

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



RELACIONES DE PAREJA Y DISFUNCIÓN SEXUAL: DOS ESTUDIOS DE CASO

Presentado a:

Ph. D. Olga Mariela Mogollón Canal

Presentado por:

Juan Carlos Álvarez Reyes

Juliany Stefanny Bohórquez Velásquez

Cúcuta, Colombia

2016

Índice

Resumen	4
Introducción.....	6
Justificación.....	8
Objetivos	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos	10
Problema de investigación.....	11
Formulación Del Problema	11
Planteamiento Del Problema	11
Descripción Del Problema.....	11
Estado del arte	14
Marco teórico.....	23
Capítulo I: Enfoque Sistémico	23
Capitulo II: Ciclo vital y ciclo vital en las relaciones de pareja	39
Capitulo III: Sexualidad y disfunción sexual	50
Metodología.....	63
Presentación de resultados.....	71
Análisis y discusión.....	77
Conclusiones	83
Recomendaciones	85
Referencias bibliográficas	90
Anexos.....	93

Índice de tablas

Tabla 1.....	72
Tabal 2.....	75

Resumen

Objetivo: Analizar la relación de pareja en dos mujeres con trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, mediante una investigación cualitativa de análisis de experiencias que permita una descripción de su vínculo afectivo, así como el mejoramiento de este a futuro. *Método:* Se utilizaron técnicas cualitativas de recolección de información (entrevistas, observación no participante y análisis de contenido) donde se tienen en cuenta las categorías de sexualidad, disfunción sexual, comunicación, autoestima y relación de pareja. *Resultados:* Se evidencia que la aparición del trastorno sexual en los dos casos se encuentra estrechamente relacionada a factores biológicos. *Conclusiones:* La dinámica de la relación de pareja en las mujeres con la disfunción produce un cambio significativo debido al trastorno sexual, donde se observa que las categorías más deterioradas son las de comunicación y autoestima.

Palabras claves: Disfunción sexual, relación de pareja, dispareunia, vaginismo, psicología sistémica.

Abstract

Objective: To analyze the dynamic of the couple's relationship in two women with sexual disorder by penetration with genito pelvic pain, through a qualitative research of analysis of experiences that allow a description of their affective bond, as well as the improvement of this in the future. Method: Qualitative techniques were used for collecting information (interviews, participant observation and analysis of content), and which take into account the categories of sexuality, sexual dysfunction, communication, self-esteem and relationship. Results: There is evidence that the emergence of the sexual disorder in the two cases is closely related to biological factors. Conclusions: The dynamics of the couple's relationship in women with dysfunction, produces a significant change due to the sexual disorder, where it is observed that the most deteriorated categories are those of communication and self-esteem.

Keywords: sexual dysfunction, relationship, dyspareunia, vaginismus, systemic psych

Introducción

En la presente investigación se analizó la relación de pareja de mujeres con trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, el estudio se realizó en (2) dos parejas de la ciudad de Cúcuta Norte de Santander, fue llevado a cabo mediante la implementación de técnicas de investigación cualitativas permitiendo que los análisis de los resultados fuesen coherentes con el objetivo principal del estudio.

La monografía es un estudio de caso, donde se logra describir las relaciones de pareja de dos mujeres que presentan el trastorno por penetración con dolor genito pélvico, teniendo en cuenta a la pareja como un constructo multidimensional, (sexualidad, comunicación, ciclo vital, salud, autoestima). La monografía cualitativa descriptiva es la técnica de investigación más apropiada para la finalidad de esta investigación, puesto que la investigación cualitativa tiene como aspecto importante la interacción social, que se refiere a toda influencia social que reciben los individuos en determinadas situaciones, así mismo la investigación cualitativa emplea métodos de recolección de datos que no requieren de datos y resultados numéricos, esto se hace con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la están experimentando los sujetos del estudio.

El trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico (DSM 5) o anteriormente llamado vaginismo y dispareunia (DSM IV) se refiere a la dificultad persistente o recurrente en la penetración vaginal durante las relaciones, además de un marcado dolor pélvico antes, durante y luego de las relaciones sexuales, así mismo las mujeres con este trastorno presentan una tensión o contracción muscular del suelo pélvico en el intento de la penetración vaginal e incluso llegan a manifestar dolor por la misma ansiedad de sentir el malestar durante la penetración.

Según el Instituto Sexológico Murciano la prevalencia actual del vaginismo se sitúa aproximadamente en un 5%, porcentaje que se acentúa en las mujeres jóvenes y menopáusicas de entre 45 a 55 años, además en España se estima que entre un 5-10% de mujeres sufren de algún tipo de vaginismo o dispareunia; siendo el vaginismo el tercer motivo más frecuente en la consulta de un sexólogo.

Es evidente el malestar que genera esta disfunción sexual en la mujer y las afectaciones que produce en su vida, teniendo en cuenta esto, lo que se intenta lograr con esta investigación, es indagar y conocer como son las relaciones de pareja y la repercusión que genera este trastorno en la dinámica del vínculo afectivo, para así recomendar algunas técnicas de intervención desde el enfoque sistémico, que ayuden a su funcionalidad.

Así mismo la monografía consta de la estructuración de (3) tres capítulos teóricos, con los que el lector podrá familiarizarse mejor con la temática abordada; el primer capítulo abarcará el enfoque sistémico, su definición, origen, escuelas, representantes, técnicas de intervención de cada escuela, y conceptos básicos de este enfoque, el segundo capítulo está orientado al abordaje de la pareja desde el punto de vista del enfoque sistémico y el tercer capítulo establece conceptos, criterios y características del trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico.

Teniendo en cuenta lo dicho, en esta investigación se encontraron resultados que ayudan a un análisis claro, acerca de cómo es la dinámica de pareja con mujeres que presentan esta enfermedad y las problemáticas que se están sobrellevando en la relación, para así poder recomendar posibles técnicas de intervención desde el enfoque sistémico.

Justificación

Desde la antigüedad se ha conocido sobre la importancia de la sexualidad en las relaciones de pareja, lo que ha hecho que este tema se convierta en uno de los principales objetos de estudio en la sociedad. Expertos en el tema, aseguran que el placer que se genera en el acto sexual es de gran ayuda para la salud física y emocional de los seres humanos. Pero, así como la sexualidad juega un papel importante en las relaciones de pareja, también lo juega el tema de las disfunciones sexuales, trastornos que cualquiera de los dos integrantes de una relación de pareja puede poseer.

A nivel local, las investigaciones sobre la dinámica de las parejas en las que alguno de los integrantes padece una disfunción sexual, son escasas, es por eso que este tema aparte de ser muy importante, se vuelve muy novedoso y original para quienes deciden estudiarlo. El diplomado “Abordaje psicológico de las relaciones de pareja” permite hacer este tipo de investigaciones en el Departamento Norte de Santander, además de brindar información importante y actual que lleva a que la población norte santandereana tenga amplios conocimientos acerca de la funcionalidad de las relaciones de pareja, tema que está en un constante desarrollo.

Hacer investigaciones sobre las relaciones de pareja en donde uno de los integrantes sufre una disfunción sexual, le podrá dar a la psicología y a los profesionales en ella, más información teórica y actualizada, como también podrá orientarlos hacia mejores y novedosas técnicas de intervención para ayudar a la funcionalidad de las personas que sobrellevan esta enfermedad. Esta investigación sobre el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, tiene en cuenta a las mujeres que lo padecen, como a sus parejas, lo que permite a la psicología tener un estudio más amplio del tema.

La psicología a través del tiempo se ha encargado de recopilar información sobre conductas y experiencias de los seres vivos, de esta manera organiza la información en forma sistemática y elabora teorías para su comprensión. Como resultados se obtienen estudios que permiten la explicación de comportamientos, es así como el profesional en psicología pueda intervenir brindando un mejor bienestar a las personas.

Así mismo es evidente como a pesar de que estamos en el siglo XXI, hablar de sexualidad, y todo lo que ella abarca, sigue siendo aunque en menor proporción un tabú, es por eso que esta investigación le va a ayudar a la sociedad a comprender un poco más sobre la sexualidad y sus disfunciones, a saber y a entender que hablar de ello es tan común como hablar de cualquier otro tema, investigaciones como esta, proporcionan información valiosa en pro de la sociedad en general, puesto que si hay hombres y mujeres sexualmente satisfechos, habrán personas con un mejor sistema inmunológico, igualmente el sexo previene las enfermedades cardiacas, combate la depresión y el estrés, estimula la memoria, levanta la autoestima, adelgaza, rejuvenece, entre muchos más beneficios.

Ahora bien, para esas mujeres que se encuentran sobrellevando el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, esta investigación les será de gran ayuda, ya que aparte de dar información acerca del trastorno, y el papel tan importante que juega en la relación de pareja, se darán cuenta que su caso no es el único, que muchas mujeres hoy en día experimentan una disfunción sexual, ya que las disfunciones sexuales son mucho más frecuentes de lo que se cree. Estas mujeres y sus parejas podrán gozar de mejores y eficientes técnicas de intervención cuando se dirijan a buscar ayuda con un profesional, para lograr así, una buena actividad sexual que permita aumentar su autoestima, tener una mejor estabilidad emocional, mejorar las relaciones interpersonales, con todo esto las mujeres lograrán sentirse más queridas y atractivas.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación de pareja en mujeres con trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, mediante una investigación cualitativa de análisis de experiencias que permita una descripción de su vínculo afectivo, así como el mejoramiento de este a futuro.

Objetivos específicos

Conocer las relaciones de pareja de las mujeres que experimentan el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, a través de entrevistas, observación no participante y análisis de contenido.

Comparar las relaciones de pareja teniendo en cuenta los ciclos vitales de las mujeres entrevistadas.

Identificar el diagnóstico que se presenta en cada una de las mujeres entrevistadas.

Determinar la relación entre autoestima y disfunción sexual, así como el tipo de comunicación que se maneja entre las parejas.

Recomendar técnicas de intervención orientadas en el enfoque sistémico que permitan la funcionalidad de las relaciones de pareja de mujeres con el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico.

Problema de investigación

Formulación Del Problema

¿Cómo son las relaciones de pareja de mujeres que presentan el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, y qué estrategias de intervención pueden contribuir para su mejoramiento a futuro?

Planteamiento Del Problema

En el presente trabajo de investigación se analizarán las relaciones de pareja de mujeres que presentan el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, por medio de técnicas de investigación de tipo cualitativa como la entrevista semiestructurada, la observación no participante y el análisis de contenido, con el propósito de describir el vínculo afectivo de cada una de las parejas involucradas en el estudio. La presente monografía es un análisis de experiencia o estudio de caso, donde fueron analizadas (2) dos parejas de la Ciudad Cúcuta Norte de Santander.

Descripción Del Problema

Existen muchas definiciones de diferentes autores acerca del trastorno sexual por penetración, con dolor genito pélvico, lo antes llamado vaginismo y dispareunia. Becerra (2015) define:

Los Trastornos del dolor sexual o desordenes de dolor genito-pélvico, son definidos como la presencia de dolor persistente o recurrente durante las actividades sexuales, ya sean las involucradas durante la penetración vaginal o simplemente las relacionadas con estimulación táctil de la vulva y el vestíbulo. Las mujeres con TDS experimentan dolor localizado en el área genital antes, durante o después de las relaciones sexuales; esta condición logra repercutir en su salud mental y física, modificando las relaciones interpersonales, el desempeño

laboral, etcétera. Los TDS pueden clasificarse según el antecedente de aparición, en primarios si se manifiestan con la primera relación sexual, o secundarios si la sintomatología se experimenta por primera vez luego de previas relaciones sexuales sin dolor. Una clasificación adicional involucra la frecuencia de aparición del trastorno en completos, si se presentan con cada encuentro sexual o situacionales, si solo ocurren en algunas ocasiones o con algunas parejas, pero no en todas las oportunidades. (p.269)

El DSM IV anteriormente clasificaba este trastorno como Vaginismo y Dispareunia por separado, cada uno con sus características y criterios, pero la actualización del DSM 5 realizó una unión entre estos dos trastornos, unificando los criterios, por consiguiente, se estableció con el nombre de trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico. Este cambio es uno de los motivos que hacen que hasta el 2016, no se encuentren investigaciones del trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, ya que la actualización del DSM 5 es significativamente nueva, además las investigaciones encontradas tanto internacionales como nacionales se hicieron sobre el Vaginismo y la Dispareunia, como trastornos separados.

La actividad sexual trae muchos beneficios individuales, pero así mismo, ésta es de vital importancia en las relaciones de pareja, primero, porque la relación sexual no solo conecta físicamente, sino que además une emocionalmente a cada una de las partes, segundo porque cuando la dinámica en el ámbito sexual se reduce en la pareja, la relación tiende a deteriorarse irreversiblemente, tercero porque el placer que se puede llegar a tener en una relación sexual genera un porcentaje de salud física y emocional en los seres humanos, pero esto tampoco quiere decir, que la sexualidad sea lo único importante en una relación, por el contrario es una parte de un todo, donde hay aporte de diferentes cualidades. Raudales (1979) dice: “El amor y el sexo son parte importante de la vida de todo ser humano, y están íntimamente ligados a otros aspectos que no son solamente los físicos, como comportamiento o conducta, manera de ser, cualidades, y múltiples otras condiciones de diferente naturaleza, que, si no son tomadas en cuenta, convierten la vida

sexual en algo inadecuado, monótono, obligatorio, y quien sufre más las consecuencias negativas.es la mujer”. Es así, como indiscutiblemente en toda relación de pareja se debe hablar acerca del sexo, de cómo se está llevando a cabo y de que más necesitan para complementarlo.

En nuestra investigación también juega un papel muy importante la comunicación que exista entre la pareja, ya que es por medio de ella, que cualquier situación por más compleja que sea, se puede solucionar. Por tal razón, en las dificultades de carácter sexual, como en cualquier otro tipo de problema, es imprescindible la comunicación, tanto para resolverlos, si es que ya existen, como para evitarlos cuando se sabe que vendrán.

Por la falta de comunicación en el ámbito sexual, mujeres y hombres se han enfrentado a problemas donde reprimen o cancelan el placer sexual por diversos motivos como, las disfunciones sexuales, baja libido, inhibición del orgasmo en la mujer y disfunción eréctil en el hombre. Por esta razón una de las categorías que se quiere analizar en esta investigación, es la comunicación, cómo es la dinámica de ésta en las relaciones de pareja de las mujeres que padecen el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico. Además de la comunicación se evaluaron categorías tales como: relación de pareja, autoestima, sexualidad y disfunción sexual.

La presente monografía es un estudio de caso de (2) dos parejas de la ciudad de Cúcuta Norte de Santander, se escogió el análisis de experiencias o estudio de caso porque es la mejor estrategia de investigación que ayuda a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, este permite obtener un conocimiento más amplio de fenómenos actuales en un entorno real donde se ven involucradas múltiples variables, se utiliza técnicas cualitativas como la entrevista semiestructurada, la observación no participante y el análisis de contenido con el propósito de llegar a los resultados esperados.

Estado del arte

Estado del Arte Internacional

- **Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el noroeste de México.**

Hilda García-Pérez, Sioban D Harlow (2010).

Salud pública, México

En esta investigación el objetivo fue determinar la prevalencia de dispareunia y los factores de riesgo asociados en población femenina en edades de 25 a 54 años. Se obtuvo información de 1183 mujeres sexualmente activas que participaron en un estudio poblacional de corte transversal en la ciudad de Hermosillo, Sonora. En los resultados se observó que la prevalencia de dispareunia durante el año previo a la encuesta fue de 12.3%. También se encontró que la dispareunia estuvo asociada con mujeres jóvenes (25-34 años), antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y/o enfermedad inflamatoria de la pelvis, infección urinaria crónica, colitis y violencia sexual. Como conclusión se sugiere incrementar el escrutinio y la atención de la dispareunia en el contexto de los programas nacionales de salud sexual y reproductiva y en los servicios de atención primaria a la salud.

- **Evaluación de la calidad de vida en mujeres con vaginismo primario mediante el WHOQOL-BREF.**

Andrés Moltedo-Perfetti, María José Cittadini, Bernardo Nardi, Emidio Arimatea, Piero Moltedo-Perfetti (2014).

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile.

El objetivo de esta investigación fue conocer la calidad de vida de mujeres con vaginismo primario y compararla con un grupo control, mediante la aplicación presencial del WHOQOL-BREF un cuestionario que sirve para conocer la opinión que tiene la

persona acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas. El cuestionario se aplicó a 50 mujeres con vaginismo primario y a 47 mujeres sin patología, socio demográficamente similares. Los resultados obtenidos indican que el nivel de calidad de vida en las mujeres con vaginismo es menor a aquellas del grupo de comparación. La conclusión de esta investigación nos dice que el vaginismo es una condición que afecta considerablemente la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

- **Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo: Estudio cualitativo. Segunda parte.**

Claudia Sánchez Bravo, Jorge Carreño Meléndez, Norma Patricia Corres Ayala, Bertha Elvia Taracena Ruiz (2010).

Universidad Nacional Autónoma de México.

La presente investigación quiso identificar la frecuencia, la diferencia, la relación y la combinación entre las disfunciones sexuales femeninas (dispareunia y vaginismo) el papel de género y la autoestima (factores psicológicos), y algunos antecedentes sexuales (experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, masturbación y problemas conyugales) para generar un perfil de cada una de estas disfunciones sexuales que aporten elementos para los planes de intervención. Se realizó un estudio no experimental, de campo, retrospectivo, transversal, con un diseño correlacional-multivariado de una muestra independiente dividida en tres grupos, seleccionados mediante un muestreo intencional por cuota. Esta investigación hizo parte de una investigación más amplia sobre el estudio de algunos factores de riesgo en las disfunciones sexuales femeninas y masculinas, cuya muestra original constó de 400 participantes. De éstos sólo se tomaron las participantes con dispareunia y vaginismo las que se compararon con el mismo número de participantes que no presentaron ninguna disfunción sexual. Las muestras fueron clasificadas en grupos: Grupo 1: sin disfunciones sexuales, grupo 2: con dispareunia y grupo 3: con vaginismo. Se utilizó el Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE), y el Inventario de Autoestima de Coopersmith. El análisis estadístico se realizó con la prueba t de Student, el coeficiente ETA, la X² y una

V de Cramer. Finalmente se aplicó un análisis discriminante para proponer los perfiles explicativos. Se trabajó con el paquete estadístico SPSS versión 11. Los resultados indicaron que las mujeres con dispareunia presentan una disminución en las características de masculinidad y los niveles de autoestima y un incremento en las características de sumisión, así como relación con problemas conyugales. En el grupo de mujeres con vaginismo hay disminución en la autoestima, incremento en las características de sumisión, relación con temores a la sexualidad, con una pobre información sexual y problemas conyugales.

