



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN LA RESOLUCIÓN DE LOS
MIEDOS SEXUALES DE LOS Y LAS
ADOLESCENTES EN SUS PRIMERAS
RELACIONES SEXUALES.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

GENARO ANTONIO SOTO MIMILA

VIANEY GARCIA FUENTES

DIRECTOR DE TESIS: LIC. JORGE ALVAREZ MARTINEZ

REVISOR DE TESIS: DR. JOSE FRANCISCO FERNANDEZ DIAZ

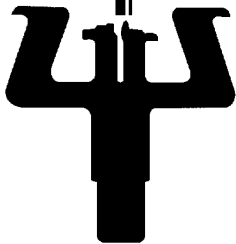
ASESOR METODOLÓGICO: DR. ALBERTO CORDOVA ALCARAZ

ASESOR DE TESIS: DR. JOSÉ LUIS DÍAZ MEZA

ASESOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

MÉXICO, D.F. ABRIL

2 0 1 0





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 la H. Universidad Nacional Autónoma de México.

Por apoyarnos en nuestro crecimiento, formación personal y sobre todo profesional. Por ser nuestra alma máter.

A la H. Facultad de Psicología.

Por darnos el conocimiento, aprendizaje y las herramientas para nuestro desempeño como profesionales de la salud.

A la H. Escuela Nacional Preparatoria No. 2 “Erasmus Castellanos Quinto”.

Por permitirnos desarrollar esta investigación y brindarnos todas las facilidades para la misma; en especial al Director Antonio Meza, y con gran gratitud al Maestro Alberto Gasca, a la Maestra Dolores Ortega, así mismo por su disposición y comprensión a la Maestra Luz Victoria Martínez.

A los Maestros.

Por guiarnos, apoyarnos y ser fundamentales en nuestras vidas, también por compartirnos sus conocimientos, experiencias consejos a lo largo de nuestra formación profesional; permitiéndonos así lograr un sueño como lo es este proyecto.

Al Maestro Jorge Álvarez.

Nuestro director de tesis, nuestro súper amigo que ante todo nos supo guiar, aconsejando y brindándonos su amistad, experiencia para así ayudarnos a realizar este gran anhelo. ¡MIL GRACIAS JORGE!

Al Dr. José Francisco Fernández.

Por sus interesantes aportaciones desde que comenzó a plasmarse este proyecto, por sus valiosísimas pláticas que siempre abrían nuestra visión respecto a nuestro trabajo. ¡GRACIAS!

A los Sinodales.

Al Dr. José Luis Díaz por alentarnos, creer en nuestro proyecto y sobre todo transmitirnos su sabiduría para enriquecernos. Al Dr. Alberto Córdova por su amistad, por animarnos; compartiendo con nosotros en todo momento su experiencia. Al Dr. Samuel Jurado por su gran apoyo así como sus finas atenciones con nosotros, también gracias por su disposición en todo momento.

¡A TODOS USTEDES MUCHAS GRACIAS!

AGRADECIMIENTOS GENARO.

Son muchas las personas que debería nombrar en estas líneas, pero me quedaré con las más trascendentales... con aquellas que no han bajado la guardia y siempre me han apoyado, tanto a lo largo de mi desarrollo profesional como a lo largo de mi vida. Pero como siempre existirán a los que no se nombran pero tanto ellas como yo sabemos que desde los más profundo de mis recuerdos les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, ánimo, amistad y sobre todo cariño.

A MIS DEIDADES

A **Dios** por haberme guiado por el camino de la vida, porque ha estado conmigo a cada paso que doy, por estar siempre presente en lo que hago y por haberme permitido conocer a mi **Santa (mi niña Blanca)**. A mi **Santa** por cuidarme, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante los últimos años. Gracias por permitirme llegar a este punto.....

A MIS PADRES

A mi madre por apoyarme en mi crecimiento, por su cariño y por su comprensión, pero sobre todo por haberme dado una segunda oportunidad la cual se encuentra plasmada en esta tesis. Gracias mamá. A mi padre, quien a su manera y de forma intermitente estuvo para ejemplificarme lo que no debía, no quería y quiero ser. Gracias

A MI FAMILIA

Sin anteponer a nadie y por que sin su apoyo esta tesis no hubiera sido posible, a mi hermana por ser un ejemplo a seguir, porque siempre has estado presente en las buenas y en las malas, porque en algún momento fuiste como una madre y por ser una súper hermana, por ello este éxito también es tuyo Vicky. A mi hermano, con quien compartí travesuras, y por el apoyo que siempre me has brindado y porque hubo momentos en donde fuiste un gran soporte en mi camino, por eso es que este triunfo también es tuyo Fede. Por ello y más, a ambos les doy las gracias eternas.

Para quienes se volvieron una gran familia, pero sobre todo, unos amigos y parte de mi vida, porque con ustedes he compartido grandes momentos, y sobre todo por darme el mejor de los ejemplos, el luchar por lo que se quiere (Jesus) y por hacerme recordar lo complicado que es la vida en cualquier etapa de esta (Jose), para ambos mi eterno agradecimiento.

A MIS PROFESORES DEL CCH AZCAPOTZALCO

A mis maestros y amigos; María Liliana Canul, María Elena Díaz, Luis Antonio Meléndrez, Gonzalo David Venegas, Julián Ramírez y José Bernardino García; Gracias por el ejemplo, la confianza y el apoyo que me brindaron desde el primer día en que se volvieron mis profesores pero sobre todo mis amigos. Y por animarme a seguir con mis anhelos y así poder llevar a cabo mis sueños.

A MIS PROFESORES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Un agradecimiento especial a mi asesora y amiga, Alicia Velázquez por su paciencia, apoyo brindados desde siempre y sobre todo por esa gran amistad que me brindó y me brinda, por escucharme y aconsejarme siempre, por brindarme su ayuda cuando más la necesitaba, por ser una persona con la que puedo contar siempre, por el cariño que me brinda y los ánimos que me da. A todos mis profesores; Jorge Álvarez, Juan Manuel Morales, Gabriela Castillo, Alberto Córdoba, José Francisco Fernández, José Luis Díaz, Concepción Conde, Carmen Merino, Lamberto Villanueva, Blanca Giron, Josette Benavides, que participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora. Gracias a su paciencia y enseñanza.

Y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad que me permitió ser parte de la mejor, a mi alma Mater solo me queda decir por mi raza, hablará el espíritu; GOYA, GOYA, CACHUN, CACHUN, RA, RA, CACHUN, CACHUN, RA, RA, GOYA, UNIVERSIDAD.

A MIS CARNALES Y BANDOTA

Si están en este apartado es porque saben lo que es la amistad pero sobre todo la hermandad por ello les doy las gracias, mis amigos incondicionales; Abel, Osiris, Laura Adyara, Mauricio, Raúl, Néstor (billito), Marcos (chino), Cesar (rasta), † Julio Cesar, Benet, Pablo y Felipe. Mis hermanos postizos que siempre han estado a mi lado, siendo mi cable a tierra, mis confidentes y los mejores amigos que alguien jamás podría tener. Gracias por estar siempre... por no rendirte de esta amistad, por no dar el brazo a torcer y ser unos amigos y amigas, muy sólido y sólidas.

A mi banda y hermanos que estuvieron conmigo y con quienes compartí tantas, aventuras, experiencias, desveladas y triunfos en la vida. Por ser la parte oscura de mi hermandad y por ser lo mejor, cuervos eternamente..... Luis (Cuervo), Tomas, Lalo, Jonathan, Luis (To), Caro (la china), Gladis, Jesica, Cristian (death), Miriam, Lizdey, Sara, Ivan (güera metalera) Roberto (Mamba), Cintia Ixchel, Flor, Ricardo (garra), Omar (vampiro), Miguel (sapo), Aldo (gasper), Erika (flaca), Carlos (rata) , Carlos (cuca), Caro, Román, Dissaor, Ana Paulina y al resto de la banda, Gracias a cada uno por hacer que mi estancia en el CCH y en la vida sea una delicia en la vida.

A MIS COMPAÑEROS

A mis compañeros que desde el kínder y hasta la facultad, han estado presentes y sin menospreciar a nadie fueron importantes cada uno en su momento y en el contexto, así como por todo el ánimo, consejos, por confiar y creer en mí, pero sobre todo por su valiosa amistad y compañerismo, así como por las tardes de cervezas, en donde no solo éramos compañeros, sino también una comunidad. Gracias

A MIS SUEGROS

Porque se volvieron una luz en uno de los momentos mas difíciles de mi vida y por tenerme la confianza al dejarme ser parte de su familia, pero sobre todo por darme lo mas preciado en este punto de mi existir y porque este sueño se volvió realidad con su apoyo incondicional. MIL GRACIAS

A MI ESPOSA VIANEY

Por saber escucharme; por darme cariño y consejos, así como la comprensión y sobre todo por el amor que me das a diario. Por compartir conmigo muchos momentos, tanto alegres como tristes, por tener siempre tendida tu mano que me permite sentir tu apoyo, y darme el ánimo para lograr lo que me proponga, por ser parte de mi vida; porque en tú compañía las cosas malas se convierten en buenas, la tristeza se transforma en alegría y la soledad no existe. Y por permitirme ser parte de tus sueños así como tú lo eres de los míos y por ser lo mejor que me ha pasado en mí existir. Por ello te dedico estas palabras de un gran escritor.....

El Dulce Sabor De Una Mujer Exquisita

Una mujer exquisita no es aquella que más hombres tiene a sus pies, si no aquella que tiene uno solo que la hace realmente feliz.

Una mujer hermosa no es la más joven, ni la más flaca, ni la que tiene el cutis más terso o el cabello más llamativo, es aquella que con tan sólo una franca y abierta sonrisa y un buen consejo puede alegrarte la vida.

Una mujer valiosa no es aquella que tiene más títulos, ni más cargos académicos, es aquella que sacrifica su sueño temporalmente por hacer felices a los demás.

Una mujer exquisita no es la más ardiente (aunque si me preguntan a mí, todas las mujeres son muy ardientes....Los que estamos fuera de foco somos los hombres) sino la que vibra al hacer el amor solamente con el hombre que ama. Una mujer interesante no es aquella que se siente halagada al ser admirada por su belleza y elegancia, es aquella mujer firme de carácter que puede decir NO.

Y un HOMBRE.....UN HOMBRE EXQUISITO es aquel que valora a una mujer así..... Que se siente orgulloso de tenerla como compañera.... Que sabe tocarla como un músico virtuosísimo toca su amado instrumento...

Que lucha a su lado compartiendo todos sus roles, desde lavar platos y atender tripones, hasta devolverle los masajes y cuidados que ella le prodigó antes....

(García Márquez)

Solo me queda decir infinitamente: **Gracias AMOR**, Tú abriste nuevamente mi alma y dejaste salir lo mejor de mi.....

AGRADECIMIENTOS VIANEY.

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón; sin importar en donde estén ó si alguna vez llegan a leer estas palabras quiero darles las gracias por formar parte de mi vida, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

En primer lugar agradezco a Dios y a toda mi corte celestial por ayudarme a terminar este proyecto, gracias por darme la fuerza y el coraje para poder terminar mi licenciatura, por estar conmigo en cada momento de mi vida. Por no haber dejado que me rindiera e iluminarme para salir adelante y retomar con más fuerza cuando mi salud no me lo permitía, Gracias Dios mío porque como te lo pedí me diste salud y como te lo prometí regrese y hoy este proyecto que tanto anhelaba realizar esta culminado.

Gracias Papás son los mejores: Mami no me equivoco en decir que eres la mejor mamá y la mejor psicóloga del mundo así como la persona que más admiro, eres mi mejor amiga, tú eres mi mayor inspiración y el motor de mi vida. Mil gracias por todo tu apoyo, por todas las noches en que nos desvelamos, por tus consejos, por tus frases célebres y tus abrazos cuando más los he necesitado; a ti te dedico este trabajo que bien sabemos todo lo que nos costo y que al fin este sueño es una realidad. MIL GRACIAS MAMI.

Papi gracias por tu esfuerzo, por tu apoyo, por la confianza que depositaste en mí. Gracias porque aunque lejos siempre te he sentido aquí a lado mío, porque siempre me diste palabras que me alentaban y este trabajo por fin está impreso. MIL GRACIAS PAPI.

A ti Genaro mi mejor amigo, mi confidente, mi colega, mi esposo. Amor también tengo mucho que agradecerte principalmente por compartir este proyecto que por algo Dios quiso que así fuera, quiero decirte que tú eres el mejor regalo que la vida me pudo dar. Gracias mi amor por estar en mi vida, por dejarme amarte. Estoy enamorada, ¿lo lees? siempre te amaré y por eso te digo que mi corazón es tuyo mis sentimientos son tuyos, mi cuerpo es tuyo mis palabras son para ti, mis caricias son para ti, mis besos son para ti pero hay algo que es sólo mío: tu amor. Así que juntos tenemos toda una vida por recorrer, mil momentos para compartir y un solo amor que vivir yo junto a ti y tú junto a mí. Ahora si amor como dices a seguir con el otro proyecto. TE AMO MUCHO MI AMOR.

A mis amigos de la infancia, mis amigos cch'eros, mis amigos en la licenciatura y en general me siento muy agradecida con ustedes: René, Karis, Faby, Yaz, Felipe, Mario, Carlos Arturo, José Luis, Paola, Moisés, Nelly, Carlitos, Edith, Claudia, Sonia, Yola, Lauris, Mónica, Romario gracias por acompañarme en mis logros y en mis fracasos, por celebrar mis alegrías. Gracias por compartir el camino de la vida a mi lado, por prestarme sus oídos cuando

necesité desahogarme, y por darme esos abrazos en mis peores momentos. Y como siempre les digo LOS QUIERO MUCHISIMO.

A mis profesores: Gracias porque me prepararon para dar lo mejor de mí en todos los aspectos. Porque desde que comencé mi vida académica los valoro, por enseñarme a cumplir y cumplir al 110% fundamentándome en el conocimiento adquirido resultado de su propia experiencia los recuerdo y los llevo en mi corazón con mucho cariño.

A los profesores que apoyaron este trabajo a mi Director de tesis y mi revisor MUCHAS GRACIAS por creer y alentarme a contribuir con los conocimientos adquiridos en mi área. Esto no es una despedida es un hasta luego, traduciéndose en una cita obligada para volvernos a ver dentro de unos años. GRACIAS MAESTROS.

A mi alma mater: LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

Que bellos recuerdos tengo en mi Universidad, en los salones de clases, en los momentos que platicaba con los profesores, en mis bancas del edificio B y S en mi CCH Oriente y en esa bardita de la facultad donde siempre estaba, son muchas cosas que recuerdo y que jamás se van a borrar de mi mente, por el contrario siempre me sacan una bella sonrisa.

Han sido varios años como universitaria desde mi ingreso al hermosísimo CCH Oriente, siguiendo por la Facultad de Psicología y este día hago constar mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Estos valiosos años he aprendido muchísimos conceptos, teorías pero sobre todo han contribuido a conformar en mí un espíritu crítico que acompañará todas mis acciones futuras, distinguiéndome de la mejor manera.

Así que cuando el tiempo pase y nadie se acuerde de mí, mi cuerpo estará en una tumba y mi alma seguirá aquí. ¡MÉXICO, PUMAS, UNIVERSIDAD!

*Es la hora de partir, la dura y fría hora que la noche sujeta a todo horario.
(Pablo Neruda)*

INDICE

RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA.....	12
1.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA.....	12
1.2 DE LA PUBERTAD A LA ADOLESCENCIA.....	14
1.3 DESARROLLO PSICOLÓGICO Y PSICOFISIOLÓGICO.....	15
1.4 EXPERIENCIA SEXUAL EN ADOLESCENTES.....	18

CAPÍTULO 2

AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES.....	21
2.1 DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO.....	21
2.2 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	24
2.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA ANSIEDAD (COPING).....	25
2.4 AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES.....	27

CAPÍTULO 3

PSICOPATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD.....	30
3.1 DEFINICIÓN DE PSICOPATOLOGÍA.....	30
3.2 PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE.....	31
3.3 LA ANORMALIDAD DE ESTA ETAPA.....	34
3.4 MIEDO.....	34
3.4.1 FOBIAS.....	35
3.5 ANSIEDAD, ESTRÉS Y ANGUSTIA.....	37
3.6 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SEXUALES.....	45
3.6.1 ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS SEXUALES.....	46
3.6.2 DISFUNCIONES SEXUALES.....	47
3.6.3 TRASTORNOS SEXUALES.....	48
3.6.4 TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL.....	49
3.6.5 TRASTORNO DE LA EXITACIÓN SEXUAL.....	50
3.6.6 TRASTORNOS ORGÁSMICOS.....	51

3.6.7 TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR.....	52
3.7 MECANISMO DE DEFENSA.....	54

CAPÍTULO 4

PSICOFISIOLOGÍA EN EL ADOLESCENTE.....	58
4.1 DIFERENCIAS SEXUALES EN EL CEREBRO.....	58
4.2 COMPONENTES NEUROPSICOLÓGICOS DE LA CONDUCTA DE AFRONTAMIENTO.....	61
4.2.1 DE LA AMÍGDALA A LA CORTEZA PREFRONTAL.....	64
4.2.2 ANSIEDAD, ESTRÉS Y ANGUSTIA.....	67
4.2.3 MIEDO.....	81
4.3 HORMONAS Y SEXUALIDAD.....	84

CAPÍTULO 5

MIEDOS SEXUALES.....	91
5.1 CONCEPTO DE MIEDOS SEXUALES.....	91
5.2 PERSPECTIVA CLÍNICA.....	97
5.3 PERSPECTIVA PSICOFISIOLÓGICA.....	99
5.4 CONCLUSIONES.....	102

CAPÍTULO 6

MÉTODO.....	103
6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	103
6.2 METODOLOGÍA.....	105

CAPÍTULO 7

RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	109
7.1 ANÁLISIS RESULTADOS.....	109
7.2 DISCUSIÓN.....	114
7.3 CONCLUSIÓN.....	117

REFERENCIAS.....	119
ANEXOS.....	131

RESUMEN

El presente estudio explora las diferencias de género en relación a las estrategias de afrontamiento utilizadas por las y los adolescentes ya que inciden en su desarrollo psicológico. Se entrevistó mediante una batería (anexo A y B) a una muestra de 100 adolescentes de ambos sexos, entre 16 y 20 años, acerca de su nivel de experiencia sexual, ansiedad y experiencias traumáticas relativas a su vida, así como la incidencia de la edad y el género sobre estas variables.

Se comparan los estilos y las estrategias de afrontamiento en chicos y chicas mediante el instrumento aplicado, y se analizan las relaciones de las áreas con el género y la edad.

Los resultados encontrados sugieren que existen diferencias de género entre las estrategias empleadas por los y las adolescentes, así como la forma de afrontar las situaciones en los diferentes años, lo que confirma la hipótesis en cuanto a que las mujeres poseen mayor repertorio de estilos y estrategias de afrontamiento a diferencia de los varones.

También se comprueba que ciertas estrategias de afrontamiento utilizadas por las y los adolescentes parecen actuar como factores de protección que ayudan a solucionar las diversas experiencias traumáticas por igual para ambos géneros. En la discusión de los resultados, se ponen en relación los hallazgos encontrados con estudios previos en los que también se analizaban las estrategias de afrontamiento en adolescentes.

INTRODUCCIÓN

En la adolescencia existen ciertos temores (miedos sexuales) relacionados a las primeras relaciones coitales, las cuales no fueron placenteras y por el contrario causaron un desequilibrio emocional, el cual afecta sus posteriores encuentros coitales, ya sea con la misma pareja o diferente, en función de ambos géneros (Ramírez Hernández, 2003; Torres Marco, 1998; Vargas Trujillo; 2006).

Algunos de estos temores se manifiestan de diversas formas, en ambos casos se puede dar con sensaciones como si fueran examinados cuando tienen relaciones, pensamientos de fracaso o del tipo de que “fallarán en el acto” o “no serán lo que prometen”. El miedo es uno de los factores más limitantes de la actividad sexual. Acarrea diversos tipos de disfunciones, como impotencia sexual; entendida como la falta de erección, anorgasmia, falta de deseo sexual, vaginismo, entre otras menos comunes.

El miedo se suscita a partir de un hecho específico que ha sido experimentado por la persona como agresivo, como por ejemplo la violencia, las normas sociales, la idealización sexual (fantasía), incluso la religión, entre otros (Papalia, 2001; Ramírez Hernández, 2003; Torres Marco, 1998; Vargas Trujillo, 2006;).

Dado lo anterior, es por eso que este trabajo se realiza en una etapa de la vida tan importante como lo es la adolescencia en el marco del desarrollo humano. Obteniendo así el significado del impacto psicológico que los y las adolescentes tienen sobre sus primeras relaciones sexuales.

Ahora bien con la información que se recolectó se facilitará así el desarrollo de programas efectivos para trabajar con los y las adolescentes, pensando en una sexualidad como un fin englobando los comportamientos, sin dejar de lado la parte afectiva, emocional y llena de significados desde una perspectiva integral.

Este estudio se basó en la etiología que contribuyera a entender el trastorno que se origina después de un evento estresante a nivel psicológico y fisiológico, el cual se manifiesta después de la primera experiencia coital con conductas de miedo, pánico, ansiedad, estrés entre otras manifestaciones de afectación conductual y emocional, así como que éstas no conserven una prevalencia significativa, y por ello no caigan en los criterios de los manuales diagnósticos y se nombren estrictamente como trastorno.

Por este motivo es que el problema se investigó desde dos vertientes la Psicología clínica y la Psicofisiología.

Capítulo 1

ADOLESCENCIA

Los cambios físicos que ocurren durante la pubertad, van acompañados de una maduración cerebral y de cambios psíquicos que desembocan en la adquisición de la personalidad adulta. El periodo de cambios psicológicos es más prolongado que el de los cambios físicos de la pubertad y se denomina adolescencia. La pubertad se pone en marcha por unos cambios en el funcionamiento de un grupo de células del cerebro. Éstas producen unas hormonas que a su vez estimulan el funcionamiento de los ovarios o de los testículos, según el sexo. Como consecuencia del estímulo, ovarios y testículos aumentan de tamaño y fabrican cantidades cada vez más elevadas de las hormonas responsables del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios: estrógenos en el caso de las mujeres y testosterona en el de los varones (Berk, 2004; Bocchino, 2006; Craig, 1994; Papalia, 2001).

Se han dado diferentes definiciones de adolescencia y se ha calificado a esta etapa de varias maneras pero con frecuencia, más que definiciones, son expresiones que se refieren a características no siempre presentes en todos ya que probablemente la tarea más importante de la adolescencia es la búsqueda de su identidad. Los jóvenes, entre los 13 y los 19 años, necesitan desarrollar sus valores propios y estar seguros de que no están repitiendo como los de sus padres. Han descubierto aquello de que son capaces y están orgullosos de sus logros. Desean establecer relaciones estrechas con chicos y chicas de su misma edad; saberse aceptados, amados y respetados por lo que son y por lo que pretenden (Berk, 2004; Craig, 1994; Papalia, 2001).

1.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

En la adolescencia existen infinidad de conceptos que buscan el mejor entendimiento de este estadio, y según la perspectiva que se trate, la mayoría de los autores coinciden en conceptualizarla como una etapa singularmente

interesante en el desarrollo del ser humano. Por lo que a continuación abordaremos algunos de los aspectos que influyen en este periodo.

Al respecto diversos autores mencionan que la palabra adolescencia proviene del verbo latín “adolescere” que significa crecer, desarrollarse, llegar a la madurez; por lo que mencionan que la adolescencia es un periodo, que se caracteriza porque está en constante movimiento (Izquierdo, 2003; Reymond-Rivier, 1986; Rice, 1997).

Ahora bien podemos señalar que la adolescencia es considerada una etapa del desarrollo caracterizada por continuos cambios, que pueden ocasionar estrés. Las exigencias psicosociales derivadas de este proceso evolutivo pueden repercutir en el desarrollo psicológico, influyendo en la confianza en sí mismo, la timidez, la ansiedad (Frydenberg y Lewis, 1991), el sentimiento de eficacia, la autoestima (Frydenberg y Lewis, 1996b), o el desarrollo de estrategias de afrontamiento (Frydenberg y Lewis, 1996b, 1999; Aunola, Stattin y Nurmi, 2000). El afrontamiento en los adolescentes se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por un evento estresante (Plancherel y Bolognini, 1995, en González Barrón).

Según Erikson (1963) identificó la adolescencia como una crisis de identidad en oposición a confusión de papel. El rápido crecimiento del cuerpo y la nueva maduración genital evidencian ante los jóvenes su inminente adultez, y los hacen interrogarse acerca de sus papeles en la sociedad adulta. La tarea más importante de la adolescencia es descubrir “Quién soy yo”. Un aspecto significativo de esta búsqueda de identidad es la decisión por parte de los jóvenes de seguir una carrera. Considera que el primer riesgo de este estadio es la confusión de identidad, dice también que pueden expresar su confusión actuando impulsivamente, comprometiéndose en trabajos pobremente pensados o regresando a comportamientos infantiles para evitar resolver conflictos.

También señala al enamorarse como un intento para definir la identidad, llegando a intimar con otra persona y compartiendo pensamientos y sentimientos, el adolescente da a conocer su propia identidad, ve su reflejo en la persona amada y es capaz de clarificar su yo (Feldman, 2002).

1.2 DE LA PUBERTAD A LA ADOLESCENCIA

Concepto de pubertad

La pubertad, es el final de la infancia y paso a la adolescencia. Es una época difícil por la intensidad y rapidez con que se suceden los cambios, tanto fisiológicos como psicológicos, los cuales modifican no sólo el aspecto del y de la joven, sino también su forma de entender el mundo, su capacidad de razonamiento y valoración así como el modo de relacionarse con los demás (Delval, 2000; Papalia 2001).

La pubertad constituye propiamente el primer período de la adolescencia y en ella se inician las transformaciones orgánicas y psíquicas que marcarán el paso del muchacho o de la muchacha de la niñez a la juventud. Su aparición difiere según los grupos raciales y las condiciones climáticas; comienza antes en las personas de raza negra y en las zonas cálidas. En las regiones templadas y entre la raza blanca, suele iniciarse de los diez a los once años para el sexo femenino y de los doce a los trece para el masculino. La pubertad está asociada con un crecimiento rápido y la aparición de las características sexuales secundarias (Delval, 2000; Papalia 2001).

Inicio de la adolescencia

Comprende de los 12 a los 19 años, es una época en donde el desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los y las adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y

adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar sólo algunos (Papalia, 2001).

Pero a la vez el adolescente se encara con una amplia sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, debe indagar sobre su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los conocimientos necesarios para impedir que se produzca una conducta sexual inapropiada, así que no es extraño que en ocasiones la y el adolescente sea víctima de conflictos, sufrimiento y desconcierto (Berk, 2004; Craig, 1994).

Por otro lado, la adolescencia también es una etapa de hallazgo y comienzo; una época en que la maduración intelectual y emocional corre paralela con el desarrollo físico y genera una libertad y un creciente apasionamiento vital. La adolescencia no es únicamente un periodo de turbulencia y agitación, como quieren las concepciones tradicionales, sino que, a la vez, suele ser una fase de goce y felicidad que marca el tránsito agitado y tumultuoso al estado adulto (Offer y Offer, 1975). La naturaleza paradójica de la adolescencia se patentiza sobre todo en la esfera de la sexualidad.

1.3 DESARROLLO PSICOLÓGICO Y PSICOFISIOLÓGICO

Partiendo del desarrollo psicológico el y la adolescente se destacan una serie de procesos internos que por un lado se presentan como cuestiones de choque, de no identificación o diferenciación, pero que por otro busca superarlas o definir las; por poner un ejemplo están: la reafirmación de algunas emociones como la depresión, el aislamiento, la afirmación de motivos personales, la demostración de afecto, el interés por otra u otro, la diferenciación de sensaciones ya sean placenteras, de acercamiento o de molestia. (“Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Desarrollo Integral del Adolescente”, 1991).

Aunque la madurez física y el ajuste a la sexualidad son pasos importantes que tienen lugar durante la adolescencia, en esta época ocurren cambios cognitivos trascendentales, es por eso, que se le da una gran importancia a la actitud ya que juega un papel fundamental a considerar en una educación formal para la sexualidad, el conocimiento de ésta resulta básico, pues a lo largo de la vida es posible darse cuenta del impacto de las actitudes sobre la propia vida, de modo que la actitud hacia uno mismo y hacia los demás muchas veces es más importante que los hechos; es más importante que los fracasos, los sucesos, que lo que la otra gente piense, diga o haga; es también más importante que la apariencia, el talento o la destreza. Es por eso, que el conocimiento de un patrón actitudinal en los y las adolescentes ante la sexualidad es de extrema importancia, pues en cierta forma se puede predecir un determinado comportamiento en un grupo social y en un momento histórico. Así mismo, los adolescentes muestran una creciente capacidad de planear y prever los eventos; otra capacidad cognitiva adquirida en la adolescencia es reflexionar sobre el pensamiento, los adolescentes aprenden a examinar y modificar intencionalmente su pensamiento, también poseen la habilidad de realizar deducciones abstractas y entender las relaciones casuales, el idealismo y los valores propios se establecen poco a poco, observándose un mayor control en sus impulsos tanto agresivos como sexuales (Craig, 1994 y Velasco, 2003)

Dentro del contexto psicofisiológico, la diferenciación psicosexual dimórfica en los humanos comporta varios tipos de identidad: 1) la identidad de género que significa el género masculino o femenino en el cual cada individuo se identifica; 2) los papeles de género que indican los distintos tipos de comportamiento según el sexo y de acuerdo con cada cultura; 3) la orientación de género que indica el tipo de relación sexual escogida (heterosexual, homosexual o bisexual), y 4) las diferencias cognitivas entre los sexos masculino y femenino (Breedlove; 1994).

