; 16 (2): 193-203.
20. VITROL, V. Relationship between adult psychopathology and traumatic events in childhood. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 2005; 43(2): 83-87
21. JOHNSON J, COHEN P. Childhood maltreatment increases risk for personality disorder during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 600-606
22. ZANARINI MC, YONG L, FRANKENBURG FR, HENNEN J, REICH DB, MARINO MF, *ET AL*. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 381-387.
23. Código Penal Federal del Distrito Federal. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Centro de Documentación, Información y Análisis. Última Reforma DOF 28-06-2007
24. LOEB, T. Child sexual abuse: Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual Review of Sex Research*, 2002: Vol. XIII: 307-345. University of California.
25. SCHLOREDT, N. HEIMAN, J. Perceptions of Sexuality as Related to Sexual Functioning and Sexual Risk in Women with Different Types of Childhood Abuse Histories. *J Trauma Stress*. 2003 Jun; 16(3):275-84.
26. RELLINI, A. Sexual Function and Satisfaction in Adults Base on the Definition of Child Sexual Abuse. *J Sex Med* 2007; 4: 1312-1321.
27. SPACCARELLI, S. Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychol Bull* 1994; 116: 340-62.

28. ALTHOF, STANLEY E. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med* 2005; 2: 793-800.
29. RUBIO E. Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana. Consejo Nacional de Población, "Antología de la Sexualidad Humana". Tomo I. Consejo Nacional de Población- Miguel Ángel Porrúa. México. 1994.
30. TERREIN N. Desarrollo de un instrumento de medición de dimensiones de la sexualidad humana en el marco estructural sistémico. Tesis de Doctorado en Investigación Psicológica. Universidad Iberoamericana. 2008
31. GARCÍA-PORTILLA M. ET AL. Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Médica*. México D.F. 2006.
32. BORRAS VALL, J. ET AL. Diseño y validación del cuestionario de función sexual de la mujer (FSM). *Aten Primaria* 2004; 34: 286-294.
33. MCGAHUEY CA. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J. Sex Marital Ther.* 2000; Jan-Mar; 26(1):25-40.
34. ALMONTE, C ET AL. Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2002; 40: 22-30
35. KENDALL-TACKETT, K. Impact of Sexual Abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.* 1993; 113(1): 164-180.
36. HEIMAN, J. Annual Review of Sex Research. The Society for the Scientific Study of Sexuality. Vol. XV. Indiana, USA. 2004.
37. BELTRÁN, C. Características y factores precipitantes asociados al abuso sexual. *MedUNAB.* 2007; 10(1): 38-49

38. MILLER, BA. The interrelationships between alcohol and drugs and family violence. *NIDA Res Monogr.* 1990; 103:177-207.
39. DE VON FIGUEROA-MOSELEY, C. Sexual abuse and smoking among college student women. *Addict Behav.* 2004 Feb; 29(2):245-51.
40. ANDA, R. et al. Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric Services* 2002; 53(8):1001–1009.
41. NICHOLS, H B; HARLOW, B L. Childhood abuse and risk of smoking onset. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:402–406.
42. VALENZUELA, J. ET AL. Quejas psicósomáticas y comportamiento sexual de adolescentes en función de abuso sexual sufrido en la niñez. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología.* 1995; 1 (2): 201-224.
43. KINZL JF, TRAWEGER C, BIEBL W. Sexual dysfunctions: relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child Abuse Negl.* 1995 Jul; 19(7):785-92.

Anexos

I. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Nombre del Paciente: _____

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Objetivo del Estudio.

El objetivo es estudiar por medio de entrevistas y escalas a pacientes que tienen antecedente de haber sufrido abuso sexual en la infancia y son tratados a través de la consulta externa de este instituto. Nos interesa estudiar la funcionalidad sexual de estos pacientes y su probable relación con la experiencia de abuso sexual en la infancia.

Para el estudio, requerimos la cooperación del paciente. Para el diagnóstico y evaluación de los pacientes se utilizará la entrevista médica y aplicación de escalas.

Procedimientos del Estudio.

Los pacientes que acepten participar en este estudio serán entrevistados por la psiquiatra responsable del proyecto. Una vez establecido el antecedente del abuso sexual y las características del mismo, se le pedirá contestar 4 cuestionarios para lo cual tendrá que acudir a una cita la cual no tendrá costo, dicha entrevista tendrá una duración aproximada de una hora. Los instrumentos que se aplicaran: los dos primero encaminados a evaluar problemas en las distintas fases de la sexualidad y como estos afectan la vida sexual de los individuos, el tercero con la finalidad de evaluar la capacidad de establecer vínculos con su pareja y el ultimo para valorar el nivel de erotismo.