- **Saffron for treatment of fluoxetine-induced sexual dysfunction in women: randomized double-blind placebo-controlled study.**

Ladan Kashani, Firoozeh Raisi, Sepideh Saroukhani, Hamid Sohrabi, Amirhossein Modabbernia, Abbas-Ali Nasehi, Amirhossein Jamshidi, Mandana Ashrafi, Parisa Mansouri, Padideh Ghaeli and Shahin Akhondzadeh (2012).

Infertility Ward, Arash Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Psychiatric Research Center, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Division of Herbal Medicine, Food and Drug Organization, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Tehran, Iran

Objetivo: El azafrán ha demostrado efectos beneficiosos como afrodisíaco en algunos estudios con animales y humanos. El objetivo del presente estudio fue evaluar la seguridad y eficacia de azafrán en la recaptación de serotonina en la disfunción sexual inducida por los inhibidores selectivos en las mujeres.

Métodos: Este fue un estudio placebo-controlado de doble ciego al azar. Treinta y ocho mujeres con depresión mayor que fueron estabilizadas con fluoxetina 40 mg/día durante un mínimo de 6 semanas entraron en el estudio experimentado sensación subjetiva de disfunción sexual. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente con azafrán (30 mg/día) o placebo durante 4 semanas. La medición se realizó al inicio, en la semana 2 y la semana 4 utilizando el índice de función Sexual femenina (FSFI). Se registraron sistemáticamente los efectos secundarios.

Resultados: Treinta y cuatro mujeres tenían al menos una medición superior a la línea base y completaron el estudio. De dos factores de análisis de medidas repetidas, la varianza mostró un efecto significativo del tiempo en la interacción del tratamiento [de Invernadero-Geisser corregida: $F(1.580, 50.567) = 5,366, p = 0,012$] y el tratamiento de la puntuación FSFI total de [$F(1, 32) = 4.243, p = 0,048$]. Al final de la cuarta semana, los pacientes en el grupo de azafrán habían experimentado significativamente mayor mejoría en total FSFI ($p < 0,001$), la excitación ($p = 0,028$), la lubricación ($p = 0,035$), y el dolor ($p = 0,016$) dominó de FSFI pero no en el deseo ($p = 0,196$), la satisfacción ($p = 0,206$), y el orgasmo ($p = 0,354$) dominó. La frecuencia de los efectos secundarios fue similar entre los dos grupos.

Conclusiones: Parece que el azafrán puede mejorar con seguridad y eficacia algunos de los problemas sexuales inducidos por fluoxetina incluyendo excitación, lubricación, y el dolor.

- **Sexual health care for women with dyspareunia.**

Su-Ching Sung, Cherng-Jye Jeng, Yen-Chin Lin (2011).

*Department of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology,
Taoyuan, Taiwan*

Graduate School of Human Sexuality, Shu-Te University, Kaohsiung, Taiwan

Department of Obstetrics and Gynecology, BenQ Medical Center, Nanjing Medical University, Nanjing, Jiangsu Province, China

Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, College of Medicine, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan

Department of Obstetrics and Gynecology, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan

La dispareunia femenina es un impedimento grave con una prevalencia de hasta el 39,5%, la imposición de una carga importante para la salud, la relación y la calidad de vida de las mujeres. Debido a que las causas de la dispareunia femenina se asocian con múltiples dimensiones biológicas, médicas, psicológicas, socioculturales e interpersonales, todos los miembros del equipo de salud deben ayudar a llenar este vacío en el cuidado total del paciente. La enfermera es un miembro ideal del equipo de salud para aconsejar a las pacientes en el ámbito sensible y altamente cargada de sexualidad humana. El propósito de este artículo es explorar los componentes esenciales de la dispareunia femenina desde la perspectiva de los cuidados de enfermería para ayudar a las mujeres que sufren de dispareunia. El artículo proporciona un conjunto de herramientas, incluyendo la descripción y la presentación clínica, la obtención de una historia y los datos clínicos para la evaluación de la dispareunia, y una herramienta de asesoramiento del permiso, información limitada, sugerencias específicas, y el modelo de terapia intensiva; También se proporcionan sugerencias para los profesionales de la salud durante el proceso de tratamiento.

Estado del Arte Nacional

- **Formas de relación entre la satisfacción marital y la satisfacción sexual en un grupo de parejas heterosexuales que residen en la ciudad de Bogotá.**

Díaz Puches Erika Patricia, Rojas Moncriff Felipe (2010).

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

La presente investigación se elaboró con el propósito de establecer como son las formas de relación entre la satisfacción sexual y la satisfacción marital en un grupo de parejas casadas de la ciudad de Bogotá. El trabajo contó con la participación voluntaria de un grupo de 100 parejas heterosexuales que residen en la ciudad de Bogotá, pertenecientes a estrato socio económico medio, unidas por matrimonio civil o religioso, que han permanecido casadas por un tiempo superior a 5 años. En segunda instancia cada uno de los miembros de la pareja diligenció en forma individual una encuesta con 24 preguntas cerradas que se hicieron a través de variables que componen la satisfacción sexual y variables que componen la satisfacción marital, diseñadas acordes con la recopilación teórica encontrada. En los resultados obtenidos hay una relación directamente proporcional en la satisfacción de pareja y la satisfacción sexual, también se obtuvo que en las parejas existen una serie de conflictos como la discriminación laboral que afrontan las mujeres, la llegada de los primeros hijos al matrimonio, la distribución de los roles dentro y fuera del hogar, dificultades en la toma de decisiones, entre otros.

- **Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales.**

Olga Rosalba Rodríguez Jiménez (2010).

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

El objetivo de esta investigación fue explorar las relaciones existentes entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. La muestra fue conformada por 1.869 personas de la ciudad de Bogotá-Colombia, a quienes se les aplicaron tres instrumentos: una escala de satisfacción sexual, la escala de ansiedad manifiesta de Taylor y un cuestionario de prácticas sexuales. En los resultados se encontraron asociaciones positivas

entre la satisfacción sexual y a la ansiedad. Respecto a los aspectos sociodemográficos, se encontraron diferencias en satisfacción a partir de las características como el género, tener pareja sexual estable, la orientación sexual, la importancia del amor en las prácticas sexuales, la religión que se profesa, el estado civil y el no tener hijos o no estar seguro de tenerlos, todas estas relaciones evidencian asociación positiva en relación con el disfrute de la vida sexual. Los instrumentos utilizados cuentan con la confiabilidad y validez que permiten dar cuenta de la relación entre las variables consideradas en el estudio.

- ***Prevalencia de la disfunción sexual, insomnio y deterioro de la calidad de vida en un grupo de mujeres histerectomizadas de Bolívar/Colombia.***

Héctor Hernando Saavedra Orozco (2013).

Universidad de Cartagena, Colombia

El principal objetivo del estudio fue evaluar la función sexual femenina, presencia de insomnio y calidad de vida en un grupo de 202 mujeres histerectomizadas de Bolívar. La investigación fue de corte transversal, donde se aplicaron tres escalas validadas a nivel internacional: Índice de Función Sexual Femenina 6 (IFFS-6), Atenas y Menopause Rating Scale (MRS), en mujeres histerectomizadas entre los 40 y 59 años de edad residentes en Bolívar. En los resultados se evidenció que las mujeres histerectomizadas presentan un alto porcentaje de disfunción sexual y de insomnio, además la disfunción sexual se presentó en el 71.7% de la población, viéndose más comprometido el orgasmo (50.9%). Cuatro de cada 10 mujeres tuvieron deterioro severo de la calidad de vida, con predominio en el área urogenital. Teniendo en cuenta que la presencia de insomnio y de la disfunción sexual aumenta el riesgo de tener deterioro severo de la calidad de vida.

Estado del Arte local

- **La comunicación en la sexualidad de la pareja.**

Mónica Andrea Mejía Jaimes, Adriana Barbudo (2012).

Universidad de Pamplona, Colombia

La presente investigación fue un estudio cualitativo de tipo descriptivo, el cual tuvo como objetivo describir la comunicación en la sexualidad de dos parejas de Pamplona, donde las edades oscilaron entre 23 y 30 años. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista (grupal e individual) y la observación no participante. En los resultados se evidenció que la comunicación sexual a menudo favorece en forma positiva a la satisfacción y el goce de una relación, la poca o incorrecta comunicación es una causa común de que las personas se sientan insatisfechas sexualmente. También se evidenció que estas parejas definen sexualidad exclusivamente al contacto genital, no teniendo una noción más amplia de esta.

- **Utilización de objetos eróticos en parejas heterosexuales para el fortalecimiento del vínculo afectivo.**

Astrid Carolina Ascanio Ascanio, Cristian Ricardo Pérez Sarmiento (2016).

Universidad de Pamplona, Colombia

La presente investigación fue elaborada desde un enfoque sistémico con un abordaje en relaciones de pareja. Se realizó bajo los lineamientos cualitativos que permitieron recopilar la información pertinente, para ello se utilizaron las técnicas de la entrevista semiestructurada y la observación no participante. La muestra de esta investigación fueron dos parejas heterosexuales de la ciudad de Cúcuta Norte de Santander. En los resultados obtenidos se evidenció que el uso de objetos eróticos favorece el vínculo afectivo en las parejas, lo que hizo pertinente elaborar un módulo que pudiese garantizar el afianzamiento de la seguridad y la confianza al utilizar dichos objetos.

- **Autoestima y satisfacción sexual en parejas con un integrante diagnosticado con lesión medular (paraplejia y cuadriplejia).**

Wesley Gisela Pernía Ruiz, Daniel Alejandro López Burbano (2016).

Universidad de Pamplona, Colombia

Las investigaciones en relaciones de pareja y sexualidad en personas discapacitadas, hoy en día resultan una herramienta fundamental para cualquier psicólogo, a través de esta investigación se logró describir la satisfacción sexual y la autoestima en parejas donde uno de sus integrantes presenta diagnóstico de lesión medular (paraplejia o cuadriplejia). La muestra fue de tres parejas donde uno de los integrantes presentaba el diagnóstico, específicamente los hombres, con un corte de investigación mixta donde predomina lo cualitativo. Se hizo uso de la nueva escala de satisfacción sexual (NSS), y la escala de autoestima de Rosenberg. La conclusión más relevante se dirige hacia la no existencia de una vinculación entre la autoestima y la satisfacción sexual de estas personas.

Las anteriores investigaciones aportarán gran contenido a nuestro estudio, analizar los resultados y conclusiones ayudará a dominar con más conocimiento el tema de la sexualidad y de las disfunciones sexuales, para de esta manera predecir unos posibles resultados, así mismo se tiene en cuenta las técnicas de investigación de las cuales se utilizarán en esta investigación la entrevista y la observación, se analizarán también las recomendaciones sugeridas. La bibliografía abordada en estas investigaciones es de gran ayuda ya que permite tener un soporte teórico más amplio.

Marco teórico

Capítulo I: Enfoque Sistémico

En el presente capítulo se tiene como objetivo principal darle al lector una breve introducción al enfoque sistémico, sus perspectivas históricas y características más relevantes, así mismo se resaltarán los principales representantes y las teorías que llevaron a conformar este modelo, se observará la evolución que presentó el enfoque sistémico a lo largo de su historia, además de las concepciones científicas de cada una de sus escuelas.

El modelo sistémico en psicología se conoce mejor con el nombre de “terapia familiar sistémica”, gracias a que su evolución ha tenido lugar, básicamente, en el campo de la terapia con familias, aunque en la actualidad se considera que se ha formulado un sistema teórico, amplio y coherente, en el que han comenzado a aparecer aplicaciones en otras áreas de la práctica profesional, por ejemplo en la educación, las relaciones humanas, los deportes, las empresas y las áreas administrativas o laborales, así como en la sociología, no obstante se presenta como un modelo nuevo dentro del ámbito de la psicología.

El movimiento sistémico aparece en la segunda mitad del siglo XX produciendo un salto de nivel lógico en el pensamiento humano, a través del descubrimiento de otra manera de mirar la realidad y de comprender al ser humano como sistema, y dentro de un sistema; además de esto “el modelo sistémico propone como principal aporte el traslado de la acción o la intervención terapéutica fuera del ámbito de lo intrasíquico o lo individual para llevarla al ámbito de los patrones de interacción interpersonal” (Salazar, 2014, p.2).

En 1925 con la teoría propuesta por el biólogo y filósofo austriaco Ludwig Von Bertalanffy (Teoría de los sistemas abiertos) se da el nacimiento de la teoría general de los sistemas. Esta teoría surge de manera formal a partir de dos proposiciones de Von Bertalanffy (1986): una de ellas se refiere a la fundamentación teórica acerca de las razones por las cuales se debe cambiar el paradigma metodológico imperante de la física, ya que no cuenta con bases desarrolladas para la comprensión, en especial de los sistemas abiertos o vivos; la segunda se propuso para promover la Sociedad para la Investigación de Sistemas, que se organizó en 1954 para concentrar esfuerzos, estudios, resultados, hallazgos e investigaciones desde diferentes campos del saber, como la cibernética, la biología y la teoría de la información. “Bertalanffy tuvo como objetivo desarrollar una metateoría, una teoría de teorías, cuyos principios puedan aplicarse y utilizarse en muy diversos campos del conocimiento. Dicha teoría se ocupa de las funciones y las reglas estructurales válidas para todos los sistemas, cualquiera que sea su constitución material” (Garibay, 2013, p.5)

Bertalanffy recupera las contribuciones realizadas por Wiener (1948) a partir de la cibernética, Shannon y Wever (1949) desde la teoría de la información, Morgenstein (1947) con base en la teoría de los juegos y Walter Cannon (1932) con la homeostasis a partir de la biología. En síntesis, la teoría general de los sistemas busca la formulación y la derivación de aquellos principios que son válidos para cualquier sistema en general. Dichos principios son los de totalidad, interacción dinámica, equifinalidad, entropía negativa y regulación.

Cuando se habla del enfoque sistémico es importante definir en primera medida, que el sistema es un conjunto de dos o más elementos interrelacionados entre sí que trabajan para lograr un objetivo común; las relaciones, tanto de los elementos de un sistema como los de éste y su ambiente, son de suma importancia para su comprensión. Becht (1924) afirma que el sistema es un arreglo de componentes físicos, un conjunto o colecciones de cosas, unidas o relacionadas de tal manera que forman y/o actúan como una unidad, una entidad y un todo.

Respecto a la definición que da Becht de los sistemas, según Pereira (2014) “hay dos palabras claves en esta definición: arreglo y actúan, esto implica dos características de cualquier sistema: estructura y función. Todo sistema tiene una estructura relacionada con el arreglo de los componentes que lo forman y tiene una función relacionada como actúa al sistema. En resumen, se puede definir al sistema como un arreglo de componentes que funcionan como una unidad”.

Los sistemas vivos funcionan con las siguientes propiedades: procesan las corrientes de entrada, son sinérgicos, isomórficos y recursivos, tienden a la autorregulación (homeostasis, retroalimentación, circularidad) y la morfogénesis (tendencia al crecimiento), además de que cada sistema cuenta con diferentes niveles de organización.

La sinergia se refiere al campo del saber científico que estudia la manera en que las cosas funcionan de forma conjunta, investiga los modos en que evolucionan y se organizan las estructuras y trata de explicar y formular los principios generales que rigen esos procesos organizativos. En los sistemas es esencial el modo en que cada una de las partes o elementos que conforman un sistema se interrelacionan y las conductas de cada uno de éstos se afectan de forma mutua; “por lo tanto, para su entendimiento y posterior posibilidad de elaborar pronósticos de la conducta del sistema es necesario tomar en cuenta las interacciones entre las partes y sus efectos parciales como totales, junto con los efectos unidos. Este principio muestra que no es posible comprender ni explicar el funcionamiento de un sistema si no se comprende como un todo unificado” (Garibay, 2013, p.7)

Un ejemplo de sistema basado en la teoría de los sistemas abiertos de von Bertalanffy es el de la temperatura del cuerpo humano. Éste, para funcionar, requiere conservar una temperatura constante de 37 °C, pero la temperatura ambiente depende de la hora del día o la noche, o bien de la situación geográfica; con las variaciones de las épocas del año, ante estas fluctuaciones, las personas buscan mantener su cuerpo a una temperatura

adecuada y constante: si tienen frío se abrigan o recurren a algún tipo calefacción, o pueden tomar una bebida caliente; si tienen calor, entonces su cuerpo puede sudar también para enfriarse.

El cuerpo de una persona, si corre como forma de hacer ejercicio, comienza a calentarse después de algunos minutos; al elevarse la temperatura, el cuerpo enciende un mecanismo homeostático de corrección (la sudoración) para enfriar al cuerpo e impedir que rebase una temperatura determinada, toda vez que una exposición prolongada al organismo a temperaturas extremas puede ser letal. Al activarse el mecanismo homeostático de enfriamiento corporal a través de la sudoración, se descompensa el nivel de los líquidos con los cuales debe operar el organismo; entonces, de nueva cuenta, se activa la señal de que el cuerpo ha sufrido un desequilibrio o una descompensación, y se emite la señal de sed: el individuo buscará en la primera oportunidad tomar agua (o algún líquido) para devolverle al cuerpo su equilibrio.

En este pequeño ejemplo es posible reconocer más de uno de los principios con los que funcionan los sistemas. Si éstos dejaran de funcionar, no detectarían las variaciones o no activarían los mecanismos correctivos, el organismo moriría; y, precisamente, son los mecanismos de información final del estado del organismo, así como las correcciones, los que se conocen como retroalimentación. La retroalimentación negativa intenta mantener el control de los parámetros o valores pertinentes para el sistema; los sensores, sean hormonales o neurológicos, emiten la información del estado del organismo para adoptar las medidas necesarias.