Para tener conciencia del desarrollo adolescente es necesario tener en cuenta la esfera anatómica, fisiológica y psicológica, la vivencia de su funcionamiento

y su relación con la visión del otro y de cómo yo me veo o me acepto, ya que el cuerpo es una parte que somos y que desea ser hablada, un entramado de sentido que se insinúa con sus formas, movimientos y expresión humana (Gogtay, Giedd, 2004).

El cuerpo es el reflejo de la persona que lo porta, siendo la expresión de la propia identidad, es decir, la adquisición de esas primeras experiencias y del rol del propio individuo. A este fenómeno se le denomina pubertad, el cual marca el inicio de la adolescencia, como recientemente lo mencionamos. (Gogtay, Giedd, 2004).

Este proceso abarca los cambios fisiológicos y físicos que el adolescente desarrolla, teniendo consecuencias tanto a nivel social, como individual (identidad). En las mujeres se ensanchan las caderas, redondeándose por el incremento de tejido adiposo; en los hombres se ensanchan los hombros y el cuello se hace más musculoso (Pinel; 2007).

Ahora bien, en este periodo del desarrollo humano es cuando maduran los órganos sexuales, tanto internos como externos, y generalmente esto ocurre antes en el sexo femenino que en el masculino, debido a factores hormonales:

Ψ En las mujeres se produce una dilatación de los ovarios y la primera menstruación.

Ψ En los hombres aumenta de tamaño el pene y los testículos, así como la próstata y la uretra; aparece la primera eyaculación.

Dentro de este mismo proceso se desarrollan los caracteres sexuales secundarios:

Ψ En las mujeres vello púbico y en las axilas; crecimiento de los senos.

Ψ En los hombres vello púbico, facial y en las axilas; cambio de la voz.

La incertidumbre con la que se vive este desarrollo, ya sea más temprana o tardíamente, tiene mucha relación con el sentimiento de confianza en sí mismo, y del entorno social significativo del adolescente (Delval, 2000; Papalia, 2001).

Con esto, queremos decir, que los cambios recientemente mencionados ejercen un profundo efecto en el y las adolescentes, ya que deben asimilarse nuevas experiencias corporales, que en ocasiones son preocupantes, como la

menarquía en las mujeres o las eyaculaciones nocturnas en los hombres. Todos los cambios físicos tienen efectos importantes en la identidad, ya que el desarrollo de ésta, no solo requiere la noción de estar separado de los demás y ser diferente de ellos, sino también un sentimiento de continuidad de sí mismo y un firme conocimiento relativo de como aparece uno ante el resto del mundo (Coleman J., 2004).

1.4 EXPERIENCIA SEXUAL EN ADOLESCENTES

La sexualidad se presenta como una fuerza interna que no es fácil definirla ni controlarla, el adolescente se siente impulsado fuera de sí mismo sin tener plena conciencia de donde, ni como pero eso sí lo siente, esto se convierte en un impulso sexual que fuertemente lo lleva a buscar el placer. Es por eso, que el comportamiento sexual juega varios papeles en la vida del ser humano. Como motivador, constituye un poderoso energizador y direccionador del comportamiento, como componente de las relaciones interpersonales puede fungir lo mismo como ingrediente central de la expresión del afecto que como generador de conflictos o malestar y deterioro psicológico en individuos. Ya que la sexualidad humana es una parte integral del individuo, el apropiado ejercicio de la misma, de acuerdo a las características biológicas, psicológicas y sociales del sujeto, le proporcionara una vida más plena y gratificante (Martínez; 2001).

Es preciso señalar la diferenciación en el desarrollo de la conciencia sexual y la conducta que es distinta en mujeres y hombres, ya que las primeras pasan más tiempo fantaseando acerca del romance; en cambio en los hombres es más probable que usen la masturbación como una compensación para sus impulsos sexuales. Sin embargo, la fantasía y la masturbación son comunes en ambos sexos (Craig, 1994).

Dado lo anterior es importante mencionar que en nuestra cultura, la sexualidad se ha convertido en un campo de batalla, puesto que se genera una lucha de fuerzas contrarias que van desde la prohibición, incertidumbre y

sentimientos de culpa hasta el deseo, la capacidad innata de excitación o la exigencia corporal de satisfacción social y psíquica (Vázquez, 1997).

Se estima que entre los 14 y los 16 años los adolescentes empiezan a salir en pareja y con esto se presentan algunos cambios en el desarrollo de la conducta sexual; poco a poco van surgiendo las caricias sexuales, desde el punto de vista del desarrollo psicosexual, el significado primario de las caricias sexuales es de iniciar los encuentros heterosexuales. Adolescentes que en un principio podrían haberse conformado con mimos y caricias amorosas ahora está culminando sus relaciones con coito (Nájera y Rodríguez, 1991).

Al respecto los datos sobre la edad de la primera eyaculación u orgasmo confirman el hallazgo general de que las experiencias sexuales parecen ocurrir ligeramente más temprano en el hombre que en la mujer aunque fisiológicamente las mujeres parecen madurar sexualmente antes que los hombres (Nájera y Rodríguez, 1991).

La sexualidad es una parte muy importante de la psicología de la personalidad ya que influye directamente en nuestro pensamiento y actitud determinando nuestra conducta no solo con respecto al sexo en sí, si no en las relaciones con las demás personas (Castillo, 1989). Por lo que el adolescente deberá integrar sus cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales, para así, saber que quiere o que desea hacer con su nuevo cuerpo, con su sexualidad, con su mente y con sus relaciones (Arteaga, 2004).

Entre los patrones de conducta sexual estudiados en adolescentes mexicanos, se encuentran el número de parejas sexuales, el tipo y número de relaciones sexuales, confirmando que son pocos los adolescentes que usan el preservativo al iniciar su vida sexual; además se ha encontrado que la mayoría de los adolescentes tienen parejas ocasionales lo cual es mas marcado en los hombres y es el mínimo porcentaje de ellos que sostienen regularmente relaciones sexuales con la misma pareja (Díaz- Loving y Alfaro, 1995).

Lo anterior demuestra que la práctica y la actividad sexual entre los adolescentes son comunes, siendo esto un foco rojo, ya que si los jóvenes no tienen parejas estables en sus relaciones sexuales y sus conocimientos sobre sexualidad son deficientes, implican conductas de riesgo (Alfaro, Rivera y Díaz- Loving, 1992).

Aunque la mayor parte de las conductas sexuales son buscadas y deseadas, hay un buen número de jóvenes que afirman haber tenido experiencias no deseadas, siendo mayor el número de chicos que de chicas los que manifiestan esas experiencias. Probablemente este dato refleja la influencia social a la que todavía se ven sometidos muchos varones: el ser receptivo y activo sexualmente ante cualquier situación, lo que les puede llevar a participar en experiencias que no desean (Arteaga, 2004).

Los adolescentes pueden estar buscando en las relaciones sexuales, autoafirmación, placer, afectividad. Sin embargo, pueden ser impulsoras de la actividad sexual: la inexperiencia y la curiosidad les llevaría a buscar nuevas experiencias, la competitividad y la presión social del grupo de iguales o de los medios de comunicación que les inducen a no quedarse atrás (Arteaga, 2004).

En conclusión podemos decir que la conducta sexual de los adolescentes es su conducta más riesgosa, en virtud de que su impulso sexual aun no se controla eficazmente lo cual es un reflejo de su situación emocional y su inestabilidad global, lo que los lleva a embarazos no deseados, a una mala elección de pareja, a estar expuestos a infecciones de transmisión sexual y a conductas agresivas que pongan en peligro su integridad física.

Capítulo 2

AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES

El afrontamiento quedaría definido como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986). Ahora bien hablamos de estilos de afrontamiento como variables disposicionales que influyen sobre la elección de las estrategias de afrontamiento, y propiamente las estrategias de afrontamiento como acciones concretas y específicas puestas en marcha para enfrentarse a la situación.

2.1 DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO

Entendemos a la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan. Las estrategias de afrontamiento son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden cambiar según los estímulos que actúen. El Afrontamiento sería, entonces, un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes; no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. Desde el modelo de Lazarus y Folkman no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que el individuo realiza de tales situaciones o estímulos. Estos autores propusieron dos estilos de afrontamiento: focalizado en el problema (modificar la situación problemática para hacerla menos estresante) o en la emoción (reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional) (Della Mora, 2006).

El afrontamiento (coping) toma en cuenta los esfuerzos afectivos, cognitivos y psicosociales que un sujeto emplea para poder controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas. Las formas como el individuo hace frente a experiencias percibidas como estresantes constituyen las estrategias de afrontamiento. Se puede pensar en una diferenciación entre estas estrategias y los denominados mecanismos de defensa; aquellas operan en el nivel consciente en tanto que estos son básicamente inconscientes. Por tratarse de un constructo relativamente nuevo dentro del ámbito psicológico, no existen criterios consensuados en cuanto al tipo y número de estrategias que manejan las personas. En la literatura científica se encuentran diferentes propuestas explicatorias y clasificatorias (Williams y McGillicuddy, 2000).

Los modos de afrontamiento de la vida cotidiana adquieren particular relevancia en la adolescencia, por ser una etapa en la que se producen sustanciales transformaciones en la personalidad: la definición de la identidad, la elección de pareja, de profesión o de trabajo, cambios que exigen a los jóvenes la puesta en marcha de variados recursos (Della Mora, 2006).

Dentro de esta concepción, las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas estarían fuertemente condicionadas por la percepción que se haga de la situación (evaluación primaria) y de los recursos con que se cuentan para hacerle frente (evaluación secundaria). Por otra parte, no se concibe que un estilo de afrontamiento sea más apropiado que otro. La funcionalidad vendría determinada por el tipo de situación en la que se aplique. El estilo centrado en los problemas sería más funcional ante situaciones que se puedan modificar, mientras que el estilo centrado en las emociones tendría una importante función adaptativa en situaciones que no pueden ser cambiadas (Gómez-Fraguela, 2006).

Ahora bien ya quedó claro que el afrontamiento desempeña un papel importante como mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los que cuentan para hacerles frente y las consecuencias que se derivan para la salud física y

psicológica de las personas (Sandín, 2003). Esta función moderadora sería de especial importancia en la adolescencia. Durante esta etapa como ya mencionamos se experimentan importantes cambios. La pubertad y la maduración física son quizás los más evidentes, pero también se producen otros cambios a nivel cognitivo y social no menos relevantes; es por eso, que el Afrontamiento describe tres etapas, la forma en que se desarrollará la evaluación en cada etapa es diferente, dando lugar a diversas formas de afrontamiento (Lazarus, 1986).

1. **Anticipación:** en este momento el suceso no ha ocurrido, por lo que se evalúan aspectos que incluyen la posibilidad de que este ocurra o no, su naturaleza y el momento en que ocurrirá. La evaluación que se realiza es secundaria, ya que se valora la forma en que se manejará la amenaza.
2. **Periodo de impacto:** en este periodo se pierde el control de los pensamientos y acciones ya que el acontecimiento amenazante ha comenzado o ha terminado, por lo que el individuo comenzará a comprobar si éste es o fue igual o peor a lo que anticipaba, en que aspectos lo fue y dándose la reevaluación a la importancia del acontecimiento.
3. **Postimpacto:** se forman nuevas consideraciones a pesar de que el acontecimiento estresante haya terminado, suscitando todo un nuevo conjunto de procesos anticipatorios, así los procesos de evaluación y de afrontamiento están dirigidos no solo al pasado y al presente, sino también al futuro.

De modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles, (Stone y cols.,1988, pág. 183). Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. En resumen, el afrontamiento quedaría definido como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas

como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 164).

2.2 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Aunque en teoría se pueden emplear multitud de estrategias para manejar una situación estresante, cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas. Esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento.

Sólo una serie de estilos de afrontamiento se han investigado de modo sistemático. Veamos algunos:

1. **Personas evitadoras y personas confrontativas:** hay personas que tienen una tendencia evitadora (o minimizadora), mientras que otras tienden a utilizar un estilo más confrontativo (o vigilante) bien sea buscando información o tomando una acción directa ante cualquier problema. Aunque ningún estilo es por sí mismo más efectivo que otro, el estilo evitador es más útil para sucesos amenazantes a corto plazo, mientras que el estilo vigilante es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o que persiste a lo largo del tiempo. El estilo confrontativo es útil pues permite anticipar planes de acción ante riesgos futuros aunque puede que tenga un coste mayor en ansiedad. Como señala Taylor (1990), el estilo evitativo puede que sea útil para visitar al dentista, pero bastante ineficaz para solventar situaciones de tensión continua laboral. No obstante, los estudios longitudinales señalan que, a la larga, el estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas (Holahan y Moos, 1987).
2. **Catarsis:** aunque éste es un tema de tradición psicoanalítica, la investigación científica sobre los traumas ha comenzado también a indagar si el hecho de expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos puede ser eficaz para afrontar situaciones

difíciles. Parece, en efecto, que hablar y comunicar nuestras preocupaciones tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan rumiaciones obsesivas con el paso del tiempo como de que aparezca un incremento en la actividad fisiológica (Pennebaker- y Susman, 1988).

3. Uso de estrategias múltiples: la mayor parte de los estresores conllevan una serie de problemas de naturaleza diferente que requieren estrategias de afrontamiento diferentes. Es muy probable que, en general, un afrontamiento con buenos resultados requiera la capacidad de usar de forma adecuada múltiples estrategias de un modo flexible (Pennebaker- y Susman, 1988).
4. Optimismo: estas personas suelen estar centradas en el problema, y lo que hacen es una búsqueda de apoyo social así como el encontrar los lados positivos de la experiencia estresante. Por el contrario, las personas pesimistas se caracterizan más por el empleo de la negación y el distanciamiento del estresor, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el estresor (Avía y Vázquez, 1998).
5. Otras variables: parece cada vez emerger más claramente un patrón de personalidad proclive a la buena salud y caracterizado por el optimismo, sensación de control y capacidad de adaptación (Taylor, 1991).

2.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA ANSIEDAD (COPING)

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Normalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias (Lazarus y Folkman, 1986):

1. Estrategias de resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
2. Estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Más allá de las diferencias, diversos autores coinciden en señalar que se entiende por estrategias de afrontamiento el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ésta situación le genera (Casullo y Fernández Liporace, 2001).

Estas estrategias dependen de la combinación de múltiples factores, en los que se destacan los aspectos personales y las experiencias individuales por un lado y las exigencias del medio ambiente, con sus permanentes desafíos y presiones sociales, por el otro (Casullo y Fernández Liporace, 2001).

Al revisar la bibliografía sobre el tema, se destacan diferentes intentos realizados por los autores para clasificar las estrategias de afrontamiento (Meihenbaum y Turk, 1982; Endler y Parker, 1990; Folkman, Lazarus, Dunkel-Shetter, DeLongis y Gruen, 1986). Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento:

1. Confrontación: constituye los esfuerzos de un sujeto para alternar la situación indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
2. Planificación: apunta a solucionar el problema. Se produce durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).
3. Aceptación de la responsabilidad: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o el mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.
4. Distanciamiento: implica los esfuerzos que realiza el joven por apartarse o alejarse del problema, para evitar que este lo afecte.

5. Autocontrol: se considera un modo de afrontamiento activo, en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
6. Reevaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
7. Escape o evitación: en el plano conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual, la evitación también puede ser cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.
8. Búsqueda de apoyo social: supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias estarán centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales, ya que modifican la situación haciéndola menos estresantes); las cinco siguientes están centradas en la emoción (ya que apuntan a la regulación de la emoción), y la última estrategia se focaliza en ambas áreas. Lazarus y Folkman (1984) señalan además que algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares. Por ejemplo pensar positivamente es relativamente estable y depende sustancialmente de la personalidad; en cambio, la búsqueda de soporte social es inestable y depende principalmente del contexto social (Leibovich de Figueroa, Schmidt y Marro, 2002).

2.4 AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES

La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo caracterizada por continuos cambios que pueden ocasionar estrés. Las exigencias psicosociales derivadas de este proceso evolutivo pueden repercutir en el desarrollo psicológico, influyendo en la confianza en sí mismo, la timidez, la ansiedad

(Frydenberg y Lewis, 1991), el sentimiento de eficacia, la autoestima (Frydenberg y Lewis, 1996b), o el desarrollo de estrategias de afrontamiento (Frydenberg y Lewis, 1996b, 1999; Aunola, Stattin y Nurmi, 2000). El afrontamiento en los adolescentes se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por un evento estresante (Plancherel y Bolognini, 1995).

Del mismo modo, los adolescentes viven y experimentan procesos claves tales como los duelos, la agresión y la violencia del adolescente, la búsqueda de la identidad sexual y ocupacional, la autonomía con respecto a su grupo familiar con la rebeldía que ello conlleva, y los conflictos generacionales, entre otros. Estos requerimientos que se le plantean implican el desarrollo de competencias psicosociales importantes para el posterior posicionamiento del adolescente en el mundo adulto; de no contar con estrategias positivas de afrontamiento para responder a éstas situaciones pueden generarse, en cambio, comportamientos menos adaptativos y una mayor vulnerabilidad en el adolescente (Plancherel y Bolognini, 1995).

En el modelo de *Afrontamiento* transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984) lo definió como los esfuerzos cognitivos conductuales continuamente cambiantes que realiza el sujeto para manejar las demandas internas y/o externas, que son evaluadas como que agotan o exceden los recursos personales. El afrontamiento estaría determinado por la persona, el ambiente y por su interacción (Frydenberg, 1994).

Las estrategias consideradas tienen un denominador común, al evaluar los dos estilos propuestos por Folkman y Lazarus (1985) y un tercer estilo, el Improductivo, propuesto por Frydenberg y Lewis (1996a), permitiendo relacionar los resultados proporcionados (Frydenberg, 1997). En el adolescente las estrategias de afrontamiento parecen ser el resultado de aprendizajes realizados en experiencias previas, que constituyen un estilo estable de afrontamiento, que determina las estrategias situacionales

(Frydenberg y Lewis, 1994; Frydenberg, 1997; Donaldson, Prinstein, Danovsky y Spirito, 2000).

En cuanto a la edad, los adolescentes más jóvenes utilizan con mayor frecuencia el estilo focalizado en la emoción, mientras que los mayores, el focalizado en el problema (Stern y Zevon, 1990; Groer, Thomas y Shoffner, 1992; Gamble, 1994). Es importante mencionar que las chicas parecen preocuparse más que los chicos (perciben un mayor número de eventos como estresantes y amenazantes, especialmente los procedentes del ámbito interpersonal y familiar), utilizan por término medio más estrategias de afrontamiento y tienen predilección por el apoyo social y el hacerse ilusiones.

Por el contrario, los chicos ignoran más los problemas, utilizan más la distracción física y la búsqueda de diversiones relajantes y, cuando los problemas son inevitables, los intentan solucionar por ellos mismos, sin buscar tanto el apoyo de otros. Este afrontamiento directo se realiza en muchas ocasiones de forma agresiva (Boekearts, 1996; Frydenberg, 1997).

Capítulo 3

PSICOPATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

Para describir y clasificar la conducta anormal es necesario valerse de varios elementos más que necesarios como lo es, la metodología clínica, la psicofisiología y la observación (psicología) entre otras, ya que han sido las estrategias más productivas para la psicopatología; porque poseen una pronunciada capacidad para sugerir hipótesis; esto nos permite tener importantes elementos a la hora de investigar la etiología, el diagnóstico de los trastornos mentales y poder así prevenir o modificar una conducta poco usual o que difiere de las costumbres de una población dada. Por lo que, probablemente el comportamiento y la actividad sexual sean las áreas de la conducta humana en las que es más difícil establecer el límite entre lo normal y lo anormal o patológico (Belloch, 1996; Menéndez, 2005; Sarason, 1986).

3.1 DEFINICIÓN DE PSICOPATOLOGÍA

La psicopatología se ha definido como la rama de la psiquiatría y la psicología que se ocupa del estudio de las manifestaciones psíquicas anormales. Etimológicamente, proviene del griego, donde "psique" es alma, "pathos" es sufrimiento, y "logos" es saber o conocimiento, por lo que la psicopatología se definiría por "un saber acerca del sufrimiento del alma". No obstante, una definición más operativa debe recaer, más que en la cuestión del sufrimiento, en la cuestión del comportamiento anormal, teniendo en cuenta que la definición de lo que es normal o anormal se puede guiar por diferentes criterios, por ejemplo, dependerá del criterio de salud y enfermedad que sustente, lo que refleja una ideología y como tal tiene su utilidad que es criticable. Por otro lado, también está el criterio estadístico (lo que se aparta de una media poblacional), el criterio cultural (lo que cierta cultura considera como tal), el criterio clínico (por lo que alguien consulta y pide ayuda siendo, por lo tanto, motivo de preocupación o sufrimiento) (Belloch, 1996; Sandín, 2003).

3.2 PSICOPATOLOGÍA EN EL ADOLESCENTE

La adolescencia está considerada como una de las etapas de mayor estrés, ya que atraviesan momentos difíciles, en el que la rebeldía, el inconformismo y la crisis de identidad multiplican los conflictos. No hay que olvidar que etimológicamente, adolescencia proviene del latín "adolescere": crecer, desarrollarse. Encontrarse a sí mismo de nuevo es la difícil tarea en la que está inmerso todo adolescente (Menéndez, 2005; Papalia, 2001; Sarason 1986).

En esta etapa tenemos los cambios fisiológicos que son conocidos y aceptados por la mayoría de los adolescentes por poca que sea su información, también se producen otros cambios como lo son los psicológicos, que son considerados como normales, pero que agarran desprevenidos a muchos de los adolescentes quienes tienen miedo de que les suceda algo malo. Los cambios son lo suficientemente importantes como para que los reconozcan sin problemas, esto cuando son "normales" y propios de esta etapa del crecimiento. Menéndez (2005) describe algunas conductas propias de esta etapa como lo son:

- Ψ Crisis de oposición, en cuanto a la necesidad que tienen de autoafirmarse, de formar un yo diferente al de sus padres a los que han estado estrechamente unidos hasta ahora, con necesidad de autonomía, de independencia intelectual y emocional (Menéndez, 2005).
- Ψ Desarreglo emotivo: a veces con la sensibilidad a flor de piel y otras en las que parece carecer de sentimientos. Es por eso que un día el adolescente sorprende con un abrazo y otro día rechaza cualquier muestra de cariño. Un día sin motivo aparente se despierta dando muestras de su mal humor, simplemente porque sus hormonas posiblemente le estén jugando una mala pasada (op. cit.).
- Ψ Imaginación desbordada: Sueñan, y esto no es más que un mecanismo de defensa ante un mundo para el que no están preparados. Es un medio de

transformar la realidad, pueden imaginar un porvenir, como modelos, o futbolistas de elite, o campeones de cualquier deporte o actores (op. cit.).

Ψ Narcisismo: Se reconoce al adolescente cuando comienza a serlo, simplemente por las horas que le dedica al espejo. Le concede una importancia extrema a su físico: puede lamentarse por un grano en la nariz, obsesionarse por la ropa, por estar gordos o delgados, quieren estar constantemente perfectos aunque su visión de la estética no coincida con la de su entorno o con la de los adultos (op. cit.).

Ψ Crisis de originalidad: que presenta dos aspectos:

a) Individual: como afirmación del yo, con gusto por la soledad, el secreto, las excentricidades en el vestir, o en su forma de hablar o de pensar. Necesita reformar, transformar el mundo, ser distinto y especial.

b) Social: aquí está la rebelión juvenil: Rebelión en cuanto a los sistemas de valores de los adultos y las ideas recibidas. Reprochan al adulto sobre todo su falta de comprensión y el hecho de que atenta contra su independencia. Hay una necesidad clara de participación, la uniformidad en lenguaje y en vestimenta de los adolescentes, no es más que la necesidad de afecto, de ser considerado, aprobado por el propio grupo, y que a veces lo viven de una forma obsesiva (op. cit.).

Ψ Sentimiento de inseguridad: sufre a causa de sus propios cambios físicos que no siempre van parejos con su crecimiento emocional, puesto que la pubertad, es decir la madurez física, siempre precede a la psíquica, con lo que a veces se encuentran con un cuerpo de adulto, que no corresponde a su mente, y por lo tanto no se reconocen, y desarrollan una fuerte falta de confianza en si mismos (op. cit.).

Ψ Sentimientos angustia: puesto que existe una frustración continua. Por una parte los padres le piden que actúe como un adulto (en sociedad, responsabilidad) y por otra se le trata como a un niño, se le prohíbe vestir

de una u otra forma, o se reglamentan sus salidas nocturnas. Esta angustia es la manifestación de la tensión que el chico soporta y que se manifiesta como:

- a) *Agresividad*: como respuesta a dicha frustración, la agresividad es un mecanismo habitual. La cólera del adolescente ante la negativa a sus exigencias, la irritabilidad, la propensión a la violencia, que de momento le supone una bajada de tensión pero que por supuesto es sólo momentánea, las malas contestaciones, los portazos, las reacciones desmedidas en las peleas con los hermanos; son claros ejemplos (op. cit.).
- b) *Miedo al ridículo*: que como se sabe se encuentra exageradamente presente. Es un sentimiento social de vergüenza, atravesar un sitio con mucha gente, ir con ropa poco apropiada para el grupo, y que puede tener manifestaciones físicas: taquicardia, trastornos gastrointestinales y algunos otros síntomas (op. cit.).
- c) *Angustia expresada de modo indirecto*: el miedo al examen, (quedarse en blanco), timidez extrema, miedo a desagradar, reacción de rechazo cuando se le dan muestras de cariño, tanto en público como en privado (Menéndez, 2005).
- d) *Sentimientos de depresión*: por la necesidad de estar solo, de melancolía y tristeza que pueden alternar con estados de verdadera euforia (Menéndez, 2005).

Bien, estas características entran dentro de la normalidad de un chico o una chica adolescente, pero por supuesto, dentro de unos límites. La angustia, la depresión, la irritabilidad, el ir contra las normas, puede volverse patológicos cuando es exagerado, cuando vemos que el adolescente está sufriendo mucho y/o hace sufrir a los demás, cuando vemos que se altera toda su vida y que esos sentimientos le condicionan absolutamente, que de alguna forma le alejan en exceso de la realidad (Menéndez, 2005; Papalia, 2001; Berk, 1999).

3.3 LA ANORMALIDAD DE ESTA ETAPA

La patología de las conductas en los adolescentes son variadas y diversas por lo que mencionaremos algunas de ellas y solo en el caso de las que son de mayor relevancia para esta investigación será en las que pongamos mayor énfasis. Algunos de los trastornos más marcados en los adolescentes son: anorexia, bulimia., inhibición intelectual (es decir freno de sus capacidades intelectuales), trastornos del estado de ánimo (estados de fobias escolares o sociales, ataques de pánico, depresión), esquizofrenia, trastorno del comportamiento, tendencia a adicciones (drogas y/o alcohol), quejas psicósomáticas y trastornos del sueño, entre otras referidas en el DSM-IV y el CIE - 10, las cuales son propias de la edad y que al ser desbordantes pueden ser evidenciadas en estos manuales como conductas inapropiadas del individuo (psicopatológicas) (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Por lo anterior podemos ver que en la etapa adolescente se remarca una gran cantidad de psicopatologías, así como conductas desbordantes y propias de este periodo del desarrollo. Por ello, es que mencionaremos los trastornos que se pueden asociar al miedo, y en esta investigación, lo referente a los miedos sexuales, y las conductas que se puedan ver inmersas en la maduración sexual (Sarason 1986).

3.4 MIEDO

El miedo o también conocido como temor, es una emoción que se caracteriza por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente o futuro. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o a la amenaza (Casares, 2004).

En la adolescencia se tienen profundos temores, ante situaciones nuevas se experimenta miedo al cambio por el que está pasando y por ende a lo relacionado con la sexualidad (primera experiencia sexual). El simple hecho,

por saber que tipo de identidad adulta se va a construir es angustiante. El adolescente responsabiliza a su familia y al medio social de sus exigencias interiores por eso provocan algunas de estas reacciones, tendencia antisocial, fuga del hogar, delincuencia, violencia, sexualidad mal comprendida entre otras tantas (Papalia, 2001; Berk, 1999).

3.4.1 FOBIAS

Fobia específica (*antes fobia simple*)

Es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Esta respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Aunque los adolescentes y adultos con este trastorno reconocen que este temor es excesivo e irracional, esto no sucede a veces en el caso de los niños. En la mayoría de las ocasiones el estímulo fóbico es evitado, si bien a veces puede experimentarse, aunque con sumo terror. Si este comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas del individuo, con sus relaciones laborales o sociales, o si la existencia de esta fobia provoca un malestar evidente, hablamos de una fobia específica. En los menores de 18 años, los síntomas deben haber persistido durante al menos 6 meses. La ansiedad, crisis de angustia o evitación fóbica no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de angustia) (Michael B, 1996; OMS, 1992).

El objeto del miedo puede ser la propia anticipación del peligro o daño inherente al objeto o situación (p. ej., el individuo puede temer viajar en avión debido al miedo a estrellarse, puede temer a los perros por miedo a ser mordido o puede temer conducir un coche por miedo a tener un accidente).

Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido. En presencia del estímulo fóbico aparece de forma inmediata y casi invariablemente una respuesta de ansiedad. El nivel de ansiedad o temor suele variar en función del grado de proximidad al estímulo fóbico y al grado en que la huida se ve limitada. En ocasiones aparecen crisis de angustia con sintomatología completa como respuesta al estímulo fóbico, especialmente cuando la persona se ve obligada a permanecer en esa situación o cree que la huida es imposible (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Debido a la aparición de ansiedad anticipatoria cuando el individuo se ve en la necesidad de entrar en situaciones fóbicas para él, éstas suelen acabar siendo evitadas. Con menos frecuencia, el individuo se obliga a sí mismo a soportar la situación fóbica, aunque esto propicia la aparición de una intensa ansiedad.

Existen infinidad de fobias posibles, en realidad cualquier objeto o situación puede ser motivo de temores fóbicos dependiendo de la persona.

Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica.

Tipo animal. El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo ambiental. El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

Tipo situacional. El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de incidencia

familiar y su edad de inicio son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia.

Otros tipos. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los «espacios» (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

Las frecuencias de estos subtipos es la siguiente: situacional, ambiental, fobia a la sangre-inyecciones daño y, por último, animal. En muchos casos hay más de un subtipo de fobia específica. El hecho de tener una fobia de un subtipo determinado aumenta las probabilidades de padecer otra fobia del mismo subtipo (Michael B, 1996; OMS, 1992).

3.5 ANSIEDAD, ESTRÉS Y ANGUSTIA

En esta sección se describen los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada. En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia. También se describe el estrés como un proceso adaptativo que genera emociones y los trastornos sexuales o alteraciones de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual (Michael B, 1996; OMS, 1992; Tobal, 1990).

Ansiedad

Es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas e imágenes, que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes (Tobal, 1990).

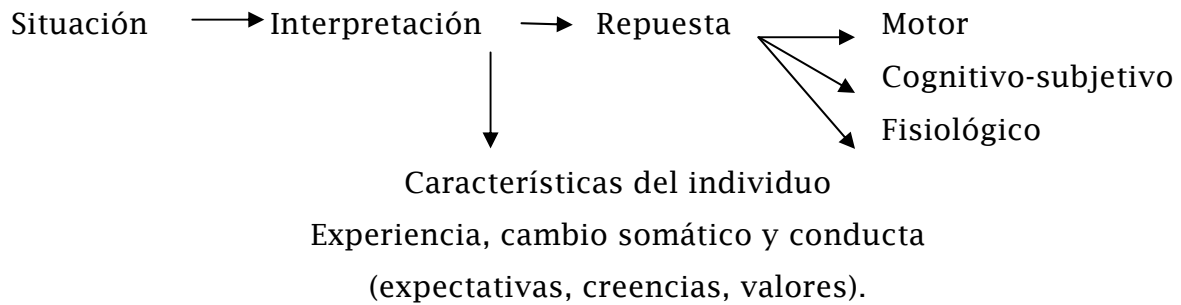
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

La característica esencial de este trastorno es la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (Michael B, 1996; OMS, 1992).

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia y los problemas de carácter menor (p. ej., las faenas domésticas, el llegar tarde a las reuniones, etc.). Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Lang y los tres ejes de respuesta de la ansiedad

Según el modelo de Lang (cuadro 3.1), menciona que las manifestaciones de ansiedad, de miedo, o de cualquier otra emoción se pueden observar a tres niveles diferentes (experiencia, cambios somáticos y conducta), pudiendo darse el caso de la falta de concordancia entre las manifestaciones observadas en los tres canales de respuesta (cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor), por lo que cabe pensar que cada canal obedece a un sistema conductual diferente. Nos encontraríamos así con tres sistemas de respuesta parcialmente independientes (Lang, 1968).



Cuadro 3.1 Modelo de Lang (1968), proceso de la emoción y los tres tipos de respuesta posibles.

Estrés

Hans Selye, introdujo el concepto de estrés como síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química. Es un fenómeno que se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles. La persona se siente ansiosa y tensa y se percibe mayor rapidez en los latidos del corazón (González de Rivera, 1991).

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular. Usualmente provoca tensión, ansiedad, y distintas reacciones fisiológicas. Es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas (González de Rivera, 1991).

Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

La característica esencial de este trastorno es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su

integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien él conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los ataques personales violentos (*agresión sexual y física*, atracos, robo de propiedades), accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales. El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (p. ej., torturas, violaciones). La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresor (González de Rivera, 1991; Michael B, 1996; OMS, 1992).

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. Normalmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes e intrusos o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder. En algunos casos, por otra parte muy poco frecuente, el individuo experimenta estados disociativos que pueden durar de pocos segundos a varias horas, o incluso días, durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él. Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático (p. ej., aniversarios del suceso; entrar en cualquier ascensor para una mujer que fue violada en uno de ellos), suele experimentar un malestar psicológico intenso o respuestas de tipo fisiológico. Los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados. El individuo suele hacer esfuerzos deliberados para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él (Michael B, 1996; OMS, 1992).

La disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada «embotamiento psíquico» o «anestesia amocional», suele aparecer poco después de que tenga lugar el acontecimiento traumático.

El individuo puede manifestar una acusada disminución del interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes, una sensación de alejamiento o enajenación de los demás o una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad) (Michael B, 1996; OMS, 1992).

El sujeto con este trastorno padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) que no existían antes del trauma. Entre estos síntomas cabe citar la dificultad para conciliar o mantener el sueño, que puede deberse a pesadillas recurrentes donde se revive el acontecimiento traumático, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Algunos individuos manifiestan irritabilidad o ataques de ira o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Angustia

Aunque la histeria, la hipocondría, la neurastenia, las fobias, las obsesiones y las compulsiones habían sido diferenciadas mucho tiempo antes, fue Freud quien primero distinguió una entidad diagnóstica sui generis con el término de neurosis de ansiedad. Desde que Robert Burton (1694), a finales del siglo XVII, describiera los trastornos originados por lo que él llamó temor, se sucedieron numerosos intentos descriptivos (Da Costa, 1871; Janet, 1898) que, tras eclipsarse con el auge del psicoanálisis, han reverdecido en los últimos años. Fue, sin embargo, el creador del psicoanálisis quien mejor diferenció este cuadro de otros parecidos y quien primero distinguió entre ataques agudos de ansiedad (a los que frecuentemente se refirió con el término pánico, hoy de moda) y la ansiedad crónica. En forma resumida, puede decirse que Freud consideró a la angustia como una respuesta a peligros externos (realista u objetiva) o internos (neurótica). Según una primera explicación, tales peligros sobrenadarían al individuo produciendo una descarga en forma de

angustia automática (o «primaria»). Según una segunda interpretación, los peligros, al ser percibidos, harían que el yo produjera una ansiedad (señal), como alerta, que pondría en marcha los mecanismos de defensa (Galletero, 2003).

En relación con la primera hipótesis, Freud (1894), cuando mantenía el llamado modelo económico del psiquismo, consideró que la neurosis de angustia sería causada por una insatisfacción de la libido que, al no encauzarse naturalmente en el acto sexual (por abstinencia o *coitus interruptus*), derivaría hacia la formación de angustia. En este sentido, fue un precursor de las modernas concepciones sobre las bases bioquímicas de la angustia (Galletero, 2003).

La **crisis de angustia** (*panic attack*) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control. Existen tres tipos característicos de crisis de angustia, que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales:

Crisis de angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), en las que el inicio de la crisis de angustia no se asocia a desencadenantes ambientales (es decir, aparecen sin ningún motivo aparente) (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Crisis de angustia situacional (desencadenadas por estímulos ambientales), donde la crisis de angustia aparece de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental (p. ej., ver una serpiente o un perro desencadena automáticamente una crisis de angustia) (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada, las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo, ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación (p. ej., las crisis tienen más probabilidades de aparecer al conducir, pero a veces el individuo puede llevar su coche sin sufrir ninguna crisis de angustia, o bien padecerla a la media hora de estar conduciendo) (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Ansiedad, angustia, miedo y estrés: cuatro aspectos a diferenciar.

Todavía no se ha adoptado una definición única sobre la ansiedad. El desacuerdo lleva en muchas ocasiones a emplear como sinónimos términos como ‘miedo’, ‘angustia’ o ‘estrés’, así pues, el primer imperativo, es aclarar qué se entiende por ansiedad. Tomando como referencia a Miguel-Tobal y Casado (1999) se explican algunos aspectos de dichos términos:

Ansiedad y miedo: a menudo se ha definido la ansiedad como una emoción cercana al miedo o como un subtipo de miedo. Uno de los criterios para diferenciar ‘ansiedad’ y ‘miedo’ es el de proporcionalidad. Según esta clave estimativa, el miedo sería una reacción más proporcionada al peligro real que la ansiedad. Miguel-Tobal y Casado (1999) consideran que ‘ansiedad’ y ‘miedo’ son sinónimos en la mayor parte de los casos (Cuadro 3.2), aunque constatan en la literatura psicológica una preferencia por un término u otro en función de la “peligrosidad real del estímulo”, ponderando ésta, por otro lado, muy compleja, toda vez que la reacción personal depende más de la percepción subjetiva que de la amenaza objetiva. Pese a la complejidad discriminativa, considera, de acuerdo a una posición ampliamente extendida, que la palabra ‘miedo’ debe reservarse para designar la reacción emocional de temor ante un peligro concreto, real y preciso. El término ‘ansiedad’, en cambio, se refiere al temor que se experimenta de forma indeterminada, sin presencia de objeto. El miedo es estado tímérico de objeto y la ansiedad de sujeto.

Ansiedad ante un evento	Miedo ante un evento
Anticipación de un peligro, indefinible, e imprevisible, siendo la causa más vaga.	Sentimiento producido por un peligro presente e inminente
Reacción desproporcionadamente intensa.	Cuando la reacción es proporcional al peligro real u objetivo.
Son equiparados	

Cuadro 3.2 Diferencia entre ansiedad y miedo ante un evento

Ansiedad y angustia: a grandes rasgos, la angustia sería el estado emocional caracterizado por el sobrecogimiento, la inhibición y el predominio de los síntomas somáticos y viscerales, mientras que la ansiedad se distingue por el sobresalto, la inquietud y la mayor riqueza psíquica. Como bien dicen Miguel-Tobal y Casado (1999) en nuestros días, al hablar de ansiedad se hace referencia tanto a síntomas psíquicos o cognitivos como a físicos y conductuales (Cuadro 3.3), que antaño se atribuían con preferencia a la angustia.

Hoy, más bien, se separan ambos conceptos según las orientaciones psicológicas. El término ‘ansiedad’ es utilizado sobre todo por la psicología científica y el vocablo ‘angustia’ por la psicología humanista y el psicoanálisis.

Ansiedad ante un evento	Angustia ante un evento
Predominan síntomas psíquicos (peligro inminente).	La reacción del organismo es la paralización motora y sobrecogimiento.
Reacción de sobresalto, búsqueda de soluciones, más eficaz que la angustia (fenómeno más nítido).	El grado de nitidez del fenómeno se encuentra atenuado
Desde la investigación científica se habla de ansiedad, y la corriente humanista utiliza angustia.	

Cuadro 3.3 Diferencia entre ansiedad y angustia ante un evento

Ansiedad y estrés: entre ansiedad y estrés hay muchos elementos comunes, lo que hace especialmente difícil su diferenciación. Según Miguel-Tobal y Casado (1999), no obstante, que estamos en condiciones de utilizar el término ‘ansiedad’ para referirnos a la experiencia interior de inquietud y desasosiego

carente de objeto. En la ansiedad el temor es difuso, vago. El término ‘estrés’, en cambio, puede reservarse para designar la sobrecarga emocional que se produce por una fuerza externa prolongada que pone al sujeto al borde del agotamiento (Cuadro 3.4).

Ansiedad ante un evento	Estrés ante un evento
Va a ser una emoción	Es un proceso adaptativo que genera emociones pero en sí mismo no es una emoción.
Se desencadena ante situaciones muy específicas	Se desencadena ante cualquier cambio que cambie las rutinas cotidianas.
No posee efectos subjetivos o sentimientos específicos.	Posee unos efectos subjetivos o sentimientos específicos.
Se desarrolla desde una perspectiva ambientalista (E-R) y sobre el supuesto de especificidad situacional,	Surge del ámbito intrapsíquico, de determinantes internos y estables.
En nivel bajo, los efectos de ambos aparecen en orden diferente. (Estrés primero psicofisiológico; ansiedad primero cognitivo y luego psicofisiológico).	
El estrés puede considerarse una emoción bidireccional (actuaría motivando el comportamiento), mientras que la ansiedad solo es una emoción y exclusivamente negativo (Fernández A., 1995).	

Cuadro 3.4 Diferencia entre ansiedad y estrés ante un evento

3.6 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SEXUALES

Toda persona tiene la capacidad de dar y recibir amor, y la sexualidad es una parte fundamental de nuestras vidas. Desde la adolescencia con la formación de parejas, este sentimiento se puede traducir en relaciones de tipo sexual. La adecuada satisfacción de las necesidades sexuales son un medio de equilibrio personal y social. El placer sexual es algo deseado y buscado como complemento indispensable en la vida de pareja. En ocasiones, el mal funcionamiento sexual y erótico en una pareja, puede llevar a cualquiera de los dos sujetos a desórdenes conductuales (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Existen innumerables mitos, tabúes y prejuicios acerca del sexo, que han determinado muchas conductas represivas y psicopatológicas. La sexualidad de cada individuo esta íntimamente relacionada con sus características biológicas personales, su autoconcepto y su educación. El hecho de formar una pareja amorosa y disfrutar de las relaciones sexuales con ella, depende de sus experiencias, como de las expectativas que esperamos encontrar en la otra persona y en el acto sexual en sí. El sexo ya no es vivido, como una vía de reproducción biológica, sino que es un acto de placer, comunicación íntima y satisfacción personal (Sarason, 1986).

Desde las concepciones científicas actuales, y sin olvidar la mencionada relatividad de criterios, podemos establecer de un modo general que la definición predominante de lo que es un trastorno sexual en las clasificaciones diagnósticas al uso, se basa fundamentalmente en la experiencia subjetiva de malestar en relación con algún aspecto de la actividad sexual propia.

1.6.1 ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS SEXUALES

Son muchas y muy diversas las variables implicadas en la aparición y mantenimiento de las disfunciones, trastornos y problemas sexuales y, en contra de lo que se pensaba, en la actualidad parece evidente que en la mayor parte de los casos son los factores psicosociales los que juegan el papel etiológico fundamental, y no factores orgánicos como se creía hasta fechas relativamente recientes. Según diversos autores (Kaplan, 1974; Masters & Johnson, 1970), las causas de estas disfunciones son orgánicas tan solo en un 5 a 10% de los casos. Es más, en la mayoría de los casos no existe una causa única responsable del problema, sino que hay diversos factores que colaboran en la aparición y mantenimiento del mismo, por lo que habrá que recurrir a modelos multicausales para su explicación.

Entre las diferentes causas físicas que afectan o pueden afectar el desarrollo de las disfunciones sexuales se pueden diferenciar aquellas que ejercen un

efecto directo sobre las mismas, y aquellas otras que ejercen un efecto indirecto a través de las reacciones psicológicas provocadas por la enfermedad física, la intervención quirúrgica, las alteraciones congénitas u hormonas. En estos casos la enfermedad produce reacciones negativas en la persona que se ve afectada por la enfermedad, especialmente la anticipación de resultados negativos si intenta la relación sexual, con la consiguiente disminución de la autoestima. Pero también las personas que rodean al sujeto tienen reacciones negativas que pueden incidir en la aparición de disfunciones sexuales. Así, es habitual que la pareja sexual experimente ansiedad y/o culpa ante los acontecimientos y desorientación acerca de qué postura adoptar respecto a las relaciones sexuales (Kaplan, 1974; Masters & Johnson, 1970).

Existen también una gran variedad de factores psicológicos relevantes en la etiología de las disfunciones, trastornos y problemas de orden sexual, por lo que, con objeto de conseguir una mayor claridad expositiva, revisaremos la división propuesta por Hawton (1985) en función de su momento de actuación, en factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. Primero, los predisponentes, incluyen todos aquellos factores que actúan preparando o facilitando la aparición, a medio o largo plazo, de las disfunciones. Por su parte, los factores precipitantes hacen referencia a las experiencias o situaciones que desencadenan a corto plazo la aparición de las disfunciones, siendo los factores de mantenimiento los que explican la persistencia de la disfunción o problema sexual.

3.6.2 DISFUNCIONES SEXUALES

En las disfunciones sexuales existe una inhibición del deseo, la capacidad de excitación, orgasmo o satisfacción sexual, se caracterizan por la alteración de este, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (p. ej., deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación sexual (p. ej., trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección

en el varón), trastornos del orgasmo (p. ej., disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina, eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (p. ej., dispareunia y vaginismo), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada (Michael B, 1996; OMS, 1992).

3.6.3 TRASTORNOS SEXUALES

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases:

1. *Deseo*: Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.
2. *Excitación*: Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en el varón son la tumescencia peneana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.
3. *Orgasmo*: Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el varón como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica.
4. *Resolución*: Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general.

Durante ella los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un período de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente (Michael B, 1996; OMS, 1992).

3.6.4 TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL

Deseo sexual hipoactivo

La característica esencial del deseo sexual hipoactivo es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. La alteración provoca malestar acusado o dificultades interpersonales; no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (fármacos) o a una enfermedad médica. El deseo sexual disminuido puede ser global y abarcar todas las formas de expresión sexual o situacional y limitado a un/a compañero/a o a una actividad sexual concreta (p. ej., el coito, pero no la masturbación). Existe poca motivación para buscar estímulos adecuados y una reducción de la frustración cuando se priva al sujeto de la oportunidad de una relación sexual. Generalmente, estas personas no inician casi nunca la relación sexual y sólo la llevan a cabo a regañadientes, cuando es la pareja quien lo decide. A pesar de que la frecuencia de experiencias sexuales es habitualmente baja, la presión que ejerce la pareja o las necesidades de tipo no sexual (p. ej., placer físico o intimidad) pueden incrementar la tasa de relaciones sexuales. La «disminución del deseo sexual» de un miembro de la pareja puede reflejar un aumento excesivo del deseo sexual del otro miembro. De manera alternativa, los dos miembros de la pareja pueden presentar niveles de deseo sexual dentro del margen de la normalidad, pero en los polos opuestos del *continuum* (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Trastorno por aversión al sexo

La característica esencial de este trastorno es la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. El individuo sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo (p. ej., secreciones genitales, penetración vaginal). Algunos individuos muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, incluso los besos y los contactos superficiales. La intensidad de la reacción del individuo frente al estímulo aversivo puede ir desde una ansiedad moderada y

una ausencia de placer hasta un malestar psicológico extremo (Michael B, 1996; OMS, 1992).

3.6.5 TRASTORNOS DE LA EXCITACIÓN SEXUAL

Trastorno de la excitación sexual en la mujer

La característica esencial del trastorno es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual. La respuesta excitatoria consiste en una vasocongestión pelviana, en una lubricación y dilatación vaginales y en una tumefacción de los genitales externos. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (incluso fármacos) o a una enfermedad médica (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Trastorno de la erección en el varón

La característica del trastorno es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. Además no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica. Existen diferentes patrones de trastorno eréctil. Algunos individuos explican la incapacidad para obtener la erección ya desde el inicio de la relación sexual; otros, en cambio refieren que consiguen una erección normal, pero la pierden al intentar la penetración. Algunas personas pueden obtener una erección suficiente para la penetración, pero la pierden (antes o durante los movimientos cóitales); otras son capaces de presentar erecciones sólo durante la masturbación o por la mañana al levantarse. Las erecciones que se producen durante la masturbación pueden asimismo desaparecer, pero no es habitual que esto suceda (Michael B, 1996; OMS, 1992).

3.6.6 TRASTORNOS ORGÁSMICOS

Trastorno orgásmico femenino (*antes orgasmo femenino inhibido*)

La característica esencial del trastorno orgásmico femenino es una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo y la intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Trastorno orgásmico masculino (*antes orgasmo masculino inhibido*)

La característica esencial del trastorno orgásmico masculino es la ausencia o el retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. La alteración provoca malestar acusado y dificultad en las relaciones interpersonales y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica. En la forma más frecuente de trastorno orgásmico masculino el varón no consigue llegar al orgasmo durante el coito, pero puede eyacular con otros tipos de estimulación, por ejemplo, manual u oral. Algunos varones con este trastorno pueden llegar al orgasmo intravaginal, pero sólo después de un largo período de estimulación no coital. Otros pueden eyacular sólo durante la masturbación y otros llegan al orgasmo sólo en el momento de despertar tras un sueño erótico (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Eyaculación precoz

La característica esencial de la eyaculación precoz consiste en la aparición de un orgasmo y eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee. La mayoría de los varones con este trastorno pueden retrasar el orgasmo durante la masturbación por un período de tiempo más largo que durante el coito. La estimación por parte de

las parejas del tiempo transcurrido entre el inicio de la actividad sexual y la eyaculación, así como la opinión de si la eyaculación precoz constituye un problema pudiendo ser muy variables. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Michael B, 1996; OMS, 1992).

3.6.7 TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR

Dispareunia (no debida a una enfermedad médica)

Este trastorno consiste en dolor genital durante el coito, a pesar de que normalmente se produce durante éste, puede también aparecer antes o después de la relación sexual. Este trastorno afecta tanto a varones como a mujeres. El dolor puede describirse como superficial durante la penetración o como profundo ante los movimientos cóitales. La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta un dolor agudo. Este trastorno provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. No es debido exclusivamente a vaginismo, falta de lubricación o enfermedad medica y tampoco a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)

La característica del vaginismo es la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones, etc. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. En algunas mujeres sólo la idea de la penetración vaginal puede producir un espasmo muscular. La contracción puede ser desde ligera (produciendo rigidez y malestar) hasta intensa (impidiendo la penetración) (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica

La característica esencial del trastorno sexual debido a una enfermedad médica es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que

se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. En este tipo de trastorno sexual puede presentarse dolor durante el coito, deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil en el varón u otras formas de disfunción sexual (p. ej., trastornos del orgasmo) y debe provocar malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Deben existir pruebas, ya sea a partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, de que la alteración se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor). A la hora de determinar si el trastorno sexual es debido únicamente a una enfermedad médica, ante todo, se debe verificar la existencia de la enfermedad y averiguar si el trastorno se encuentra relacionado etiológicamente con ella a través de algún mecanismo fisiológico (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Por ejemplo, algunos trastornos sexuales mas comunes que tiene un componente fisiológico son; el deterioro del deseo sexual (disminución de la libido) o de la excitación sexual puede tener una causa hormonal como lo es una disminución en el nivel de estrógenos por debajo de lo normal. La anorgasmia o falta del orgasmo luego de una fase de excitación sexual normal puede ocurrir tanto en mujeres como en hombres. A causa de los antidepressivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) frecuentemente son los responsables (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Concluyendo este apartado podemos decir que las disfunciones orgásmicas significan que la persona tiene dificultades excitatorias que le impiden lograr alcanzar la etapa del placer llamado orgasmo. En la mujer se conoce como frigidez y el homólogo masculino es la impotencia. En ambos diagnósticos se toma en consideración la causa: si es por razones físicas se considera primaria (esto es que la persona nunca ha podido lograr el orgasmo por causa de defecto anatómico sexual, y tienden a ser raros los casos de este tipo), si es por razones psicológicas se considera secundaria (esto es por razones mentales tales como miedo al embarazo, cansancio, desamor, miedo a la

pareja, expectativas muy altas con la ejecución “performance” sexual, problemas de identidad sexual, experiencias traumáticas pasadas) (Michael B, 1996; OMS, 1992).

En los hombres pueden darse disfunciones de tiempo de reacción excitatoria como la disfunción de eyaculación precoz (demasiado rápido como para que su pareja pueda alcanzar su orgasmo) o eyaculación tardía (demasiado lento en comparación a su pareja o a sí mismo su patrón de tiempo; muy asociado con el efecto de ciertas drogas incluyendo el alcohol). La mujer muestra disfunción similar con condiciones como el vaginismo (contracciones involuntarias de las paredes vaginales que impiden o dificultan la entrada del pene al canal vaginal). Esta reacción puede ser causada por infecciones vaginales (factores físicos de salud) como por factores psicológicos (experiencias traumáticas como violaciones, maltrato y violencia de pareja). En cualquiera de los casos el cuerpo de la mujer dificulta la penetración y darse, resulta muy dolorosa e incómoda. Así es como los manuales diagnósticos abren el panorama para ver que los problemas de índole sexual son en más del 90% de índole psicológico y por ende comportamental (Kaplan, 1974; Carrizo, 1982; Masters, Johnson y et al., 1995)

3.7 MECANISMO DE DEFENSA

Dentro de los elementos de la personalidad y que van ligados a la psique se encuentran los mecanismos de defensa, los cuales ayudan al individuo a afrontar elementos amenazantes, ya sean físicos o psíquicos. Los impulsos se originan en el ello. El yo es la parte de la personalidad cuya función es la de manejar estos conflictos entre el ello, el mundo exterior y el superyó. A muchos de los intentos del yo para solucionar estos dilemas, Freud los denominó mecanismos de defensa. Todos los utilizamos, no podríamos funcionar sin ellos. Se convierten en un problema sólo si los emplea el yo de manera excesiva o flexible. Con el fin de protegerse de la angustia, la gente a menudo aplica excesivas medidas de defensa que se convierten en partes persistentes de su carácter y en una enorme carga. Un mecanismo de defensa

es una manipulación de la percepción cuya finalidad es proteger a las personas de la angustia. La percepción puede ser de aspectos internos, como los sentimientos o los impulsos, o puede tener que ver con aspectos externos, los sentimientos de otras personas o las realidades del mundo (Freud, 1895).

Definición

Los *mecanismos de defensa* (o estrategias de afrontamiento) son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno o externo. El individuo suele ser ajeno a estos procesos y a su puesta en funcionamiento. Los mecanismos de defensa median las reacciones personales frente a conflictos emocionales y amenazas de origen interno y externo. Estos mecanismos de defensa han sido divididos conceptual y empíricamente en grupos denominados *niveles de defensa* (Michael B, 1996; OMS, 1992).

En los individuos existen hasta siete de estos mecanismos (empezando por el más predominante), para luego establecer el nivel de defensa que prevalece en cada sujeto, así es como, estos mecanismos reflejan las estrategias de afrontamiento empleadas por cada persona.

Niveles de defensa y mecanismos de defensa individuales

Nivel adaptativo elevado. Este nivel de mecanismo de defensa da lugar a una óptima adaptación en el manejo de los acontecimientos estresantes. Estas defensas suelen maximizar la gratificación y permiten tener conciencia de los sentimientos, las ideas y sus consecuencias. También promueven un óptimo equilibrio entre opciones conflictivas. Ejemplos de defensas en este nivel son: afiliación, altruismo, anticipación, autoafirmación, autoobservación., sentido del humor, sublimación y supresión (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Nivel de inhibiciones mentales (formación de compromisos). El mecanismo de defensa en este nivel permite que ideas, sentimientos, recuerdos, deseos o temores potencialmente peligrosos se mantengan fuera de la conciencia del individuo. Ejemplos son: abstención, aislamiento afectivo, desplazamiento,

disociación, formación reactiva, intelectualización y represión (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Nivel menor de distorsión de las imágenes. Este nivel se caracteriza por distorsiones de la imagen de uno mismo o de los demás que pueden ser utilizadas para regular la autoestima. Ejemplos son: devaluación, idealización y omnipotencia (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Nivel de encubrimiento. Este nivel permite mantener situaciones de estrés, impulsos, ideas, afectos o responsabilidades desagradables o inaceptables fuera de la conciencia del individuo, sin ser atribuidos erróneamente a causas externas. Ejemplos son: negación, proyección y racionalización (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Nivel mayor de distorsión de las imágenes. Este nivel se caracteriza por una enorme distorsión o atribución incorrecta de las imágenes de uno mismo o de los demás. Ejemplos son: fantasía autista, identificación proyectiva y polarización de la propia imagen o de la de los demás (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Nivel de acción. Este nivel se caracteriza por mecanismos de defensa que se enfrentan a amenazas de origen interno o externo mediante una acción o una retirada. Ejemplos son: agresión pasiva, comportamiento impulsivo (*acting out*), quejas y rechazo de ayuda y retirada apática (Michael B, 1996; OMS, 1992).

Nivel de desequilibrio defensivo. Este nivel se caracteriza por el fracaso de la regulación de la defensa para contener las reacciones del individuo frente a las amenazas, lo que conduce a una marcada ruptura con la realidad objetiva. Ejemplos son: distorsión psicótica, negación psicótica y proyección delirante (Michael B, 1996; OMS, 1992).

En la actualidad se han reconfigurado los mecanismos de defensa, dando paso a una nueva estructura en las estrategias de afrontamiento. Las cuales están constituidas de la siguiente manera: polarización, identificación proyectiva, comportamiento impulsivo (*acting out*), devaluación, omnipotencia, negación y proyección. En donde el nivel de defensa que predomina más, es el nivel mayor de distorsión de las imágenes (Michael B, 1996; OMS, 1992).