1.- Se pedirá la cooperación del paciente para realizar las entrevistas.

2.- La entrevista será sin cargo económico alguno.

3.- La participación del paciente en este estudio es voluntaria y el paciente podrá retirarse en el momento que lo desee sin inconvenientes para su futuro tratamiento.

Ventajas Posibles

1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la influencia del abuso sexual en el desarrollo de la vida sexual de los adultos sobrevivientes de este evento, lo que pensamos puede influir favorablemente en el manejo de su padecimiento.

2.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.

3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la influencia del abuso sexual en niños en mujeres adultas.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes de los pacientes por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con la responsable del proyecto, Dra. Laura María Pérez Martínez al 56 55 28 11 Ext. 363, durante horas regulares de trabajo.

Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con la responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

- **Contacto**

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a la Dra. Laura María Pérez Martínez al 56 55 28 11 Ext. 365.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Familiar o
Representante legal

Fecha

Nombre del Familiar o
Representante legal

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador

II. Formato de Datos Sociodemográficos

Datos Sociodemográficos

Nombre (sujeto índice): _____

Edad al momento del estudio: _____ Sexo: M (1) F (2)

Estado Civil: (1) Casado / Unión Libre
(2) Soltero
(3) Viudo
(4) Divorciado / Separado

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Escolaridad (en años): _____
Día Mes Año

Nivel Socioeconómico: Alto (1) Medio (2) Bajo (3)

Ocupación: (1) Desempleado
(2) Hogar
(3) Estudiante
(4) Empleo medio tiempo / Subempleo
(5) Empleo tiempo completo

Dirección: _____

Teléfono: _____ Familiar responsable: _____

Institución de referencia: _____

Nº de expediente: _____

Teléfonos alternativos de localización: _____

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------|-------------------|
| Diagnóstico Principal: | Trastorno afectivo | (0) | Especifique _____ |
| | Trastorno de ansiedad | (1) | Especifique _____ |
| | Trastorno de la personalidad | (2) | Especifique _____ |
| | Trastorno psicótico | (3) | Especifique _____ |
| | Trastorno alimentario | (4) | Especifique _____ |
| | Otro | (5) | Especifique _____ |

Edad de inicio del padecimiento: _____

Tiempo de evolución de la enfermedad: _____ (semanas)

Edad en la primera hospitalización: _____

Nº total de hospitalizaciones: _____ Tiempo total de hospitalización (semanas): _____

Antecedentes de Abuso/Dependencia de Sustancias

PRESENCIA Si No

| CODIGO | EDAD | CONSUMO ACTUAL | |
|---------------|-------------|-----------------------|----|
| Alcohol | | Si | No |
| Mariguana | | Si | No |
| Cocaína | | Si | No |
| Opiodes | | Si | No |
| Inhalantes | | Si | No |
| Nicotina | | Si | No |
| Otros () | | Si | No |

Antecedente de Abuso Sexual

PRESENCIA Si No

Tipo de abuso

Tocamientos en genitales

Sexo oral

Penetración vaginal

Penetración anal

Perpetrador

Padre Abuelo

Madre Abuela

Hermano Primo

Hermana Prima

Tío Amigos de la familia

Tía Desconocido

Edad de inicio del abuso:

Frecuencia de abuso: Único Múltiple

Si fue múltiple, conteste:

Duración del abuso: semanas (cada año tiene 52 semanas)

III. Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM)

¿Ha tenido usted actividad sexual durante las últimas 4 semanas? (*Nota informativa:* la actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación, etc.):

Sí (___)

No (___)

Si la respuesta es «Sí», cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, sólo una casilla.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes, etc.) relacionadas con actividades sexuales?

- 1 (___) Nunca
- 2 (___) Raramente
- 3 (___) A veces
- 4 (___) A menudo
- 5 (___) Casi siempre-siempre

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?

- 1 (___) Nunca
- 2 (___) Raramente
- 3 (___) A veces
- 4 (___) A menudo
- 5 (___) Casi siempre-siempre

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿le ha resultado fácil excitarse sexualmente?