Aquí también se puede observar la circularidad; al correr, aumenta la temperatura, y ésta informa e influye para que se active la secreción de sudor. La actividad física aumenta la temperatura corporal y ésta afecta a su vez el rendimiento de la actividad; lo mismo que la sed, la sudoración y el apremio por orinar determinan a otros elementos, que son

recíprocamente influidos por ellos de una manera compleja. Este ejemplo también ilustra la forma en que los sistemas disponen de mecanismos para autorregularse.

El enfoque sistémico presenta una segunda gran teoría, la cibernética, en la cual se sustenta una buena parte de los principios que rigen a los sistemas y que ha tenido una enorme contribución en la terapia familiar. La cibernética trabaja un modelo de sistema que recibe información del entorno (input), la procesa internamente y emite una información (output) al medio ambiente. La información acerca de los resultados de este proceso ingresa de nueva cuenta al sistema por medio de un circuito de retroalimentación, de tal manera que es posible que el sistema modifique su comportamiento subsiguiente al comparar su programa inicial con su propia respuesta y la información recibida del mundo circundante.

La relación del hombre con su entorno considera en sus aspectos centrales los procesos de regulación y comunicación. La información se intercambia con el mundo externo, tanto para ajustarse al entorno como para hacer que éste se acomode al sujeto; no obstante, la información también se encuentra sometida a alteraciones. Es una forma de organización y está expuesta a la entropía. El hombre, los animales y algunas máquinas pueden detener esta tendencia hacia la desorganización, es decir, pueden oponerse de manera temporal a la entropía. En este orden de ideas la cibernética desarrollada por Norbert Wiener trata de un campo interdisciplinario, en el cual estudia los problemas de organización, proceso de control y transmisión de información.

Para la cibernética de Wiener, las nociones centrales a estudiar son la circularidad, la causalidad circular, la información, la retroalimentación, la homeostasis, la regulación y la autorregulación, entre otros. Posteriormente surge la cibernética de segundo orden, que formuló de forma inicial Von Foster; ésta es una propuesta de tipo epistemológico interesada en estudiar los procesos de autoorganización, autonomía, autorreferencia, y la observación y el observador, con la finalidad de conocer la verdad y la realidad.

Si bien estas dos grandes teorías fueron las bases del enfoque sistémico, también hubo aportes del psicoanálisis de Freud, y muy particularmente el subsistema denominado neofreudiano, al cual pertenecen Sullivan, Erickson, Horney, Thompson, y Fromm-Reichman. Algunos de los principios psicodinámicos adoptados han sido los supuestos desarrollistas que comprenden al ser humano como un ser en constante desarrollo en cuyo proceso sus vivencias pasadas son determinantes en el estado en que puede encontrarse al individuo actual, aunque en este punto no existe acuerdo por todos los integrantes del enfoque sistémico.

Principios de enfoque sistémico.

Como se mencionaba anteriormente estas teorías propone algunos principios (totalidad, interacción dinámica, equifinalidad, entropía, homeostasis, retroalimentación negativa, autorregulación, etc.), es importante explicarlos pues esto permite que el lector adquiera una dominio mucho mejor del tema, teniendo en cuenta que cada uno de ellos suponen el sustento científico para la teoría general de los sistemas; y posteriormente para el surgimiento del enfoque sistémico y a su vez de la terapia familiar sistémica. A continuación, se definirá algunos de ellos:

- ***Principio de totalidad.***

Los sistemas abiertos deben funcionar como un todo, puesto que la composición y la interrelación de sus elementos son los que conforman una identidad diferente respecto de la suma de sus componentes; todos funcionan conectados: si se cambia uno de sus elementos, se remueve alguno de sus componentes o conexiones, o deja de funcionar una de sus partes, el comportamiento global del sistema no es igual e incluso puede desaparecer. En consecuencia, su “buen” funcionamiento depende de su estructura y organización global.

- ***Equifinalidad.***

Se refiere al hecho que un sistema vivo a partir de distintas condiciones iniciales y por distintos caminos llega a un mismo estado final. El fin se refiere a la mantención de un estado de equilibrio fluyente. "Puede alcanzarse el mismo estado final, la misma meta, partiendo de diferentes condiciones iniciales y siguiendo distintos itinerarios en los procesos orgánicos" (von Bertalanffy, 1976, p.137).

- ***Entropía.***

Se comprende por entropía a la tendencia que tienen los sistemas al desgaste, a la desintegración o a la desaparición, para el relajamiento de los estándares y un aumento de la aleatoriedad.

- ***Homeostasis.***

También conocida como morfostasis, se refiere a la capacidad de los sistemas para autorregularse, esto es, de mantener su estructura constante en un ambiente cambiante, lo cual se hace posible por medio de la retroalimentación y la circularidad. Es decir, mantenerse en un equilibrio

- ***Retroalimentación.***

Se define como la "propiedad de ajustar la conducta futura a hechos pasados", esto es, que la máquina, mediante el mecanismo de la retroalimentación, regula su comportamiento de acuerdo con su funcionamiento real y no en relación con lo que se espera de ella. Su comportamiento se regula desde el exterior.

- ***Circularidad.***

Concepto cibernético que nos refiere a los procesos de autoacusación. Cuando A causa B y B causa C, pero C causa A, luego A es lo esencial es auto causado. Por ejemplo, se conoce como un proceso circular, en el cual la conducta del padre afecta a la madre, que a su vez afecta a los hijos, la escuela y la conducta del padre; en este sistema los efectos de las conductas de cada uno de los elementos del sistema se influyen mutuamente.

Conceptualizadas ya las teorías que dieron origen al modelo sistémico, así como su percepción frente a la dinámica de los sistemas, y la definición de algunos conceptos relevantes, es pertinente decir que frente a estas teorías existieron diferentes escuelas y modelos que dieron el paso de la utilización y construcción de las teorías, a una explicación y aplicación práctica, siendo estas las principales influyentes en el enfoque sistémico.

Principales escuelas y modelos sistémicos.

- ***Escuela de Palo Alto.***

La Escuela de Palo Alto, también conocida como "Colegio Invisible", comienza en 1942 con Gregory Bateson, que se asocia con Ray Birdwhistell, Edward T. Hall, Erving Goffman y Paul Watzlawick, entre otros. Todos ellos proponen una alternativa al modelo lineal de la comunicación, y trabajan a partir del modelo circular retroactivo propuesto por Norbert Wiener en su ya clásica obra *Cibernética, o el control y comunicación en animales y máquinas* (1948).

Para los autores de la Escuela de Palo Alto, la comunicación debe ser estudiada por las ciencias humanas a partir de un modelo que le sea propio, y hay que concebir la investigación en comunicación en términos de niveles de complejidad, contextos múltiples y sistemas circulares.

La principal aportación de esta corriente de pensamiento es que "el concepto de comunicación incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente" (Bateson y Ruesch, 1984). La comunicación fue estudiada, por tanto, como un proceso permanente y multidimensional, como un todo integrado, incomprendible sin el contexto en el que tiene lugar. La definición de comunicación que se puede extraer de la obra de estos autores es común a todos los representantes de la Escuela de Palo Alto. (Bateson y Ruesch 1984; citado por Rizo, 2004) afirma que "la comunicación es la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas".

La primera intervención realizada bajo esta modelo fue en 1960, cuando Paul Watzlawick fue invitado a unirse al grupo de investigadores que estaban estudiando el papel de la familia con un miembro esquizofrénico. Surge el primer modelo clínico sistémico: una terapia breve focalizada en la resolución de un problema, implementándose un dispositivo terapéutico de diez sesiones, cuyo enfoque está puesto en la reducción del síntoma, posibilitando en el paciente un cambio mínimo (Weakland, 1968), un cambio que implique una disminución en la tensión que el problema ocasiona.

La intervención terapéutica por excelencia en este primer modelo clínico ha sido la reformulación panorámica (Hirsh, 1988). Esta estrategia consiste en producir un cambio en los esquemas referenciales o en el modelo internalizado del mundo que poseen los integrantes del sistema. Este modelo interno dirige la acción, los sentimientos y las interpretaciones que habitualmente tenemos todos. Se trata de reformular ciertas ideas preconcebidas equívocamente que tenemos del mundo y del otro. Por ejemplo, un padre que considera que su hijo por ser retraído tiene un comportamiento patológico; la intervención terapéutica tendrá como finalidad cambiar el rótulo de "retraído" por el de "observador". Así ese padre podrá considerar que su hijo es un silencioso observador de la realidad, y que su forma de ser es muy particular, pero no patológica.

- ***Escuela de Milán.***

Nace en 1967 el Instituto para el Estudio de la Familia en Milán. Conformado originalmente por Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo, Utilizan el genograma, una herramienta gráfica muy útil para visualizar y diagnosticar las relaciones de poder implícitas en la familia disfuncional. Se trata de un esquema grafico diseñado por el terapeuta a partir de la narración emergente del grupo familiar; se grafican tres generaciones en forma descendiente (abuelos, padres y nietos), Esta herramienta gráfica permite elaborar hipótesis que den cuenta de la disfuncionalidad en la pareja, en la familia nuclear y en la familia extensa.

Su punto de partida son los trabajos de Bateson, y el grupo de Palo Alto, con su enfoque comunicacional cibernético. Familia como un sistema cibernético autorregulado, en el que todos sus elementos están interconectados y donde el problema que se presenta cumple una determinada función, dentro de la lógica interna del sistema.

Este equipo de terapeutas milaneses pone su foco en la significación que la familia ha construido a lo largo de su historia, sus creencias y sus modos de ejercer la influencia entre los integrantes del sistema. Se han destacado por la implementación de una modalidad diferente de trabajo, la coterapia, pareja de terapeutas de distintos sexos que se ubican frente a la familia con algún integrante psicótico. Tres ejes conducen el accionar del terapeuta: la formulación de hipótesis, la circularidad y la neutralidad. Entre las principales técnicas que utilizan se destacan: la connotación positiva, el interrogatorio circular y las intervenciones paradójicas.

- ***Escuela de Roma.***

Esta escuela ha sido fundada en la década del 60 por el neuropsiquiatra infantil Maurizio Andolfi. Este ha sido el primer terapeuta sistémico que cuestionó la pretendida objetividad del positivismo. Andolfi prefiere hablar de neutralidad, la cual remite a la

relación terapeuta-paciente: el terapeuta no debe acceder a las alianzas o pactos que los pacientes resistentes al cambio quieran establecer para que el cambio de estructura no llegue a consolidarse. “La familia es concebida como un sistema relacional abierto en interacción dialéctica con otros sistemas, con cierta capacidad de autogobierno que le permite modificar como todo organismo activo, sus procesos vitales y adaptarse a las exigencias de los diferentes estadios de su propio desarrollo”. (Andolfi, 1993; citado por Del Rio, 2012).

Andolfi se centra en las triangulaciones (padre-madre-hijo) y en las redes de tres generaciones (abuelos-padres-nietos), las necesidades, demandas e influencia que se establece entre los miembros de la familia extensa. Sus intervenciones más destacadas son las prescripciones directas, prescripciones paradójicas y prescripciones reestructurantes.

- ***Modelo Estructural.***

Este modelo se fundó con Salvador Minuchín creador de la terapia estructural sistémica. El modelo estructural surgido en los EE.UU. en los ´60, abordará casos de familias con problemas de límites. Minuchín clasificará a las familias en funcionales y disfuncionales (Minuchín, 1974).

En una familia disfuncional los conflictos, la complementariedad rígida de roles, la escalada entre los cónyuges, el stress, y muchas veces el abuso por parte de algún miembro se repiten cotidianamente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales circunstancias. A veces los niños crecen creyendo que tal disposición familiar es normal. “Las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos co-dependientes, familias aglutinadas o demasiado autónomos, familias desligadas” (Minuchín, 1974).

“Cualquier factor de estrés importante, como un traslado, la falta de empleo, una enfermedad, la inflación, puede causar que los conflictos existentes que afectan a los niños

o adolescentes empeoren mucho. Esta tipificación en familias aglutinadas y desligadas es muy utilizada hoy en día en el campo de la Psicología Forense” (Del Rio, 2012 p.82)

Una de las estrategias de intervención que suele usar el terapeuta estructural es la escenificación: se invita a la familia a “danzar” o reproducir en acto una escena familiar conflictiva. El terapeuta actúa como director y actor: como director, primero observa la interacción tal cual la dramatizan los miembros de la familia, y luego propone un modo de interacción más funcional al sistema. Como actor, suele solicitar a un familiar que tome asiento y observe el modo de interacción que propone el terapeuta, quien asume el rol activo de ese familiar que fue retirado de la escena.

- *Modelo estratégico.*

Jay Haley, muy interesado en los aportes de Milton H. Erikson y los trabajos de Salvador Minuchín, funda en 1976, en Washington, The Family Therapy Institute. Su foco de análisis gira alrededor de la organización jerárquica de la familia nuclear y extensa, la influencia que se ejerce dentro de la familia, y las disfunciones que se evidencian en su seno.

El terapeuta conscientemente asume la responsabilidad de influir directamente en el sistema familiar. Es el terapeuta quien detecta y diagnostica los problemas, fija metas, diseña intervenciones y examina respuestas. Su objetivo es intervenir directamente en el sistema como si fuera un integrante más, de tal forma de llegar a quebrar los ciclos repetitivos de conducta, romper pactos secretos, y generando nuevas alternativas.

Sus intervenciones terapéuticas consisten en diálogos profundos y el uso de directivas indirectas, un tipo de intervención paradójica que denota la necesidad que tiene la familia de cambiar, pero al mismo tiempo da cuenta de las resistencias al cambio; esto provoca

que la familia se resista y reflexione acerca de su necesidad de cambiar. Estas directivas indirectas deben ser claras y estar dirigidas a todos los integrantes del sistema.

Además de estos principales modelos sistémicos, cabe mencionar que surgen otros modelos y se consolidan otras terapias. Entre ellas tenemos:

- ***Terapia Individual.***

Luigi Bóscolo, quien se había separado del equipo de Mara Selvini Palazzoli unas décadas antes, modifica en 1990 el dispositivo terapéutico de tal manera de poder trabajar con pacientes en terapia individual. El funcionamiento de esta psicoterapia es -en parte- semejante al modelo de Milán, pero Bóscolo modifica uno de los ejes que conducen al terapeuta en el proceso de cambio, y agrega un cuarto eje.

A) Mantiene la formulación de hipótesis. B) El interrogatorio circular se lleva adelante “personificando un tercero” que realmente está ausente, pero que ejerce o ha ejercido influencias sobre el paciente. C) reemplaza la neutralidad por la flexibilidad, dado que llegó a afirmar que la neutralidad absoluta no es posible alcanzarla, como tampoco la objetividad. D) Introduce la deconstrucción de historias: todo paciente narra su historia, su problema, e incluye la impronta de su subjetividad.

De estas narraciones analizará como el poder se infiltra en las relaciones interpersonales, como se conciben las cuestiones de género, el sentido que se le otorga a los problemas, el apego, la pertenencia, el espacio y el tiempo. “Se trata de construir y reconstruir historias, a lo largo del tratamiento se van reinterpretando los hechos” (Del Rio, 2012)

Las lágrimas de una paciente, por ejemplo, que aparentan ser de dolor, son de rabia por todo lo vivido en su adolescencia. Esta deconstrucción, necesaria para que la narración adquiriera un nuevo sentido, se hace a través de la palabra.

- *Terapia de las Narrativas.*

La experiencia de trabajar con niños hipoacúsicos que ha tenido Micheal White, un Trabajador Social australiano, lo ha llevado a implementar en la terapia aquel análisis de las narrativas escritas que le pedía a sus pacientes con problemas de audición. Esta producción escrita, que el paciente prepara en su domicilio durante el transcurso entre dos sesiones, es muy práctica para trabajar con pacientes introvertidos o poco comunicativos.

El análisis de las narrativas se hace en la sesión siguiente y es semejante a la deconstrucción que estructuró Luigi Bóscolo. Una frase muy significativa de White, que trascendió el ambiente sistémico, ha sido “la persona no es el problema, el problema es el problema”. (White & Epton: 1993), posibilitando de esta forma la “externalización del problema”, implicando una des-subjetivación que le permite al paciente “tomar distancia” y poder resolver su problema en forma reflexiva.

- *Terapia Conversacional.*

Harlene Anderson sostiene que los terapeutas en general se equivocan al intentar colaborar en la solución de los problemas que aquejan a los pacientes. Los problemas y las soluciones existen en el lenguaje, por lo tanto, un problema se transforma en un dilema, y la solución en disolución. Según (Anderson, 1999; citado por Del Rio, 2012). “A través de la interacción dialógica los dilemas se disuelven”

- ***Terapia Feminista.***

Thelma Jean Goodrich abordará a través de la terapia de pareja o familia, los problemas relacionados con cuestiones de género, maltrato, violencia familiar, disfunción sexual, entre otros. Recurriendo también a la dialógica y la deconstrucción de las narrativas, busca que la mujer descalificada o golpeada reconozca “ser mujer para otro” y lo transforme en “ser una mujer para sí”. (Goodrich y Col, 1994), Goodrich retoma algunas intervenciones del modelo de Milán, como ser el interrogatorio circular y el uso del genograma.

De acuerdo a lo anterior la terapia familiar conformó un fuerte sustento teórico que continúa en desarrollo y multiplicación; así mismo, posee un repertorio bastante abundante de técnicas terapéuticas para el trabajo con familias y los especialistas trabajan en la actualidad en muchas partes del mundo. Ellos se enfocan sobre todo en observar contextos familiares.

La terapia familiar surge impulsada por circunstancias clínicas y de investigación, en las que concurren diversos terapeutas y en forma independiente deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático. La experiencia de observar la dinámica familiar desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los componentes de la familia.

Se intenta explicar cómo influyen las relaciones en el trastorno del paciente para establecer las variables relacionales. Más tarde sus tratamientos se orientaron a cambiar dichas variables. El núcleo del tratamiento ya no es el individuo sino la organización de la familia nuclear y extensa. Se enfatiza que toda organización es jerárquica (padres, subsistema parental, subsistema filial) y se elabora un lenguaje diferente: homeostasis, entropía, cambios de primer y segundo órdenes, retroalimentación, doble vínculo. Se abrigó la esperanza de que la familia humana se organizara adaptándose a formas de funcionamiento y de interacción más armónicas.

Los terapeutas de la familia sostienen que su labor no consiste tan sólo en comprender las formas en que las causas de los problemas de un individuo pueden tener su origen en la familia. Más bien, acentúan la importancia de conceder atención a las características de la interacción entre los miembros de la familia que inhiben y promueven el funcionamiento de los individuos y la familia como un todo. El terapeuta familiar considera a la familia entera y centra los esfuerzos de cambio no sobre la conducta y experiencia de un individuo sino en las interacciones de sus miembros en conjunto, como una totalidad.

Evidentemente el avance de la terapia familiar y el enfoque sistémico a lo largo de la historia ha sido contundente, pues la teoría utilizada, así como las metodologías de investigación que abarcaron sus autores y las terapias y estrategias de intervención que se llevaron a cabo han sido totalmente acertadas, siendo cada una de sus escuelas grandes aportadoras de lo que hoy por hoy se encuentra constituido el enfoque sistémico; además el aporte fundamentado en las características de la terapia familiar ha sido de gran ayuda para el entendimiento de la comunicación enfocado en las relaciones de pareja en las mujeres que presentan el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico.

Capítulo II: Ciclo vital y ciclo vital en las relaciones de pareja

Ciclo vital.

Para lograr hacer una investigación completa, debemos abarcar un todo, es por eso que en este capítulo se hablará del ciclo vital. Craig (2009) contempla: “El desarrollo comienza con la concepción y se prolonga durante toda la vida; de manera arbitraria, a veces lo dividimos en etapas para contar con puntos de referencia. Pero el ciclo vital toma tantos derroteros como personas hay en el mundo. Todo ser humano se desarrolla en forma única en el seno de su contexto o de su ambiente”.

Se propone que la psicología del ciclo vital es más amplia que la psicología del desarrollo. Coherente con una visión integral del curso del ciclo vital esta psicología enfatiza la irrelevancia de la edad, los cambios permanentes, la multidimensionalidad, y la plasticidad, también como la importancia del contexto y la historia. Se refiere al proceso de envejecimiento, a la adultez, la vejez y la muerte en el marco del ciclo vital; enfatiza posibilidades relacionadas con el envejecimiento exitoso, el bienestar subjetivo y la sabiduría, acordes con el punto de vista de la psicología positiva y posibles de lograr mediante el aprendizaje durante toda la vida o la educación vitalicia. (Dulcey-Ruiz y Uribe, 2002, p.1)

Es así como se hace indispensable estudiar el ciclo vital, lo cual permitirá tener una visión más amplia y enfatizar en los cambios que se puedan llegar a dar en la vida del ser humano, la importancia del contexto y cómo influye éste en el desarrollo de cualquier persona, pero así mismo es importante también mencionar que significa vivir, ya que es un concepto que tiene muchas acepciones. “Vivir es crecer, desarrollarse, madurar, renovar las células, regenerar los órganos y envejecer. En los seres vivos el conjunto individual es más que la mera suma de las partes. El atributo más llamativo y característico de un ser vivo es la capacidad de transmitir la vida dando paso a individuos de su misma especie” (Lopez, Santiago y Herranz, 2011, p.286).

De esta manera podemos empezar a hablar de las etapas del ciclo vital, las cuales son de gran importancia, ya que en cada una de ellas sucede algo significativo que ayuda a que el individuo pueda avanzar, tanto física como psicológicamente.

Periodo prenatal de la concepción al nacimiento infancia del nacimiento a los 18-24 meses de edad, comienza a caminar de 12-15 meses a 2-3 años de edad, periodo preescolar de 2-3 a 6 años de edad, niñez media de 6 a 12 años de edad aproximadamente, adolescencia de 12 años a 18-21 años de edad, juventud o adultez temprana de 18-21 a 40 años de edad, madurez o adultez media de 40 a 60-65 años de edad, vejez o adultez tardía de 60 a 65 años de edad hasta la muerte. (Craig, 2009, p.5)

Las etapas en el ciclo vital no se pueden desconocer, por el contrario, hay que darles la importancia que requieren.

Conforme avanza el desarrollo, ¿se van agregando conductas y capacidades de manera que se acumulan gradualmente comportamientos, habilidades y el conocimiento del mundo circundante? O bien, ¿el desarrollo se realiza por etapas cualitativamente distintas, de modo que aprendemos de repente formas nuevas de interpretar nuestro mundo? Algunos cambios son sin duda graduales y acumulativos, y dan por resultado una organización y un funcionamiento cada vez mayores. Por ejemplo, en el desarrollo motor, el niño primero mueve los brazos y las piernas de manera aleatoria, y luego empieza a alcanzar y sujetar los objetos con un propósito. Más tarde, adquiere y perfecciona poco a poco la capacidad de usar símbolos, en especial las palabras, hasta que aprende a leer y manejar conceptos numéricos; por último, accede al pensamiento de nivel superior. En general, la continuidad del desarrollo a lo largo del ciclo de vida es el enfoque que predomina en nuestros días. (Craig, 2009, p.8).

Estos cambios son los que nos llevan a que el ser humano vaya avanzando de una manera progresiva, que en determinado tiempo puede pasar de una etapa a otra.

El desarrollo es un continuo que se da durante toda la vida. Si bien algunos teóricos sostienen que en la adultez hay etapas bien definidas del desarrollo, los procesos que ocurren en la vida adulta se distinguen de los de la niñez y la adolescencia. Los cambios en el pensamiento del adulto, en su personalidad y en su comportamiento se deben menos a la edad cronológica o a cambios biológicos específicos y más a factores personales, sociales y culturales. Los influjos sociales y las exigencias culturales en la juventud apoyan, amplían o alteran los patrones conductuales fincados en el periodo de la adolescencia. Día tras día hay que tomar decisiones y resolver problemas. El rasgo distintivo de la madurez es la creciente capacidad de reaccionar al cambio y adaptarse a las nuevas circunstancias. La resolución positiva de las contradicciones y dificultades constituye el fundamento de la actividad madura de un adulto (Datan y Ginsberg, 1975; citado por Craing, 2009).

En esta monografía la muestra del estudio de caso se encuentra en la juventud o adultez temprana, y la madurez o adultez media, por lo cual es importante enfocarnos más en estas etapas y describirlas, para así llegar a un análisis más exacto y significativo ya que todos los adultos no avanzan o estructuran su vida de la misma forma.

- ***Juventud o adultez temprana.***

La primera mujer de nuestra investigación que padece el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, actualmente tiene una edad de 25 años, lo que quiere decir que se encuentra en un ciclo vital de juventud o adultez temprana. Sandoval (2009) afirma.

Realmente, los años adultos tienen un gran potencial, de desarrollo intelectual, emocional y aun físico. Los avances importantes ocurren durante temprana edad adulta (la que estará definida arbitrariamente como el espacio entre las edades de los 20 y los 40) Algunos de estos avances suceden como resultado de los papeles nuevos y significativos que mucha gente asume en la edad adulta: como

trabajador, esposo y padre. Estos afectan la manera como la gente piensa y actúa; y el modo como piensa y actúa afecta la manera como realiza estos papeles —o si no los realiza—. Las interacciones entre los diversos aspectos del desarrollo —físico, intelectual, social y emocional— están golpeando durante este período. (p.93)

Los cambios psicobiopsicologicos tienen gran peso en esta etapa de la vida del ser humano. Craing (2009) contempla: “Los desarrollos social y emocional coexisten con los cambios físicos graduales que se dan en este periodo, lo mismo que con el conjunto creciente de conocimientos, habilidades y experiencias —los cuales pueden estar bajo el influjo de sucesos repentinos y traumáticos que acontecen en el nivel personal y en el cultural /social” (p.410).

Nos ubicaremos en los cambios físicos, a medida que el ser humano va creciendo se va desarrollando un proceso biológico en el cual los organismos aumentan de masa y tamaño, además de experimentar cambios morfológicos y funcionales.

En parte, las respuestas a los acontecimientos de la vida dependen de nuestra capacidad física: salud, buena condición física, fuerza y resistencia. Casi todos los aspectos del desarrollo físico alcanzan su nivel máximo en la juventud. La mayoría de los jóvenes son más fuertes, más sanos y más fértiles de lo que han sido o serán en el futuro. Por lo regular, también son más activos y abiertos en el aspecto sexual y tienen un sentido claro de su identidad sexual. (Craing, 2009, p.414)

La etapa de la juventud o adultez temprana conlleva también un tema muy importante, la sexualidad, es en esta etapa donde aspectos fundamentales de la sexualidad toman fuerza.

Las tendencias en la conducta sexual del adulto han cambiado de manera considerable con el paso del tiempo. En 1937 y una vez más en 1959, apenas 22 por ciento de la población estadounidense aceptaba las relaciones sexuales

premaritales en hombres y mujeres. En una encuesta efectuada en 1974 (Hunt,1974), 75 por ciento de los varones aprobaba el sexo premarital en el hombre y más de 50 por ciento lo juzgaba aceptable en la mujer. No obstante, la aceptación de algunas conductas no ha aumentado de modo importante; entre éstas se cuentan el intercambio de compañeros, el sexo en grupo y el sexo fuera del matrimonio. La norma doble persistió hasta la década de 1970: 50 por ciento de los universitarios aprobaba el sexo premarital en la mujer, pero 75 por ciento se guía prefiriendo a la esposa virgen (Mc Cary, 1978; citado por Craing, 2009).

Así como los cambios físicos tienen importancia, los cambios cognoscitivos también juegan un papel muy importante en el desarrollo del ser humano, estos abarcan todo el desarrollo de las capacidades cognitivas que son los procesos tales como la memoria, la atención, el lenguaje, percepción, la solución de problemas o inteligencia y la planificación e involucran funciones cerebrales sofisticadas y únicas. “Durante la juventud, las habilidades cognoscitivas que se practican con frecuencia se conservan mejor que a las que se recurre pocas veces” (Craing, 2009, p.423). Esto quiere decir que es en la niñez donde las capacidades cognoscitivas son relativamente claras, pero es en la adultez temprana donde se conservan las actividades que se utilizan con mayor frecuencia.

A través de los años se han realizado muchos estudios sobre las etapas de los seres humanos, identificando exactamente como se dan esas etapas en hombres y mujeres, pero igualmente esos estudios han provocado diferentes críticas de muchos teóricos ya que antiguamente es esos estudios no tenían en cuenta significativamente a las mujeres.

(Levinson, 1990; Levinson, 1996). Estudió a un grupo de 45 mujeres, de las cuales 15 eran amas de casa, 15 mujeres de negocios y 15 profesoras. Los resultados sustentaron, en parte, su teoría de que para ingresar a la adultez hay que definir un sueño, encontrar un mentor, escoger una carrera y establecer una relación con una persona especial; su modelo para las mujeres se parece al de los varones.

También existe una transición decisiva hacia los 30 años, periodo de estrés al reexaminar los objetivos profesionales y los estilos de vida. Pero las experiencias de la mujer parecen muy distintas a las de los hombres. Más aún, aunque Levinson sostenía que las transiciones de ambos sexos guardan estrecha relación con la edad, otros investigadores descubrieron que en la mujer la etapa del ciclo de vida familiar parece ser un mejor indicador de la transición que la edad solamente (Harris y otros, 1986; citado por Craing, 2009).

- *Madurez o adultez media.*

Para continuar con el análisis de la relación de pareja de las mujeres que padecen el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, contamos con otra mujer de 49 años, la cual se encuentra en la madurez o adultez media, esta etapa constituye el 50 por ciento o más de la vida de una persona e igualmente que la juventud en esta etapa la persona puede presentar diferentes cambios.

Muchos teóricos han aportado grandes conocimientos acerca de esta etapa, pero como es normal hay muchas discrepancias entre lo que dicen, para algunos la madurez es el inicio de la plenitud, para otros es el inicio del fin. “Algunos investigadores consideran que los adultos perciben la edad madura como “un periodo en que algunas esperanzas se frustran y algunas oportunidades parecen haberse perdido para siempre” (Clausen, 1986; citado por Craing, 2009).

Los cambios más notables de la madurez, son los cambios físicos, acá la persona se da cuenta que su cuerpo empieza a envejecer. “Algunos hechos biológicos obvios, como la menopausia en la mujer, la creciente dificultad de lograr la erección en el hombre y la disminución de la agudeza visual en ambos sexos son hechos que imponen un cambio en la autoimagen o las actividades y es preciso integrarlos a un estilo de vida satisfactorio” (Newman, 1982 y Timiras, 1994; citado por Craing, 2009).

La sexualidad también es un punto muy importante en la edad madura, acá se empieza a experimentar nuevas sensaciones y pensamientos. “Por lo regular, durante la edad madura aminora la frecuencia de actividad sexual, lo mismo que los compañeros sexuales que una persona probablemente tenga en su vida (Michael y otros, 1994, Laumann y otros, 1994; citado por Craing, 2009). La actividad sexual puede disminuir en la etapa de la madurez o adultez media, pero no quiere decir que declive por completo, se presentan cambios, pero así mismo se puede mantener una vida sexual activa en esta etapa.

En las mujeres, los cambios fisiológicos de la menopausia no eliminan la capacidad para la función sexual. Pero quizá necesiten más tiempo para alcanzar el orgasmo. Algo semejante ocurre en los hombres, quienes tal vez tarden más en lograr la erección y el orgasmo. Por tanto, como hombres y mujeres necesitan más tiempo, tiene lugar una conducta sexual más orientada a compartir, a diferencia de lo que sucedía en años anteriores en que todo se concentraba con mayor urgencia en conseguir el orgasmo (Weg, 1989; citado por Craing, 2009).

En cuanto a los cambios cognoscitivos, diferentes autores han indicado que el envejecimiento va acompañado de un deterioro de la actividad cognoscitiva, pero este deterioro se da de manera gradual, no llega a invadir a la persona súbitamente. “Se produce un deterioro serio a una edad mayor de lo que se creía y sólo en ciertas áreas del funcionamiento intelectual. Algunos aspectos de la inteligencia mejoran en la madurez y posteriormente, sobre todo entre los adultos con formación universitaria que siguen activos (Schaie, 1983, 1995; citado por Craing, 2009).

El aspecto social también es sumamente importante en la etapa de la madurez, es a partir de este aspecto que la persona puede ser capaz de construir y dar una estructura a su vida. “En el transcurso de la edad adulta se presentan un conjunto de acontecimientos sociales, personales y laborales sumamente importantes que son los que proveen perfil y estructura a la vida de la persona adulta” (Sandoval, 2009).

Así como el contexto social puede contribuir a la estructura de la vida de una persona, de la misma manera se pueden generar crisis, que, si se trabaja de la manera adecuada, estas crisis pueden ser positivas. Sandoval (2009) dice:

Existen numerosos trabajos que coinciden en señalar que se producen cambios a lo largo del ciclo vital. En el entorno personal estos cambios demandan procesos de adaptación y modificación a las nuevas situaciones o requieren la aceptación de nuevos roles, circunstancias que generan crisis positivas o negativas en la persona. La crisis resulta positiva cuando permite que la persona reoriente sus planteamientos y objetivos vitales. Los acontecimientos importantes en la vida adulta como el casamiento, la maternidad, la paternidad, pérdida de los padres, adolescencia de los hijos, y ciertos momentos claves como la mitad de la vida, demandan cambios o suelen producir crisis. (p.165)

Ciclo vital en las relaciones de pareja

Villamizar (2008) define: “Pareja como sistema único, diferenciado, entrelazado, con puntos de encuentro, búsqueda del otro, con expectativas del presente y mañana, sueños de vida en común y compañía”.

Respecto al ciclo vital en las relaciones de pareja, no existe un único referente teórico que nos diga las diferentes etapas que se pueden dar, por eso se toman diferentes autores con sus diferentes teorías.

La familia vive un proceso que se ha descrito como el ciclo vital familiar en el que se plantea una secuencia de momentos altamente significativos por las expectativas, la tensión y los cambios que desde ellos se plantean. El ciclo vital familiar es vivido por cada familia de manera singular. Es posible que algunas familias no hayan vivido todas las etapas o que otras vivan simultáneamente varias de ellas, sin embargo, todos los sistemas familiares encuentran en las etapas del ciclo vital familiar un marco de referencia para el estudio, análisis, comprensión,

o si se quiere para complementar el diagnóstico de la familia y proyectar acciones preventivas o de asistencia terapéutica a sus miembros. (Cardona, 2007)

En esta investigación nos enfocaremos en los dos ciclos vitales que experimenta la muestra escogida, el noviazgo, quien lo experimenta la mujer de 25 años de edad que se encuentra en la juventud, y la relación en edad madura, que lo experimenta la mujer de 49 años, que se encuentra en la etapa de la madurez.

- *Noviazgo*

El noviazgo hace parte de la parte de la formación de pareja, cuando se da este primer paso empieza a existir una definición del proyecto de vida en común con la otra persona y existe ya un modelo de pareja. Cocho (2009) aporta: “El noviazgo es el periodo de tiempo que dura la relación, previa al matrimonio, y sirve para conocerse con mayor intimidad y poder buscar la conjunción de ideales para dar el paso siguiente hacia el compromiso formal. Se entiende el noviazgo como la unión de personas provenientes de diferentes sistemas familiares para conformar un sistema común. Es importante preguntarse “qué tipo de pareja queremos”.

Es la etapa en la cual un hombre y una mujer que hacen parte respectivamente de otras familias de origen (las cuales se aproximan a vivir la etapa de “Salida de los Hijos”) se disponen a construir un proyecto en el que se da el enamoramiento y expectativa frente al compañero(a) del otro sexo para conformar una relación de pareja. La identidad de pareja que se construya a través del análisis y confrontación mutua de los valores, las historias personales, deseos, costumbres, expectativas hacia el futuro; determinarán la consolidación del noviazgo como una familia en embrión motivada a dar el siguiente paso que implica la convivencia de la pareja. En su defecto, al no lograr acuerdos de identidad mutua se esfuma el proyecto de pareja. (Cardona, 2007)

- *Pareja en edad madura*

En esta etapa si hay una familia extensa, esta familia se reduce la mayoría de las veces a solamente la pareja. Cocho (2015) nos dice: “Cuando una pareja logra liberar a sus hijos de manera que estén menos involucrados con ella, suelen llegar a un período de relativa armonía que puede subsistir durante la jubilación. Algunas veces, sin embargo, el retiro de la vida activa puede complicar la relación, pues la pareja se halla frente a frente veinticuatro horas al día. Es importante que en esta etapa la pareja desarrolle nuevos proyectos vitales y de pareja”.

La pareja se enfrentará a nuevos desafíos. Por un lado, el reencuentro entre ellos, dado por la salida de los hijos del hogar y por el cese laboral. De las características de este encuentro dependerá que la pareja continúe unida o no. Por otro lado, deberán afrontar cambios no solo en lo individual sino también a nivel familiar. El fin de la vida laboral (jubilación) que por algunos es tomado como el inicio de una nueva etapa, donde tendrán la oportunidad de realizar cosas postergadas durante la juventud, disfrutar de los nietos y seguir generando proyectos, para otros es el fin de su vida activa y el paso hacia una etapa “improductiva”. Dentro de las familias aparecerán nuevos roles: abuelo/a. Este nuevo rol les permite a los padres, ahora abuelos, tener un contacto más libre y placentero con los nietos que lo que tenían con sus propios hijos. (Estremero y García, 2010)

Es importante mencionar y no dejar pasar en este capítulo, que la comunicación es un aspecto importante en cualquier ciclo vital de las parejas. "comunicación es todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano. Puede ser verbal, o no verbal, interindividual o intergrupala" (Riviere, 2000, p.89). Por esta razón cuando se analizan los ciclos vitales, obligatoriamente que hay que hacer una revisión de cómo se está llevando a cabo la comunicación en las relaciones de pareja.

La teoría consultada sobre los ciclos vitales del ser humano permitirá hacer una comparación de las edades cronológicas de las mujeres y su disfunción sexual, esto quiere decir que se podrá conocer cómo se da el trastorno sexual por penetración con dolor gento pélvico en las diferentes edades de la muestra. Así mismo al conocer el ciclo vital de las relaciones de pareja se puede tener claro que crisis son las normativas en el noviazgo y en una pareja con edad madura, para de esta manera diferenciar las crisis que pueden ser causa de la disfunción sexual, teniendo en cuenta que las dos participantes de la muestra de la presente investigación se encuentran en estas dos etapas del ciclo vital.

Capítulo III: Sexualidad y disfunción sexual

Sexualidad.

El presente capítulo tiene como objetivo describir los aspectos y características del trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico. Así mismo se abordará el tema de sexualidad en la pareja, enfocado específicamente en la mujer y sus elementos más importantes, por lo que consideramos necesario referirnos en primer lugar a la respuesta sexual normal, conocida como resultado de las investigaciones realizadas por los doctores William Masters y Virginia Johnson (1978), en las que analizaron las respuestas fisiológicas ante estímulos sexuales de hombres y mujeres entre los 18 y 89 años.

Existen muchas definiciones sobre sexualidad, unas más representativas que otras. “El concepto de sexualidad aparece con el hombre y aunque incluye la genitalidad va mucho más allá de esta. La sexualidad implica la integralización del ser humano: movimientos, sensaciones, fantasías, sentimientos, conductas, pensamientos, creencias, en fin, elementos que en conjunto se pueden expresar posibilitando relación, intercambio, crecimiento y trascendencia” (Ardila y otros, 1993; citado por Gabilanes, 2015).

En 1954 se inició dicha investigación sobre la anatomía y la fisiología de la respuesta sexual humana en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington. En 1959 se instituyó un programa coordinado clínico y de investigación sobre los problemas de inadecuación sexual humana, que se continuó en enero de 1964, bajo los auspicios de la Reproductive Biology Research Foundation.

Masters y Johnson (1978) dividen la respuesta sexual masculina y femenina en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo, resolución; y el periodo refractario es exclusivo del hombre.

- ***Fase de excitación.***

Esta fase se inicia debido a sensaciones sexuales que la condicionan y pueden ser del tipo físico o psíquico, tales como una caricia o un recuerdo muy intenso, un beso o un perfume. Veamos a continuación los cambios físicos que ocurren en esta fase.

- ***Fase de meseta.***

La mujer se caracteriza por, Prominente vasodilatación en el tercio externo de la vagina, la abertura del introito vaginal de la mujer se estrecha, hay una expansión del interior de la vagina, se aumenta la elevación del útero, el clítoris se retrae entre otras características; el hombre se caracteriza por, aumento del tamaño de los testículos, elevación testicular completa, en ocasiones segregación de fluido por la uretra.

- ***Fase de orgasmo.***

En esta fase la mujer se caracteriza por, contracciones rítmicas y simultáneas del útero, del tercio externo de la vagina y esfínter rectal (plataforma orgásmica), además del aumento de los ritmos cardiaco y respiratorio. Por su parte el hombre se caracteriza por contracciones del pene y la eyaculación.

- ***Fase de resolución.***

En la fase de resolución, desaparece la plataforma orgásmica en la mujer, el útero desciende, la vagina se acorta, el clítoris vuelve a su posición normal; el hombre se caracteriza por pérdida de la erección, detumescencia del escroto, los testículos disminuyen de tamaño y descienden al escroto.

- ***Periodo refractario.***

Este es exclusivo del hombre en esta esta fase es imposible otra eyaculación, aunque en ocasiones se tiene una erección parcial o completa, puede durar varios minutos o varias horas, este intervalo es más largo con la edad y además varía entre distintos individuos y en un mismo individuo.

Según (Gorguet, 2008 pag.38) “Es importante conocer que cualquier alteración, ya sea psicológica u orgánica en algunas de estas fases, impide una respuesta sexual satisfactoria, que de hacerse persistente produce un trastorno sexual”. Pues bien es totalmente significativo lo señalado por esta autora ya que el conocer estas etapas y el conocernos a nosotros mismo nos llevara a descubrir si tenemos o no, alguna alteración en nuestra vida sexual.

Si bien es cierto esto, los prejuicios y tabúes que han acompañado a la sexualidad a lo largo del tiempo y en las diferentes culturas, así como su carácter íntimo y privado, hacen que muchos la perciban como algo que no debe ser indagado y que se debe al libre albedrío. Sin embargo, en los últimos años se ha notado un marcado incremento en el interés de nuestra población sobre temas sexuales. Al mismo tiempo existen publicaciones con informaciones sobre la conducta sexual, la sexualidad y las alteraciones o disfunciones que actualmente se conocen.

Las relaciones entre sexualidad y psiquismo han sido estudiadas desde la antigüedad; Hipócrates en Grecia y Galeno en Roma opinaban que muchos trastornos mentales dependían de la insatisfacción de las necesidades sexuales.

A pesar de que la sexualidad interesó a pensadores antiguos, medievales y modernos, tardaron mucho en establecerse las características fisiológicas del comportamiento sexual, las relaciones entre psiquismo y respuesta sexual y también las estimaciones estadísticas

de los patrones de conducta sexual de la población humana (Masters y Johnson, 1977; citado por Gorguet, 2008).

Con los trabajos de Freud en la segunda mitad del siglo XIX comienzan los esfuerzos de los científicos para conocer y tratar los trastornos de la función sexual femenina. Estos estudios iniciaron el conocimiento de los conflictos psíquicos que afectan dicha función. Este autor elaboró técnicas psicológicas de tratamiento para esas perturbaciones. En Estados Unidos el grupo de Kinsey y colaboradores (1953) realizaron encuestas masivas en la población, por medio de las cuales se pudieron determinar los patrones del comportamiento sexual. También los investigadores Master y Johnson describieron los componentes biológicos de la respuesta sexual femenina y desarrollaron técnicas corporales para corregir los trastornos de la respuesta sexual.

Gorguet (2008) señala que, en la consulta de terapia sexual, la frecuencia de mujeres que acuden por trastornos sexuales se va elevando en los últimos años, pensamos que este fenómeno está condicionado por el aumento del nivel cultural en nuestra población femenina, los programas de educación sexual y la mayor libertad sexual en las mujeres.

Disfunciones sexuales.

Las disfunciones sexuales reducen la calidad de vida de muchas mujeres, produciendo con frecuencia un sufrimiento suficiente para diagnosticar un trastorno sexual. Los problemas de la función sexual pueden aparecer en cualquier fase del ciclo de la respuesta sexual. La disfunción también puede verse influida por una serie de factores: médicos, psiquiátricos, culturales y según la etapa de la vida. 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.

Coopersmith (1990) define que la “autoestima es la evaluación que una persona hace y comúnmente mantiene con respecto a sí mismo expresando una actitud de aprobación que indica la medida en que una persona cree ser importante, capaz, digna y exitosa, es decir, un juicio de mérito”. Respecto a lo anterior es importante mencionar que las disfunciones sexuales perjudican significativamente la autoestima de las personas que las padecen, además de su autoimagen y la percepción que tienen de sí mismas.

La mayoría de los autores coinciden en definir las disfunciones sexuales como todas aquellas alteraciones que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual (deseo-excitación-orgasmo) y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad. También incluyen aquellas disfunciones relacionadas a la aparición del dolor en cualquier momento de la actividad sexual. La OMS (1992) incluyó en la definición “en diversos sentidos se trata de la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea”

En la mujer los problemas sexuales tienen un marcado componente afectivo, de relación y comunicación con la pareja. Pueden presentarse en su vida sexual de forma pasajera o permanente. Una relación de pareja caracterizada por monotonía, rutina, y más grave aún por descalificaciones, maltrato físico y psicológico, evidencia factores que obviamente van a repercutir en la esfera sexual de manera desfavorable.

El trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, es un término nuevo en la comunidad científica pues esta disfunción es una unificación de criterios de los trastornos anteriormente conocidos como vaginismo y dispareunia; teniendo en cuenta lo anterior es importante abarcar en primer lugar las disfunciones sexuales femeninas en general y posteriormente en el estudio de este trastorno.

Vaginismo.

La Clasificación Internacional de los Trastornos Sexuales Femeninos incluye a la dispareunia y el vaginismo como parte de la categoría de Trastornos Sexuales por dolor. Sin embargo, existen otras clasificaciones para estratificar este tipo de trastornos, la más aceptada y empleada es DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Americana de Psiquiatría. De acuerdo con la definición incluida en el DSM IV, vaginismo es el espasmo involuntario y recurrente de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito y genera tensión o dificultad en las relaciones interpersonales.

Generalmente el vaginismo es primario, instalándose luego del primer intento de relación sexual. La primera experiencia dolorosa es fuente de un condicionamiento hacia el coito que se mantiene por conductas de evitación y ocasionales intentos de penetración dolorosos y frustrantes. Es causa frecuente de matrimonios no consumados y de infertilidad, con varios años de evolución. Según Cedrés & Pombo el dolor es referido específicamente al intento de penetración, con sensaciones de presión intensa, de estar “cerradas”, “como si hubiera una pared”, asociado a un alto nivel de ansiedad, tensión muscular y fundamentalmente temor al dolor.

Pueden estos cuadros verse acompañados de elementos fóbicos a la penetración con la consecuente evitación del intento del coito y reforzamiento de la disfunción. El temor al dolor y el malestar que experimentan cuando se exponen al mismo alejan las posibilidades de intentar la penetración, así como el uso de dedos, del tampón y las visitas al ginecólogo. Las mujeres con vaginismo desarrollan temores a ser abandonadas por su pareja, sentimientos de culpa, frustración, humillación, impotencia, incompletud femenina, que afectan su autoestima y pueden incidir significativamente en otras áreas de su vida.

Según Negrín (2010) la prevalencia del vaginismo varía de acuerdo con la región geográfica o cultural, así como del grupo de estudio. Ocurre en 4 a 15% de las mujeres en clínicas de planificación familiar y en 8.4% de los matrimonios no consumados. Se ha visto que el dolor es debido a una gran variedad de posibles causas educativas, psicológicas y emocionales. Por ejemplo, debido a represión, religión, o resentimiento hacia el hombre; así como miedo o experiencias sexuales traumáticas, como una violación.

Gorguet (2008) informa que, según Masters y Johnson, del 2 % al 3 % de las mujeres postadolescentes padecen de vaginismo (1987). En España se estima sobre un 2 % de la población femenina a cualquier edad (Cabello, F. y cols., 2004). En nuestra consulta, al vaginismo le correspondió entre el 2 % y el 4% de los trastornos sexuales femeninos.

Los desórdenes sexuales dolorosos, dispareunia y vaginismo, son temas sensitivos, ya que el dolor involucra: carga emocional conductual, intimidad sexual y penetración vaginal. Hay mujeres que han pasado años sin ser comprendidas por no creerles o no entender la compleja etiología de su dolor sexual. Esto es lo que se tiene que entender para poder ayudar a la paciente con dolor sexual. Al examen ginecológico de la paciente pueden observarse: espasmos involuntarios de los músculos perineales, arqueamiento de la espalda, contracción de los aductores de los muslos y un importante estado de ansiedad y nerviosismo. La clasificación más empleada de los tipos de vaginismo en nuestro medio es la modificada de Lamont (Negrín, 2010):

- ***Grado I.***

Espasmo del elevador del ano que desaparece al conversar y tranquilizar a la paciente.

- **Grado II.**

Espasmo del elevador del ano que persiste durante el examen ginecológico, urológico o proctológico.

- **Grado III.**

Espasmo del elevador del ano o cualquier tensión de glúteos, a cualquier tentativa de exploración ginecológica.

- **Grado IV.**

Moderada excitación, espasmo del elevador, arqueamiento del dorsal, abducción de muslos, defensa y retracción.

- **Grado V.**

Extrema defensa de excitación neurovegetativa con negativa a la exploración ginecológica.

En el diagnóstico de vaginismo es frecuente que haya comorbilidad de la dispareunia junto con otras disfunciones sexuales, como: pérdida del deseo, desórdenes en excitación y dificultades orgásmicas, lo que produce dispareunia crónica. “Es muy importante que el médico evite proyectar sus propios valores y actitudes con la mujer, ya sea verbalmente o no, pues el dolor neuropático es una experiencia perceptiva compleja, que involucra significados psicológicos y relacionales que pueden incrementarse en forma importante con la cronicidad del dolor. Puede reducir la comunicación y la sensación de aceptación por parte de la mujer o su pareja” afirma Negrín (2010).

Dispareunia.

La dispareunia se define como el dolor genital persistente o recurrente asociado con la relación sexual (DSM-IV). Algunos clínicos consideran que el diagnóstico de dispareunia se refiere a etiología orgánica, únicamente. Hay casos en los que se considera que son debidos a factores mixtos biológicos y psicológicos.

“La frecuencia de dispareunia depende del grupo poblacional y de diversos factores socioculturales; sin embargo, se acepta que entre 9.3 a 15% de mujeres en edad fértil y hasta 45.3% en mujeres posmenopáusicas, incluso hasta en 55% de éstas, puede identificarse el antecedente de dispareunia” (Negrín, 2010). Esta alteración puede aparecer a cualquier edad; antes, durante o después del coito, en forma de ardor o dolor, lo mismo superficial que profundamente en la vagina, y por supuesto, afecta el placer sexual, hasta el punto de evitar o abstenerse de la actividad coital o de todo tipo de contacto sexual.

Pueden agregarse varias causas biológicas y psicológicas al mismo tiempo o sobre agregarse en el dolor al coito con interacción dinámica fisiopatológica. Entre las causas psicológicas puede responder a la falta de educación sexual, desconocimiento de la anatomía y fisiología genital y de la respuesta sexual, primeras experiencias coitales dolorosas que desarrollaron ansiedad y tensión muscular ante la proximidad del coito, contracción espasmódica del tercio externo vaginal, inadecuada relajación y dilatación, lográndose la penetración, pero siendo esta dolorosa.

La mujer puede experimentar diversos grados de dispareunia, desde sensaciones de ardor, irritación, quemazón, hasta dolor cortante, punzante, paralizante y agudo. Generalmente está localizado en la vagina, el orificio vaginal o introito, la horquilla vulvar, y también puede localizarse en el clítoris, los labios mayores y menores, en la

región pélvica y el abdomen. Se debe descartar un vaginismo o que solo sea causa de una lubricación insuficiente por inadecuada preparación de la mujer.

La frecuencia de la aparición del coito doloroso es muy variada; en algunos casos puede presentarse en todos los intentos de coito; en otros casos es intermitente, ocasional y puede responder a determinadas posturas. La dispareunia hace referencia a una condición crónica, es decir, el dolor aparece con relativa frecuencia y durante amplios períodos de tiempo.

Cedrés & Pombo (s.f) afirman que si el problema se mantiene la mujer puede desarrollar miedo a la penetración e incluso puede alterarse la excitación y el orgasmo pudiendo desembocar en un deseo sexual hipoactivo secundario. El temor y la ansiedad experimentados ante la proximidad del coito doloroso pueden aumentar la tensión muscular, dificultar una adecuada relajación, lubricación y dilatación vaginal, pudiendo dar origen a un vaginismo secundario.

“La principal causa de dispareunia en mujeres jóvenes es la vestibulitis vulvar. En mujeres en edad fértil, menores de 35 años, la vulvodinia es debida a la reacción neuroinflamatoria de los nociceptores en el vestíbulo, que son agredidos por inflamación o traumatismo” (Negrín, 2010).

“Este tipo de trastorno trae aparejado malestar en la relación de pareja, sensación de impotencia por no saber la causa ni la forma de actuar para evitar que aparezca el dolor, disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales, evitación de las mismas como forma de “no molestar a la pareja” o de a su vez evitar la frustración, sentimientos de culpa en la mujer por no sentirse una “mujer normal”, culpa en el varón por tener la sensación de “no estar haciendo las cosas bien”, sintiéndose responsable de su forma de actuar; el varón que culpa a la mujer por interpretar erróneamente su queja durante el coito, ansiedad de ambos durante la relación

sexual, sentimientos de bronca y frustración, deterioro de la calidad de las relaciones sexuales, disminución del disfrute y de la sensación de bienestar y plenitud sexual, etc. Cuanto mayor es la intensidad del dolor, mayor la incidencia en la alteración de las relaciones sexuales, mayor el aumento de evitación de las mismas, incremento del malestar en el vínculo erótico y en la relación afectiva. También puede llegar a convertirse en una limitación de la mujer para la búsqueda de nuevas relaciones.” (Cedrés & Pombo, sf).

La evaluación de las disfunciones sexuales femeninas suele implicar una entrevista de la pareja y de cada uno de los miembros de la misma por separado. La evaluación debería incluir una historia completa médica, psicosocial y sexual, así como una exploración física, incluyendo una exploración ginecológica. Existen varios cuestionarios de autoevaluación validados para la función sexual femenina. Pueden utilizarse también para monitorizar la respuesta al tratamiento.

El tratamiento depende en gran medida de la etiología, e implica modificaciones educativas y conductuales, psicoterapia y, ocasionalmente, farmacoterapia. Es ideal un abordaje multidisciplinario para contemplar todos los aspectos causales, además la colaboración de la pareja posibilita un mejor resultado terapéutico.

Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración.

El trastorno del dolor genito-pélvico/penetración comprende los cuadros de Vaginismo y Dispareunia. Caracterizado por dificultades persistentes con la penetración vaginal, dolor pélvico durante las relaciones o intentos de penetración, ansiedad al sentir dolor, tensión o contracción de los músculos del suelo pélvico durante el intento de la penetración vaginal. Según el DSM 5 este trastorno se encuentra constituido por cuatro criterios:

- A. Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:
- Penetración vaginal durante las relaciones.
 - Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
 - Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
 - Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (por ejemplo, violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Para el tratamiento de este trastorno, especialistas médicos recomiendan ejercicios para relajar la musculatura pélvica. En el dolor superficial también se pueden usar pomadas anestésicas y aplicar una buena cantidad de lubricante. Para el dolor profundo un primer paso es usar posturas que no causen dolor durante el sexo. Antes de aplicar cualquier tratamiento es fundamental que un médico y un grupo interdisciplinar revise y determine cuál es el tratamiento ideal a seguir para en un determinado caso.

Así entonces, teniendo en cuenta todo lo anterior, la disfunción sexual femenina es un problema frecuente y complejo en las mujeres. En la sexualidad influyen diferentes factores, tanto biológicos como psicosociales, así como culturales y no cabe duda que a pesar de los esfuerzos de algunos autores por explorar esta área aún queda mucho por hacer y seguramente la investigación medico sexológica en este ámbito conducirá,

probablemente, a una mejor comprensión de la fisiología de la sexualidad femenina y a nuevos tratamientos para la disfunción sexual. Además, los resultados de la presente investigación se espera que conlleven a un mejor entendimiento de la dinámica en las relaciones de pareja en mujeres que padecen el trastorno sexual por penetración con dolor genito-pélvico, con miras a recomendar estrategias de intervención desde el enfoque sistémico, que permitan una dinámica de pareja estable.

Metodología

Investigación Cualitativa

La inmensa mayoría de los psicólogos investigadores utilizan los métodos cuantitativos como experimentos u observaciones correlacionales; sin embargo, en años recientes algunos psicólogos, en particular de campos como la psicología educativa, clínica y social, se sintieron limitados por las reglas de esta metodología, de esta forma utilizando los métodos cualitativos para la investigación.

“El enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (Sampieri, 2006, p.8). Las investigaciones cualitativas se fundamentan más en un proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general. Además, (Corbetta, 2003) menciona que “el enfoque cualitativo evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación ni estimulación con respecto a la realidad” siendo una de sus principales características.

“El enfoque cualitativo puede definirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista porque estudia a los objetos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales e interpretativo pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en términos de los significados que las personas les otorgan” (Sampieri, 2006, p.9).

Estudio de Caso

Es un método o diseño cualitativo también llamado historia de caso o análisis de experiencias, este es un relato detallado de las ocurrencias de un caso. El caso es por lo

general la vida de una persona, pero también puede ser un incidente. Como lo refiere (Martin, 2009) “la ventaja más obvia del método de la historia de caso es que sirve cuando no hay más que uno o pocos casos para examinarlos” (p.19). Teniendo en cuenta lo anterior y el objetivo de la presente investigación, el análisis de experiencias fue la herramienta más pertinente para la recopilación de información.

Población

Se conocen bastantes estadísticas sobre las mujeres que presentan dolor al tener relaciones sexuales a nivel mundial, pero es necesario conocer las estadísticas de nuestro país, para así tener en cuenta un número aproximado de cuantas mujeres están presentando, o han presentado el trastorno por penetración con dolor genito pélvico en Colombia.

Se preguntó sobre el dolor durante la vida sexual, sobre todo dirigida a tratar de conocer la situación sobre la dispareunia. De las encuestadas, el 69% reconocieron llevar vida sexual activa al momento de la encuesta, refiriendo dolor asociado al coito el 17%, y principalmente hacia la región vaginal. Una de las causas más frecuentes de dispareunia es la vulvodinia que es el dolor crónico en el área vulvar en ausencia de lesiones dermatológicas, infecciosas, metabólicas, auto-inmunes o neoplásicas. (Acuña et al. , 2005, 2008, p.28)

La anterior investigación la realizó la ASOCIACIÓN COLOMBIANA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR la cual está compuesta por médicos y profesores de diferentes Instituciones de Colombia, para la recolección de datos se utilizaron mujeres de todas las ciudades del país.

Muestra

McMillan y Schumacher (2001) definen el muestreo por conveniencia como un método no probabilístico de seleccionar sujetos que están accesibles o disponibles.

Teniendo en cuenta lo anterior la muestra fue seleccionada por conveniencia a causa del difícil acceso a la población objeto.

La muestra de la presente investigación consta de dos mujeres con ciclos vitales diferentes. La primera de ellas es una mujer de 25 años de edad, profesional, y con una relación de pareja en el ciclo vital del noviazgo. La segunda mujer tiene una edad de 49 años, ama de casa, y una relación de pareja en el ciclo vital de edad madura, esta pareja se encuentra viviendo en unión libre.

Categorías anticipatorias.

Sexualidad.

El concepto de sexualidad aparece con el hombre y aunque incluye la genitalidad va mucho más allá de esta. La sexualidad implica la integralización del ser humano: movimientos, sensaciones, fantasías, sentimientos, conductas, pensamientos, creencias, en fin, elementos que en conjunto se pueden expresar posibilitando relación, intercambio, crecimiento y trascendencia (Ardila y otros, 1993)

Disfunción sexual.

“Las disfunciones sexuales son trastornos en los que los problemas fisiológicos o psicológicos dificultan la ejecución o la satisfacción en la actividad sexual.” (Labrador, 1994)

Comunicación.

"Comunicación es todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano. Puede ser verbal, o no verbal, interindividual o intergrupala" (Riviere, 2000, p.89).

Autoestima.

Coopersmith (1990) define que la “autoestima es la evaluación que una persona hace y comúnmente mantiene con respecto a si mismo expresando una actitud de aprobación que indica la medida en que una persona cree ser importante, capaz, digna y exitosa, es decir, un juicio de mérito”.

Relación de pareja.

Pareja como sistema único, diferenciado, entrelazado, con puntos de encuentro, búsqueda del otro, con expectativas del presente y mañana, sueños de vida en común y compañía. (Villamizar, 2008)

Categorías emergentes.

Enfermedades asociadas.

Existen algunas causas orgánicas implicadas en la hipo lubricación y en consecuencia en la producción de molestias en el coito. Algunas enfermedades favorecen la aparición de la dispareunia, tales como: Diabetes, hipertensión, estados carenciales de estrógenos, periodo posmenopáusico, periodo posparto, enfermedades del área genital, infecciones vaginales o del clítoris, enfermedades de la uretra, del ano y de la pelvis, endometriosis, malformaciones o cicatrices, cicatrices posparto, cicatrices por traumatismo, vaginas tabicada, enfermedades de transmisión sexual. (Rivero y Borrás, 2004)

Esta categoría surgió como resultado de los encuentros con las participantes, ya que se evidenció que las enfermedades asociadas se encuentran estrechamente vinculadas a la disfunción sexual. Las dos participantes presentaron enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas que dieron inicio a la dispareunia, por esta razón se hace indispensable poner las enfermedades asociadas como categoría emergente en la presente investigación.

Técnicas de recolección de información.

Para llevar a cabo la recolección de información, mediante las diferentes técnicas expuestas a continuación, es relevante mencionar que según el artículo 36 ordinal i de la Ley 1090 de 2006, el psicólogo no podrá practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario (colpsic, 2015) por lo tanto en la presente investigación las mujeres firmaron un consentimiento informado aceptando participar en el estudio “RELACIONES DE PAREJA Y DISFUNCIÓN SEXUAL: DOS ESTUDIOS DE CASO” (Ver anexo #1)

Entrevista semiestructurada.

Un método de investigación cualitativa es la entrevista semiestructurada, que cuenta con sus propias y particulares características, esto hace que sea un excelente método para recolectar la mejor información en el estudio de caso o análisis de experiencias.

En la entrevista semiestructurada, el investigador previamente a la entrevista lleva a cabo un trabajo de planificación de la misma elaborando un guion que determine aquella información temática que quiere obtener, las preguntas que se realizan son abiertas. Se permite al entrevistado la realización de matices en sus respuestas, que doten a las mismas de un valor añadido en torno a la información que den, durante el transcurso de la misma se relacionarán temas y se irá construyendo un conocimiento generalista y comprensivo de la realidad del entrevistado. El investigador debe mantener un alto grado de atención en las respuestas del entrevistado para poder interrelacionar los temas y establecer dichas conexiones, en caso contrario se perderían los matices que aporta este tipo de entrevista y frenar los avances de la investigación. (Murillo., s.f, p.8)

En la presente investigación se usaron dos (2) protocolos diferentes de entrevistas, una entrevista va enfocada a la muestra y la otra entrevista va enfocada hacia las terapeutas de las participantes (a cada persona se le realiza la entrevista por separado), la entrevista que

será aplicada a la muestra, consta de 25 preguntas divididas en subgrupos, los cuales serán medidos por las diferentes categorías, la entrevista enfocada a las terapeutas consta de 7 preguntas, igualmente divididas en subgrupos para ser evaluadas en las categorías. (Ver anexo #2 y anexo #3).

Observación no participante

Marshall y Rossman (1989) definen la observación como "la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado". El trabajo de campo involucra "mirada activa, una memoria cada vez mejor, entrevistas informales, escribir notas de campo detalladas, y, tal vez lo más importante, paciencia" (DeWALT & DeWALT 2002).

En la observación no participante el observador es poco visible y no se compromete en los roles y el trabajo del grupo como miembro de él, sino que se mantiene apartado y alejado de él. Además deliberadamente no simula pertenecer al grupo. El investigador está más interesado en las conductas de los participantes que en alcanzar significación por medio de la participación personal. El interés radica en el registro válido del comportamiento utilizando una estrategia poco visible de recogida de datos para no interferir la secuencia natural de los acontecimientos (Benguría, 2010, p.31)

En la presente investigación la observación se implementó y se llevó a cabo durante los tres encuentros ya estipulados con las mujeres entrevistadas, así mismo en cada encuentro se analizarán las categorías expuestas en la metodología. Es importante mencionar que cada encuentro presenta una categoría específica a evaluar estructurado de la siguiente manera:

Durante el primer encuentro se evaluaron las categorías: comunicación, autoestima y relación de pareja evidenciadas en el relato de la entrevistada durante la primera

conversación. Cuando se realice la entrevista que será en el segundo encuentro, se evaluarán las categorías: disfunción sexual, relación de pareja, comunicación y autoestima teniendo en cuenta que la observación se ejecuta durante la entrevista, en el tercer y último encuentro se evaluarán las categorías sexualidad, disfunción sexual, comunicación y relación de pareja. (Ver anexo #4)

Análisis de contenido

El análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y validas que pueden aplicarse a su contexto (Krippendorf, 1990, p.28)

Krippendorf (1990) afirma. “El análisis de contenido como técnica de investigación, comprende procedimientos especiales para el procesamiento de datos científicos. Al igual que todas las restantes técnicas de investigación su finalidad consiste en proporcionar conocimientos, nuevas intelecciones y una representación de los hechos” (p.28)

El análisis de contenido se efectuó durante el desarrollo de los encuentros establecidos, en este se evaluarán las categorías ya expuestas que nos permita desarrollar una completa y pertinente triangulación de datos, permitiendo que el estudio de los casos a estudiar y la información recolectada generen resultados correctos y posteriormente se observen reflejados en las conclusiones de la investigación. El análisis de contenido se encuentre estructurado de la siguiente forma:

La entrevistada realizó una autobiografía de ella en un escrito, donde el objetivo es que plasme vivencias y experiencias que marcaron su vida significativamente. Con el propósito de evaluar la categoría autoestima. (La autobiografía se dejará como tarea en el primer encuentro para que la entregue en el segundo encuentro).

En la terminación del segundo encuentro se dejó como tarea a la entrevistada realizar una carta a su pareja, con el objetivo que le exprese sus pensamientos, emociones y sentimientos al momento del diagnóstico y tratamiento de su disfunción sexual. Esta carta se realiza con el objetivo de evaluar las categorías sexualidad y disfunción sexual. Es importante destacar que se aclara a la persona que la carta no se le entregara a nadie. (Esta carta será para entregar en el tercer encuentro). Así mismo en el segundo encuentro se asignará a la entrevistada que para el tercer encuentro deberá traer fotos y videos de ella y su pareja, también cartas y conversación de los dos con el objetivo de evaluar las categorías: comunicación y relación de pareja respectivamente. (Ver anexo #5)

Presentación de resultados

Codificación categorial

Sexualidad: SEX

Disfunción sexual: DS

Enfermedades asociadas: EA

Comunicación: CN

Autoestima: AU

Relación de pareja: RP

Matriz de cruces categoriales

Para la presentación de resultados, fue realizada una matriz de organización categorial por cada participante, estas representan la información más relevante y pertinente obtenida de las técnicas de recolección de información, en donde las categorías se relacionan con ellas mismas y con las demás.

Las matrices categoriales fueron realizadas con la información brindada tanto por las participantes como por las terapeutas de cada una de ellas, la información fue analizada desde los dos puntos de vista. Es importante mencionar que la entrevista realizada a las terapeutas brindó información valiosa, ya que por ser un tema tan personal las participantes se limitan un poco, además de esto las entrevistas permitieron obtener información fundamentada en las percepciones, creencias, opiniones, entre otras, lo que permite un análisis más significativo.

Tabla 1

Matriz de resultados de la participante #1

Participante #1	SEXUALIDAD	DISFUNCIÓN SEXUAL (Enfermedades asociadas)	COMUNICACIÓN	AUTOESTIMA	RELACIÓN DE PAREJA
SEX	La participante se considera una persona promiscua. Refiere ser una persona muy cariñosa y expresiva en sus relaciones interpersonales. “En mi familia siempre fue vetado el tema sexual”. La participante no recibió información acerca de la sexualidad por parte de sus padres.	Debido a la incomprensión por parte de la pareja de la participante acerca de su disfunción, ella refiere dejar de ser cariñosa con él.	La comunicación y la sexualidad por parte de la paciente hacia su pareja siempre fue positiva, por el contrario, su pareja era totalmente negativo en estos dos aspectos.	La autoestima de la paciente no cambiaba la dinámica de su sexualidad en ninguna de sus relaciones interpersonales.	En su relación de pareja se hablaba abiertamente de la sexualidad y diferentes prácticas sexuales. “Las cosas se hacían como él quería o no se hacían”
DS EA	Refiere que su pareja nunca fue cariñoso, y mucho menos la comprendía en el acto sexual.	La paciente fue diagnosticada con VPH (Fue sometida a varias cirugías). Refiere nunca haber tenido un orgasmo.	Aunque la participante hablaba abiertamente de la disfunción sexual con su pareja, él nunca utilizó una comunicación	Por miedo a las críticas de su pareja, respecto a sus procedimientos quirúrgicos, no le gustaba que le practicaran sexo oral.	“A mi pareja no le importaba mi enfermedad” “Él respetó mi decisión de abortar, pero nunca tuve un apoyo”

		Se le realizó un legrado uterino. Tiene relaciones sexuales dolorosas, pero expresa sentir placer en ocasiones.	asertiva que llevará al mejoramiento de la enfermedad.		
CN	Aunque la participante era una persona abierta, la comunicación asertiva se veía impedida por su pareja.	A pesar de la disfunción la participante dice que siempre hacia saber a su pareja del problema, e igualmente comentaba sobre sus enfermedades y del uso de preservativo como método de protección.	La participante refiere llevar siempre un dialogo agresivo con su pareja.	La autoestima nunca cambio la dinámica de una buena comunicación de la participante hacia su pareja, a pesar de que la comunicación asertiva no era recíproca.	Por ser la pareja de la participante tan autoritaria a ella le tocaba mentir y utilizar una mala comunicación para poder hacer lo que le gustaba.
AU	El tener buenas relaciones interpersonales con las personas que ama, contribuye a que la dinámica de su autoestima sea más positiva.	Su disfunción sexual y las enfermedades asociadas, produjeron en ella decaimiento emocional y baja de autoestima.	La pareja de la participante utilizaba una comunicación agresiva y desafiante que no favorecía la autoestima de esta, por el contrario, resaltaba su inseguridad y el miedo hacia su pareja.	La participante afirma “no me considero una persona bonita físicamente, pero inteligente sí” Refiere que es muy insegura y casi siempre recibe mal las críticas de los demás.	“Me hubiese gustado que él no me mantuviese escondida”. “Nunca logré identificar que sentías y que querías de nuestra relación”

<p>RP</p>	<p>Refiere que al ser muy cariñosa con su pareja y no haber sido correspondido en este aspecto, decidió cambiar y “ser más fría”.</p>	<p>La pareja de la participante nunca logro comprender y aceptar su enfermedad, aparte de esto manejaba todas las categorías de forma negativa, esto llevo al desenlace de la relación, dejando al comienzo fuertes heridas, que después de un tiempo fueron sanadas, cuenta la participante.</p>	<p>Debido a una comunicación agresiva por parte de la pareja de la participante, ella comenta tenerle miedo. “Nunca le hacía saber lo que no me gustaba, solo esperaba a que todo explotará”</p>	<p>A pesar de que la participante siempre fue una persona insegura, nunca dejó que su autoestima afectará la relación de pareja, siempre daba lo máximo en la relación.</p>	<p>Refiere “las relaciones de pareja son lo máximo, pero yo perdí autonomía”. En la relación se presenta infidelidad por parte de la pareja de la participante, lo cual lleva a la ruptura de la relación. Pareja autoritaria.</p>
------------------	---	---	--	---	--

Tabla 2

Matriz de resultados de la participante #2

Participante #2	SEXUALIDAD	DISFUNCIÓN SEXUAL (Enfermedades asociadas)	COMUNICACIÓN	AUTOESTIMA	RELACIÓN DE PAREJA
SEX	Se observó que la participante es muy expresiva en la sexualidad, su pareja es un poco más cohibida.	La terapeuta refiere: “cuando apareció la disfunción sexual el contacto físico de la pareja disminuyó porque ella sentía temor, angustia y frustración”	Después de acudir a terapia la comunicación entre la pareja empieza a ser un poco más asertiva lo que hace que la sexualidad tenga avances positivos.	Aunque se evidenció una baja autoestima en la participante, ella refiere que siempre que su sexualidad siempre fue positiva hacia su pareja.	“le demuestro mi afecto con abrazos, besos y sentadas en las piernas”.
DS EA	La dinámica de la sexualidad por parte de la pareja de la participante es muy poca, al acudir a terapia este aspecto mejora, permitiendo un avance en la disfunción sexual.	“Tuve una cirugía y me quedó dolor al tener relaciones sexuales” La participante se realizó una cirugía de levantamiento de vejiga, y una reconstrucción vaginal. La participante acudió a terapia desconociendo su disfunción sexual, la terapeuta indaga sobre el tema y la remite a ginecología.	Cuando la comunicación mejora entre la pareja, la dinámica hacia el mejoramiento de la disfunción sexual es más positiva. La terapeuta refiere que la comunicación metafórica era frecuentemente por	Debido a que la autoestima de la paciente siempre ha sido baja, al momento del diagnóstico fue difícil generar en ella pensamientos positivos que la llevaran a una recuperación exitosa.	“mi pareja y yo hablamos abiertamente sobre el tema sexual”.

			la participante para evitar encuentros sexuales.		
CN	Debido al poco contacto físico que tenía la pareja antes de acudir a terapia la comunicación se distorsionaba.	Al inicio de la disfunción sexual la paciente no se sentía cómoda hablando del tema con su esposo, luego de empezar terapia este aspecto mejoró.	Antes de acudir a terapia la comunicación de la pareja era agresiva, luego de esta, mejora significativamente	La paciente anteriormente solo tenía en cuenta los comentarios negativos por parte de su esposo, después de su separación esto mejora.	Aunque hubo una separación de 17 años, al acudir a terapia la comunicación mejora de forma positiva
AU	La paciente expresa que cuando hay más contacto físico por parte de su esposo, ella se siente más atractiva y querida.	La paciente se ha caracterizado toda su vida por una autoestima baja, al ser diagnosticada su esposo le hace sentir que no sirve para nada, lo que conlleva a deterior más esta área.	La terapeuta refiere que al principio del diagnóstico la pareja de la paciente utilizaba frases hirientes hacia ella “no sirves para nada” esto causaba en ella llanto desconsolado.	En la participante se evidencia una baja autoestima. “no me gusta que me critiquen, me afecta emocionalmente, lloro mucho”	“la relación de pareja es necesaria para uno ser completo y más feliz”
RP	La paciente menciona que la sexualidad es vital y ayuda a que la relación de pareja sea más sólida.	En este caso en particular es importante un antes y después de terapia. La relación anteriormente era disruptiva; cuando acuden a terapia hay más comprensión y entendimiento acerca de la disfunción sexual.	“cuando volvimos dijimos que lo que no nos gustaba del otro lo teníamos que decir	La terapeuta refiere que al ser diagnosticada la paciente sentía deseo de no continuar con la relación de pareja	La relación de pareja no era buena, después de tener una separación de 17 años, deciden volver, acuden a terapia y la relación mejora significativamente.

Análisis y discusión

Los componentes y aspectos importantes para tener en cuenta en una relación de pareja son distintos y ampliamente definidos por diferentes autores, por ejemplo Rubin (1970) fue el primero en descomponer el amor en dos factores: amar y gustar. Sternberg (1986, 1989) estableció tres bases fundamentales del amor: intimidad, pasión y compromiso. Estos aspectos, así como muchos más que diferentes autores han postulado varían y se transforman cuando lo que se quiere es hacer un estudio correlacional como el de la presente investigación, es por eso que para llegar a hacer un análisis profundo de disfunción sexual y relación de pareja se tuvieron en cuenta categorías tales como autoestima, relación de pareja, disfunción sexual, sexualidad, enfermedades asociadas y comunicación, las cuales sin duda alguna tienen gran incidencia en el tema expuesto.

La sexualidad, concepto comúnmente mal definido en la sociedad, ya que este abarca mucho más allá de la genitalidad, toma gran sentido en esta investigación. Después de realizar el análisis respectivo de la información obtenida en las entrevistas, las observaciones y el análisis de contenido, se puede decir que para las participantes este es un tema muy importante ya que abarca todos los elementos de su esfera social. Se logra evidenciar en la recolección de datos, que la participante número dos (2) no altera el curso de su sexualidad aun cuando su autoestima siempre ha sido baja, esto quiere decir que la sexualidad no cambia su dinámica así hayan otras áreas afectadas. Ardila y otros (1993) definen: “El concepto de sexualidad aparece con el hombre y aunque incluye la genitalidad va mucho más allá de esta. La sexualidad implica la integralización del ser humano: movimientos, sensaciones, fantasías, sentimientos, conductas, pensamientos, creencias, en fin, elementos que en conjunto se pueden expresar posibilitando relación, intercambio, crecimiento y trascendencia”.

En la investigación “Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo: Estudio cualitativo. Segunda parte” Sánchez et al. (2010). Se genera la conclusión que el grupo de mujeres estudiadas presentan temores hacia la sexualidad, con una pobre información sexual y problemas conyugales; teniendo en cuenta lo anterior, es posible contrastar esto con los resultados obtenidos en la presente investigación, donde las participantes coinciden en afirmar haber tenido muy poca información acerca de la sexualidad por parte de su familia, aunque esto nunca generó rechazo a esta área, pues afirman que la sexualidad es vital en la vida de cada una de ellas.

Es importante mencionar que las parejas de las dos participantes de esta investigación, coinciden en ser poco afectivos, no se esmeran por tener buen contacto físico con sus parejas aparte del coito, y se muestran poco interesados en sus relaciones interpersonales, tema que siempre recalcaron las participantes, mencionando que les gustaría que esto fuese diferente, ya que ellas si expresan su sexualidad de forma abierta y espontánea, por consiguiente esto lleva a los problemas conyugales de los que habla Sánchez et al, en su investigación.

La comunicación es una de las categorías que más proyectó resultados en esta investigación, la información dada por las participantes fue suficiente y muy significativa, por lo que se hace necesario hablar de cada una de ellas por separado. La participante número uno (1) refirió tener una comunicación pasiva con su pareja, donde por momentos cuando se sentía agredida, cambiaba esta comunicación por comunicación agresiva, ya que en su pareja era muy común la agresión verbal, esto hacía que en ocasiones se perdiera el control en la relación. La participante fue reiterativa en decir que su pareja nunca maltrató físicamente de ella, pero verbalmente siempre lo hacía, aspecto que se pudo evidenciar en el análisis de contenido.

En la participante numero dos (2) hay un antes y un después en casi todas las categorías, respecto a la comunicación, ella y su pareja utilizaban una comunicación

agresiva (antes de empezar la terapia psicológica), ya que la relación no marchaba bien, por lo que se separan por un periodo de diecisiete años, cuando deciden volver acuden a terapia psicológica y esta comunicación pasa de ser agresiva a ser un poco más asertiva, no desconociendo que no en todas las ocasiones es así. De esta manera es importante mencionar que en esta pareja se utilizaba mucho la comunicación metafórica cuando la participante no quería tener relaciones sexuales, debido al dolor que sentía, refiere ella, y por miedo o vergüenza no se lo hacía saber a su pareja.

En la investigación "Evaluación de la calidad de vida en mujeres con vaginismo primario mediante el WHOQOL-BREF". Moltedo-Perfetti et al. (2014). Se concluyó que el vaginismo cambia considerablemente la dinámica de la vida de estas mujeres, y dentro de esta conclusión el tipo de comunicación que tienen las mujeres con sus parejas juega un papel muy importante, ya que esta área se ve bastante afectada a raíz de la enfermedad.

Desde el enfoque sistémico se puede asegurar que una comunicación agresiva nunca llevará a la solución del problema, es por eso que en la relación de pareja de la participante número uno (1) llevó a dar fin a la relación de una forma inadecuada, dejando heridas en la persona más afectada, como es el caso de la participante. Así mismo en la participante número dos (2) se ve reflejado que cuando la pareja decide hacer un cambio en la comunicación, la relación empieza a mejorar considerablemente.

Todo esto nos lleva a concluir que la comunicación es vital en la vida del ser humano. Riviere (2000) afirma: "Comunicación es todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano. Puede ser verbal, o no verbal, interindividual o intergrupala" (p.89). Por esta razón, y por ser la comunicación un aspecto tan importante en la vida del ser humano, siempre se debe apuntar a que en una relación de pareja se utilice la comunicación asertiva, aún más, cuando existen dificultades como una disfunción sexual en algunos de los integrantes de la pareja.

Cuando se habla de disfunciones sexuales se hace casi imposible pasar por alto las incidencias que estas generan en la emocionalidad de la persona y su autoestima, repercutiendo en diferentes ámbitos de la vida del ser humano; en el presente estudio es posible observar que las participantes siempre han presentado una autoestima baja, donde en una participante se marca más este aspecto que en la otra; para la participante número dos (2) la categoría autoestima incide en diferentes áreas de su vida y su relación.

Cuando se relaciona la disfunción sexual con autoestima, se evidencia que el diagnóstico de las participantes incide en su problema de baja autoestima, reflejándolo en sus pensamientos y sentimientos de devaluación y culpa, así mismo las participantes describen los sucesos dando a conocer la falta de apoyo por sus parejas donde por el contrario tomaban una actitud indiferente que “las hacían sentir culpable”. En la participante número uno (1) se pudo observar que, debido a su baja autoestima y a la disfunción sexual, ella tomaba un rol de persona sumisa en su relación de pareja, coincidiendo con los resultados encontrados en la investigación “Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo: Estudio cualitativo. Segunda parte” Sanchez et al. (2010).

En la participante numero dos (2) los resultados no son tan alejados de esta conclusión, puesto que su baja autoestima hizo crecer en ella un apego emocional hacia su pareja, esto repercutió en el momento de su separación generando en ella sentimientos de inutilidad e impotencia; cabe mencionar que después de su regreso y al asistir a terapia psicológica se presentó un alza en su autoestima debido a un mejor entendimiento de los dos hacia la enfermedad, y de su pareja frente a toda la situación que se estaba presentando.

Labrador (1994) define las disfunciones sexuales como aquellos trastornos en los que los problemas fisiológicos o psicológicos dificultan la ejecución o la satisfacción en la actividad sexual. Teniendo en cuenta lo anterior y pasando a uno de los puntos más importantes de la presente investigación como lo son las implicaciones del trastorno

sexual por penetración con dolor genito pélvico en las relaciones de las mujeres que lo padecen; con respecto a los resultados, se es posible evidenciar que las implicaciones psicológicas se encuentran estrechamente relacionados con los factores biológicos, pues en los dos casos estudiados este trastorno es diagnosticado como consecuencia de implicaciones físicas, bien sea por aparición de una enfermedad o la realización de un procedimiento quirúrgico.

En los dos casos estudiados, las participantes son diagnosticadas con lo que anteriormente se encontraba establecido en el DSM IV como dispareunia secundaria de tipo combinado, pues en cada una de ellas la disfunción sexual aparece luego de distintas dificultades físicas; aunque en muchos casos es posible que el diagnóstico de dispareunia secundaria sea muy similar al trastorno sexual debido a una enfermedad médica, para lograr tener una diferencia de las dos, se debe tener en cuenta las pruebas, ya sea a partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, estas pruebas muestran que la alteración se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, así mismo para esta distinción es muy importante considerar y asociar la temporalidad entre el inicio, la remisión de la enfermedad y la disfunción sexual.

Teniendo en cuenta el caso de la participante número uno (1) a la cual se le diagnostica la disfunción luego de practicarse una serie de intervenciones médicas siguiendo un tratamiento de recuperación debido a una enfermedad de transmisión sexual (VPH), siendo las ETS una de las principales causas de aparición de dispareunia secundaria y coincidiendo con los resultados encontrados en la investigación “Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el noroeste de México” realizada por García-Pérez y Harlow (2010) en la que se encontró que la dispareunia estuvo asociada con mujeres jóvenes (25-34 años), y fuertemente relacionados a antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, infección urinaria crónica, colitis y violencia sexual.

Con respecto al caso de la participante numero dos (2) también diagnosticada con dispareunia secundaria luego de haber pasado por un procedimiento quirúrgico (rejuvenecimiento vaginal), se pudo observar que se encuentra muy relacionado al trastorno sexual debido a una enfermedad médica, pues en un principio este procedimiento representa una implicación directa en la aparición de la disfunción; si bien luego de un tiempo las repercusiones biológicas desaparecen dando como resultado una aparición de dificultades principalmente psicológicas y por lo tanto este caso se explica mucho mejor por la presencia de un trastorno sexual primario y no debido a enfermedad médica.

Por último, se puede decir que la disfunción sexual y todos los aspectos que esta abarca, cambian la dinámica de la relación de pareja. En la presentación de resultados de la matriz de cruce categorial, se muestra como evidentemente en la relación de pareja de las dos participantes, no se hace un buen manejo de aspectos tan importantes como son las categorías de esta investigación, en las dos participantes se evidencia una baja de autoestima considerable, una comunicación no asertiva, poca sexualidad por parte de sus parejas, entre otras, esto lleva que al aparecer la disfunción sexual todo se agudice dando rompimiento a la relación, parcial o definitiva.

El que una participante y su pareja hayan decidido buscar ayuda profesional para salvar su relación, mejorando de manera significativa todos los aspectos antes mencionados, muestra como es de importante el rol del psicólogo en estas problemáticas, se evidencia que, aunque todavía no haya una recuperación total, han avanzado significativamente. Este análisis hace un llamado a los profesionales en salud para que se empiecen a interesar un poco más en las personas que padecen un disfunción sexual, así como la investigación “Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el noroeste de México” García-Pérez y Harlow (2010) a modo de conclusión sugiere “incrementar el escrutinio y la atención de la dispareunia en el contexto de los programas nacionales de salud sexual y reproductiva y en los servicios de atención primaria a la salud”.

Conclusiones

- A lo largo de la presente investigación se logró llevar a cabo de forma adecuada el estudio de caso de dos (2) participantes que presentan el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, analizando de manera pertinente la dinámica de sus relaciones de pareja.
- Se logró hacer un análisis completo y significativo de la información suministrada por las participantes respecto a sus relaciones de pareja, mediante la recolección de datos con diseños de investigación cualitativas como lo son las entrevistas semiestructuradas, la observación no participante y el análisis de contenido.
- Después de hacer el respectivo análisis de los ciclos vitales de las participantes donde la primera de ellas se encuentra en la adultez temprana con 25 años y la segunda en la madurez con 49 años, se concluye que respecto a la dispareunia y su relación de pareja las dos mujeres llevan su tratamiento y su vida en pareja de manera diferente. Para la mujer madura es primordial empezar su tratamiento y aun pasando por dificultades con su pareja decide continuar con la relación buscando una estabilidad emocional, para la participante que se encuentra en la adultez temprana priman en su vida otro tipo de vicisitudes como sus estudios, por lo cual decide posponer su tratamiento, en cuanto a su vida en pareja no hay estabilidad y refiere que no desea tenerla en esta edad.
- Las dos participantes de la investigación cuentan con un diagnóstico de dispareunia secundaria de tipo combinado, puesto que a lo largo de su vida sexual no siempre tuvieron un coito doloroso, este apareció tiempo después de empezar a tener relaciones sexuales debido a una causa orgánica.
- En la presente investigación se evidenció que la disfunción sexual es una de las variables que incide para que la dinámica de la autoestima cambie, aunque en las dos participantes ya había una considerable baja de autoestima, al aparecer la

disfunción sexual esta cambia y se agudiza, es importante mencionar también que cuando la disfunción aparece en la vida de cada una de las participantes, la manera de afrontarla es muy diferente, por eso en una participante se marca más la baja de autoestima que en la otra.

- La comunicación manejada en las relaciones de pareja de las dos mujeres con el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico es agresiva, esta comunicación logra cambiar en una de las participantes cuando acude a terapia.

Recomendaciones

En los resultados obtenidos después de realizar un minucioso análisis, se refleja el poco conocimiento por parte de la población acerca de la disfunción sexual; en este orden de ideas y con el objetivo de informar y enseñar sobre el trastorno, se realizó una cartilla (Ver anexo #6) para que los profesionales en psicología puedan utilizarla como herramienta en los casos de pacientes con el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico. La cartilla fue denominada “Relación de pareja y disfunción sexual” y se integraron en ella, aspectos como: qué es una disfunción sexual, definición del trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, criterios diagnósticos, áreas a tener en cuenta cuando existe una disfunción sexual y además teniendo en cuenta los resultados obtenidos se proponen técnicas y estrategias orientadas al mejoramiento de la relación de pareja donde se imparten algunas recomendaciones para contrarrestar y manejar las consecuencias negativas de una forma adecuada, todo esto está estructurado de la siguiente manera:

Disfunción Sexual

“Las disfunciones sexuales son trastornos en los que los problemas fisiológicos o psicológicos dificultan la ejecución o la satisfacción en la actividad sexual.” (Labrador, 1994)

Trastorno Sexual por Penetración con Dolor Genito Pélvico

El trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico (DSM 5) o anteriormente llamado vaginismo y dispareunia (DSM IV) se refiere a la dificultad persistente o recurrente en la penetración vaginal durante las relaciones, además de un marcado dolor pélvico antes, durante y luego de las relaciones sexuales, así mismo las mujeres con este trastorno presentan una tensión o contracción muscular del suelo pélvico en el intento de

la penetración vaginal e incluso llegan a manifestar dolor por la misma ansiedad de sentir el malestar durante la penetración.

Criterios Diagnósticos

A. Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:

- Penetración vaginal durante las relaciones.
- Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
- Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
- Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (por ejemplo, violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Comunicación

Bateson y Ruesch (1984) afirman que "la comunicación es la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas". Por esta razón, es importante utilizar el diálogo como estrategia de resolución de conflictos donde todo vaya orientado al mejoramiento de la relación de pareja, siempre se debe apuntar a una comunicación asertiva donde se respeten los valores y creencias de los dos integrantes, esto va permitir un avance positivo dentro del tratamiento de la disfunción.

Autoestima

En los resultados de la presente investigación se ha podido evidenciar que los aspectos del rol de la mujer en la relación se encuentran fuertemente relacionados con la disfunción, pues este rol del género femenino supone sumisión, devaluación personal y abnegación, además se pudo percibir el poco control sobre los acontecimientos de la vida de la pareja; teniendo en cuenta lo anterior, se considera tomar algunos elementos de la terapia feminista de Thelma Jean Goodrich que aborda a través de la terapia de pareja o familia, los problemas relacionados con cuestiones de género, maltrato, violencia familiar, disfunción sexual, entre otros, con el objetivo de realzar la autoestima de las mujeres que presentan este trastorno.

Técnicas de intervención dirigidas a la pareja

La escuela de Milán, desarrolla una técnica llamada valoración paradójica de la situación, esta técnica trata de permitir (alentar incluso a veces) algunos aspectos negativos de la interacción de la pareja, no porque se los defina como buenos, sino porque están sirviendo para fines importantes. Así en el caso de que una mujer con una autoestima baja y se encuentre “triste” por su disfunción sexual, se la puede decir que “ha de continuar de esa manera”, ya que eso permite al otro sentirse fuerte y ayudador.

Desde el enfoque sistémico se encuentra la técnica de “connotación positiva” la cual en estos casos puede ser muy útil, ya que la función de esta es una redefinición de una problemática en términos positivos en busca de resaltar los recursos del sistema. Significa dar una evaluación o significado a algo o a alguien. En la aplicación a la terapia es valorar las conductas, personas eventos de manera positiva. Siendo el caso de la mujer que presenta la disfunción, percibiéndose no como algo completamente negativo sino dándole una connotación positiva, que le permita a la pareja llevar la problemática mucho mejor.

Teniendo en cuenta lo anterior es primordial reconocer que una buena psicoeducación se vuelve sumamente importante en los procesos de terapia sexual, ya que las creencias, atribuciones y expectativas erróneas que se generen acerca del funcionamiento sexual, juegan un rol muy importante dentro del desarrollo y mantenimiento de este tipo de trastornos, del mismo modo ayuda a cambiar creencias y mitos acerca de la disfunción sexual que puedan producir un deterioro en la dinámica de la relación de pareja en la mujer que presenta el trastorno.

En este orden de ideas se observa que el enfoque sistémico no solo ayuda a explicar las características y los aspectos que abarca la relación de pareja, sino que mediante sus técnicas, enfocadas a un cambio de percepción, a un cambio de creencias ayudan a la positiva evolución y a una mejor capacidad, entendimiento y posteriormente cooperación por parte de la pareja a la movilización y a generar una menor resistencia a un cambio que permita un mejoramiento en la dinámica de la relación de pareja.

Durante la revisión de la teoría de los aspectos que abarcan el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, se pudo certificar que la mayoría de tratamientos y técnicas se encuentran evidentemente orientadas al enfoque cognitivo conductual, sin desmeritar su eficacia en el mejoramiento de la disfunción sexual, en la presente investigación se recomendaron algunas técnicas alternas que fundamentadas desde el enfoque sistémico ayudan sin duda alguna a la mejora de la resistencia que puede generar la pareja frente al afrontamiento del trastorno.

Para concluir es importante mencionar que se debe incentivar a la investigación de esta disfunción y todo lo que ella abarca, ya que como lo muestra el estado del arte las investigaciones sobre el trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico son muy pocas, es por eso que las mujeres que padecen esta disfunción hacen un llamado a los profesionales en salud para que se siga estudiando, de esta manera se les podrá brindar más alternativas de solución a su problema, así mismo esto permite una construcción

teórica más completa y mucho más amplia acerca del impacto y las implicaciones que generan las disfunciones sexuales femeninas en la población colombiana.

Tener en cuenta los ciclos vitales de las relaciones de pareja es fundamental para futuras investigaciones, igualmente se recomienda la implementación de grupos focales los cuales servirán para conceptualizar el término de trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico, así como su relevancia y el conocimiento que tienen las personas acerca esta disfunción.

Referencias bibliográficas

- Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED). (2008). *Dolor en la mujer*. Bogotá: Guadalupe Ltda.
- Ardila, H., Stanton, J., & Cubillos, S. (1993). Estrategia nacional “El SIDA tiene algo bueno”. Bogotá: Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida.
- Arnold, M., & Osorio, F. (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, 40-49.
- Association American Psiquiatric (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Bader, W. P. (2014). *Enfoque sistémico*. Obtenido de es.calameo.com: <http://es.calameo.com/read/0039430981f280c7af981>
- Cardona, J. E. (11 de Noviembre de 2007). *Ciclo vital familiar*. Obtenido de Salud familiar: <http://cambiodemodelo.blogspot.com.co/2007/11/ciclo-vital-familia.html>
- Cocho, E. (1 de Marzo de 2015). *Ciclo vital de la pareja*. Obtenido de Coaching-gestalt.com: <http://www.coaching-gestalt.com/ciclo-vital-de-la-pareja/>
- Craig, G. J., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Educación.
- Del Rio, A. R. (2012). La perspectiva sistémica. Diferentes modelos y formas de intervención. En L. Lutereau, *Variantes de la cura y formas de tratamiento en Psicología* (págs. 78-90). Buenos Aires: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Estremero, J., & Bianchi, X. G. (s.f.). Familia y ciclo vital familiar. *Manual de salud de la mujer*. Buenos Aires, Argentina.
- Gabilanes, P. D. (2015). La educación sexual y su influencia en la salud sexual y reproductiva en los y las adolescentes del 1º año de bachillerato de la unidad educativa mayor Ambato en la ciudad de Ambato en la provincia del Tungurahua. Ambato, Ecuador.
- García, M. R. (2004). *El Camino Hacia la “Nueva Comunicación”*. *Breve Apunte Sobre las Aportaciones de la Escuela de Palo Alto*. Obtenido de Razón y Palabra: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n40/mrizo.html>
- Guevara, D. A. (s.f.). *Concepto de autoestima*. Obtenido de academia.edu: https://www.academia.edu/16614712/Concepto_de_autoestima
- Krippendorff, k. (1990). *Metodología de análisis de contenido: Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós ibérica.

- Martin, D. W. (2008). *Psicología Experimental: Como Hacer Experimentos en Psicología*. Santa Fe: Cengage Learning Editores.
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 321-332.
- McMillan, J., & Schumacher, S. (2001). *Research in Education: A Conceptual Introduction*. New York: Addison Wesley Longman.
- Medina, G. A., & Ramírez, M. S. (Enero de 2015). Diseño y evaluación de un lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado. *Colegio Colombiano de Psicólogos*. Bogotá, Colombia.
- Moratalla, N. L., Santiago, E., & Rodríguez, G. H. (2011). N° 1. Inicio de la vida de cada ser humano. ¿Qué hace humano el cuerpo del hombre? *Cuadernos de Bioética*, 283-308.
- Muños, C., Ballesteros, B., & Rodriguez, M. (2004). Diseño y evaluación de una intervención comportamental cognoscitiva para disminuir el miedo al dolor en el momento de la penetración en una relación sexual. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana.
- Pérez, M. C. (2010). Disfunciones sexuales femeninas: trastornos dolorosos sexuales. *Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia*, 527-548.
- Pi, I. C. (2008). *Comportamiento Sexual humano*. Santiago de Cuba: Oriente.
- Puebla, S., Alarcón, B., Valdés, M., Pastellides, P., & Gómez, L. (14 de Diciembre de 2010). Observación. Madrid.
- Raudales, A. (1979). Vida sexual de la pareja. *Medica Hondur*, 13-16.
- Retana, P. (19 de Abril de 2010). La Connotación positiva. *Asesoría clínica y del aconsejamiento*.
- Rivas, S. G. (2013). *Enfoque sistemático : una introducción a la psicoterapia familiar*. México : El Manual Moderno.
- Rivera, L. A., Mayora, V. C., & Landeros, V. C. (2016). *Enfoque Sistémico, una de de las grandes fuerzas de la psicología*. Obtenido de es.slideshare.net: <http://es.slideshare.net/veronicacer/ensayo-enfoque-sistmico-1-interno>
- Rodríguez, J. E. (s.f.). *Guía para pacientes: Vaginismo Y Dispareunia*. Obtenido de Instituto Sexológico Murciano: [http://www.isemu.es/guia%20sobre%20vaginismo%20\(Autoguardado\).pdf](http://www.isemu.es/guia%20sobre%20vaginismo%20(Autoguardado).pdf)
- Ruiz, E. D., & Valdivieso, C. U. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 17-27.

Sandoval, S. A. (2012). *Psicología del desarrollo humano II*. Culiacán: Universidad Autónoma de Sinaloa.

Torrecilla, J. M. (s.f.). La entrevista. *Metodología de Investigación Avanzada*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). (2010). *Comunicación en diferentes escenarios*. Obtenido de http://datateca.unad.edu.co/contenidos/356006/EXE%20-COMUNICACION%20G%20D%20R/leccin_1_comunicacin.html

Villamizar, D. J. (2009). Representaciones y Percepciones de Cambio de las Relaciones de Pareja en el Ciclo Vital. Universidad Rovira I Virgili: tarragona.

Yamada, M. E. (2014). *Modelos sistémicos: Terapia familiar*. Obtenido de [es.slideshare.net: http://es.slideshare.net/MariaElenaSalazar/modelos-sistemicos](http://es.slideshare.net/MariaElenaSalazar/modelos-sistemicos)

Anexos

Anexo #1 Consentimiento Informado

Investigación	Relaciones de Pareja y Disfunción Sexual
Fecha	04/11/2016



Una Universidad Incluyente y Comprometida con el Desarrollo Integral

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por los Psicólogos en Formación Juliany Bohórquez y Juan Carlos Álvarez que pertenecen a la Universidad de Pamplona. He sido informada que la meta de este estudio es analizar la relación de pareja de dos mujeres con trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico de la Ciudad de Cúcuta Norte de Santander.

Estoy de acuerdo con dar respuesta a las actividades formuladas por los investigadores y entiendo que dichas actividades forman parte de la investigación "RELACIONES DE PAREJA Y DISFUNCIÓN SEXUAL". Lo que se haga durante estas sesiones tendrán unos resultados los cuales se me darán a conocer.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio, sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre

Firma



Universidad de Pamplona – Campus Villa del Rosario - Autopista Internacional Vía Los Álamos Villa Antigua

Tels: (7) 5706966 (Fax) - 5703742 – www.unipamplona.edu.co - villarosario@unipamplona.edu.co



Anexo # 2 Protocolo de entrevista para aplicar a la muestra

PROTOCOLO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA (MUESTRA)	
SEXUALIDAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué hace después de tener una relación sexual? 2. ¿Qué manifestaciones de afecto demuestra a su pareja? 3. ¿Cómo es el contacto físico que tiene con su pareja? 4. ¿Cómo es una salida con su pareja?
DISFUNCIÓN SEXUAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo considera que son sus experiencias sexuales? 2. ¿Cómo se siente luego de tener relaciones sexuales? 3. ¿Qué otras prácticas sexuales diferentes a la penetración conoce y utiliza? 4. ¿Qué estado emocional experimenta después de tener relaciones sexuales? 5. ¿Logra tener un orgasmo en sus relaciones sexuales? 6. ¿Conoce su pareja acerca de su disfunción sexual? ¿Cómo fue el proceso para contarle?
COMUNICACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando algo le molesta de su pareja, ¿Se lo hace saber? 2. ¿Cómo es el dialogo con su pareja? 3. ¿Habla abiertamente de su vida sexual con su pareja? 4. Cuando expresa su opinión frente a cualquier situación ¿cómo reacciona su pareja? 5. ¿Cómo reaccionas ante una mala contestación de tu pareja?
AUTOESTIMA	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué tan segura se siente de sí misma? 2. Si tiene algo que decir, ¿Cómo lo dice? 3. ¿Cómo recibe las críticas de otras personas? 4. ¿Con que frecuencia se siente desilusionada de sí misma? 5. ¿Cómo se describe usted? Cualidades y defectos
RELACIÓN DE PAREJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué opina de la relación de pareja que tiene? 2. ¿Cómo demuestra el afecto hacia su pareja? 3. ¿Qué le gustaría mejorar de su relación de pareja? 4. ¿Se ha presentado alguna crisis durante su relación? ¿Cómo se han manejado? 5. ¿Cómo han evolucionado los sentimientos hacia su pareja desde el inicio de su relación?

Anexo #3 Protocolo de entrevista para aplicar a las terapeutas

PROTOCOLO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA (TERAPEUTAS)	
SEXUALIDAD	1. ¿Cómo es el contacto físico que la paciente refiere tener con su pareja?
DISFUNCIÓN SEXUAL	2. Describa como ha sido el proceso de diagnóstico y tratamiento frente a la paciente.
COMUNICACIÓN	3. ¿Cómo es el proceso de comunicación de la paciente con su pareja? Pasiva, agresiva o asertiva 4. ¿En qué situaciones se presenta comunicación metafórica en la pareja?
AUTOESTIMA	5. ¿Qué relación encuentra entre la disfunción sexual y la autoestima de la paciente?
RELACION DE PAREJA	6. ¿Qué cambios refiere la paciente se han dado en la relación de pareja luego de ser diagnosticada? 7. ¿Cómo ha sido el apoyo por parte de la pareja de la paciente en el proceso?

Anexo #4 Protocolo de observación

OBSERVACIÓN	
PRIMER ENCUENTRO (RAPPORT)	
SEGUNDO ENCUENTRO (ENTREVISTA)	
TERCER ENCUENTRO (ANALISIS DE CONTENIDO)	

Anexo #5 Protocolo de análisis de contenido

ANÁLISIS DE CONTENIDO	
AUTOESTIMA (AUTOBIOGRAFÍA)	
SEXUALIDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL (CARTA HIPOTÉTICA A LA PAREJA)	
COMUNICACIÓN (CARTAS O CONVERSACIONES POR REDES SOCIALES)	
RELACIÓN DE PAREJA (FOTOS Y VIDEOS)	

Anexo #6 Cartilla

Relación de Pareja y Disfunción Sexual

Guía para mujeres con trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico

Presentación

El trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico es una disfunción sexual femenina de la que actualmente hay muy pocos estudios, es por eso que, mediante esta guía se pretende ayudar en los procesos psicológicos de estos casos en particular, donde se espera contribuir a mejorar la calidad de vida de aquellas mujeres que sufren día a día esta disfunción teniendo como principal objetivo explicar diferentes aspectos de este trastorno sexual.



La cartilla fue elaborada como proyecto monográfico de los Psicólogos en formación Juan Carlos Álvarez Reyes y Juliany Stefanny Bohórquez Velásquez.

Disfunción Sexual

"Las disfunciones sexuales son trastornos en los que los problemas fisiológicos o psicológicos dificultan la ejecución o la satisfacción en la actividad sexual." (Labrador, 1994)

Trastorno Sexual por Penetración con Dolor Genito Pélvico

El trastorno sexual por penetración con dolor genito pélvico (DSM-5) o anteriormente llamado vaginismo y dispareunia (DSM-IV) se refiere a la dificultad persistente o recurrente en la penetración vaginal durante las relaciones sexuales, además de un marcado dolor pélvico antes, durante y luego de las relaciones sexuales, así mismo las mujeres con este trastorno presentan una tensión o contracción muscular del suelo pélvico en el intento de la penetración vaginal e incluso llegan a manifestar dolor por la misma ansiedad de sentir el malestar durante la penetración.



Criterios Diagnósticos

A. Dificultad

- Penetración vaginal durante las relaciones.
- Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
- Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
- Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (por ejemplo, violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

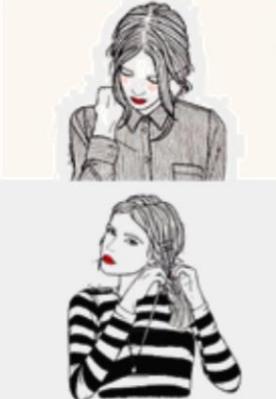
Comunicación

Bateson y Ruesch (1984) afirman que "la comunicación es la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas". Por esta razón, es importante utilizar el diálogo como estrategia de resolución de conflictos donde todo vaya orientado al mejoramiento de la relación de pareja, siempre se debe apuntar a una comunicación asertiva donde se respeten los valores y creencias de los dos integrantes, esto va permitir un avance positivo dentro del tratamiento de la disfunción.



Autoestima

Los aspectos del rol de la mujer en la relación de pareja se encuentran fuertemente relacionados con la disfunción, pues este rol del género femenino supone sumisión, devaluación personal y abnegación; teniendo en cuenta lo anterior, se considera tomar algunos elementos de la terapia feminista de Thelma Jean Goodrich que aborda a través de la terapia de pareja o familia, los problemas relacionados con cuestiones de género, maltrato, violencia familiar, disfunción sexual, entre otros, con el objetivo de realizar la autoestima de las mujeres que presentan este trastorno.



Técnicas de intervención dirigidas a la pareja

Valoración paradójica de la situación

La escuela de Milán, desarrolla una técnica llamada valoración paradójica de la situación, esta técnica trata de permitir (alentar incluso a veces) algunos aspectos negativos de la interacción de la pareja, no porque se los defina como buenos, sino porque están sirviendo para fines importantes. Así en el caso de que una mujer con una autoestima baja y se encuentre "triste" por su disfunción sexual, se le puede decir que "ha de continuar de esa manera", ya que eso permite al otro sentirse fuerte y ayudador.

Connotación positiva

Desde el enfoque sistémico se encuentra la técnica de "connotación positiva" la cual en estos casos puede ser muy útil, ya que la función de esta es una redefinición de una problemática en términos positivos en busca de resaltar los recursos del sistema. Significa dar una evaluación o significado a algo o a alguien. En la aplicación a la terapia es valorar las conductas, personas eventos de manera positiva. Siendo el caso de la mujer que presenta la disfunción, percibiéndose no como algo completamente negativo sino dándole una connotación positiva, que le permita a la pareja llevar la problemática mucho mejor.

*Juan Carlos Alvarez Reyes
Juliany Stefanny Bohórquez Velásquez*

*Diseño e impresión
El Holandés Volador*

*Ilustraciones
Sara Herranz*