En resumen podríamos entender la psicopatología como la disciplina científica que se dedica al estudio de las alteraciones del comportamiento teniendo como objetivos la descripción de dicha conducta así como la delimitación de sus causas, curso, procesos subyacentes y factores asociados a su desarrollo y mantenimiento. Dicha disciplina tiene un carácter práctico y para su ejercicio se sirve de teorías de otras disciplinas tales como la fisiología, la psicología, la medicina.

Por ello, existe una estrecha retroalimentación entre psicopatología y psicología general; pero la psicopatología se ha desarrollado en parte gracias a la psicología. Se suele decir que la psicopatología es el pilar sobre el que se asienta la psicología clínica. La psicopatología es la que aporta los conocimientos y la psicología clínica aporta las técnicas de la psicoterapia, sin embargo, es el psicólogo en el ámbito clínico el que aporta sus conocimientos y experiencias. Así es como se observa que para estudiar cualquier comportamiento y especialmente el relacionado con el desarrollo del adolescente, es que se tienen que utilizar todas las herramientas para desentrañar una gran gama de elementos como lo es la personalidad y las conductas relacionadas con la sexualidad y sus conflictos.

Capítulo 4

PSICOFISIOLOGÍA DEL ADOLESCENTE

La psicofisiología es una de las disciplinas comprendidas dentro de las neurociencias. Se encarga del estudio científico de la biología de la conducta y de los procesos psicológicos. Este campo de conocimiento se relaciona con otras disciplinas de las neurociencias tales como: la Neuroanatomía, Neuropatología, Neurofisiología, Neuroquímica, Neuroendocrinología y Neurofarmacología, es por eso que este apartado tiene el objetivo de complementar y/o enfatizar en los procesos destacados de esta investigación y en cada uno de los temas a tratar como lo son los miedos sexuales siendo estos parte esencial del proceso básico de las emociones y por ende las bases neurobiológicas del estrés y ansiedad, del mismo modo en la parte de afrontamiento abordamos el procesamiento cognitivo y en lo que es su conducta sexual de los adolescentes veremos como viven ésta con las interacciones fuertemente hormonales.

4.1 DIFERENCIAS SEXUALES EN EL CEREBRO

Para empezar este tema mencionaremos que el cerebro es un importante órgano blanco para la acción de las hormonas esteroideas circulantes segregadas en los órganos periféricos, como corteza suprarrenal, testículos y ovarios, que de este modo influyen el desarrollo del cerebro, su diferenciación sexual, los procesos cognitivos, mnésicos, las conductas en general, la reproducción. Existe una superfamilia de receptores intracelulares en las neuronas y en las células gliales, con receptores para glucocorticoides, estrógenos, andrógenos y progesterona, a través de los cuales se regula la función neuronal y glial, lo que determina que estas se expresen en forma diferente según el sexo del individuo (Ozawa, 2005).

De una manera rápida y concreta es indispensable mencionar al sistema nervioso humano que consta de dos partes fundamentales: el sistema nervioso central (SNC), que se aloja en el cráneo y en el canal vertebral, y el sistema

nervioso periférico (SNP), que está fuera de estas cavidades e integrado por numerosos nervios (los nervios espinales y craneales), los ganglios periféricos y los receptores sensoriales. Los nervios del SNP que llevan los impulsos hacia el SNC se llaman aferentes o sensitivos; los que llevan impulsos del cerebro al SNP se llaman eferentes o motores (Carlson, 1996; Rosenzweig, 1995).

El SNC está formado por el cerebro y la médula espinal, que son centros de integración nerviosa; surge embriológicamente, de la placa ectodérmica central, ya en las etapas tempranas el tubo neural muestra tres cámaras, que son las que darán origen a las estructuras cerebrales del adulto: el prosencéfalo, el mesencéfalo y el rombencéfalo. Las neuronas inician su ciclo vital en los ventrículos y luego emigran a su localización final, dirigidas por procesos genéticos. El córtex presenta la sustancia gris (debido al predominio de cuerpos celulares, que son de color grisáceo) y la sustancia blanca (a causa de la gran concentración de mielina que cubre los axones). Una gran parte de la corteza está relacionada con la sensibilidad y el movimiento (Carlson, 1996; Rosenzweig, 1995).

Ahora nos adentraremos en el Dimorfismo sexual que se refiere principalmente a diferencias en el tamaño del núcleo cerebral o circuitos específicos, estas diferencias neuroanatómicas se asocian al sexo (hombre o mujer), orientación sexual (homosexual, heterosexual o bisexual), la mayoría de las regiones sexualmente dimórficas del cerebro pertenecen al sistema límbico (Madeira y Lieberman 1995).

En este capítulo abordamos el tema de que los factores biológicos desempeñan un papel importante en las diferencias a nivel cognitivo. Las diferencias biomorfológicas entre los sexos son más marcadas en el hipotálamo y la corteza, dado que estas estructuras son esenciales en la respuesta al estrés, la regulación del estado de ánimo y de la conducta, entre otras, los patrones de comportamiento frente al estrés, los trastornos afectivos y los diversos patrones conductuales, muestran diferencias según el sexo (Rahola, Bundío; 2000).

Por ejemplo mencionaremos que ha sido demostrado que las mujeres aventajan a los hombres en habilidades verbales, en motricidad fina y en

velocidad perceptiva, mientras que los hombres tienen mayor habilidad para resolver pruebas espaciales, estas diferencias cognitivas se pueden explicar mediante seis hipótesis: organización cerebral diferente, factores endocrinos, medio ambiente social, modelo genético, velocidad de maduración e hipótesis antropológica (Gil-Verona y Macías 2003).

Por otro lado también las hormonas tienen un importante papel en toda esta diferenciación ya que son necesarias para el desarrollo adecuado de diferentes estructuras cerebrales; así, por ejemplo, se ha descrito que las hormonas gonadales pueden actuar como factores neurotróficos y colaborar en el desarrollo de circuitos cerebrales; además, también se ha descrito que pueden provocar, en algún caso, fenómenos de apoptosis neuronal (Gorski, 1998).

El cerebro de los hombres se organiza de manera diferente del cerebro de las mujeres desde una edad muy temprana. Las hormonas sexuales dirigen esta diferenciación durante el desarrollo, existiendo una relación entre los niveles de determinadas hormonas y la estructura cognitiva en la edad adulta (Gouchie y Kimura, 1991).

Durante la adolescencia las conexiones nerviosas y las vías de conexión en el cerebro cambian para satisfacer las necesidades del ambiente. En general, la materia gris incrementa su volumen durante las edades más tempranas pero durante la pubertad esta comienza a disminuir y adelgazarse, lo cual está correlacionado con el progreso de las habilidades cognitivas o de razonamiento. Los científicos creen que este proceso puede reflejar una organización más eficiente del cerebro, ya que hay una remoción de las conexiones redundantes y un aumento en la velocidad de la transmisión de la señal dada por un incremento en la formación de la mielina. Así las regiones que muestran una maduración tardía incluyen las involucradas en el planeamiento y toma de decisiones, tales como la corteza Prefrontal, un área del cerebro importante en el control de impulsos y emociones la cual no presenta características adultas sino hasta los 20 años de edad. Ya que en los adolescentes las conexiones de las áreas cerebrales relacionadas con las

emociones aun están madurando, ellos pueden ser más vulnerables a desordenes psicológicos, tales como la depresión o el trastorno bipolar (Mas Colombo, et al., 2003).

Sin embargo, el proceso de desarrollo neurológico no es independiente del contexto, y todas las actividades que los adolescentes lleven a cabo durante estos años, tanto educativas como de ocio, contribuirán al modelado de su arquitectura cerebral (Mas Colombo, et al., 2003)

4.2 COMPONENTES NEUROPSICOLÓGICOS DE LA CONDUCTA DE AFRONTAMIENTO

Cuando un adolescente toma una decisión, damos por hecho que la mejor decisión es la que supone un menor riesgo para su salud física, sin embargo, una determinada decisión puede ser muy favorable para el adolescente en términos de aceptación por el grupo, aumento de su autoestima o logro de su identidad.

Desde el punto de vista de la neuropsicología junto a la maduración del lóbulo prefrontal hay que resaltar otro fenómeno al que se ha prestado menos atención pero que reviste también una gran importancia, se trata de la progresiva mejora en la conexión entre este lóbulo, concretamente la corteza orbito-frontal, y algunas estructuras límbicas como la amígdala, el hipocampo y el núcleo caudado. Aunque la arquitectura neuronal de estas estructuras límbicas está bastante avanzada en la infancia temprana, no puede decirse lo mismo de su conexión con el área prefrontal, que irá madurando a lo largo de la segunda etapa de la vida, y supondrá un importante avance en el control cognitivo e inhibición de las emociones y la conducta (Goldberg, 2001) (véase figura 4.1). Esto va a implicar que muchas de las respuestas emocionales automáticas, dependientes de estas regiones, pasarán a estar más controladas por la corteza prefrontal, lo que contribuirá a una disminución de la impulsividad propia de la adolescencia temprana (Weinberger, et al., 2005).

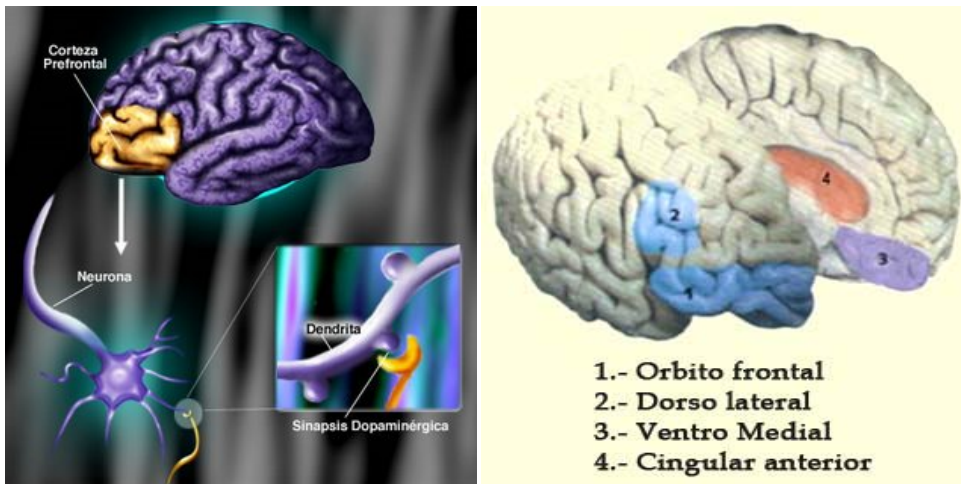


FIGURA 4.1 Vista del cerebro y del interior del lobulo prefrontal con sus estructuras adyacentes.

Además, es importante señalar que en la medida en que se vaya produciendo esta integración entre diferentes estructuras cerebrales, las respuestas del adolescente ante distintas situaciones o estímulos estarán basadas en el trabajo conjunto de diversas áreas (Luna et al., 2001).

Si a principios de la adolescencia la autorregulación conductual dependía de forma exclusiva de un inmaduro córtex prefrontal, a finales de esta etapa, y en la adultez, la responsabilidad del control estará repartida entre varias áreas cerebrales, lo que la hace más eficaz (Luna et al., 2001).

En el adolescente, la desconexión entre estas áreas cerebrales se manifiesta en respuestas más disociadas; así, en bastantes ocasiones en que sería conveniente una respuesta racional, estos pueden actuar de forma muy impulsiva y emocional, siguiendo los dictados de las estructuras subcorticales y con una escasa intervención de la corteza prefrontal (Eshel, Nelson, Blair, Pine y Ernst, 2007).

Brannon señala tres aspectos a considerar acerca del afrontamiento; primero, se trata de un proceso que cambia dependiendo de los resultados exitosos o no, que el sujeto haya experimentado ante la situación, segundo; el afrontamiento no es un estímulo automático o fisiológico, es más un

condicional aprendido por la experiencia y tercero, el afrontamiento requiere de un esfuerzo, consciente o no, para manejar la situación y restablecer la homeostasis o adaptarse a la situación vital. Aquí utiliza los recursos de afrontamiento. (Brannon 2001). Dichos recursos, son “los elementos o capacidades, internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante” (Navarro, 2000).

Es posible distinguir diversos recursos de afrontamiento, tales como los físicos o biológicos, los psicológicos o psicosociales y los recursos sociales descritos en el capítulo 2.

El papel que desempeña la relación de la corteza prefrontal, concretamente la ventromedial, en la toma de decisiones, es importante para entender la mayor impulsividad e implicación de los adolescentes en conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad, el consumo de drogas o los comportamientos antisociales (Eshel, Nelson, Blair, Pine y Ernst, 2007).

Durante la adolescencia se produce un desequilibrio entre el circuito prefrontal cognitivo y el circuito motivacional mesolímbico, como consecuencia de sus diferentes ritmos de maduración. Este último se muestra muy sensible a las influencias de las hormonas sexuales, por lo que experimenta importantes cambios durante la pubertad que incrementan su capacidad de respuesta y excitabilidad (Romeo, Richardson y Sisk, 2002). En cambio, la maduración del circuito prefrontal es más lenta, no se ve acelerada por los cambios hormonales de la pubertad y depende de la edad y del aprendizaje, no alcanzando su madurez hasta la tercera década de vida. Esto supone que la adolescencia temprana es el momento en el que el desequilibrio es mayor, con un circuito motivacional muy propenso a actuar en situaciones que puedan deparar una recompensa inmediata y un circuito autoregulatorio que aún no ha alcanzado todo su potencial y, por ello, va a tener muchas dificultades para imponer su control inhibitorio sobre la conducta impulsiva.

Entonces podemos mencionar que el lóbulo Prefrontal (LPF) analiza el aquí y el ahora y así la generalidad conductual. A su vez las conexiones córtico-

subcorticales que establece con otras áreas corticales y con el sistema límbico le permiten construir a través del tiempo el significado y el sentido de la conducta. Esta información que llega al LPF se debe a las proyecciones reticulares que a su vez, a manera de circuito reverberante, retroproyecta a las estructuras subcorticales. Las áreas secundarias de corteza posterior brindan el almacenamiento de la información percibida sensorialmente, en tanto que el sistema límbico carga pulsional y afectivamente esa información almacenada con relación a las experiencias vividas. A partir de esto, esta región anterior del cerebro es la que está íntimamente implicada en la organización de intenciones y planes y en la confección de programas y control de la conducta (Mas Colombo et al., 2003).

Y a manera de conclusión diremos que el complejo conjunto de procesos biopsicoaxiocognitivos que culmina en la conducta ajustada a la realidad compartida es lo que se denomina Función ejecutiva; definiéndola como el proceso por el cual se logra planificar, anticipar, inhibir respuestas inadecuadas, desarrollar estrategias, juicios y razonamientos y transformarlos en decisiones, planes y acciones (Estévez González, A., García Sánchez, C., Barraquer Bordas, LL., 2000; Mas Colombo, et al , 2003; Pineda, D., 1999; Sánchez-Carpintero, R., Narbona, J., 2001; Stuss, K, H., Benson, D. F.,1984; Weyandt, L., Willis, W, G., 1994).

4.2.1 DE LA AMÍGDALA A LA CORTEZA PREFRONTAL

La amígdala es localizada en el lóbulo temporal mesial en la porción anterior (ventral) del hipocampo en ambos hemisferios, y forma parte del sistema límbico; está ligada a respuestas tanto de miedo como de placeres considerada como el centro de las emociones, y regulador de reacciones de agresividad, miedo y ansiedad; así mismo la amígdala también juega un rol importante en la conducta sexual siendo un centro de integración de información olfativa (Gallagher et cols., 1977).

Siendo entonces un conjunto de núcleos nerviosos ubicado en el lóbulo temporal, por delante del hipocampo y perteneciente funcionalmente al sistema límbico. Es una estructura que mediante sus aferencias recibe e

interpreta las situaciones aversivas. Entre estas aferencias del núcleo central de la misma, encontramos: el núcleo de la stria terminalis, el hipotálamo, la sustancia nigra, el núcleo del rafe, el núcleo parabraquial, el locus coeruleus, la médula ventrolateral, la formación reticular y el núcleo del tracto solitario. Se describen proyecciones hacia cortezas sensoriales, prefrontales, hipocámpicas, olfatorias y los núcleos motores del vago, el locus coeruleus y los núcleos dopaminérgicos. La puesta en marcha de estos mecanismos dan como resultado la coordinación afectiva, cognitiva, neuroendocrina y sistémica en respuesta a la ansiedad. (Gallagher et cols., 1977).

Mientras la amígdala trabaja preparando una reacción ansiosa e impulsiva, otra parte del cerebro emocional permite una respuesta más adecuada y correctiva. El regulador del cerebro para los arranques de la amígdala parece encontrarse en el otro extremo de un circuito más importante de la neocorteza, en los lóbulos frontales que se encuentran exactamente detrás de la frente (Gallagher et cols., 1977).

La amígdala consta de varios núcleos que funcionan por separado y que se han agrupado entre sí por su proximidad anatómica, así se envía información al hipotálamo para la activación del sistema nervioso simpático, al núcleo reticular para la activación de los reflejos, a los nervios trigémino y facial para las expresiones faciales del miedo y al área ventral tegmental, el locus coeruleus y el núcleo dorsolateral tegmental para la activación de la dopamina, la noradrenalina. (Gallagher et cols., 1977).

La corteza prefrontal parece entrar en acción cuando alguien siente miedo o coraje, pero contiene o controla el sentimiento con el fin de ocuparse más eficazmente de la situación inmediata, o cuando una nueva evaluación provoca una respuesta totalmente diferente. Esta zona neocortical del cerebro origina una respuesta más analítica o apropiada a nuestros impulsos emocionales. La corteza Prefrontal participa en numerosos procesos cognitivos como la memoria de trabajo o memoria operativa; funciones ejecutivas; así como en la toma de decisiones, la planificación del comportamiento y el procesamiento de señales emocionales. Las funciones

ejecutivas de la corteza Prefrontal se pueden definir como el conjunto de procesos de control cognitivo que sirven para optimizar la ejecución de tareas complejas. Las relaciones anatómicas de la corteza Prefrontal con gran cantidad de estructuras corticales y subcorticales permiten llevar a cabo este control top-down; a su vez, la propia corteza Prefrontal es altamente sensible a su estado neuroquímico modulado por las entradas ascendentes de los grupos monoaminérgicos y colinérgicos del mesencéfalo, incluyendo la serotonina (5-HT), dopamina (DA), y la noradrenalina (NA). Así, estos grupos a través de sus amplias innervaciones ascendentes, permiten a la corteza Prefrontal ejercer un profundo control sobre funciones globales, tales como el estado de vigila, el estrés, y sobre el procesamiento de todas las principales estructuras telencefálicas, incluyendo el sistema límbico, tálamo y estriado, así como el propio manto cortical. (Estevez Gonzalez, A., García Sánchez, C, Barraquer Bordas, LL., 2000).

Esta progresión que permite el discernimiento en la respuesta emocional es la que generalmente ocurre en nuestras respuestas, a no ser que haya una emergencia emocional; estas emergencias emocionales son fundamentales para nuestra supervivencia y afrontamiento a un miedo y concretamente en este trabajo podemos decir a los miedos sexuales. Cuando una emoción entra en acción, momentos después la corteza prefrontal ejecuta lo que representa una relación riesgo/beneficio de infinitas reacciones posibles, y apuestan a una de ellas como la mejor (Sánchez- Navarro, Román; 2004)

La corteza prefrontal izquierda es parte de un circuito nervioso que puede desconectar, o al menos mitigar, todos los arranques emocionales negativos salvo los más intensos. Si la amígdala actúa a menudo como disparador de emergencia, la corteza prefrontal izquierda parece ser parte del mecanismo de desconexión del cerebro para las emociones perturbadoras: la amígdala propone y el lóbulo frontal dispone (véase figura 4.2). Estas conexiones zona prefrontal-zona límbica son fundamentales en la vida mental mucho más allá de la sintonía fina de la emoción; son esenciales para guiarnos en las decisiones que más importan en la vida. En general se considera que la

corteza prefrontal medial es una región relacionada tanto con la experiencia como con la expresión emocional, y es crítica para el procesamiento de emociones asociadas con situaciones sociales y personales complejas (Damasio, 1997; Damasio y Van Hoesen, 1984).

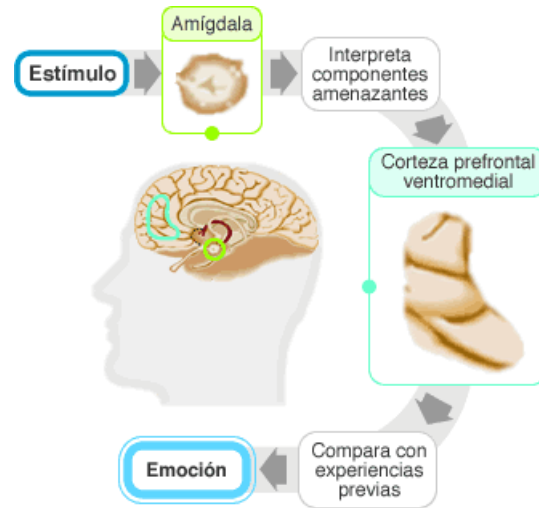


FIGURA 4.2 Procesamiento de la emoción en el cerebro humano.

4.2.2 ESTRÉS, ANSIEDAD Y ANGUSTIA

Los trastornos relacionados con el estrés han acompañado al hombre desde los principios de su interacción con el ambiente, así como ante las propias respuestas fisiológicas de su cuerpo, manifestadas en muchas de las enfermedades crónicas de mayor interés en el área de la salud.

Ante las situaciones estresantes el ser humano moviliza sus recursos fisiológicos con el fin de responder a estas situaciones, lo que se denomina como reacción o respuesta de estrés (Carlson, 1996). En estas situaciones de grave amenaza intervienen una serie de variables que pueden condicionar de algún modo la respuesta del individuo ante las mismas. Entre las variables implicadas se destacan los agentes de estrés o estresores, según el tipo, gravedad o repetición de los acontecimientos; los factores individuales como la vulnerabilidad, la estabilidad emocional y los estilos de afrontamiento; y las variables ambientales. De la interacción de estos factores podemos encontrar diversas respuestas de estrés desde el punto de vista fisiológico, en las que intervienen la activación cerebral, autonómica y neuroendocrina. Dado que en

el desarrollo del estrés se encuentra implicada la percepción del sujeto, se requiere del funcionamiento de las estructuras cerebrales para el procesamiento de la información potencialmente estresante. En este sentido, podemos decir, entonces, que el proceso de activación necesario para desarrollar un estado de estrés se da, en primera instancia, por procesos nerviosos centrales (cogniciones: el procesamiento sensorial que hace el sujeto de la información) (Valdés & de Flores, 1990) (veáse esquema 4.3).

En segundo lugar, la consecuencia del procesamiento sensorial es la activación del organismo para responder a la situación de amenaza. La respuesta se elabora a partir de un sistema de respuesta rápida (sistema autonómico) y posteriormente de un sistema de respuesta lenta o tardía (sistema neuroendocrino), y por último, el funcionamiento del sistema de procesamiento sensorial (proceso nervioso central), la respuesta autonómica y la endocrina, retroalimentan constantemente al organismo para incrementar, mantener o disminuir la respuesta de estrés. (Valdés & de Flores, 1990).

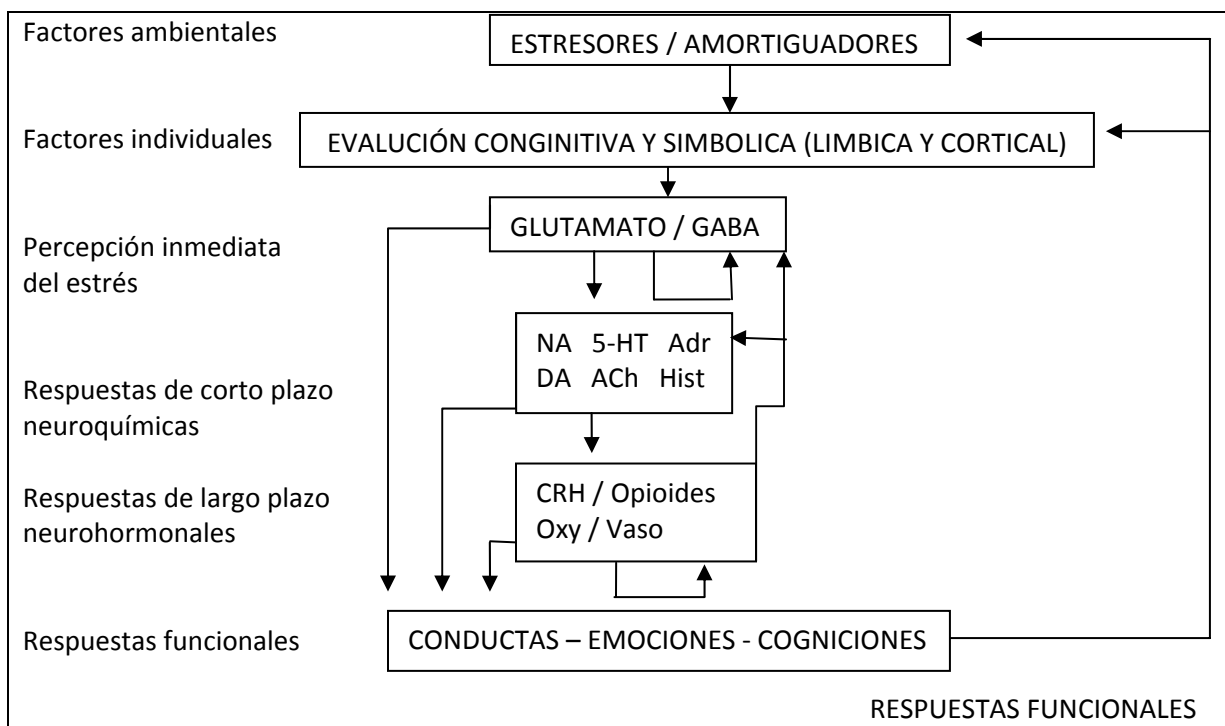


FIGURA 4.3 Gráfico tomado de Bonnet C y Luchina C (1998), de la vía de señalización del estrés y los sustratos a nivel autonómico y neuroendocrino.

La activación autonómica actúa por medio del sistema simpático adrenal, encargado de mantener el medio interno en estado homeostático y de facilitar las respuestas de lucha o huida (de distinto significado emocional). Una vez que la formación reticular ha iniciado el proceso de activación general, a través de la corteza cerebral y el tálamo se excita al hipotálamo (Humber, 1985). El hipotálamo se encarga de controlar las funciones del sistema nervioso autónomo y del sistema endocrino; organiza las conductas de supervivencia tales como pelear, alimentarse, huir y reproducirse (Carlson, 1996). Cuando la activación nervioso-central parece haber alcanzado su punto máximo, el sistema simpático-adrenal es el encargado de preparar al organismo para afrontar la situación de manera de mantener el medio interno del organismo en estado uniforme y de facilitar respuestas de lucha o de huida (Valdés & de Flores, 1990; Carlson, 1996).

Este sistema está compuesto por el sistema nervioso simpático (que cumple funciones activadoras o de alerta) y por la médula suprarrenal. Cuando llega la información al hipotálamo, habiéndose realizado ya los procesos cognitivos que fueron atribuidos o evaluados como peligrosos, esa primaria y veloz respuesta provocará la liberación, a partir del hipotálamo y por vía simpática, de catecolaminas; Noradrenalina y Adrenalina. (Valdés & de Flores, 1990; Carlson, 1996).

La Noradrenalina (NA) es segregada a nivel de la médula suprarrenal y de estructuras cerebrales como el hipotálamo, el sistema límbico, el hipocampo y en el córtex cerebral. Se ha observado que las situaciones estresantes aumentan su liberación en algunas zonas del cerebro tales como el hipotálamo, la corteza frontal y el cerebro frontal basal lateral (Yokoo, Tanaka, Yoshida, Tsuda, Tanaka & Mizoguchi, 1990; Valdés & de Flores, 1990; Cenci, Kalén, Mandel & Björklund, 1992; Funk & Stewart, 1996), aunque, de acuerdo a Valdés & de Flores (1990). En principio, el hipotálamo es la única estructura nervioso-central que absorbe NA, aunque es bien sabido que su producción se da en todo el cerebro.

Tanto la estimulación de los nervios simpáticos como las situaciones de estrés físico, agudo o crónico, en estados de cólera (Ax, 1953), de agresividad, de interacción social difícil y en conductas de alto riesgo, aumentan su producción (Valdés & de Flores, 1990). Se ha usado como indicador de la capacidad adaptativa, así sus concentraciones fluctúan según las apreciaciones que el organismo hace de la situación y de los recursos para afrontarla.

Casi toda la adrenalina es producida por la médula suprarrenal y se ha considerado el indicador bioquímico de la actividad emocional del sujeto. Se incrementa en el estrés y en los estados de ansiedad, impredecibilidad e incertidumbre (Ax, 1953).

La estimulación de los nervios simpáticos como las situaciones de estrés aumentan su producción. La disminución rápida de los niveles de adrenalina se ha considerado un correlato de bienestar físico y psicológico (Valdés & de Flores, 1990).

La activación neuroendocrina se inicia cuando las neuronas en el núcleo paraventricular del hipotálamo segregan un péptido llamado Factor Liberador de Corticotropina (CRF) que es la hormona que inicia la cadena de neurotransmisiones. La CRF y otras hormonas relacionadas entran en el sistema circulatorio privado que une el hipotálamo con la pituitaria anterior, y, en apenas segundos, activan la pituitaria, que se encarga de liberar corticotropina, también conocida como adenocorticotropa o ACTH (Carlson, 1996; Leng & Russell, 1998). La corticotropina es una hormona que, una vez liberada, se introduce en el flujo sanguíneo y, a través del sistema circulatorio, estimula a la corteza suprarrenal para que libere glucocorticoides: cortisol, hidrocortisona y corticosterona.

En los trastornos por estrés se presenta una irregularidad de todos los sistemas de neurotransmisión involucrados en las respuestas al miedo y horror ante eventos traumáticos. A pesar que la respuesta neurobiológica al estresor es necesaria y funciona como línea de defensa protectora, parece que las respuestas crónicas, prolongadas en el tiempo, llevan a la instauración de

patrones maladaptativos persistentes, que repercuten en el estado general de salud y calidad de vida de estos individuos. (Rosenzweig, Mark. 1995).

El eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal es un sistema que se retroalimenta constantemente, con el fin de no producir toxicidad a través de la acción de glucocorticoides en órganos blanco, por ejemplo, el sistema nervioso central. Al parecer, existe una grave anomalía en su funcionamiento en pacientes con trastornos asociados con estrés que lleva principalmente a producir efectos nocivos en el hipocampo, estructura fundamental en los procesos cognitivos de memoria y aprendizaje en todos los individuos. La intensidad y magnitud del estrés y haber sido expuesto a estrés intenso previamente determinan el potencial de anormalidades en la neuromodulación sobre la cual convergen las acciones de las catecolaminas y los glucocorticoides a lo largo de todo el eje neuroendocrino. (Golier, J., Yehuda, R. 1998).

Por su parte el hipocampo siendo una estructura fundamental se encarga del procesamiento de la información acerca del ambiente/contexto en el que se da el estímulo y lo asocia con la huella mnémica que deja la experiencia. Al ser sometido a estrés prolongado, disminuye de manera significativa la plasticidad dinámica y de esta forma aumenta la vulnerabilidad psicofisiológica, la cual se relaciona con alteraciones neuroendocrinas que tienen nexos con el cortisol, los estrógenos, los andrógenos y la función ovárica (Gould, E., Woolley, C., McEwen, B. 1990).

Del mismo modo la amígdala es fundamental para la regulación emocional asociada con la experiencia estresante o traumática. La corteza prefrontal medial parece mediar la respuesta entre las dos anteriores es decir el hipocampo y la amígdala, actuando como estructura cortical moduladora de la reacción ante el estímulo. En personas con trastornos por estrés se pierde esta modulación y se produce un desequilibrio de funciones, que lleva a las respuestas exageradas de horror y miedo que observamos en diferentes cuadros clínicos. (Davis, M. 1992).

El estrés es un factor importante que influye en la plasticidad sináptica; dicha plasticidad está íntima y directamente relacionada con diversos mecanismos de la memoria en el nivel del hipocampo. La amígdala cumple un papel relevante en la coordinación de las conductas condicionadas por el estrés y en la modulación de la consolidación eventual de la memoria. Por lo tanto, mediará los efectos del estrés sobre un mecanismo de plasticidad en el nivel sináptico entre la amígdala y el hipocampo; como es la potenciación a largo (LTP), dada por un sequito de estimulaciones en una frecuencia elevada en la amígdala con efecto sobre el hipocampo. Dicha potenciación modificará la actividad neurotransmisora en este nivel sináptico. (Roozendaal, B., 2000).

Existe evidencia de que la respuesta al estrés es diferente en el hombre y la mujer, y que las hormonas sexuales juegan un papel muy importante en la modulación del eje hipotálamo hipófiso adrenal, actuando sobre todo sobre la sensibilidad al feedback negativo de los corticoides, a través de acciones sobre los receptores de glucocorticoides, sobre la CRH cerebral o la respuesta de la hipófisis a la CRH. Se han identificado receptores de hormonas sexuales en diferentes áreas cerebrales implicadas en la regulación del humor y respuesta autónoma, como el hipotálamo, amígdala, hipocampo y locus coeruleus. Los esteroides gonadales atraviesan fácilmente las membranas celulares y activan sus receptores intracelulares. Una vez activados, los receptores actúan como factores de transcripción para regular la expresión génica. Los corticoesteroides se producen en la médula suprarrenal, los de tipo glucocorticoide son antiinflamatorios, inmunosupresores y modulares de los sustratos corporales. (Gilbert Rahola, 2000; Pigott T; 2002).

Muchos metabolitos de las hormonas esteroideas son clasificados como “**neuroesteroides**”, porque, además de tener acción relevante sobre el SNC, son sintetizados por las células gliales y neuronas, además de en la periferia, por las mismas gonadas y las glándulas suprarrenales. La acción de estos neuroesteroides puede variar con los cambios de la concentración sanguínea de las hormonas en diferentes períodos, como ocurre durante el embarazo o

en los diferentes momentos del ciclo menstrual. (Gilbert Rahola, 2000; Pigott T; 2002).

Los neuroesteroides modulan la actividad de los receptores GABA, glutamatérgicos, nicotínicos y colinérgicos. De este modo, pueden tener efectos excitatorios o inhibitorios sobre la actividad neuronal, del sistema nervioso y de las conductas en general. (Gilbert Rahola, 2000; Pigott T; 2002).

Las memorias de aquellos acontecimientos que nos producen marcada ansiedad llevan un componente afectivo y cognitivo respectivamente. El primero, que al parecer está muy relacionado con la función de la amígdala, es capaz de retener en la memoria la cascada de eventos fisiológicos y comportamentales que se expresan ante un estímulo. (Southwick, S. Bremner, D. 1994).

Por su lado, el hipocampo se encarga del componente cognitivo, que consiste en grabar en la memoria las características del ambiente en el cual se desarrollan los hechos y la ubicación exacta del estímulo desencadenante de la respuesta. Así, en circunstancias normales, la integración de ambos componentes es viable y cumple una función adaptativa. Un aspecto de la experiencia lleva a recordar toda la experiencia en sí misma y ayuda a reconocer y evitar el peligro, así como reaccionar a éste como es debido. Cuando estos estímulos sobrepasan los umbrales o se asocia con ellos un componente afectivo de experiencia extrema, llevan a condicionamientos con características maladaptativas, como los evidenciados en los trastornos crónicos por estrés. (Kent, J., Sullivan, G., Rauch, S. 2000).

Le Doux (1998) sostiene que aquellas huellas mnémicas que se codifican por medio de las vías tálamo amigdalinas son indelebles. Pitman (1986) propone el fenómeno de supracondicionamiento que existe ante experiencias traumáticas extremas como factor decisivo en la consolidación de la memoria traumática.

Estudios actuales demuestran que las personas que recuerdan el evento como si volviera a suceder es porque las experiencias cargadas emocionalmente se retienen más fácil y de manera más precisa en la memoria procedimental o no declarativa cuando el organismo está más atento, más alerta a lo que pasa a su alrededor y en su propio interior; en resumen las situaciones que generan estrés son vistas como respuestas normales del organismo frente a cualquier situación de novedad o exigencia metabólica (Gálvez, 2005).

Niveles bajos de estrés suelen tener utilidad adaptativa, sin embargo, altos niveles asociados a la susceptibilidad individual y a la experiencia previa del individuo, pueden resultar en procesos fisiológicos de mal adaptación que incluyen daños funcionales e inclusive físicos. Las situaciones de estrés se acompañan de componentes cognitivos, emocionales y respuestas fisiológicas relacionadas con procesos de preparación del individuo para enfrentar una emergencia. Las manifestaciones fisiológicas pueden ser principalmente de tipo hormonal y de tipo neural autónomo. Las primeras, suelen relacionarse con aumento de los niveles de adrenalina suprarrenal, aumento de la hormona corticotrófica (ACTH) y los glucocorticoides como el cortisol plasmático, y las segundas, con el aumento en las respuestas vegetativas (Gálvez, 2005).

Ansiedad

Pasando al tema de la ansiedad nos percatamos de una variedad de significados como investigadores que se han dedicado a estudiarla desde los experimentos con ratones hasta con seres humanos por ejemplo para Stahl (1998), dice que "La ansiedad es una emoción normal en circunstancias amenazadoras y se considera que forma parte de la reacción evolutiva de supervivencia de 'lucha' o 'huida". Podemos considerarla desde diferentes perspectivas.

En primer lugar diremos que la ansiedad y el miedo son en cierto modo compartidos entre el hombre y los animales superiores. Esto lo inferimos por analogía, ya que, por supuesto los animales no nos lo comunican de manera directa. Pero la mayoría de los experimentos que han permitido dilucidar lo

que se sabe de las estructuras cerebrales involucradas en la ansiedad y el miedo se han realizado en animales, por ejemplo lesionando las áreas a investigar por medios quirúrgicos, eléctricos o químicos (Stahl, 1998).

En segundo lugar, la ansiedad es una vivencia displacentera que se manifiesta en diferentes dimensiones de la experiencia por su parte la dimensión psíquica llena de inquietud, impaciencia, nerviosismo, intolerancia, preocupación. Y en la dimensión corporal que, a su vez, se subdivide en dos áreas:

- 1) Vegetativa: taquicardia, sudoración, piloerección, diarrea.
- 2) Motora: rigidez, contractura, temblores.

La ansiedad puede tornarse patológica en algún momento de la vida; esto sucede cuando el individuo responde de una manera exagerada o inadecuada a un estímulo, o cuando la ansiedad persiste en el tiempo aunque el estímulo se haya extinguido. La ansiedad patológica puede manifestarse de diversas formas; una de ellas es la ansiedad crónica en estado más o menos puro constituirá el llamado Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), que la mayoría de las veces coexiste con otra patología, habitualmente otro síndrome de ansiedad o un trastorno del ánimo (Halsband, 1998).

Cuando aparece bajo la forma de reacciones desmedidas de miedo a distintos estímulos la llamamos fobias.

El Trastorno de pánico (TP) se caracteriza por crisis de angustia breve, recurrente y muy intensa, con miedo a la muerte inminente. El Trastorno por estrés postraumático (TEPT) se da cuando el temido episodio de la ansiedad se presenta en el momento en que es detonada la memoria intrusiva de un evento traumático, y el Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) cuando la ansiedad viene ligada a ideas y compulsiones que irrumpen en la conciencia. Estos cuadros pueden aparecer completos, cuando satisfacen los criterios requeridos por el DSM-IV (mencionado en el capítulo 3).

En tanto el sustrato neuroanatómico de la ansiedad empieza cuando llega al cerebro la información sensorial y es procesada a nivel del tálamo y luego transmitida a los núcleos basales y basolaterales de la amígdala. La amígdala es la instancia central del cerebro que, recibiendo múltiples aferencias (tálamo, corteza entorrinal, etc.) produce, a través de sus múltiples eferencias, las respuestas de ansiedad y miedo (Davis, 1992); como ya lo hemos dicho en los temas anteriores.

Las aferencias llegan fundamentalmente al núcleo basal y basolateral de la amígdala y éstas transmiten los estímulos al núcleo central, de donde surgen la mayor parte de sus eferencias. Este camino que parte del núcleo central amigdalino es tan importante que, en opinión de Ninan (1999), "El elemento común en los trastornos de ansiedad es el exagerado output del núcleo central amigdalino, teniendo en diferentes trastornos de ansiedad distintos mecanismos para dicha activación pero con frecuencia compartiéndolos".

La amígdala y el hipocampo son dos de las estructuras más importantes del sistema límbico. La amígdala es el asiento de la memoria emocional así como el hipocampo lo es de la memoria declarativa. Existen fuertes conexiones anatomofisiológicas entre la amígdala, el hipocampo y el hipotálamo. A diferencia del miedo, en la ansiedad el estímulo amenazante no está presente (real o imaginariamente) pero existe la misma sensación anticipatoria del peligro. Se supone que el miedo y la ansiedad no están gobernados exactamente por los mismos circuitos.

Investigaciones en ratas arrojaron que la reacción ante estímulos concretos, como luces y sonidos (modelo del miedo) activa el núcleo central de la amígdala, que a su vez activa distintas áreas del hipotálamo y tronco cerebral, relacionados con el circuito del miedo (Ninan, 1999).

En la ansiedad y los diversos trastornos que la tienen como síntoma cardinal interviene un importante número de neurotransmisores.

Los más importantes son el GABA, la noradrenalina (NA), la serotonina (5-HT), el CRH pero no son los únicos también intervienen, por lo menos, la dopamina (DA) el neuropéptido Y (NPY) y la acetilcolina (ACh). Los tres mencionados en primer término, el GABA, la NA y la 5-HT, son los que están involucrados en los mecanismos de acción de los más importantes agentes farmacológicos desarrollados hasta ahora para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Coplan, Lydiard, 1998).

Para terminar con el sustrato neuroquímico solo señalamos a los principales neurotransmisores de manera rápida empezando con el GABA que se sintetiza a partir del ácido glutámico para la acción de la enzima (GAD), haciéndole perder un grupo carboxilo, el GABA es una sustancia transmisora inhibitoria y se halla ampliamente distribuido por todo el encéfalo y la medula espinal, se han identificado dos receptores GABA: el GABAA y el GABAB, el primero es inotrópico y controla un canal de cloro y consta al menos de cinco lugares de unión diferentes y el otro es metabotrópico y controla un canal de potasio, produciendo potenciales inhibitorios postsinápticos hiperpolarizantes (Carlson, 1996).

Incluso como ya hemos mencionado las hormonas esteroides y algunas relacionadas con la progesterona (la principal hormona del embarazo), actúan sobre el lugar de unión de los esteroides en el receptor GABAA (Carlson, 1996).

Debemos señalar que adrenalina y epinefrina son términos sinónimos, al igual que noradrenalina y norepinefrina. La noradrenalina al igual que la acetilcolina se encuentra en neuronas del sistema nervioso autónomo; la mayoría de las sustancias transmisoras se sintetizan en el citoplasma de los botones terminales y luego se almacenan en vesículas sinápticas de nueva formación; en el caso de la noradrenalina la etapa final de la síntesis tiene lugar en el interior de las propias vesículas. Estas primero se llenan de dopamina; allí la dopamina se convierte en noradrenalina por acción de la dopamina- β -hidroxilasa, que se encuentra en el interior de las vesículas. Los cuerpos celulares del sistema noradrenérgico más importante se hallan situados en el locus coeruleus, un núcleo localizado en la protuberancia dorsal. El principal

efecto de la activación de este tipo de neuronas es un aumento del estado de vigilancia, esto en una atención a los acontecimientos del entorno (Carlson, 1996).

Hay varios tipos de receptores noradrenérgicos identificados por su sensibilidad a varias sustancias químicas; estos receptores acostumbran a llamarse adrenérgicos, más que noradrenérgicos debido a que son sensibles tanto a la adrenalina como a la noradrenalina. Las neuronas del sistema nervioso central tiene receptores $\beta 1$, $\beta 2$ y $\alpha 1$, $\alpha 2$ adrenérgicos todos estos receptores son metabotrópicos están acoplados a proteínas G que controlan la síntesis de segundos mensajeros (Carlson, 1996).

Los efectos conductuales de la liberación de noradrenalina son excitatorios, los receptores $\alpha 1$ producen una despolarización lenta (excitatoria) en la membrana postsináptica, mientras que los receptores $\alpha 2$ producen una hiperpolarización lenta. Las neuronas noradrenérgicas particularmente los receptores $\alpha 2$ también intervienen en la conducta sexual y en el control del hambre (Carlson, 1996).

La serotonina también llamada 5-HT interviene en la regulación de los estados del ánimo, en el control de la ingesta, el sueño y el arousal, así como en la regulación del dolor. El precursor de la serotonina es el aminoácido triptófano; el enzima triptófano hidroxilasa le añade un grupo hidroxilo produciendo 5-HTP (5-hidroxitriptófano). El 5-HTP descarboxilasa elimina un grupo carboxilo del 5-HTP y el resultado es 5-HT la serotonina (Carlson, 1996).

Los cuerpos celulares de las neuronas serotoninérgicas se encuentran reunidos en nueve grupos, la mayoría de los cuales están localizados en los núcleos del rafe del mesencéfalo, la protuberancia y el bulbo, siendo los más importantes los de los núcleos del rafe dorsal y medial (Carlson, 1996).

La serotonina se libera desde varicosidades más que de botones terminales; hay dos tipos de fibras axónicas serotoninérgicas y son el sistema D que se origina en el núcleo del rafe dorsal, sus fibras axónicas son finas, con

varicosidades en forma de huso. Estas varicosidades no parecen formar sinapsis, la 5-HT liberada difunde por la región actuando como un neuromodulador. Y el sistema M que se origina en el núcleo del rafe medial, sus fibras axónicas son gruesas y redondeadas teniendo una apariencia en forma de cuentas. Existen al menos 7 diferentes tipos de receptores serotoninérgicos: 5-HT_{1A-1B} 5-HT_{1D-1F} 5-HT_{2A-2C} 5-HT₃ de ellos los receptores 5-HT_{1B} y 5-HT_{1D} actúan como autorreceptores presinápticos (Carlson, 1996).

En los núcleos del rafe dorsal y medial los autorreceptores 5-HT_{1A} actúan como autorreceptores en la membrana de las dendritas y el soma. El receptor 5-HT₃ es inotrópico controlando un canal de cloro, y produciendo potenciales inhibitorios postsinápticos; estos receptores parecen intervenir en la náusea y vómito; siendo todos los demás receptores metabotrópicos (Carlson, 1996).

Con todo lo escrito anteriormente diremos entonces que nuestra conducta viene determinada por la interacción entre factores biológicos, factores ambientales y nuestra personalidad. El cómo nos comportamos depende de la situación en que nos hallamos y de cómo somos. Así nuestra evaluación cognitiva sería un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante o amenazante. Y solo nuestro afrontamiento sería el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresante y las emociones que ello genera.

Señalando una vez más que la ansiedad es un fenómeno humano universal cuyo rango oscila desde una respuesta adaptativa a un trastorno incapacitante.

Angustia

Algunos autores diferencian la angustia de la ansiedad, refiriéndose con la primera a la vivencia subjetiva de este estado displacentero, mientras que la ansiedad sería en componente motor de este estado. Sin embargo, otros no

hacen uso de estas diferencias, empleando ambos términos en forma indistinta para referirse a ellas.

La angustia debe ser diferenciada del miedo, que se manifiesta ante una situación externa al individuo que es percibida en forma peligrosa, pero que no interfiere con el desenvolvimiento y la propia existencia del ser humano. Sin embargo, el hombre puede experimentar angustia, habitualmente como una reacción de huida o de lucha frente a situaciones potencialmente peligrosas, que pudieran afectar su integridad física o psicológica (Ivanovic-Zuvic, 2001).

La angustia es la emoción más universalmente experimentada por el ser humano, tiene un efecto de inmovilización y conduce al sobrecogimiento en innumerables ocasiones; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo (Ayuso, 1988 en Sierra, Ortega 2003). Es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto, es decir, la capacidad de dirigir sus actos. En ella participan factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, por lo que conlleva inevitablemente un abordaje integral desde todos los campos mencionados.

La angustia puede ser adaptativa o no, dependiendo de la magnitud con la que se presenta y del tipo de respuesta que se emita en ese momento; su patología versa en la proporción, intensidad y duración de las anomalías (Ayuso, 1988 en Sierra, Ortega 2003). En esta situación de emergencia ocurren en el individuo una serie de cambios químicos que comprometerán al sistema nervioso autónomo, mediado por neurotransmisores como la adrenalina, la que es secretada a la sangre desde las glándulas suprarrenales, mecanismo que no está vinculado con la voluntad. La liberación de adrenalina en forma constante y excesiva puede desencadenar un cuadro de angustia donde la respuesta ya no será de tipo adaptativa, sino que por el contrario, dificulta las capacidades para enfrentar situaciones de emergencia. En este caso está presente un cuadro de angustia patológica (Ivanovic-Zuvic, 2001).

Desde el punto de vista bioquímico no existe una delimitación precisa entre la angustia y los estados del miedo real, alerta intensa, sobreesfuerzo físico, sorpresa, alegría desbordante y excitación sexual. De ahí que los bioquímicos y los psicofarmacólogos incluyan la angustia y los estados antes mencionados bajo la común denominación de **stress**.

La angustia se traduce, en sangre y orina, por una elevación de los niveles de catecolaminas (especialmente adrenalina y noradrenalina) y de 17-hidroxycorticosteroides.

Profundizando en la Psicofisiología, se observa que también a dejado en los últimos años una parte de sus estudios destinada a la angustia. El complejo GABA, un receptor de benzodiazepinas, aparte de estar implicado en la acción ansiolítica de las mismas, se ha descubierto que puede tener una clara relación con la angustia. Se hipotetiza la existencia en el cerebro ligando endógenos que, al interaccionar con dicho receptor, estén relacionados con algunas funciones fisiológicas. En la actualidad, es posible afirmar que el GABA asociado a los receptores específicos para las benzodiazepinas y los sistemas de neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica están relacionados con la psicofisiología de la angustia (Sierra, Ortega 2003).

4.2.3

MIEDO

En el capítulo 5 referente a los miedos sexuales, y en el 1 y 3 referentes a la adolescencia y psicopatología respectivamente encontramos los aspectos específicos del adolescente y su desarrollo así que solo diremos que existen diversos temores manifestados en una ansiedad y un miedo profundamente comprometidos ya sea con el ámbito de relaciones interpersonales, o el miedo al fracaso escolar, a la primera experiencia sexual, entre otros en los que el adolescente entonces responsabiliza a su familia y al medio social de sus exigencias interiores provocando algunas reacciones como la tendencia antisocial, la violencia, una sexualidad poco responsable y precoz.

En seguida describiremos qué es una emoción para entonces entender miedo y ansiedad, emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción

subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras. Las emociones básicas o primarias tienen un carácter adaptativo y son 6: ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo (Reeve, 1994)

Desde hace mucho tiempo se conoce que las respuestas de horror y miedo ante cualquier situación involucran múltiples sistemas que interactúan para buscar la adaptación más adecuada ante el estímulo.

Tales respuestas fueron primero descritas por Walter Cannon, en 1917, cuando propuso el esquema de fight or flight ante estímulos sensorio-perceptivos para todas las especies reinantes en el planeta. Más adelante, aparece Iván Pavlov, con sus estudios de los estímulos condicionados, que han sido la base y columna vertebral de los estudios para la comprensión de las respuestas maladaptativas que presentan los pacientes con TPET y trastornos de pánico (Kent, Sullivan, Rauch, 2000).

Se cree que las respuestas de los humanos ante el estrés, representadas por el horror y miedo ante determinadas situaciones, se parecen a las de otras especies, ya que los neurocircuitos que las determinan en cada una son muy similares (Kent, Sullivan, Rauch, 2000).

Existen estímulos sensoriales que llegan al tálamo, que es la estación de relevo más importante en las vías que llevan la información a la corteza cerebral. La información es procesada por dos vías de relevo, una rápida (que pasa la información directamente hacia la corteza cerebral) y otra lenta (que lleva la información sensorial al núcleo basolateral de la amígdala, que recibe información sensorial de todas las regiones del cuerpo). La amígdala, localizada en la parte medial del lóbulo temporal, recibe toda esta información a través de vías subcorticales de integración (Kent, Sullivan, Rauch, 2000).

La mayoría de estudios sostiene que la amígdala debe permanecer intacta para poder lograr un adecuado acondicionamiento al horror y al miedo ante cualquier circunstancia vital (Rauch, 2000).

La Hipófisis segrega una hormona denominada Adrenocorticotropa (ACTH) que va a circular por la sangre y la cual va a ser leída por los comandos de las Glándulas Suprarrenales que reaccionan inyectando, a su vez, a la sangre distintas hormonas fundamentalmente Adrenalina. Esta hormona genera toda una transformación del organismo, el cual se encuentra en estado de alerta total: se produce taquicardia, se dilatan las pupilas, se reduce el nivel de saliva en la boca secándola, se estrechan los vasos sanguíneos, se paraliza la actividad del estómago y se contiene la actividad digestiva, se estrechan las arterias, la presión sanguínea aumenta, baja la temperatura del cuerpo, aparece el sudor frío, se dilatan los bronquios y se acelera la respiración a nivel físico (Kent, Sullivan, Rauch, 2000).

Desde el punto de vista psicofisiológico el miedo es una señal emocional de advertencia de que se aproxima un daño físico o psíquico; implicando inseguridad respecto a la propia capacidad para soportar o mantener una situación de amenaza.

En general el miedo es una emoción producida por un peligro presente y ligado al estímulo que lo genera (Kent, Sullivan, Rauch, 2000).

Tenemos que diferenciar el miedo de la ansiedad \Rightarrow el miedo hace referencia a una emoción producida por un peligro presente e inminente y ligado al estímulo que lo genera. La ansiedad se refiere a una anticipación a un peligro futuro, indefinido e imprevisible. La diferencia principal es el estímulo identificable; así cuando los intentos de afrontamiento fracasan, el miedo se convierte en ansiedad. Entonces podríamos decir que la ansiedad es un miedo no resuelto, un estado de activación sin dirección específica, posterior a la percepción de amenaza.

La activación del sistema nervioso autónomo tiene un papel importante en la emoción del miedo dadas dos funciones:

1. Inmovilidad defensiva ⇒ quedarse helado ⇒ organismo pasivo pero preparado para responder; y
2. Acción defensiva ⇒ preparatorias de las respuestas de ataque/huída.

Cuando la emoción de miedo se produce por un estímulo que permite el escape, la respuesta psicofisiológica es, frecuencia cardiaca, y facilitación de los reflejos de defensa; ya que cuando el estímulo que produce el miedo no hace necesario el escape ⇒ surge la inmovilización corporal y hay una reducción de la tasa cardiaca (Kent, Sullivan, Rauch, 2000).

Concluimos con el miedo diciendo que éste es una anticipación de una amenaza o peligro que produce ansiedad, incertidumbre, inseguridad y en la cual buscamos la protección o la inhibición del mismo. El miedo activa la capacidad del hombre y eleva al máximo los niveles de vigilancia y precaución.

4.3 HORMONAS Y SEXUALIDAD

Las hormonas son sustancias químicas que controlan numerosas funciones corporales. Son producidas en su mayoría, en el sistema endocrino, el cual está formado por glándulas y tejidos secretores que no tienen un conducto secretor como las glándulas exocrinas (por ejemplo, glándulas sudoríparas). Por lo tanto, sus secreciones u hormonas son secretadas y transportadas a través de la sangre. Las hormonas actúan como "mensajeros" para coordinar las funciones de varios órganos del cuerpo (Gómez-Gil, Torres, 2006).

El sistema hormonal se relaciona principalmente con diversas acciones metabólicas del cuerpo humano y controla la intensidad de funciones químicas en las células. Algunos efectos hormonales se producen en segundos, otros requieren varios días para iniciarse incluso semanas, meses, o años. En el vínculo endocrinológico existente entre la pubertad y la maduración sexual puede inferirse que aquellos adolescentes que experimentan una pubertad precoz se encontrarán en una situación de mayor riesgo, ya que a esa temprana edad su corteza prefrontal se encontrará aún

muy inmadura como para tomar las riendas de un circuito mesolímbico hipersensibilizado por el incremento hormonal (Gómez-Gil, Torres, 2006).

Dentro de las funciones que controlan las hormonas están las actividades de órganos completos, el crecimiento y desarrollo, la reproducción, las características sexuales, el uso y almacenamiento de energía, así como los niveles en la sangre de lípidos, sal y azúcar (Gómez-Gil, Torres, 2006; Pinel, 2007).

Tomando en cuenta que las hormonas influyen sobre la conducta sexual de dos maneras:

1. Influyendo en el desarrollo desde la concepción hasta la madurez sexual de las características, anatómicas, fisiológicas y comportamentales que distinguen a un individuo como hombre o mujer.
2. Activando la conducta relacionada con la reproducción de los adultos.

En seguida mencionamos la clasificación hormonal, que consta de tres categorías: 1) derivados de aminoácidos; 2) péptidos y proteínas, y 3) esteroides. Las hormonas derivadas de aminoácidos son hormonas que se sintetizan en unos cuantos pasos a partir de una molécula de aminoácido; un ejemplo es la adrenalina que es liberada por la médula suprarrenal y sintetizada a partir de la tirosina. Las hormonas peptídicas y las hormonas proteínicas son cadenas de aminoácidos las primeras son cadenas cortas y las segundas cadenas largas (Pinel, 2007).

Las hormonas esteroides son hormonas que se sintetizan a partir del colesterol, un tipo de molécula grasa, éstas desempeñan un papel esencial en el desarrollo sexual y la conducta (Pinel, 2007).

La pubertad es el periodo de transición entre la infancia y la vida adulta durante el cual se alcanza el estado de fertilidad, se produce el estirón del adolescente y se manifiestan las características sexuales secundarias; estas

características son aquellas que distinguen a los hombres y a las mujeres sexualmente maduros (Pinel, 2007).

Cualquier análisis de las hormonas y la conducta sexual incluye a las gónadas, los testículos masculinos y los ovarios femeninos; así las dos principales clases de hormonas gonadales son los andrógenos y los estrógenos. Siendo la testosterona el andrógeno más frecuente y el estradiol el estrógeno más frecuente (Pinel, 2007).

La identidad de género sexual es exclusiva del género humano y no parece estar condicionada por los cromosomas sexuales ni por los esteroides sexuales. La identidad de género se diferencia durante los primeros años posnatales en función del aprendizaje y de la educación que se recibe. Para él se establece un primer periodo crítico entre los 18 y los 30 meses de vida. La identidad queda casi irreversiblemente establecida, siempre y cuando la educación recibida no sea ambigua al respecto. Esta identidad puede cuestionarse y cambiar durante la pubertad si hay discordancias entre el género y el tipo de pubertad que se desarrolla (Carboles, 1990).

El control de la reproducción en la mujer es muy complejo. En él participan el hipotálamo (estructura del sistema nervioso ubicada en el cerebro), la hipófisis (glándula endocrina ubicada en el cerebro) y los ovarios. La glándula hipófisis tiene una parte anterior (adenohipófisis) y otra posterior (neurohipófisis). Ambas son controladas por el hipotálamo (Carboles, 1990; Gómez-Gil, Torres, 2006).

Al comenzar la pubertad, el hipotálamo empieza a aumentar gradualmente la secreción de hormonas liberadores de gonadotropinas (GnRH), las que estimulan al lóbulo anterior de la hipófisis para que secrete HFE (hormona folículoestimulante) y HL (hormona luteinizante) (Carboles, 1990).

Los cambios asociados al comienzo de la adolescencia femenina están relacionados con el desarrollo del eje hipotalámico-hipofisiario-ovárico. Las hormonas generadas por la hipófisis actúan sobre los ovarios, los que liberan estrógenos y progesterona (hormonas sexuales femeninas), que causan el

crecimiento de los tejidos de los órganos sexuales femeninos y la aparición de los caracteres sexuales secundarios (Gómez-Gil, Torres, 2006).

Los cambios asociados al comienzo de la adolescencia masculina están relacionados con el desarrollo del eje hipotalámico-hipofisiario-testicular. Al comenzar la pubertad, el hipotálamo empieza a aumentar gradualmente la secreción de hormonas liberadoras de gonadotrofinas (GnRH), las que estimulan al lóbulo anterior de la hipófisis para que secrete HFE y HL. Estas hormonas actúan sobre los testículos, estimulando la producción de la testosterona (hormona sexual masculina) y los andrógenos, con las cuales aparecen los caracteres sexuales secundarios y el desarrollo de los caracteres primarios (Gómez-Gil, Torres, 2006; Pinel, 2007).

Teniendo claro que la adolescencia comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático o del cuerpo.

El ser humano presenta una diferenciación de sexos que puede verse incluso antes del nacimiento y viene determinada por el aparato genital femenino (ovarios, útero y vagina) y masculino (pene y testículos), los que constituyen los caracteres sexuales primarios. Y al transformarse en adulto, aparecen diferencias de tipo corporal entre los dos sexos; tales diferencias constituyen los caracteres sexuales secundarios (Gómez-Gil, Torres, 2006; Gorski, 1998) (Véase figura 4.5).

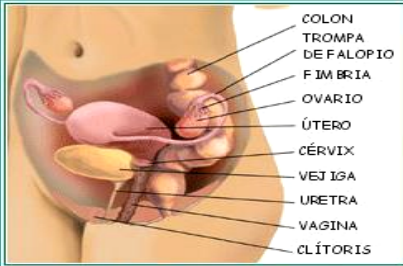

	Ovarios	Hormona	Órgano Diana	Acción
		Estrógenos	Todos, Útero	Desarrollo de caracteres sexuales secundarios y colaboración en el control del ciclo menstrual femenino.
	Testículos	Hormona	Órgano Diana	Acción
		Testosterona	Todos, Aparato Reproductor masculino	Desarrollo de caracteres sexuales secundarios, formación de espermatozoides.

Figura 4.5 Acción y diferenciación hormonal en el aparato reproductor femenino y masculino. El evento más importante en la adolescencia es el desarrollo psicosexual y las consecuencias del mismo parecen ser lo que produce el caos en la comprensión del adolescente. Presenta cambios corporales dramáticos y de rápida evolución a los cuales tiene que adaptarse, además de mantener en equilibrio sus necesidades internas. Tales signos de crecimiento no deben ignorarse ya que en cierto sentido se advierten en símbolos de feminidad o virilidad (Tirado, 1985).

Las hormonas gonadales determinan los patrones de desarrollo femeninos y masculinos e influyen en la fisiología por vía tanto genómica como a través de mecanismos de membrana; las hormonas sexuales afectan las funciones neuronales regulando la síntesis y la actividad de enzimas, neurotransmisores, receptores y efectores (Gómez-Gil, Torres, 2006; Gorski, 1998).

Los esteroides son potentes moduladores bimodales del receptor GABA_A, dado que este receptor controla la excitabilidad neuronal, su regulación tiene importantes consecuencias fisiológicas y farmacológicas. El papel correspondiente al género y la orientación sexual puede ser modificado probablemente por los andrógenos fetales y posnatales. Así se describen diferencias de comportamiento (preferencia por juegos masculinos, menor

interés por los juegos con muñecas y menor instinto maternal) (Gómez-Gil, Torres, 2006; Gorski, 1998; Pinel, 2007).

La identidad sexual hace referencia a la conciencia de pertenecer a un sexo en función de los atributos corporales en especial los genitales, mientras que la identidad de género hace referencia a los contenidos de la identidad que provienen de las atribuciones que una cultura determinada hace al hecho de ser mujer u hombre, respecto a actitudes, valores y comportamientos (Carboles, 1990).

El proceso de sexuación es esencialmente un proceso de desdoblamiento en dos formas que se produce desde lo biológicamente más elemental, hasta lo psicológicamente más complejo. Por ello reiteramos que la sexualidad es el modo de vivir el resultado de la propia sexuación. Así en la pubertad, atrio de la adolescencia, se van a producir cambios en ambos sentidos, tanto en lo biológico como en lo psicológico: La nueva imagen corporal, y nuevas capacidades intelectuales de análisis de la realidad (Carboles, 1990; Gómez-Gil, Torres, 2006; Gorski, 1998; Pinel, 2007).

También, la distribución cerebral neuroquímica es un mecanismo de gran importancia por ejemplo la distribución de esteroides gabaérgicos es sexualmente dimórfica. Los sistemas dopaminérgicos cerebrales también son sexualmente dimórficos, en algunas áreas ricas en dopamina existen receptores para progesterona y estrógenos. Los estrógenos parecen tener efectos de membrana rápidos a corto plazo a través de la alteración de la función en la sinapsis dopaminérgica. Los sistemas serotoninérgicos cerebrales presentan también diferencias sexuales, estas diferencias surgen en la sensibilidad a la estimulación de 5-HT, del mismo modo ésta puede ser la base de las diferencias de género que existen en conducta sexual, agresividad, impulsividad y algunos trastornos mentales. Del mismo modo el sistema colinérgico también tiene diferencias respecto al género en las mujeres se han encontrado niveles más altos de acetilcolina y receptores muscarínicos en varias zonas cerebrales, estas marcadas diferencias están determinadas por

las hormonas sexuales ya que se ha demostrado que los estrógenos aumentan la actividad de la colina acetiltransferasa (ChAT) (Carboles, 1990; Carlson, 1996; Gómez-Gil, Torres, 2006; Gorski, 1998; Valdés & de Flores, 1990).

Queda claro que el estrógeno, la progesterona y la testosterona son las principales ejecutantes en el funcionamiento de la amígdala en el cerebro sexuado. Todo lo que ocurra a nivel hormonal afecta a la amígdala; la razón es obvia: si el estrógeno está equilibrado en su funcionamiento ordinario, la amígdala hará vivir y sentir las emociones conscientes e inconscientes de forma regular, modulando actuaciones pre-programadas. Puntualizando que los sentimientos y emociones que se construyen en la amígdala, en compañía del hipocampo y del hipotálamo, se bifurcan en razón del protagonismo que concurra en relación con las hormonas masculina ó femenina: la progesterona y la testosterona. Y que en cada ciclo de vida personal, el protagonismo es diferente. Por ello, la inteligencia individual, comienza a escribir en el libro de vida de cada uno en particular, cómo se aborda la resolución de problemas diarios para vivir de forma adecuada. Asumiendo que la sexualidad es el más delicado de los comportamientos humanos, exigiendo inteligencia, equilibrio y que ésta no sea una salida destinada a compensar debilidades ni miedos (Carboles, 1990; Carlson, 1996; Gómez-Gil, Torres, 2006; Gorski, 1998; Pinel, 2007; Kent, Sullivan, Rauch, 2000; Valdés & de Flores, 1990).

Finalmente, cuando en la adolescencia el deseo sexual se proyecta hacia otra persona, la interacción sexual está mediada por el modelo interno, considerando que el modelo interno es la interiorización del modelo de sí mismo y del de los demás, la experiencia sexual estará claramente mediada por el grado de autoestima personal, y por la confiabilidad en los otros. Podríamos así predecir que aquellas personas que desarrollen un estilo de afecto seguro, las relaciones sexuales serán más satisfactorias y menos conflictivas, puesto que éstas poseerán un mayor grado de autoestima, mayor seguridad en la relación, mayor capacidad de empatía y menor miedo a la pérdida o abandono (Mas Colombo, et al., 2003).

Capítulo 5

MIEDOS SEXUALES

Para ambos sexos es normal sentir miedos, temores o ansiedades a la hora de vivir la sexualidad o algunos de los aspectos que la rodean. Existen muchos temores sexuales que van desde el terror de no tener una excitación durante el acto sexual, hasta la común y frecuente fobia al compromiso. Todo miedo relacionado con el comportamiento sexual crea situaciones de angustia que impiden hacer el amor y que se realice con la satisfacción, la alegría y la libertad con la que quisiera (Kaplan, 1974; Masters & Johnson, 1970).

La razón de esto, es en muchas ocasiones, la presencia de mitos sexuales irracionales, presiones sociales, trastornos fisiológicos y mentales, que obstaculizan el camino hacia un acto sexual pleno y completo, llegando a agravar esta situación y poniendo en riesgo la integridad de quien sufre estos trastornos psicológicos y psicofisiológicos (Gil-Verona, 2003; Izquierdo, 2003; Kaplan, 1974; Masters & Johnson, 1970).

5.1 CONCEPTO DE MIEDOS SEXUALES

Durante el siglo XVIII, nacimiento de las grandes prohibiciones, valoración de la sexualidad adulta y matrimonial únicamente, imperativos de decencia, evitación obligatoria del cuerpo, silencios y pudores imperativos del lenguaje, es el momento crucial de las represiones y el miedo en torno a la sexualidad, el placer y la expresión del cuerpo; en siglo XX: en tal momento los mecanismos de la represión habrían comenzado a aflojarse; se habría pasado de las prohibiciones sexuales apremiantes a una tolerancia relativa respecto de las relaciones prenupciales o extramaritales; la descalificación se habría atenuado, y borrado en parte su condena por la ley; se habría levantado en buena medida los tabúes que pesaban sobre la sexualidad infantil en ese entonces la medicina de la perversión y los programas de eugenesia fueron en la tecnología del sexo las dos grandes innovaciones de la segunda mitad de siglo XX (Foucault, 1999; Christian, 1973).

Toda una práctica social, cuya forma exasperada y a la vez coherente fue el racismo de Estado, dando a la tecnología del sexo un poder terrible. Para la época fue el Psicoanálisis la que se opuso, rigurosamente, a los efectos políticos e institucionales de un sistema de perversión-herencia-degeneración. Antes de ese momento, ya la tecnología del sexo empezó a responder a la institución médica, a la exigencia de normalidad, y más que al problema de la muerte y el castigo eterno, al problema de la vida y la enfermedad.

La familia fue el primer término en la burguesía o aristocracia donde se problematizó la sexualidad de los niños y adolescentes; donde se medicalizó la sexualidad femenina; y donde se alertó sobre la posible patología del sexo. Fue allí el primer lugar de la psiquiatrización del sexo. Fue la primera que entró en eretismo sexual, provocándose miedos, inventando recetas y apelando al socorro de técnicas científicas (Foucault, 1999; Christian, 1973).

Freud nos dice que la vida sexual de los humanos comienza dos veces.

La primer vuelta corresponde a las experiencias iniciales de la vida que conjugan lo pulsional con las primeras satisfacciones, sean estas míticas o efectivas. Por ello es que la represión de los deseos sexuales comienza en la infancia en donde el niño debe reprimir su placer físico, oral y anal, bajo la represión de la educación impuesta por los padres más grave aún es la frustración del niño cuando, entre el cuarto y el sexto año de vida se ve obligado a reprimir los deseos sexuales normalmente dirigidos hacia el progenitor del sexo opuesto. Se ha podido comprobar que los trastornos psíquicos, o aún que solo sean las conductas “extrañas”, la homosexualidad o la frigidez, pueden depender entre otras cosas de la intensidad de las frustraciones surgidas del “conflicto edípico” y de la forma en que han sido elaboradas y superadas en la fase de la pubertad, en la cual reaparecen los conflictos edípicos, aun que ésta vez en un ser con mayor madurez genital y con mayor conciencia de la sexualidad (Freud, 1905).

Por todo lo anterior Freud conjetura: “Mi opinión es que dentro de la vida sexual tiene que existir una fuente independiente de desprendimiento de displacer; presente ella, puede dar vida a las percepciones de asco y prestar fuerza a la moral. Me atengo al modelo de las neurosis de angustia del adulto,

donde, de igual modo, una cantidad proveniente de la vida sexual causa una perturbación dentro de lo psíquico, cantidad que en otro caso habría hallado diverso empleo dentro del proceso sexual. Mientras no exista una teoría correcta del proceso sexual, permanecerá irresuelta la pregunta por la génesis del displacer eficaz en la represión” (Freud, 1896).

Muchas son las limitantes sexuales que ciertas personas experimentan a la hora de un encuentro; miedos que van desde lo físico hasta lo psíquico. El miedo al sexo puede generar una intensa ansiedad hasta el punto de provocar en el sujeto un cuadro somático o en otros casos en donde no se reconoce un problema físico y se piensa en un trastorno psicológico.

Miedo al dolor, a que tu pareja te deje después de haber tenido una relación sexual, miedo a los genitales, a las infecciones de transmisión sexual, a que te llamen por medio de insultos, a tu apariencia desnuda, a quedar embarazada, a no ser lo que tu pareja espera, son algunos de los conflictos que pueden ir asociados a las relaciones sexuales, en ocasiones incluso más de uno. Hay que tener claro que ansiedad y angustia, componentes del miedo, están remitidos con una sexualidad satisfactoria, pero cuando resultan desbordantes pueden convertirse en factores de una sexualidad desagradable.

Por cuestiones sociales, étnicas, de creencias (mitos) y por una gran gama de elementos que rigen a la sociedad mexicana y que la historia humana maneja, se han encontrado más problemas de índole sexual en las mujeres, a diferencia de los hombres, ya que a éstos últimos se les permite hablar de sexualidad tan abiertamente a diferencia de las mujeres a quienes se les prohíbe tocar el tema (Masters y Johnson, 1970; Michael, 1996; Kaplan, 1974; Pérez, 1993; Sarason, 1986). Algunos de los miedos están en ambos sexos y otros son solamente exclusivos de cada género, por lo que se busca abarcar la mayor cantidad de lo que se considera como elementos adversos y que limitan el desarrollo pleno de la sexualidad, tanto masculina como femenina (Figura 5.1), por ello se tomaran de manera simple y no compuesta, se explican mejor a continuación:

1. El miedo más común, es sufrido por los hombres al pensar que no logran una erección durante el acto sexual. Esto siempre y cuando sea una persona que no tenga problemas de erección por enfermedades como hipertensión, diabetes o alguna otra complicación física u orgánica.
2. Otro miedo muy temido en el caso de los hombres es ser eyaculador precoz. Sienten pánico de eyacular antes de tiempo. Esta situación frustra a él tanto como a ella, y el hombre ve cuestionada su virilidad y capacidad de ser un buen amante. Casi siempre la eyaculación precoz es psicológica en la mayoría de los casos a excepción de alguna extraña hipersensibilidad en el pene.
3. Sentir vergüenza de mostrarse desnudo y que a la pareja no le guste lo que ve, representa uno de los miedos sexuales mas frecuentes en las mujeres, las cuales se preocupan más por su apariencia a diferencia de los hombres, pero también se da en algunos hombres. En este caso no debe de existir un trastorno de imagen corporal o alguna malformación congénita.
4. El miedo al fracaso durante el encuentro sexual, es sentido por hombres y mujeres, quienes no están seguros de ser aceptados tal como son al momento de expresar sus sentimientos y emociones mediante el tacto hacia su pareja. Este miedo solo refleja la inseguridad y la falta de confianza que se tiene hacia sí mismos.
5. Miedo al tamaño de los genitales, este es mas frecuente en el caso de los hombres; quienes esperan que su pene sea lo suficientemente grande y por ende poder satisfacer a su pareja. Aunque también existe por parte de las mujeres quienes sienten miedo, al descubrir en su pareja un pene muy grande ya que se cree que puede lastimarlas.

En sentido contrario se puede sufrir de trastornos fisiológicos en áreas genitales, como lo son malformaciones congénitas, en el caso del hombre puede ser pene bifido y pene doble, micro pene o descenso incompleto de los testículos (criptorquidia) y en el caso de las mujeres los labios menores pueden presentar alteraciones en su formación y se pueden encontrar

excesivamente grandes y sobresalientes, también se pueden encontrar asimétricos, la alteración más frecuente de los labios mayores es su falta de turgencia (hinchado). Así como el clítoris el cual puede tener un tamaño muy grande. Estos trastornos son causantes de miedo y pena por lo inusual (Berek, y Moore, 2004; Snell, 1976).

6. En el caso de las mujeres es más recurrente el miedo a sentir dolor, a la penetración y el temor a sangrar, esto afecta a la mayoría de ellas, aunque en algunos casos se llega a dar el mismo temor hacia el dolor o al penetrar, en el caso de los hombres, para ambos sexos se crea este temor por mitos sociales (en el caso de las mujeres) pero principalmente es el miedo a lo desconocido y al desconocimiento de su cuerpo.

Solo que se tenga un problema fisiológico es que podría doler la penetración, como lo es algún tipo de laceración o rozadura en genitales esto para ambos sexos; En el caso de las mujeres el que tengan un himen rígido o una insuficiente lubricación vaginal o en los hombres el que se tenga un prepucio poco flexible, son causas de mucho dolor (Berek, y Moore, 2004; Snell, 1976).

7. Para las mujeres el miedo a quedar embarazadas es una de los mayores limitantes para tener relaciones sexuales, aunque se da de manera mínima, en hombres también les causa angustia.
8. Uno de los miedos poco común, es el que se relaciona a la edad, aunque es visto que en las parejas de jóvenes existe una mayor edad por parte del varón y una menor edad en la mujer, se puede presentar a la inversa y no existiría problema, pero sin embargo, se puede presentar un rechazo por alguno de los géneros a entablar relaciones o encuentros sexuales con personas un poco mayores a ello (entre 3 a 6 años aproximadamente).
9. Miedo de hacer un mal papel en el sexo, es el temor por excelencia que agobia la cabeza de todas las parejas en su primera vez. Es lógico y comprensible ya que si en ambos casos de la pareja no existe una

experiencia previa se presentaran un sin número de cuestionamientos, ansiedades y errores de ejecución en el coito.

Claro que si alguno de los dos ya tiene experiencia, podrá ayudar a su pareja a evitar en lo posible la ansiedad y se cometerán los menores errores posibles.

10. El miedo provocado por los mitos sociales, es posiblemente uno de los miedos con mayor cantidad de elementos que propician una sexualidad reprimida, con temor, angustia y sobre todo una sexualidad fantasiosa, ya que en estos se encierran las herramientas necesarias por la sociedad para la represión del deseo y un ejercicio pleno de la sexualidad. Por mencionar algunos están, “te embarazas a la primer relación sexual”, “la eyaculación precoz la padecen sólo los hombres jóvenes”, “el hombre con un pene grande tiene mayor potencia sexual, que el que tiene un pene pequeño”, “el orgasmo debe llegar con la penetración del pene”, “cuantas más parejas tengamos, mejores amantes seremos”, estos solo son algunos ejemplos de mitos que se conocen entre la sociedad mexicana y en especial entre los jóvenes.

No.	Miedo sexual	Hombres	Mujeres
1	No logran una erección durante el acto sexual	X	
2	Eyaculación precoz	X	
3	A mostrarse desnudo	X	X
4	Al fracaso durante el encuentro sexual	X	X
5	Al tamaño de los genitales	X	X
6	Sensación de dolor	X	X
7	Miedo al embarazo		X
8	Miedo a la diferencia de edad	X	X
9	Hacer un mal papel en el sexo en su primera vez	X	X
10	Los mitos sociales	X	X

FIGURA 5.1 Los 10 principales miedos que aquejan a hombres y mujeres.

5.2

PERSPECTIVA CLÍNICA

La mala información en el desarrollo humano hace que se desencadenen miedos, muchos de ellos ligados a la experiencia sexual. Así como muchas de nuestras emociones "negativas" entran dentro de la categoría de "miedos sexuales", ya que la mayoría de éstos, se adquieren y son temores condicionados o impuestos por la sociedad. El sentir miedo a las relaciones sexuales es más frecuente de lo que se imaginan los adolescentes y causa muchas disfunciones sexuales de tipo situacional que a su vez, crean sentimientos de vergüenza, angustia y frustración de quienes las sufren (Masters y Johnson, 1970; Michael, 1996; Kaplan, 1974; Pérez, 1993; Sarason, 1986).

El miedo a gran escala se convierte en fobia y en todos los casos hace que la persona sienta una angustia tal que le impida realizar sus actividades cotidianas y en este caso, hacer el amor (acto coital) con la satisfacción, alegría y libertad con la que debería. La intensidad puede ser *leve*, donde pasado el temor inicial la persona puede disfrutar de las relaciones sexuales incluyendo llegar al orgasmo, o *grave* con verdaderas crisis de pánico con evitación de todo contacto sexual y cuadros corporales de palpitaciones, transpiración, sofocos, mareos, dolores abdominales, pasando por impotencia en el caso de los hombres o por vaginismo en el caso de las mujeres, así como otros trastornos de índole sexual y en casos muy graves convirtiéndose en un problema de somatización (Masters y Johnson, 1970; Michael, 1996; OMS, 1992; Sánchez, 2005).

Al existir una prevalencia con síntomas graves estamos ante la presencia de una fobia, la cual se convierte en un problema que puede traer muchas consecuencias, como lo es el aislamiento, la soledad afectiva y muchas veces emocional, ante la imposibilidad de tener pareja (OMS, 1992; Masters y Johnson, 1970; Michael, 1996; Sánchez, 2005).

Si vemos al miedo sexual desde la perspectiva del DSM-IV diríamos que es un trastorno afectivo o del estado de ánimo. Ya que son perturbaciones de las emociones que causan malestar subjetivo, entorpecen la capacidad de una persona para funcionar, o ambos. Porque los trastornos afectivos se caracterizan por alteraciones en el humor o estado emocional prolongado y a veces referidos como afectos (Michael, 1996).

Uno de de estos trastornos más comunes en el miedo es, trastorno por ansiedad generalizada (TAG), el cual se caracteriza por niveles altos y persistente de ansiedad y preocupación excesivas por muchas circunstancias de la vida, como en este caso lo puede ser una perturbación relacionada con el sexo y que no tiene un origen orgánico.

Cuando el miedo esta precedido por un evento previo, se estaría hablando de un trastorno por estrés postraumático (TEP), el cual se da por un trastorno por ansiedad que se desarrolla en respuesta a un trauma psicológico o físico extremo en esta situación se podría mencionar un coito forzado (violación) o un evento doloroso en exceso (Michael, 1996; OMS, 1992).

Otro trastorno implicado en el miedo y que es causa de problemas físicos como el vaginismo y los problemas de erección es el trastorno psicossomático, el cual causa enfermedades que tienen una base física válida, pero que en gran medida son provocadas por factores psicológicos como el estrés y la ansiedad (Michael, 1996; OMS, 1992).

En el caso de los trastornos sexuales y de la identidad sexual, se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales (Sarason, 1986). Como en el caso de la aversión al sexo, el individuo sufre una aversión extrema y persistente, es un estado en el cual la disposición física, mental y emocional para evitar el sexo domina en la vida de la persona que lo sufre. Consiste en la evitación de cualquier contacto sexual y/o genital con la pareja. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales (Sarason, 1986).

Desde la perspectiva clínica se mencionan algunos de los trastornos que preceden o causan el miedo y que se encuentran en los manuales diagnósticos como lo es el DSM-IV y el CIE- 10, los cuales se mencionan a detalle en el capítulo III y que en este capítulo nos permite tener la base psicopatológica de dichos manuales, pero que para fines de esta investigación nos permite entender mejor al miedo y la relación con el sexo, y por ende donde se manifiesta el miedo sexual como un trastorno de conducta pasajero y que sin implicaciones físicas, psicopatológicas y psicofisiológicas, solo pasa a ser un problema ocasional si se tienen las herramientas necesarias como el afrontamiento, para solucionar la crisis (Kaplan, 1974; Sarason, 1986).

5.3 PERSPECTIVA PSICOFISIOLÓGICA

La sexualidad humana tiene tres raíces fundamentales: la biológica, la motivo-afectivo-relacional, y la cognitiva.

Por lo general se descuida la dimensión biológica en las mujeres. Las hormonas son factores necesarios, pero no suficientes para mantener un deseo sexual satisfactorio. En las mujeres los estrógenos y en los hombres la testosterona informan al sistema nervioso central, actuando como factores neurotróficos y psicotróficos durante toda la vida. La función sexual humana puede considerarse como un circuito con cuatro estaciones principales: libido, excitación, orgasmo y recuerdos post-coitales. Estas etapas nos ayudan a explicar los mecanismos negativos y positivos de feedback que pueden afectar la función sexual en relación con la calidad de la experiencia sexual. Una relación sexual buena y satisfactoria inducirá a excitar los sentimientos físicos y emocionales y los buenos recuerdos que, a su vez, conducirán a un feedback fuertemente positivo en el deseo sexual y a todo el despliegue de acontecimientos restantes. En cambio una experiencia negativa o francamente dolorosa debida a problemas de excitación o del deseo ya sea (con la dispareunia, cistitis postcoital, vestibulitis, vaginitis y/o incapacidad orgásmica asociadas) tendrá como resultado un feedback negativo que puede conducir a la larga a un bloqueo total de la función sexual (Graziottin, 2000).

Por obvias razones los recuerdos post-coitales o post-orgásmicos negativos pueden afectar profundamente la función sexual del individuo y es importante el tener en cuenta que un recuerdo de dolor, particularmente en contextos fuertemente emocionales como el sexo, experimentan unos procesos de potenciación a largo plazo que se median principalmente por el factor de crecimiento nervioso. Los recuerdos del dolor, están profundamente ligados en el cerebro, y se mantendrán mucho más tiempo después de que se solucione la causa etiológica detrás del dolor físico (Graziottin, 2000).

Tomando en cuenta lo antes mencionado podemos decir que en si el ser humano es susceptible a sentir miedo, pero existen personas con una mayor predisposición a experimentar miedos en general lo que llevaría a que tengan un umbral biológico más sensible para reaccionar con estados de alerta. Tan sensible que el mecanismo se dispararía sin motivo alguno tomando en cuenta que existe un paulatino y constante desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC) hasta los 20 años, del que poco se habla. Desde nuestro punto de vista, las transformaciones neuropsicológicas deben describirse para comprender y explicar así las características de la conducta del adolescente de una manera global que es lo que pretendemos en este trabajo (Graziottin, 2000; Mas Colombo, et al., 2003)

De esta manera es importante decir que la maduración y desarrollo del cerebro humano son procesos discontinuos que se cumplen en etapas (Gogtay N., Giedd J.N., Lusk L., Hayashi K, Greenstein D., Vaituzis A.C. et al., 2004; Mas Colombo, et al., 2003). Estas etapas nos permiten hablar de una identidad funcional y estructural en la que intervienen factores ambientales, psicosociales y condicionamientos genéticos. Estos últimos nos permitirán contar con un programa de información genética general pero en ningún caso el desarrollo del cerebro será programado exclusivamente desde ahí (Mas Colombo et al, 2003; Winnicott, D., 1982). El Sistema Nervioso Central es producto de fenómenos vivenciales históricos, marcando en cada uno de nosotros distintas formas de comportamiento (Mas Colombo, et al; 2003).

De acuerdo con la psicofisiología la función sexual es controlada por el Sistema Nervioso Central a varios niveles corticales y las disfunciones sexuales pueden ocurrir entonces por alteraciones en cualquier punto de dicho sistema. La actividad genital y otros tejidos eréctiles son mediados por el Sistema Nervioso Parasimpático, el orgasmo y la eyaculación están bajo el control del Sistema Nervioso Simpático. En condiciones fisiológicas, los dos sistemas están en equilibrio, pero puede haber alteración en situaciones de respuesta de ansiedad, la cual puede ocurrir tanto en los hombres como en las mujeres. En el hombre, está asociada con la incapacidad para mantener la erección del pene o con una eyaculación prematura; en la mujer la dificultad está en no tener orgasmo antes de concluir su encuentro sexual de aquí que se desencadenen los miedos y con esto tenemos la vinculación de las vías psicofisiológicas de lo que llamamos miedos sexuales (Graziottin, 2000).

La causa fundamental del miedo en la respuesta sexual desde la perspectiva fisiológica es la presencia de la respuesta de ansiedad concomitante con el ejercicio de la función sexual, la cual establece una competencia entre ambas respuestas por el antagonismo entre las modificaciones fisiológicas que se producen en cada una, tanto a nivel vascular (vasocongestión y vasoespamo), como a nivel muscular (miotonia "in crescendo" e hipertonia) (Masters y Johnson, 1976).

Tal proceso lo han tratado de explicar Redmon, et al. (1983), en su reporte de dos casos de pacientes que han manifestado situaciones de ansiedad intensa por diversas razones, lo cual ha coincidido con la presencia de eyaculación espontánea; los autores de dicho reporte, manifiestan que el proceso se produce por un mecanismo noradrenérgico a nivel del Sistema Nervioso Central y recalcan que la mayoría de las publicaciones por ellos revisadas, se orientan hacia un punto de vista fisiológico, por lo que son más consistentes con la interacción entre ansiedad y actividad sexual.

Una de las situaciones que produce mayor respuesta de ansiedad es la preocupación ante el desempeño de la función sexual siguiendo un patrón previo. Dicha presión puede llevar al paciente a una respuesta de ansiedad intensa o una situación de pánico (Verliulst y Heiman, 1985).

Las personas inseguras, ambivalentes como evitativos, aunque expresado de modo diferente, la probabilidad de tener en la adolescencia un acceso dificultoso a la experiencia sexual será mayor por motivos inversos a las personas seguras. En cualquier caso la relación entre el comportamiento sexual y los afectos asociados abre importantes vías para la investigación (Verliulst y Heiman, 1985).

5.4 CONCLUSIONES

Para concluir con la parte clínica y psicofisiológica de los miedos sexuales, retomaremos dichas áreas de estudio y es por eso que llegamos a este punto diciendo que las experiencias sexuales traumáticas además de ser mas frecuentes en la población femenina, se asocian a la presencia de disfunciones sexuales, lo que no sucede en la población masculina, que es menos proclive a este tipo de experiencias; y es por eso que insistimos en que para el desarrollo de la sexualidad es indispensable tener información sexual, es decir una educación sexual verdaderamente eficaz y profunda, enfatizando que el sentir miedo es inevitable.

El tiempo, la práctica, la comunicación y comprensión son factores básicos para hacer frente a esas dudas y temores que opacan nuestra sexualidad y serán en conjunto con la educación las armas para hacer caso omiso a todos los miedos sexuales que podamos llegar a sentir alguna vez; sin dejar de lado que somos seres integrales y que nuestras hormonas sexuales contribuyen a la base de la función sexual y las señales biológicas conducen a una atracción sexual y a unos lazos que van de un lado a otro en cada una de las relaciones de pareja pero que su acción en la sexualidad humana depende fuertemente del contexto.

Capítulo 6

MÉTODO

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Basándonos en los antecedentes que existen acerca de estudios que relacionan la adolescencia con algunos temores sobre las primeras relaciones cóitales, propios de esta transición surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe diferencia en los estilos y estrategias de afrontamiento ante el miedo sexual entre hombres y mujeres adolescentes después de su primera relación coital?

Justificación

Esta investigación se realizó en una etapa de la vida tan importante como lo es la adolescencia en el marco del desarrollo humano.

Obteniendo así el significado del impacto psicológico que los adolescentes tienen sobre sus primeras relaciones coitales. Ahora bien la información que se recolectó facilitara el desarrollo de programas efectivos para trabajar con las y los adolescentes pensando en una sexualidad como un fin englobando los comportamientos, sin dejar de lado la parte afectiva, emocional y llena de significados desde una perspectiva integral neuropsicológica siendo esto el objetivo primordial.

Objetivo

- Ψ Determinar la etiología que ayude a entender el trastorno que se origina después de un evento estresante a nivel psicofisiológico, el cual se manifiesta después de la primera relación coital, con conductas concomitantes de miedo, pánico, ansiedad, estrés entre otras manifestaciones de afectación conductual y emocional.
- Ψ Específicamente se identificarán los estilos y estrategias de afrontamiento utilizados por las adolescentes.

Hipótesis de trabajo

Existen diferencias significativas en la resolución de los miedos sexuales después de las primeras relaciones coitales entre hombres y mujeres ya que ellas poseen una mayor gama de estilos y estrategias de afrontamiento.

Variables

- **Variable independiente**

Hombres y Mujeres (sexo)

- **Variable dependiente**

Estilos y estrategias de afrontamiento

Definición conceptual de variable Independiente.

La diferenciación sexual es la expresión fenotípica de un conjunto de factores genéticos que determinan que el individuo sea capaz de producir uno u otro tipo de células sexuales. Los individuos de sexo masculino, son los productores de espermatozoides, los individuos de sexo femenino, son los productores de óvulos (Berk, 1999; Papalia, 2001).

Definición conceptual de variable Dependiente.

El afrontamiento quedaría definido como «aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (Lazarus y Folkman, 1986).

Ahora bien hablamos de estilos de afrontamiento como variables disposicionales que influyen sobre la elección de las estrategias de afrontamiento, y propiamente las estrategias de afrontamiento como acciones concretas y específicas puestas en marcha para enfrentarse a la situación.

Definición operacional de la variable dependiente.

Estilos y estrategias de afrontamiento: las respuestas obtenidas en la Bateria conformada por BSFI (Brief Sexual Function Inventory), FSFI(Female Sexual

Function Index), TQ (El Cuestionario para Experiencias Traumáticas de Davidson), y el BAI (Beck Anxiety Inventory).

6.2 METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El estudio que se realizó es un estudio descriptivo. Estos estudios buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Es un estudio descriptivo que selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga (Sampieri. et. al., 1991).

Diseño

El diseño que se utilizó es un diseño no experimental de investigación transeccional o transversal. Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos.

Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables (dentro del enfoque cuantitativo) o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación (describirla como su nombre lo indica, dentro del enfoque cualitativo).

El procedimiento consiste en medir o ubicar un grupo de personas, objetos, situaciones, contextos, fenómenos en una variable o concepto (generalmente más de una variable o concepto) y proporcionar su descripción. Son por lo tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, estas también descriptivas (Sampieri. et. al., 1991).

Participantes

Se trabajó con alumnos de la Escuela Nacional Preparatoria No. 2 “Erasmus Castellanos Quinto” perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, conformado por 100 sujetos siendo 50 hombres y 50 mujeres. Los requisitos mínimos para la aplicación de la Batería fueron tener una edad de 16 a 20 años y que ya hayan tenido su primera relación sexual, y se excluyó a los adolescentes que no tuvieron su primera relación sexual, o bien que presentaron dificultades físicas y/o mentales o que se presentaron en estado etílico, lo que impidió responder la batería.

Escenario

La aplicación de las baterías se llevó a cabo en salones de clase, de las instalaciones de la ENP No. 2 “Erasmus Castellanos Quinto” perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, en donde se concentraron a los alumnos para contestar dicha prueba, siendo así 5 grupos de sexto año.

Muestreo

Para fines de este estudio se seleccionó una muestra no probabilística, debido a que no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, por intereses de la investigación solo se tomaron en cuenta quienes ya hayan tenido relaciones sexuales.

Siendo así un tipo de muestreo por cuotas que asienta generalmente la base de un buen conocimiento de los estratos de la población y/o de los individuos más "representativos" o "adecuados" para los fines de la investigación. Este tipo de muestreo fija unas "cuotas" que consisten en un número de individuos que reúnen determinadas condiciones.

Instrumentos

Batería conformada por los siguientes Instrumentos (ANEXO 1 y ANEXO 2):

- Ψ BSFI (Brief Sexual Function Inventory, O’Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, et al. 1995). Explora diferentes aspectos de la actividad sexual: impulso sexual; erección; eyaculación; y, satisfacción global con la sexualidad. El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido para los

diferentes dominios del BSFi han sido: impulso sexual (0.85-0.90); erección (0.90-0.95)); y, eyaculación (0.60-0.65). Los coeficiente de correlación intraclases (CCI) obtenido en la prueba test-retest, administrada con 7 días de diferencia, fue de 0.85-0.90 para el impulso sexual, 0.80-0.85 para la erección, y 0.75-0.80 para la eyaculación.

- Ψ FSFI (Female Sexual Function Index, Rosen RC, Brown C, Heiman J, 2000), es un cuestionario autoadministrado, el sujeto paciente tiene que responder a 19 cuestiones diferentes que mejor describa su situación sexual durante las últimas 4 semanas. La fiabilidad medida mediante la alfa de Cronbach fue mayor de 0.82 para los seis dominios (Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor) y para la escala en su conjunto y la fiabilidad test-retest analizada con el coeficiente de correlación de Pearson fue elevada en todos los dominios y en la puntuación total ($r = 0.79 - 0.88$).
- Ψ TQ (El Cuestionario para Experiencias Traumáticas de Davidson (1990), el Cuestionario para Experiencias Traumáticas fue diseñado para medir trastorno por estrés postraumático. El cual explora experiencias traumáticas a lo largo de la vida y en caso afirmativo la edad a la que sucedió y la duración. *Acontecimiento traumático que más preocupa en el momento actual* que investigan el acontecimiento estresante según los criterios diagnósticos del apartado A del DSM-IV. *Listado de síntomas* que exploran los criterios B-D del DSM-IV. El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach es de 0,67.
- Ψ BAI México es un instrumento que mide sintomatología de ansiedad, de manera clínica y/o experimental, en población mexicana, tanto psiquiatría como normal (Traducción y estandarización de Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. 2001).

La versión mexicana del BAI demuestra una alta consistencia interna (alphas de .84 y .83, en estudiantes y adultos respectivamente), alta confiabilidad Test Retest ($r=.75$), validez convergente adecuada (los índices de correlación entre el BAI y el IDARE son moderados, positivos y con una $p < .05$), y una estructura factorial de cuatro factores principales congruente con la referida por Osman y cols. (1993 en Robles, Varela, Jurado 2001) con un estudio similar con la versión en inglés del instrumento, que aunada

a la diferencia notable entre las puntuaciones promedio en el BAI de pacientes con trastornos por ansiedad y sujetos normales ($t = -19.11$, $P < .05$), la versión mexicana del BAI en español es un instrumento con una medida de validez para la sintomatología ansiosa en población mexicana.

Procedimiento

Se solicitó autorización a la dirección de la escuela nacional preparatoria (ENP No.2); siendo aceptada, se consiguieron 5 grupos de sexto año del turno matutino para la aplicación de la batería (ANEXO 1) y (ANEXO 2), se realizó de manera grupal, dentro de las instalaciones de la escuela. Las instrucciones dadas a los adolescentes fueron homogéneas, previamente se les dio una plática introductoria enfocada a la sexualidad y las infecciones de transmisión sexual, aunado a un folleto informativo que se les entregó durante dicha plática. El tiempo por grupo fue de 50 minutos dividiendo 20 minutos para la plática y el tiempo restante para la aplicación del instrumento (ANEXO 1) y (ANEXO 2). Una vez obtenidas todas las aplicaciones se efectuó la calificación de la batería y se llevó a cabo el análisis de los resultados que se obtuvieron.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los test t indican diferencias entre las muestras sirviéndose de las medias y de la distribución de los valores muestrales en torno a la media.

Para la presente Investigación el análisis estadístico se realizó a través del programa estadístico SPSS, usando una prueba t para medias independientes, ya que en esta prueba, se presentaron medias de dos grupos de personas completamente separados cuyos valores son independientes el uno del otro.

En esta prueba para medias independientes se tiene en cuenta dos poblaciones, el investigador no conoce la media de ninguna de las dos poblaciones, pero, efectivamente sabe que si la hipótesis nula es verdadera esas dos poblaciones tienen la misma media. Si las dos poblaciones tienen la misma media, la distribución de medias de cada una de ellas, tendrá también la misma media (Aron y Aron, 2001).

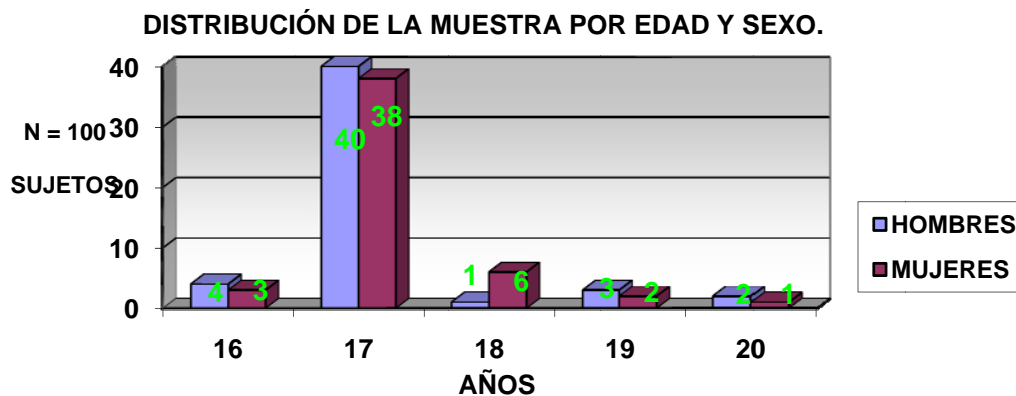
Capítulo 7

Resultados y conclusiones

7.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

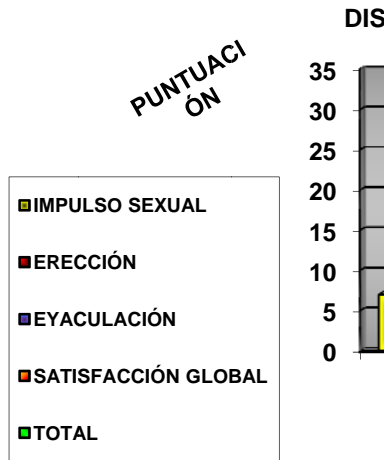
La población estudiada fue de 100 adolescentes siendo 50 hombres y 50 mujeres del último año de Preparatoria, teniendo un promedio de edad de 17.18 años para hombres y 17.20 para mujeres, como puede apreciarse en la gráfica 1.

Debido a los objetivos de la investigación se decidió tomar en cuenta a los adolescentes que ya habían tenido relaciones sexuales y que se encontraran dentro del rango de edad establecido que es de 16 a 20 años.



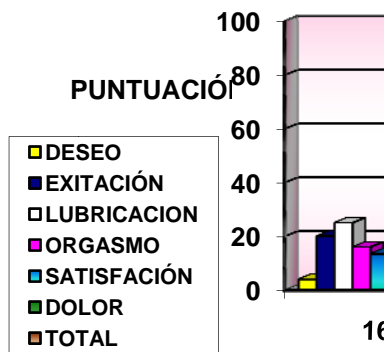
Gráfica 1. Promedios de la población por edad y sexo.

Por otra parte, el BSFI (Brief Sexual Function Inventory), clasificó a los adolescentes hombres por edad, obteniendo así las medias de cada grupo en cada una de las cuatro áreas del inventario. Al tener la suma total de las cuatro áreas (impulso sexual, erección, eyaculación, satisfacción global), se observa que los hombres cubren un mayor rango en su conducta sexual entre los 18 y los 20 años de edad; ya que entre esas edades es donde se encuentra la mayor puntuación de respuestas posibles del inventario, con un 73% de satisfacción (ver gráfica 2).



Gráfica 2. Muestra la sa puntaje de 18 a 20 años.

Así mismo, los datos corr muestra que las mujeres 20 años de edad en las a Orgasmo, Satisfacción y l 90 % como se observa en por lo menos en los dos ú



Gráfica 3. Muestra la sati puntaje de 18 a 20 años.

En el cuadro 1, se agrupar los cuales se retoman las en donde impulso sexual observa que los hombres

7.2 CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que afrontamiento y bienestar están relacionados. Aunque no se puede señalar qué variable influye sobre la otra, se ha observado que los adolescentes utilizan distintas estrategias según el nivel de bienestar. El alto bienestar estaría relacionado con los estilos dirigido a la resolución del problema y de relación con los demás.

Estos resultados ponen de manifiesto que, en los adolescentes, el bienestar psicológico, más que la edad o el género, establece diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento que utilizan.

Respecto al género los resultados en el estilo focalizado en el problema son contradictorios. Frydenberg y Lewis (1991) puntaron la ausencia de diferencias, y posteriormente (Frydenberg y Lewis, 1999) se observó que los varones utilizaban la búsqueda de diversiones relajantes y la distracción física más que las mujeres. En el estilo focalizado en la emoción parece haber acuerdo, relacionándose con las mujeres adolescentes en la búsqueda de apoyo social. Es por eso que los resultados de la batería aplicada para esta investigación coincide con lo antes dicho reflejando así un 18% de las mujeres que demandan más el apoyo social a diferencia de los hombres quienes tienen escasamente un 10% de dicho estilo.

Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en el problema (es decir, buscar consejo, información, vías de solución) no cabe duda de que este procedimiento también sirve como una importante fuente de apoyo emocional (alivio, empatía y ayuda física).

En conclusión, las investigaciones consultadas muestran que el adolescente utiliza una jerarquía de estrategias para enfrentarse a los problemas específicos (Frydenberg y Lewis, 1994) y que con su experiencia aumenta su repertorio (Williams y McGillicudy, 2000). Se señala la existencia de diferencias de género, en el estilo focalizado en la emoción que estaría

asociado a las mujeres (Frydenberg y Lewis, 1991; Plancherel y Bolognini, 1995), relacionándose con un mayor bienestar psicológico en los varones. El estilo focalizado en el problema parece estar asociado a un mayor bienestar en ambos sexos.

Es importante plantear, que la complejidad del fenómeno del estrés y sus modos de afrontamiento nos imponen desafíos teóricos, como terapeutas, investigadores y como educadores, en tanto requieren integrar factores diversos que interactúen entre sí dentro de un marco teórico amplio, con el fin de comprender este multifacético fenómeno (Leibovich y otros, 2002).

Es por eso que el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir muchas variables interfiriéndolo o potenciándolo. Tanto los factores internos (estilos habituales de afrontamiento y algunas variables de personalidad) como los externos (recursos materiales, apoyo social y la actuación de otros factores estresantes simultáneos) pueden modular, de forma favorable o desfavorable, el impacto de un estresor.

Por lo anterior es que recomendamos para estudios posteriores la búsqueda de una población que no se limite a un solo plantel ni a un solo turno ya que restringe los resultados y/o el conocimiento general de la conducta generalizada de los y las adolescentes hacia los estilos y estrategias de afrontamiento enfocado a la población de bachillerato que es la que se ha planteado.

REFERENCIAS.

Alfaro, L, Rivera, S., Díaz-Loving R. (1992). **Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y sida en estudiantes de preparatoria.** La psicología social en México, vol 4, pp. 95-101.

Aron, A. y Aron, E. (2001). **Estadística para psicología.** 2ª edición. Prentice Hall. Brasil.

Arteaga, K. (2004). **Significado de erotismo protegido y conductas sexuales de riesgo de adolescentes en una secundaria privada.** México: UNAM. Tesis de licenciatura.

Aunola, K., Stattin, K. y Nurmi, E. (2000). **Parenting styles and adolescents achievement strategies.** Journal of Adolescence, vol. 23, pp. 205-222.

Avia MD, Vázquez, C. (1998). **Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas.** Madrid: Alianza.

Ax, A. (1953). **The physiological differentiation between fear and anger in humans.** Psychosomatic Medicine, vol. 15, pp 433.

Belloch, A., Sandín, B. (1996). **Manual de psicopatología.** McGraw-Hill Interamericana. México.

Berek, Jonathan S. (2004). **Ginecología de NOVAK.** 13ª ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México.

Berk, Laura E. (1999). **Desarrollo del niño y el adolescente.** México, Prentice Hall, 4ª edición. pp. 534, 535, 619.

Bocchino, S. (2006). **Bases psiconeuroendócrinas del dimorfismo sexual cerebral.** Revista de Psiquiatría de Uruguay, vol. 70, (2), pp. 167-177.

Boekaerts, M. (1996). **Coping with stress in childhood and adolescence.** En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), Handbook of coping. Theory, research, applications Nueva York: John Wiley & Sons, pp. 452-484.

Bonet J, Luchina C. (1998) **El estrés, la integración central de la respuesta y el sistema de respuestas neuroinmunoendócrinas.** En: **Estres y procesos de enfermedad.** Arias P. y col. Ed. Biblos. Buenos Aires, Argentina.

Brannon, L. (2001). **Psicología de la salud.** Madrid: Paraninfo.

Breedlove SM. (1994). **Sexual differentiation of the human nervous system.** Annu Rev Psychol; vol. 45, pp. 389-418.

Carboles, J.A. (1990). **Biología y psicofisiología de la conducta sexual.** Fundación Universidad Empresa: Madrid.

Carlson, N. (1996). **Fundamentos de Psicología Fisiológica**. (3a. Edición). México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.

Carrizo Barrera Héctor y et al. (1982). **La educación de la sexualidad humana (educación y sexualidad)**. México: Ed. Consejo Nacional de Población.

Carvajal, C. (2002). **Bases Neurobiológicas y Farmacológicas del Trastorno de Estrés Post-Traumático**. Rev Chil. Neuropsiquiatría, vol. 40, (Supl 2), pp. 40-68.

Casada J, Amdur R. (1998). **Psychophysiological responsivity in posttraumatic stress disorder: generalized hyperresponsiveness versus trauma specificity**. Biol Psychiatry, vol, 44, pp. 1037-1044.

Casares S. J. (2004). **Diccionario ideológico de la real Academia Española**. Editorial Gustavo Gili, S.L., pp. 423.

Castillo, S. (1989). **Actitudes y prejuicios hacia el uso de métodos anticonceptivos: un estudio exploratorio**. México: UNAM. Tesis de maestría.

Casullo, M. M. y Fernández Liporase, M. (2001). **Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes**. Revista del instituto de investigaciones, Buenos Aires, Facultad de Psicología, Vol. 6, (1), pp. 25-49.

Cenci, M., Kalen, P., Mandel, R., Björklund, A. (1992). **Regional differences in the regulation of dopamine and noradrenalina release in medial frontal cortex, nucleus accumbens and caudate-putamen: a microdialysis study in the rat**. Brain Research, vol. 581, pp. 217-228.

Christian, G. (1973). **Historia de la sexualidad**. México, Posada. pp. 111-153.

Coleman C.J. (2004). **Psicología de la adolescencia**. Madrid, Morata. pp. 31-38, 106-110.

Coplan, JD., Lydiard, RB. (1998). **Brain circuits in Panic Disorder**. Biological Psychiatry, vol. 44, pp. 1264-1276.

Craig, G. (1994). **Desarrollo Psicológico**. México: Prentice-Hall.

Damasio, R. (1997). **Towards a neuropathology of emotion and mood**. Nature, vol. 386, pp. 769-770.

Damasio, R. y Van Hoesen, W. (1984). **Emotional disturbances associated with focal lesions of the limbic frontal lobe**. En K.M. Heilman y P. Satz (Eds.), Neuropsychology of human emotion. New York: The Guilford Press.

Davidson JRT, Smith R. (1990) **Traumatic experiences in psychiatric outpatients**. J Trauma Stress vol. 3, pp. 459-475.

Davis M. (1992). **The role of the amygdala in fear and anxiety**. Ann Rev Neurosciences. vol. 15, pp. 353-375.

Davis, M. (1998). **Are Different Parts of the Extended Amygdala Involved in Fear versus Anxiety?**. Biol. Psychiatry, vol. 44, (12), pp. 1239-1247

Della Mora M. (2006) **Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas**. Revista Iberoamericana de Educación, vol. 38, (3) pp. 1-15.

Delval, J (2000). **El desarrollo Humano**. México; Siglo veintiuno editores.

Díaz- Loving, R. Alfaro, L. (1995). **Factores psicosociales relacionados con el contagio de VIH en estudiantes de preparatoria**. Revista Interamericana de psicología, vol. 29 (2), pp. 215-226.

Donaldson, D., Prinstein, J., Danovsky, M. y Spirito, A. (2000). **Patterns of children.s coping with life stress: Implications for clinicians**. American Journal of Orthopsychiatry, vol. 70(3), pp. 351-359.

Eshel, N., Nelson, E., Blair, J., Pine, S. y Ernst, M. (2007). **Neural substrates of choice selection in adults and adolescents: Development of the ventrolateral prefrontal and anterior cingulated cortices**. Neuropsychologia, vol. 45, pp. 1270-1279.

Estevez Gonzalez, A., García Sánchez, C, Barraquer Bordas, LL. (2000). **Los Lóbulos Frontales: el cerebro ejecutivo**. Rev Neurol. Vol. 31(6), pp. 566-577.

Feldman S. R. (2002). **Psicología, con aplicaciones en países de habla hispana**. México: Mc Graw Hill, pp. 433-439

Fernández Abascal E. (1995). **Manual de motivación y emoción, Cap. 13**. España, Centro de estudios Ramón Areces, pp. 487- 501.

Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1985). **If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination**. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 48(1), pp. 150 170.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, J.R. (1986). **Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes**. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 50(5), pp. 992-1003.

Foucault, M. (1999). **Historia de la sexualidad, Tom. 2- el uso de los placeres**. Ed. Siglo XXI editores, 13ª. pp. 7-230.

Freud, S. (1895). **Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología**. Obras Completas, Vol III; Buenos Aires, Amorrortu.

Freud, S. (1896). **Manuscrito K. Las neurosis de defensa. (Un cuento de Navidad) (1° de enero)**, Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, vol. 1, pp. 262.

- Freud, S. (1905). **Ensayos sobre sexualidad**. Madrid : Sarpe. pp. 92- 124.
- Frydenberg, E. (1997). **Adolescent coping**. Theoretical and Research Perspectives. New York. Routledge.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1991). **Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope**. Journal of Adolescence, vol. 14, pp. 119-133.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1994). **Coping with different concerns: Consistency and variation in coping strategies used by adolescents**. Australian Psychologist, vol. 29(1), pp. 45-48.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996a). **Manual: ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes**. Adaptado por J. Pereña y N. Seisdedos. Madrid. TEA (Orig. 1993).
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996b). **A replication study of the structure of the Adolescent Coping Scale: Multiple forms and applications of a selfreport inventory in a counselling and research context**. European Journal of Psychological Assessment, vol. 12(3), pp. 224-235.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1999). **Things don't better just because you're older: A case for facilitating reflection**. British Journal of Educational Psychology, vol. 69, pp. 81-94.
- Funk, D., Stewart, J. (1996). **Role of catecholamines in the frontal cortex in the modulation of basal and stress-induced autonomic output in rats**. Brain Research, vol. 74, pp. 220-229.
- Gálvez Juan F. (2005). **Trastornos por estres y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas**. Colombia, Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 34, (1), pp. 77-100.
- Gallagher et cols. (1977). **Memory formation: evidence for specific neurochemical system in the amígdala**. Science, vol. 198, pp. 423-425.
- Galletero Mariano J, Guimón José. (2003). **Etiología de la ansiedad**. Monografías de Psiquiatría, vol. 1 (4), pp. 1-11.
- Gamble, C. (1994). **Perceptions of controlability and other stressor event characteristics as determinants of coping among young adolescents and young adults**. Journal of Youth and Adolescence, vol. 23, pp. 65-84.
- Gibert Rahola J, Ferrando Bundío L. (2000). **Neurobiología y neuroendocrinología**. En: Leal Cercós C. **Trastornos depresivos en la mujer**. Barcelona: Masson.
- Gil-Verona J., Macías J. (2003). **Diferencias sexuales en el sistema nervioso humano. Una revisión desde el punto de vista psiconeurobiológico**.

International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 3, (2), pp. 351-361.

Gogtay N., Giedd J.N., Lusk L., Hayashi K, Greenstein D., Vaituzis A.C. et al (2004) **Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood.** Proc Natl. Acad. Sci, vol.101 (21) pp. 8174-8179.

Goldberg, E. (2001). **The executive brain: Frontal lobes and the civilized mind.** Nueva York: Oxford University Press.

Golier J, Yehuda R. (1998). **Neuroendocrine activity and memory related impairments in posttraumatic stress disorder.** Psychopathol. vol. 10, pp. 857-869.

Gómez-Fraguela J, Luengo-Martín Á. (2006). **Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática.** International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 6, (3), pp. 581-597.

González Barrón, R., Montoya Castilla, I. (2002). **Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes.** Psichema, vol. 14, (2), pp. 363-368.

González de Rivera J. L. (1991). **Procesos Psicopatogénéticos en medicina.** Monografías de Psiquiatría; Vol. III (3). pp. 1-7.

Gorski, R.A. (1998). **Development of the cerebral cortex.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol. 37, pp. 1337-1339.

Gouchie, C. y Kimura, D. (1991). **The relation between testosterone levels and cognitive ability patterns.** Psyconeuroendocrinology, vol. 16, pp. 323-334.

Gould E, Woolley C, McEwen B. (1990). **Shortterm glucocorticoid manipulations affect neural morphology and survival in the adult dentate gyrus.** Neurosciences. vol. 37, pp. 367-375.

Graziottin, A. (2000). **Base biológica de la sexualidad femenina.** España. Revista de Toxicomanías, vol. 23, pp. 27-36.

Groer, M.W., Thomas, S.P. y Shoffner, D. (1992). **Adolescent stress and coping: A longitudinal study.** Research in Nursing and Health, vol.15, pp. 209-217.

Halsband, SA. (1998). **Tratamiento Psicofarmacológico del Trastorno por Estrés Postraumático.** Rev. Arg. de Psiquiat, vol. 9, pp. 67-71.

Hawton Keith (1988). **Terapia sexual.** México: Doyma.

Hodges H, Green S, Glenn B. (1997). **Evidence that the amygdala is involved in benzodiazepine and serotonergic effects on punished responding but not on discrimination.** *Psychopharmacology*, vol. 92, pp. 491-504.

Holahan CJ, Moos RH. (1987). **Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children.** *J Abn Psychol*, vol. 96, pp. 3-13.

Humber, G. (1986). **Stress y conflicto.** Madrid: Parainfo.

Ivanovic-Zuvic F. (2001). **Diagnóstico diferencial de las crisis de angustia.** Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile.

Izquierdo, M. C. (2003). **El mundo de los adolescentes.** México: Trillas.

Kaplan Helen S. (1974) **New Sex Therapy: Active Treatment Of Sexual Dysfunctions.** New York: Brunner/Mazel.

Kent J, Sullivan G, Rauch S. (2000). **The neurobiology of fear: relevance to panic disorder and PTSD.** *Psychiatr Ann.* vol. 30 (12), pp. 733-742.

Lang, P. J. (1968). **Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct.** In J. M. Shleien, Ed.: *Research in Psychotherapy, III.* Washington: American Psychological Association.

Lazarus R.S, Folkman S. (1986). **Estrés y procesos cognitivos.** Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1984.), pp. 164.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping.** New York: Springer.

Le Doux E, Iwata J. (1998). **Different projections of the central amygdaloid nucleus mediate autonomic and behavioral correlates of conditioned fear.** *Journal of Neurosciences.* vol. 8, pp. 2517-2529.

Leng G., Russell, A. (1998). **Learning to cope with repeated stress.** *The Journal of Physiology*, vol. 510 (2), pp. 331.

Leibovich de Figueroa, N. , Schmidt, V. (2002). **“Afrontamiento”, en El “malestar” y su evaluacion en diferentes contextos.** Buenos aires: Eudeba.

Luna, B., Thulborn, K.R., Munoz, D.P., Merriam, E.P., Garver, K.E., Minshew, N.J., et al. (2001). **Maturation of widely distributed brain function subserves cognitive development.** *NeuroImage*, vol. 13, pp. 786-793.

Madeira M.D., Lieberman A.R. (1995). **Sexual dimorphism in the mammalian limbic system.** *Prog. Neurobiol*, vol. 45, pp. 275-333.

Martínez M. R. (2001). **Conducta sexual y procesos psicológicos moduladores, en mujeres y hombres.** Archivos Hispanoamericanos de Sexología, vol. VI, (2), pp.133-152.

Mas Colombo, E. Risueño, A; Motta I (2003). **Función ejecutiva y conductas impulsivas.** En Saiz Ruiz, J. (Presidente) IV Congreso virtual de Psiquiatría. Disponible en <http://www.kennedy.edu.ar/Deptos/Biopsicologia/pdf/ConductasImpulsivas.pdf>

Masters H. William y et al. (1995). **La sexualidad humana.** Barcelona, España: Ed. Grijalbo.

Masters W, Johnson V. (1976). **Respuesta sexual humana.** Edit. Intermédica México, D.F.

McEwen B, Gould E. (1995). **Stress and brain: a paradoxical role for adrenal steroids. In: Vitamins and hormones.** San Diego: Academic Press; pp. 371-402.

Menéndez Benavente I. (2005). **Crisis de adolescencia. Clínica de psicología,** España, pp. 1-16 Disponible en: <http://www.p psicoactiva.com/arti/default.asp?id=29&dp=0>

Michael B. First, Allen Frances, Harold A., Pincus; tr. G. Massana Montejo, E., Massana Montejo. (1996). **DSM-IV manual de diagnóstico diferencial.** Barcelona; México: Masson.

Money J, Ehrhardt A. (1972). **Man and Woman, Boy and Girl: the Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity.** Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Moore y Persaud. (2004). **Embriología Clínica.** 7ma. ed. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana. México.

Morales H. H. (1998). **Actitudes de los Adolescentes ante la Sexualidad.** Archivos Hispanoamericanos de Sexología, vol. IV, (2), pp. 229- 258.

Nájera, M. y Rodríguez, A. (1991). **Influencia de la calidad de la relación padres-hijos en el aumento de adolescentes que tienen relaciones sexuales y actitudes que presentan hacia ellas.** México: Tesis de licenciatura.

Navarro, M. (2000). **Acercamiento al estrés en una muestra de estudiantes de medicina.** [Versión electrónica] Revista del instituto superior de ciencias médicas de la Habana; vol. 15, pp.25-32.

Nelson C, Carver L. (1998). **The effects of stress and trauma on brain and memory: a view from developmental cognitive neuroscience.** Psychopathol. vol. 10, pp. 793-809.

Nestler E, Steven H, Malenka R. (2001) **Molecular neuropharmacology: a foundation of clinical neurosciences**. New York: McGraw-Hill; pp. 327-334.

Ninan, P. (1999). **The Functional Anatomy, Neurochemistry and Pharmacology of Anxiety**. Journal Clinical Psychiatry, GP, Suppl, vol. 22, pp. 12-17.

Offer, B. y Offer S.B. (1975). **From teenage to Young manhood, a psychological study**. New York, Basic Books.

O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, et al. (1995). **A brief male sexual function inventory for urology**. Urology, Volume 46 (5), Pages 697-706

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). **Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico**. CIE 10. Madrid. Mediator.

Ozawa H. (2005). **Steroid hormones, their receptors and neuroendocrine system**. J Nippon Med Sch, vol. 72, pp. 316-325.

Papalia, D. (2001). **Desarrollo Humano**. Colombia, Mc Graw Hill. 8ª ed. pp. 576 - 579.

Pennebaker, JW., Susman JR. (1988). **Disclosure of traumas and psychosomatic processes**. Soc Sci Med, vol 26, pp. 327-332.

Pérez Feo, M. (1993). **Sexualidad humana y causas de disfunciones sexuales**. Venezuela. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, vol. 1 (3), pp. 101-109.

Pigott T. (2002). **Anxiety Disorders**. In: Kornstein S, Clayton A. **Women's Mental Health. A Comprehensive Textbook**. New York: The Guilford Press. pp. 195-221.

Pineda, D. (1999) **La función ejecutiva y sus trastornos**. Disponible en: neurologia.rediris.es/congreso/index.html

Pinel John P. J. **Biopsicología**. 6a ed. Madrid; México: Pearson Educación, 2007. pp. 352-374.

Pitman K, Orr SP. (1986) **Test of the conditioning model of neuroses: differential aversive conditioning of angry and neutral facial expressions in anxiety disorder patients**. Journal Abnormal Psychology, vol. 95, pp. 208-213.

Plancherel, B. y Bolognini, M. (1995). **Coping and mental health in early adolescence**. Journal of Adolescence, vol. 18, pp. 459-474.

Rahola J. Gibert, Bundío F. (2000) **Neurobiología y neuroendocrinología**. En: Leal Cercós C. **Trastornos depresivos en la mujer**. Barcelona: Masson.

Ramírez Hernández C., Escamilla Moncada I., (2003). **Las relaciones sexuales en las (os) adolescentes, deseo, amor, curiosidad y placer.** Archivos Hispanoamericanos de Sexología, vol. IX, (2), pp. 235-254.

Rauch S. (2000). **Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in PTSD: a functional MRI study.** Biological Psychiatry. vol. 47, pp. 769-776.

Reeve, J. (1994). **Motivación y emoción.** Madrid: Mc Graw Hill.

Redmond D, Kosten T, Reiser M. 1983. **Spontaneous ejaculation associated with anxiety: Psychophysiological considerations.** Journal Psychiatry, vol. 140, pp. 1163-1166.

Reymond-Rivier, B. (1986). **El desarrollo social del niño y del adolescente.** Barcelona: Herder.

Rice, P. F. (1997). **Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital.** México: Prentice Hall.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). **Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométrías.** Revista Mexicana de Psicología, Vol. 18, (2), pp. 211-218.

Romeo, D., Richardson, N., Sisk, L. (2002). **Puberty and the maturation of the male brain and sexual behavior: A recasting of behavioral potentials.** Neuroscience and Biobehavioral Reviews, vol. 26, pp. 379-389.

Rosen RC, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R, JR. (2000). **The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function.** Journal of Sex & Marital Therapy. Vol.26 pp.191-208.

Rosenzweig, Mark, Leiman Arnold. (1995). **Psicología Fisiológica.** México. Ed. McGraw-Hill. 2a Edición. pp. 624-634.

Roosendaal B. (2000) **Glucocorticoids and the regulation of memory consolidation.** Psychoneuroendocrinology. vol. 25, pp. 213-238.

Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, L. (1991). **Metodología de la investigación.** Mc Graw-Hill. Estado de México.

Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J. (2005). **Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: Comparación de género en una muestra de la ciudad de México.** México, Salud Mental, vol. 28 (4), pp. 74-80.

Sánchez-Carpintero, R., Narbona, J. (2001). **Revisión conceptual del sistema ejecutivo y su estudio en el niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.** Revista de Neurología, vol. 33 (1), pp. 47-53.

Sánchez-Navarro J., Román F. (2004). **Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional.** España, Anales de Psicología, vol. 20, (2), pp. 223-240.

Sánchez-Sosa J., Hernández-Guzmán L. (1995). **Perfil sexológico del adolescente escolar de la Ciudad de México.** Archivos Hispanoamericanos de Sexología, vol. 1, (2), pp.169-200.

Sandín, B. (2003). **El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales.** International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 3, pp. 141-157.

Santana Ramos, N. (2007). **Receptores monoaminérgicos en corteza prefrontal: mecanismo de acción de fármacos antipsicóticos.** Tesis Doctoral. Barcelona. pp. 1-24.

Sarason, I, Sarason, B. (1986). **Psicología Anormal. Los Problemas De La Conducta Desadaptada.** México: Trillas.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DESARROLLO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (1991). **El adolescente y su entorno social: la familia; conducta sexual reproductora responsable.** México.

Sierra Juan C., Ortega V. (2003). **Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar.** Brasil, Rev. Mal-estar E subjetividade, vol. 3, (1), pp. 10-59.

Snell, Richard S. (1976). **Embriología Médica.** 2ª ed. Nueva Edición. Interamericana. México.

Southwick S, Bremner D. (1994). **Psychobiologic research in PTSD.** Psychiatric Clinical of North America. vol. 17(2), pp. 251-64.

Southwick S, Bremner D. (1999). **Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of PTSD.** Biological Psychiatry. vol. 46, pp. 1192-1204.

Stahl, S. (1998). **Psicofarmacología Esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Cap 7, Traducido por Rosa Redolat Ibarra.** Editorial Planeta Argentina, vol. 4, pp. 247-304.

Stern, M. y Zevon, A. (1990). **Stress, coping and family environment. The adolescents response occurring stressors.** Journal of Pediatric Psychology, vol. 13, pp. 555-574.

Stone, A., Helder L., Schneider S. (1988). **Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. En: Cohen LH (ed.). Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues.** Newbury Park: Sage, pp. 182-210.

Stuss, H., Benson, F. (1984). **Neuropsychological studies of the frontal lobes.** Psychological Bulletin, vol. 95, pp. 3 - 28.

Taylor, S. (1990). **Health Psychology.** New York: McGraw-Hill.

Tirado, O. (1985). **Bases biológicas del desarrollo psicosexual del adolescente.** Boletín Médico del Hospital Infantil de México, vol. 42 pp. 332-336.

Tobal Miguel, J.J. (1990). **La ansiedad.** En J. Mayor y L. Pinillos (Eds.): Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción, Madrid: Alhambra. (Vol. 3), pp. 309-344.

Tobal Miguel, J.J; Casado, M. (1999). **Ansiedad: aspectos básicos y de intervención.** En FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. y PALMERO, F. (coords.). Emociones y salud. Barcelona: Ariel. pp. 92-96.

Torres, A., Gómez-Gil. (2006). **Diferencias de género en las funciones cognitivas e influencia de las hormonas sexuales.** Actas Esp Psiquiatr, vol. 34 (6), pp. 408-415.

Torres Marco A. (1998). **Comportamiento erótico de los y las adolescentes.** Archivos Hispanoamericanos de Sexología, vol. IV, (2), pp. 259-306.

Toth S, Cicchetti D. (1998). **Remembering, forgetting, and the effects of trauma on memory: a developmental psychopathology perspective.** Psychopathology. vol. 10, pp. 589-605.

Usall, J. (2002). **Sexo y cerebro: diferencias morfológicas y funcionales entre mujeres y hombres.** Actas Españolas de Psiquiatría, vol. 30 (3), pp. 189-194.

Valdés, M., De Flores, T. (1990). **Psicobiología del estrés.** Barcelona: Martínez Roca.

Vargas-Trujillo E., Gambara H., Botella J. (2006). **Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico.** International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 6, (3), pp. 665 - 695.

Vázquez C, Ring C. (1992). **What do you do and what do you feel when you feel blue? Trabajo presentado en el II World Congress of Cognitive Therapy.** Toronto:Canadá.

Vázquez, M. (1997). **Estudio de actitudes hacia la sexualidad en adolescentes y factores que intervienen en su formación.** México: UNAM. Tesis de licenciatura.

Velasco, J. (2003). **Identidad sexual de los adolescentes indígenas nahuas de la Sierra Gorda del Estado de Hidalgo.** México: UNAM. Tesis de maestría.

Verhulst y Heiman. (1985). **Sexual dysfunction. A guide to evaluation and intervention.** Journal Postgraduate Medicine, vol. 77, pp. 295-303.

Weyandt, L., Willis, G. (1994). **Executive function in school aged children: potential efficacy of tasks in discriminating clinical groups.** Developmental Neuropsychology, vol. 10, pp. 27 - 38.

Williams, K., Y Mcgillicuddy, D. L. A. (2000): **“Coping Strategies in Adolescents”**, en Journal of Applied Developmental Psychology, vol. 20 (4), pp. 537-549.

Winnicott, D. W, (1982). **Realidad y Juego.** 3º Edic. Editorial Gedisa, Barcelona.

Yehuda R. (1999). **Biological factors associated with susceptibility to Posttraumatic Stress disorder.** Canadian Journal Psychiatry. vol. 44 pp. 9-34.

Yokoo, H., Tanaka, M., Yoshida, M., Tsuda, A., Tanaka, T., & Mizoguchi, K. (1990). **Direct evidence of conditioned fear-elicited enhancement of noradrenalina release in the rat hypothalamus assessed by intracranial microdialysis.** Brain Research, vol. 536, pp. 305-308.

ANEXOS

NOTA: INVENTARIOS FSFI, BSFI Y TQ SON VERSIONES CON FIRMA ELECTRÓNICAS POR LOS AUTORES AHÍ INSCRITOS GOOGLE/BUSCADOR WWW.HUMSOFTWARE.COM, WWW.PSICOJACK.COM/PSICOMETRICOS.HTML. EL BAI, TOMADO DE: REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGIA, UNAM: ROBLES, R., VARELA, R., JURADO, S., PÁEZ, F. (2001).



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA (C. U.)

ANEXO 1
FORMATO A



BATERÍA DE CONDUCTAS Y MALESTARES DE INTERES SEXUAL

FECHA _____ SEXO. MASCULINO () FEMENINO ()
EDAD _____ GRADO ESCOLAR ACTUAL _____

LA FINALIDAD DE ESTE CUESTIONARIO ES AVERIGUAR TUS DUDAS, INQUIETUDES, MALESTARES, SENTIMIENTOS Y EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE TU CUERPO, EN EL EJERCIMIENTO DE TU SEXUALIDAD, POR LO QUE TE PEDIMOS QUE CONTESTES HONESTAMENTE Y DE LA MEJOR FORMA POSIBLE A LAS PREGUNTAS.

LA INFORMACIÓN DE ESTE TEST ES CONFIDENCIAL Y POR ENDE ANÓNIMA, Y SERÁN UTILIZADOS PARA LA INVESTIGACIÓN CORRESPONDIENTE. NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS

INSRTUCCIONES:

ANTES DE EMPEZAR TE SUGERIMOS QUE NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR Y EVITA PONER MAS DE UNA RESPUESTA; SIGUE LAS INDICACIONES QUE APARECEN AL INICIO DE CADA SECCIÓN.

SELECCIONA LA OPCION QUE CORRESPONDA A LA PREGUNTA QUE SE TE HACE.

IMPULSOS = DESEOS

“BSFI

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días ha experimentado impulsos sexuales?

Ningún día Pocos días Algunos días La mayoría de los días Casi todos los días

2. Durante los últimos 30 días, ¿cómo valoraría su nivel de impulso sexual?

Nulo Bajo Medio Medio-Alto Alto

3. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo erecciones completas o parciales tras ser estimulado sexualmente de cualquier modo?

Nunca Pocas veces Bastantes veces Casi siempre Siempre

4. Durante los últimos 30 días, ¿cuándo tuvo erecciones, con qué frecuencia éstas fueron lo bastante firmes para llevar a cabo un coito?

Nunca Pocas veces Bastantes veces Casi siempre Siempre

5. ¿Cuánta dificultad ha tenido, durante los últimos 30 días, para conseguir una erección?

No he tenido erecciones Mucha dificultad Alguna dificultad Poca dificultad Ninguna dificultad

6. Durante los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad tuvo para eyacular tras haber sido estimulado sexualmente?

No he tenido estímulo sexual en los últimos 30 días Mucha dificultad Alguna dificultad Poca dificultad Ninguna dificultad

7. En los últimos 30 días, ¿en qué medida consideró problemática la cantidad de semen que usted eyaculó?

No he tenido eyaculación Muy Moderadamente Poco No

En los últimos 30 días problemática problemática problemática problemática

8. En los últimos 30 días, ¿en qué medida ha considerado como problemática la falta de actividad sexual?

Muy Problemática Moderadamente Problemática Poco Problemática Muy poco Problemática Nada Problemática

9. En los últimos 30 días, ¿en qué medida consideró problemática su capacidad para alcanzar y mantener la erección?

Muy Problemática Moderadamente Problemática Poco Problemática Muy poco Problemática Nada Problemática

10. En los últimos 30 días, ¿en qué medida consideró su eyaculación como problemática?

Muy Problemática Moderadamente Problemática Poco Problemática Muy poco Problemática Nada Problemática

11. En conjunto, durante los últimos 30 días, ¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida sexual?

Muy Insatisfecho Bastante Insatisfecho Ni satisfecho ni insatisfecho Bastante Satisfecho Muy Satisfecho

BAI

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

Poco o Mas o Moderadamen severamente

	nada	menos	te	
1. Entumecimiento, Hormigueo.....	_____	_____	_____	_____
2. Sentir oleadas de calor..... (Bochorno)	_____	_____	_____	_____
3. Debilitamiento de piernas.....	_____	_____	_____	_____
4. Dificultad para relajarse.....	_____	_____	_____	_____
5. Miedo a que pase lo peor.....	_____	_____	_____	_____
6. Sensación mareo.....	_____	_____	_____	_____
7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados.....	_____	_____	_____	_____
8. Inseguridad.....	_____	_____	_____	_____
9. Terror.....	_____	_____	_____	_____
10. Nerviosismo.....	_____	_____	_____	_____
11. Sensación de ahogo.....	_____	_____	_____	_____
12. Manos temblorosas.....	_____	_____	_____	_____
13. Cuerpo tembloroso.....	_____	_____	_____	_____
14. Miedo a perder el control.....	_____	_____	_____	_____
15. Dificultad para respirar.....	_____	_____	_____	_____
16. Miedo a morir.....	_____	_____	_____	_____
17. Asustado.....	_____	_____	_____	_____
18. Indigestión, o malestar estomacal...	_____	_____	_____	_____
19. Debilidad.....	_____	_____	_____	_____
20. Ruborizarse, sonrojamiento.....	_____	_____	_____	_____
21. Sudoración (no debida al calor).....	_____	_____	_____	_____

TQ

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, seleccione "NO". Si los ha experimentado seleccione "SI", e indique que edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró el acontecimiento (por ejemplo: 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas, 4 años).

Acontecimiento	SI	NO	EDAD	DURACIÓN
1 Accidente de coche, tren o avión.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
2 Accidente industrial o de trabajo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____

- | | | | | | |
|----|--|-----------------------|-----------------------|-------|-------|
| 3 | Pérdida del hogar por incendio..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 4 | Pérdida del hogar o de un miembro familiar por inundaciones..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 5 | Pérdida del hogar o de un miembro familiar por un tornado o huracán..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 6 | Pérdida del hogar o de un miembro familiar por terremoto..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 7 | Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 8 | Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 9 | Estar próximo a ahogarse..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 10 | Abuso físico..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 11 | Sufrir graves quemaduras..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 12 | Ser tomado por rehén..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 13 | Combate..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 14 | Agresión..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 15 | Violación..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 16 | Incesto..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 17 | Secuestro..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| 18 | Otra situación..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |

SI DE LAS RESPUESTAS ANTERIORES TODAS FUERON NEGATIVAS NO CONTESTES LAS SIGUIENTES SECCIONES.

TQ

Si has experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, por favor indica el que te resulte más desagradable recordar ahora. Contesta SI o NO en relación a dicho acontecimiento.

- | Acontecimiento | | SI | NO |
|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| 1 | ¿Estaba preparado para el suceso?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | El acontecimiento ¿supuso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 | ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | ¿Pensó que su vida estaba en peligro?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | ¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | ¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | ¿Se ha sentido "diferente" de otras personas, debido al acontecimiento?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 | En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TQ

Después del tipo de acontecimiento que has experimentado, algunas personas a veces experimentan síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indica si has notado (sentido o experimentado) o no alguno de ellos, en cualquier momento después del suceso.

- | | SI | NO | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- | | | | |
|----|---|-----------------------|-----------------------|
| 3 | Estar nervioso o fácilmente asustado..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | Sentir como si tuviera que permanecer en guardia..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | Dificultad para dormir..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | Problemas de concentración..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño.. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | Pérdida de interés / placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 | Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 | Evitar hacer algo que le recuerde el suceso..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 | Evitar pensamientos o sentimiento asociados con el suceso..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 | Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 | Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 | No poder recordar una parte importante del suceso..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 | Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 | Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 | Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 | Sentirse distanciado o alejado de la gente..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ψ | ¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ψ | ¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Por tu atención y apoyo, a esta investigación, te agradecemos y que tengas un buen día.
GRACIAS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA (C. U.)

ANEXO 2
FORMATO B



BATERÍA DE CONDUCTAS Y MALESTARES DE INTERES SEXUAL

FECHA _____ SEXO. MASCULINO () FEMENINO ()
EDAD _____ GRADO ESCOLAR ACTUAL _____

LA FINALIDAD DE ESTE CUESTIONARIO ES AVERIGUAR TUS DUDAS, INQUIETUDES, MALESTARES, SENTIMIENTOS Y EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE TU CUERPO, EN EL EJERCIMIENTO DE TU SEXUALIDAD, POR LO QUE TE PEDIMOS QUE CONTESTES HONESTAMENTE Y DE LA MEJOR FORMA POSIBLE A LAS PREGUNTAS.

LA INFORMACIÓN DE ESTE TEST ES CONFIDENCIAL Y POR ENDE ANÓNIMA, Y SERÁN UTILIZADOS PARA LA INVESTIGACIÓN CORRESPONDIENTE. NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS

INSRTUCCIONES:

ANTES DE EMPEZAR TE SUGERIMOS QUE NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR Y EVITA PONER MAS DE UNA RESPUESTA; SIGUE LAS INDICACIONES QUE APARECEN AL INICIO DE CADA SECCIÓN.

♀ FSFI

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

Acto sexual: se define como la penetración de la pareja.

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

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

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

1. Durante las últimas cuatro semanas ¿Con qué frecuencia ha sentido deseo sexual o interés por el sexo?

- Casi nunca o nunca En algunos momento Buena parte del tiempo
 La mayor parte del tiempo Casi siempre o siempre

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

- Muy bajo o nulo Bajo Moderado Alto Muy alto

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

- No he tenido actividad sexual Nunca/Casi nunca
 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces) Casi siempre/siempre

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

- No he tenido actividad sexual Muy bajo o nulo Bajo Moderado Alto Muy alto

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

- No he tenido actividad sexual Muy baja o ninguna confianza Confianza baja
 Confianza moderada Confianza alta Confianza muy alta

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

- No he tenido actividad sexual
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 - La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- Nunca/Casi nunca
 - Casi siempre/siempre

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

- No he tenido actividad sexual
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 - La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- Nunca/Casi nunca
 - Casi siempre/siempre

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

- No he tenido actividad sexual
- Difícil
- Extremadamente difícil o imposible
- Ligeramente difícil
- Muy difícil
- Nada difícil

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

- No he tenido actividad sexual
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 - La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- Nunca/Casi nunca
 - Casi siempre/siempre

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

- No he tenido actividad sexual
- Difícil
- Extremadamente difícil o imposible
- Ligeramente difícil
- Muy difícil
- Nada difícil

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

- No he tenido actividad sexual
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 - La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- Nunca/Casi nunca
 - Casi siempre/siempre

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

- No he tenido actividad sexual
- Difícil
- Extremadamente difícil o imposible
- Ligeramente difícil
- Muy difícil
- Nada difícil

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

- No he tenido actividad sexual
- Ni satisfecha /ni insatisfecha
- Muy insatisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy satisfecha

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

- No he tenido actividad sexual
- Ni satisfecha /ni insatisfecha
- Muy insatisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy satisfecha

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

- Muy insatisfecha Moderadamente insatisfecha Ni satisfecha /ni insatisfecha
 Moderadamente satisfecha Muy satisfecha

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

- Muy insatisfecha Moderadamente insatisfecha Ni satisfecha /ni insatisfecha
 Moderadamente satisfecha Muy satisfecha

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

- No he intentado el acto sexual Casi siempre/siempre
 La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
 A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 Pocas veces (menos de la mitad de las veces) Casi nunca/ nunca

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

- No he intentado el acto sexual Casi siempre/siempre
 La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
 A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 Pocas veces (menos de la mitad de las veces) Casi nunca/ nunca

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

- No he intentado el acto sexual Muy alto Alto
 Moderado Bajo Muy bajo o ninguno

BAI

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Mas o menos	Moderadamente	severamente
1. Entumecimiento, Hormigueo.....	_____	_____	_____	_____
2. Sentir oleadas de calor..... (Bochorno)	_____	_____	_____	_____
3. Debilitamiento de piernas.....	_____	_____	_____	_____
4. Dificultad para relajarse.....	_____	_____	_____	_____
5. Miedo a que pase lo peor.....	_____	_____	_____	_____
6. Sensación mareo.....	_____	_____	_____	_____
7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados.....	_____	_____	_____	_____
8. Inseguridad.....	_____	_____	_____	_____
9. Terror.....	_____	_____	_____	_____
10. Nerviosismo.....	_____	_____	_____	_____
11. Sensación de ahogo.....	_____	_____	_____	_____
12. Manos temblorosas.....	_____	_____	_____	_____
13. Cuerpo tembloroso.....	_____	_____	_____	_____
14. Miedo a perder el control.....	_____	_____	_____	_____
15. Dificultad para respirar.....	_____	_____	_____	_____
16. Miedo a morir.....	_____	_____	_____	_____
17. Asustado.....	_____	_____	_____	_____
18. Indigestión, o malestar estomacal...	_____	_____	_____	_____
19. Debilidad.....	_____	_____	_____	_____
20. Ruborizarse, sonrojamiento.....	_____	_____	_____	_____
21. Sudoración (no debida al calor).....	_____	_____	_____	_____

TQ

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, seleccione "NO". Si los ha experimentado seleccione "SI", e indique que edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró el acontecimiento (por ejemplo: 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas, 4 años).

Acontecimiento	SI	NO	EDAD	DURACIÓN
----------------	----	----	------	----------

1	Accidente de coche, tren o avión.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
2	Accidente industrial o de trabajo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
3	Pérdida del hogar por incendio.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
4	Pérdida del hogar o de un miembro familiar por inundaciones..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
5	Pérdida del hogar o de un miembro familiar por un tornado o huracán.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
6	Pérdida del hogar o de un miembro familiar por terremoto...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
7	Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
8	Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
9	Estar próximo a ahogarse.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
10	Abuso físico.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
11	Sufrir graves quemaduras.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
12	Ser tomado por rehén.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
13	Combate.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
14	Agresión.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
15	Violación.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
16	Incesto.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
17	Secuestro.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
18	Otra situación.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____

SI DE LAS RESPUESTAS ANTERIORES TODAS FUERON NEGATIVAS NO CONTESTES LAS SIGUIENTES SECCIONES.

TQ

Si has experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, por favor indica el que te resulte más desagradable recordar ahora. Contesta SI o NO en relación a dicho acontecimiento.

	Acontecimiento	SI	NO
1	¿Estaba preparado para el suceso?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	El acontecimiento ¿supuso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿Pensó que su vida estaba en peligro?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿Se ha sentido "diferente" de otras personas, debido al acontecimiento?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TQ

Después del tipo de acontecimiento que has experimentado, algunas personas a veces experimentan síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indica si has notado (sentido o experimentado) o no alguno de ellos, en cualquier momento después del suceso.

	SI	NO
1 Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Estar nervioso o fácilmente asustado.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Sentir como si tuviera que permanecer en guardia.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Dificultad para dormir.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Problemas de concentración.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Pérdida de interés / placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Evitar hacer algo que le recuerde el suceso.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Evitar pensamientos o sentimiento asociados con el suceso.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 No poder recordar una parte importante del suceso.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Sentirse distanciado o alejado de la gente.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ψ ¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ψ ¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por tu atención y apoyo, a esta investigación, te agradecemos y que tengas un buen día.
GRACIAS