- 1 (___) Nunca
- 2 (___) Raramente
- 3 (___) A veces
- 4 (___) A menudo
- 5 (___) Casi siempre-siempre

4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado, ¿ha sentido excitación sexual? (Por ejemplo, sensación de «ponerse en marcha», deseo de «avanzar más» en la actividad sexual.)

- 1 (___) Nunca
- 2 (___) Raramente
- 3 (___) A veces
- 4 (___) A menudo
- 5 (___) Casi siempre-siempre

5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente, ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?

- 1 (___) Nunca
- 2 (___) Raramente
- 3 (___) A veces
- 4 (___) A menudo
- 5 (___) Casi siempre-siempre

6. En las 4 últimas semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en la vagina y/o zona genital, ¿ha sentido dolor?

- 1 (___) Casi siempre-siempre
- 2 (___) A menudo
- 3 (___) A veces
- 4 (___) Raramente
- 5 (___) Nunca

7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto, etc.), ¿podía realizarse con facilidad? (Instrucciones: no debe contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar, responda la pregunta 7b.)

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 A veces
- 4 A menudo
- 5 Casi siempre-siempre

7b. Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas. (Instrucciones: complete esta pregunta sólo si no ha contestado a la anterior –pregunta 7a–).

- 1 Por sentir dolor
- 2 Por miedo a la penetración
- 3 Por falta de interés para la penetración vaginal
- 4 No tener pareja sexual
- 5 Incapacidad para la penetración por parte de su pareja

8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual, ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad?

- 1 Casi siempre-siempre
- 2 A menudo
- 3 A veces
- 4 Raramente
- 5 Nunca

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 A veces
- 4 A menudo
- 5 Casi siempre-siempre

10. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? (Nota informativa: el término «con otra persona» se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.)

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 A veces
- 4 A menudo
- 5 Casi siempre-siempre

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o le desagrada en sus encuentros sexuales?

- 0 No tengo pareja
- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 A veces
- 4 A menudo
- 5 Casi siempre-siempre

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?

- 1 1-2 veces
- 2 De 3 a 4 veces
- 3 De 5 a 8 veces
- 4 De 9 a 12 veces
- 5 Más de 12 veces

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó la actividad sexual?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 A veces
- 4 A menudo
- 5 Casi siempre-siempre

14. En general, en relación con su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?

- 1 Muy insatisfecha
- 2 Bastante insatisfecha
- 3 Ni satisfecha ni insatisfecha
- 4 Bastante satisfecha
- 5 Muy satisfecha

IV. Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX)

Escala de Experiencia Sexual de Arizona (Arizona Sexual Experience Scale, ASEX)

Para cada ítem, por favor, indique su nivel *global* durante la *última semana*, incluyendo *el día de hoy*.

1. ¿Cómo de fuerte es su deseo/impulso sexual?

| | | | | | |
|--------------------------|---------------|----------------|---------------|--------------|----------|
| 1 (___) | 2 (___) | 3 (___) | 4 (___) | 5 (___) | 6 (___) |
| Extremadamente Fuerte | Muy Fuerte | Algo Fuerte | Algo Débil | Muy Débil | No deseo |

2. ¿Con qué facilidad se excita sexualmente?

| | | | | | |
|-------------------------|--------------|---------------|-----------------|----------------|---------------------|
| 1 (___) | 2 (___) | 3 (___) | 4 (___) | 5 (___) | 6 (___) |
| Extremadamente Fácil | Muy Fácil | Algo Fácil | Algo Difícil | Muy Difícil | Nunca Excitado/a |

3a. Varones: ¿Puede alcanzar y mantener fácilmente una erección?

| | | | | | |
|-------------------------|--------------|---------------|-----------------|----------------|------------------|
| 1 (___) | 2 (___) | 3 (___) | 4 (___) | 5 (___) | 6 (___) |
| Extremadamente Fácil | Muy Fácil | Algo Fácil | Algo Difícil | Muy Difícil | Nunca Difícil |

3b. Mujeres: ¿Con qué facilidad su vagina se vuelve húmeda durante la actividad sexual?

| | | | | | |
|-------------------------|--------------|---------------|-----------------|----------------|----------------------|
| 1 (___) | 2 (___) | 3 (___) | 4 (___) | 5 (___) | 6 (___) |
| Extremadamente Fácil | Muy Fácil | Algo Fácil | Algo Difícil | Muy Difícil | No puede alcanzar |

4. ¿Con qué facilidad alcanza el orgasmo?

| | | | | | |
|-------------------------|--------------|---------------|-----------------|----------------|------------------------------|
| 1 (___) | 2 (___) | 3 (___) | 4 (___) | 5 (___) | 6 (___) |
| Extremadamente Fácil | Muy Fácil | Algo Fácil | Algo Difícil | Muy Difícil | No puede alcanzar orgasmo |

5. Sus orgasmos, ¿son satisfactorios?

| | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| 1 (___) | 2 (___) | 3 (___) | 4 (___) | 5 (___) | 6 (___) |
| Extremadamente satisfactorios | Muy Satisfactorios | Algo Satisfactorios | Algo Insatisfactorios | Muy Insatisfactorios | No puede alcanzar orgasmo |

V. *Escala de Desarrollo y Conflicto de Vínculos*

Escala de Desarrollo y Conflicto de Vínculos

Este cuestionario recolecta algunas actitudes y experiencias con respecto a la sexualidad. A cada oración, marque un círculo en la casilla correspondiente si usted está o no de acuerdo según la siguiente escala: **Totalmente de acuerdo (1) De acuerdo (2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) En desacuerdo (4) Totalmente en desacuerdo (5)**. Recuerde no hay respuesta correctas o incorrectas, conteste con honestidad lo que usted siente o piensa. **Es muy importante responder a todas las oraciones**, si no ha tenido alguna experiencia, conteste como se imagina que sería si la tuviese.

| | | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|----|---|-----------------------|------------|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| 1 | Reconozco cuando mi pareja se encuentra triste o molesta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Le grito a mi pareja cuando siento que no me entiende | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Mis relaciones amorosas son serias y duraderas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | He sentido frustración por haberme casado o establecido con una pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Cuando quiero comprometerme busco la manera de hacerlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Constantemente deseo estar cerca de mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Frecuentemente siento celos con respecto a mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Siento que necesito controlar a mi pareja para que se quede conmigo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Platico mis emociones con mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Sé cómo apoyar a mi pareja cuando está triste o molesta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Cuando prometo algo a mi pareja, lo cumplo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Tengo las condiciones para comprometerme con una pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Siento que el amor se acaba cuando formalizo mi relación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Deseo comprometerme en mis relaciones amorosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Expreso mi amor y cariño con facilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | A veces las diferencias con la pareja las hemos resuelto con golpes o empujones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Comparto mis posesiones con mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Siento temor que mi pareja prefiera a alguien más | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Me desespera tener que cumplirle a mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | En ocasiones me enojo tanto que siento que odio a mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Siento temor a ser rechazado por mi pareja cuando le expreso mi cariño | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Me gusta cuidar a mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Me gusta ser cariñoso con mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

VI. Escala de Desarrollo y Conflicto de Erotismo

Escala de Desarrollo y Conflicto de Erotismo

Este cuestionario recolecta algunas actitudes y experiencias con respecto a la sexualidad. A cada oración, marque un círculo en la casilla correspondiente si usted está o no de acuerdo según la siguiente escala: **Totalmente de acuerdo (1) De acuerdo (2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) En desacuerdo (4) Totalmente en desacuerdo (5)**. Recuerde no hay respuesta correctas o incorrectas, conteste con honestidad lo que usted siente o piensa. **Es muy importante responder a todas las oraciones**, si no ha tenido alguna experiencia, conteste como se imagina que sería si la tuviese.

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|------------|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| 1 Puedo darme cuenta cuando va a ocurrir mi orgasmo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 No me atrevo a tocar mis genitales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 Durante la relación sexual siento miedo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 Cuando siento excitación, la siento en todo mi cuerpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 Llego a un orgasmo en casi todas mis relaciones sexuales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 Me da culpa buscar el placer sexual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 Soy una persona que reprimo mis pensamientos acerca del sexo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 Me da miedo sentirme excitado sexualmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 Siento placer al experimentar deseo sexual, excitación u orgasmo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 La excitación sexual me da asco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 Durante la relación sexual siento tristeza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 Se cómo se siente un orgasmo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 Tengo fantasías que me resultan sexualmente excitantes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 Me gusta incluir juegos sexuales en mis encuentros eróticos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 Me permito jugar con las sensaciones de mi cuerpo antes de una relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 Me incomoda sentirme excitado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 Siento deseo sexual varias veces en una semana. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 Sé en que posición o posiciones experimento mayor placer durante el acto sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |