

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
Facultad de Salud
Departamento de Psicología



**MUJERES CON AUSENCIA DEL DESEO SEXUAL EN LA RELACIÓN DE
PAREJA.**

Freddy Alonso Lázaro Quintero
Natalia Parra Herrera

Cúcuta, Colombia
2016

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
Facultad de Salud
Departamento de Psicología



**MUJERES CON AUSENCIA DEL DESEO SEXUAL EN LA RELACIÓN DE
PAREJA.**

Directora:
Mg. Jacqueline Laguado González

Freddy Alonso Lázaro Quintero
Natalia Parra Herrera

Cúcuta, Colombia
2016

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Resumen	7
Abstract	7
Introducción	8
Justificación	11
Objetivos de la investigación	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Problema	12
Formulación del problema	12
Planteamiento del problema	13
Descripción del problema	13
Marco referencial	15
Antecedentes	15
Internacionales	15
Nacionales	17
Regionales	19
Marco teórico	20
Capítulo I: Enfoque sistémico	20
Capitulo II: Relaciones de pareja y ciclo vital	37
Capitulo III: Ausencia del deseo sexual femenino	49
Diseño metodológico	59
Diseño de la investigación	59
Población	60
Muestra	60
Técnicas de recolección de información	61
Entrevista semiestructurada	61
Observación directa	62
Conversatorio	62

Análisis de resultados	63
Triangulación	91
Discusiones	92
Conclusiones	97
Técnicas propuestas	99
Recomendaciones	104
Referencias bibliográficas	105
Anexos	111

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Categoría de análisis de la investigación	58
Tabla N° 2 Resultados de la entrevista semiestructurada	63
Tabla N° 3 Matriz DOFA dimensiones psicológicas	75
Tabla N° 4 Matriz DOFA dimensiones sociales	76
Tabla N° 5 Matriz DOFA dimensiones emocionales	77
Tabla N° 6 Análisis de resultados de observación directa	77

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado	111
Anexo B. Entrevista semiestructurada	112

Resumen:

La ausencia del deseo sexual es la disfunción sexual prevalente en las mujeres, trayendo consigo consecuencias al bienestar individual además que infiere directamente en las relaciones de parejas. La sexualidad se reconoce como una fuente de bienestar biopsicosocial que promueve el desarrollo social y personal del individuo. Es por esto que como futuros profesionales de la psicología nos propusimos profundizar y ahondar en este tema. El objetivo principal de esta investigación fue conocer las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales causantes de la disfunción en dos mujeres entre los 25 y 35 años de edad, se realizó con una metodología cualitativa.

Palabras claves

Disfunción sexual femenina, deseo sexual hipoactivo, relaciones de pareja, sexualidad.

Abstract:

The absence of sexual desire is the prevalent sexual dysfunction in women, bringing consequences to individual well-being also infers directly in the couple's relationship. Sexuality is recognized as a source biopsychosocial welfare that promotes social and personal development of the individual. That is why as future professionals of psychology we decided to deepen and delve into this topic. The main objective of this research was to understand the psychological, social and emotional dimentions causing dysfunction in two women between 25 and 35 years old, it was performed using a qualitative methodology.

Key words.

Sexual dysfunction, hypoactive sexual desire, couple relationship, sexuality.

MUJERES CON AUSENCIA DEL DESEO SEXUAL EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

INTRODUCCIÓN.

El ser humano está compuesto por varias dimensiones, dentro de ellas se encuentra la sexualidad, siendo una de las más importantes en la calidad de vida, comprende aspectos emocionales, psicológicos y sociales que forman parte permanente en el individuo, al igual que es un influyente principal del buen entendimiento y duración a largo plazo de las relaciones en pareja, puesto que representa no solo el ejercicio de la función sexual sino que también determina la unión emocional y sentimental de la misma. Nasio (2012; citado por Debay, 2015) en su artículo “la mayoría de las parejas son duraderas y estables” denominada “las cuatro patas del banco” plantea que las bases para una relación duradera son la satisfacción sexual, la admiración mutua, los proyectos compartidos y la comunicación.

De acuerdo con lo anterior, la sexualidad entendida como un conjunto de actividades y comportamientos relacionados con el placer sexual mutuo, es una necesidad del ser humano que tiene la función de reforzar la relación de pareja. La disminución o la falta de la interacción sexual entre los individuos que conforman el sistema, puede producir efectos negativos como el distanciamiento de los mismos y una comunicación poco asertiva. La presente investigación se enfocó en determinar diferentes aspectos participes del deseo sexual hipoactivo especialmente en uno de los miembros de la pareja, la mujer; debido a que son las que lo presentan en mayor frecuencia.

Sanchez, Corres, Blum & Carreño (2009) en su investigación hacen referencia a que desde los primeros estudios sistematizados de la conducta sexual, de los cuales fue pionero Kinsey (1967) seguido por los estudios de Masters y Johnson (1981) hasta la investigación contemporánea, se han obtenido resultados que ayudan a esclarecer los elementos de riesgo que contribuyen al establecimiento de una disfunción sexual. Las disfunciones sexuales en la mujer implican una serie de problemas dentro de los cuales

se encuentra la ausencia del deseo sexual o el deseo sexual hipoactivo, este hace referencia a la disminución del deseo sexual o baja motivación ante el acto sexual.

Estudios recientes realizados en otras regiones y culturas (Estados Unidos, Europa y Asia) dan cuenta de una alta prevalencia de disfunciones sexuales en una población general de ambos sexos, con una frecuencia de aparición de 10 a 52% en varones y de 25 a 63% en mujeres comprometiendo principalmente el deseo y la excitación (Oelrich, 2006). En Colombia en 2012, se llevó a cabo una investigación para medir la prevalencia del desorden del deseo sexual hipoactivo en un grupo de 497 mujeres sexualmente activas en edades entre 15 y 59 años, usaron el cuestionario *Female Sexual function Index* (FSFI) dando como resultados que en un grupo de 101 participantes, la prevalencia del desorden sexual hipoactivo es del 20,3% encontrando variables asociadas tales como el bajo nivel educativo, el número de hijos, mayores de 50, falta de cercanía emocional con la pareja y sentimientos de depresión (Riagosa & Echeverri, 2012).

Esta monografía se elaboró desde un enfoque sistémico con abordaje en las relaciones de pareja. En la actualidad la relación de pareja es uno de los temas de mayor complejidad familiar y social, motivo por el cual la investigación busca proporcionar, en apoyo con un profesional en sexología, estrategias que contribuyan al mejoramiento del vínculo íntimo en pareja de las mujeres participantes en el estudio de caso. El trabajo investigativo se desarrolló en función de las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales de la mujer, las cuales son causantes o incidentes en la ausencia del deseo sexual, afectando de forma negativa al sistema (la pareja).

La metodología usada para dar cumplimiento al objetivo es de tipo cualitativo, siendo descriptiva, exploratoria, explicativa y propositiva, tomando como población muestra dos mujeres las cuales fueron estudio de caso. Dentro de la misma se pueden encontrar tres capítulos teóricos; el primero abarca el enfoque sistémico, las principales escuelas y los referentes teóricos; el segundo capítulo teórico se centra en el ciclo vital, la relación de pareja y la teoría del amor. Posteriormente se encuentra el tercero y último capítulo

denominado la ausencia del deseo sexual femenino, este capítulo aborda el concepto del género, la sexualidad, el ciclo de respuesta sexual humana que según Master y Johnson (1960), está compuesto por cuatro fases: Excitación, meseta, orgasmo y resolución; seguidamente se clarifican las disfunciones sexuales enmarcadas en el DSM IV-TR y finalmente se adentra en el deseo sexual hipoactivo en las mujeres; otras particularidades que se pueden encontrar en el presente trabajo son el análisis de los resultados, las conclusiones y discusiones.

JUSTIFICACIÓN

La temática que se abarca dentro de la investigación se considera de vital importancia en el desarrollo pleno de las relaciones en pareja; siendo este el holon conyugal, un subsistema que se considera el inicio de la familia y la unión de dos personas; y es en sí mismo el componente principal del sistema familiar. La dinámica del sexo dentro de la relación, si funciona bien, es medio de unión para el sistema pero si presentan alteraciones puede desencadenar distintas situaciones adversas y en ocasiones la desintegración del sistema, algunas de los posibles efectos negativos que se pueden evidenciar son la mala comunicación, el rechazo de la pareja, las discusiones, la infidelidad, la pérdida de la intimidad y/o deficiencias psicósomáticas (disfunción eréctil, eyaculación precoz, impotencia, falta de lubricación, etc).

A través de esta investigación, se logra clarificar conceptos como lo son la sexualidad, las disfunciones sexuales y específicamente, el deseo sexual hipoactivo en la mujer o la ausencia del mismo, llevando a cabo un repaso por las fases del ciclo de respuesta sexual propuestas por Masters & Johnson (1978). Tomando para esta investigación dos estudios de caso de mujeres entre 25 y 35 años de edad, aportando a la facultad de salud y para el programa de psicología de la Universidad de Pamplona, bases de investigación en el tema. De igual forma, se hablara sobre cómo esta disfunción afecta negativamente y de forma directa e indirecta a las relaciones en pareja, al igual que se esclarecen las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales, que se relacionan con la ausencia del deseo sexual femenino, permitiéndonos proponer a las mujeres participantes y a la población en general, estrategias para el mejoramiento del ejercicio de la función sexual y de la vida en pareja.

Así mismo, la presente monografía de tipo investigativo contribuyó a nuestra formación del perfil profesional y a la adquisición de los conocimientos nuevos abordados durante el desarrollo del diplomado *abordaje psicológico en las relaciones de pareja* desde un enfoque sistémico. Proporcionando herramientas viables para ser aplicadas en nuestra prestación de los servicio profesionales a la comunidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales que se encuentran presentes en la ausencia del deseo sexual femenino en la relación de pareja, mediante técnicas cualitativas, para la recolección de datos se aplica una entrevista semiestructurada, un conversatorio y una observación directa, en dos mujeres objeto de estudio del municipio de san José de Cúcuta, que tienen la característica necesaria para la investigación, fortaleciendo la relación íntima en la pareja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la influencia de la dimensión psicológica en la ausencia del deseo sexual femenino en la relación de pareja.

Conocer dentro de la dimensión emocional, aquella área que tiene mayor incidencia en la ausencia del deseo sexual femenino en la relación de pareja.

Establecer cómo influye la dimensión social de la mujer en la ausencia del deseo sexual en la relación de pareja.

Analizar el desarrollo de la relación de pareja en dos estudios de casos que presentan deseo sexual hipoactivo femenino, facilitando una estrategia que contribuya al mejoramiento de la disfunción sexual.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Se encuentran inmersas las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales, en la relación de pareja, en etapa de fértil, que conllevan a la ausencia del deseo sexual

femenino, presentes en mujeres del municipio de san José de Cúcuta, Norte de Santander?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El individuo es un ser integral compuesto por diferentes dimensiones, los cuales lo constituyen como una estructura compleja, se generan diferentes procesos que lo hacen único, en su relación con el entorno conforma subsistemas que se interrelacionan formando un sistema mayor o general, algunos independientes y otros interdependientes; en su estructura integral se encuentra presente y de gran importancia la sexualidad, en especial en relaciones de pareja, por lo cual en el estudio e investigación sobre las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales que se encuentran inmersos, en la relación de pareja, en etapa de fértil, que conllevan a la ausencia del deseo sexual femenino, se deben abordar los diversos aspectos que se encuentren en dicho fenómeno o síntoma, los cuales infieren en el comportamiento de un individuo; en el caso actual en mujeres con una relación de pareja establecida.

Dichas dimensiones que conllevan a la ausencia del deseo sexual femenino, entendiendo la misma como la disminución, pérdida o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de manera recurrente o persistente, es importante señalar que la alteración provoca malestar psicológico o dificultades interpersonales durante la vida adulta y consecuencias negativas significativas en la relación de pareja, evidenciándose mediante síntomas de un problema en el sistema de pareja, como ruidos en la comunicación, afectaciones en la estructura de la pareja, afectación en sus estados emocionales, complicaciones en el entorno social, irrumpiendo en la estabilidad y armonía del desarrollo de una relación.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La disfunción o ausencia del deseo sexual femenino en relación de pareja, conocida también como deseo sexual hipoactivo es un fenómeno complejo, dicha disfunción está

definida como: La disminución, pérdida o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de manera recurrente o persistente; es importante señalar que la alteración provoca malestar psicológico y dificultades interpersonales durante la vida adulta, (Sánchez y Corres 2009) presentándose estas dificultades con una mayor intensidad en la relación de pareja estable, este fenómeno suele presentarse sin que su causa necesariamente corresponda a una patología médica, existiendo algunos tipos de inferencia en la presentación del fenómeno, de los cuales se abordaran tres dimensiones involucradas: Psicológicas, emocionales y sociales, por su componente subjetivo o como producto de otras relacionales manifestándose en la interacción en el subsistema conyugal.

Este fenómeno de poco o ausente interés sexual, proyecta diversas dificultades entre las cuales se presenta la pérdida de la toma de iniciativa en el ejercicio de la función sexual, dificultad para alcanzar el orgasmo, afectación directa en el subsistema conyugal, insatisfacción en ejercicio de la función sexual, tanto en la mujer como en su pareja y consecuentemente en su desarrollo para responder al deseo de su pareja; se puede presentar tanto de tipo primario, en donde en el individuo nunca ha existido mucho interés sexual, como secundario, en donde el individuo contaba con un deseo sexual pero ahora ha disminuido o ha perdido dicho deseo por la relación sexual; en lo cual puede presentarse de manera situacional con relación a la pareja en donde ella tiene interés hacia otras personas pero no hacia la pareja, o puede ser general en donde ella carece de interés sexual hacia cualquier persona (Sánchez y Corres 2009).

El modo más fiable de determinar el grado de trastorno del deseo sexual sería observar la actitud de una persona ante el sexo, por lo cual se identifican tres actitudes afectivas distintas: Neutralidad, es la actitud indiferente en que la persona declara que podría vivir perfectamente sin sexo, se muestra absolutamente neutra al respecto y no le tiene ni aversión ni afición; culpabilidad, la persona se siente mal y deprimida, como resultado de la habitual discrepancia con la pareja en la necesidad de tener relaciones sexuales, en ocasiones el malestar es debido a que siente que sus necesidades no son “normales”; aversión, la actitud es temerosa y despierta necesidad de evitar la actividad

sexual. Si la evitación de la práctica sexual es muy extrema, el diagnóstico es trastorno por aversión al sexo (Henriquez 2014).

Las mujeres con deseo sexual hipoactivo en relaciones de pareja, presentan un decremento en las características de masculinidad, en los niveles de autoestima, y un incremento en las características de sumisión. Los resultados acerca de los antecedentes sexuales, en este grupo, mostraron que el deseo sexual hipoactivo se relaciona estrechamente con la experiencia sexual infantil traumática, los temores a la sexualidad y los problemas conyugales (Sánchez y Corres 2009).

ESTADO DEL ARTE

En este apartado se hará una contextualización de los antecedentes a la temática principal descrita en la monografía, son investigaciones encontrada a nivel internacional, nacional y local que aportan sustento teórico y bases investigativas para ser tomadas en cuenta al momento de ejecutar y dar cumplimiento al objetivo del trabajo planteado. En los antecedentes internacionales se incluyen tres investigaciones de las cuales dos se ejecutaron en Chile y una en México. En los antecedentes nacionales se encontró una en la ciudad de Santa Marta, una en la ciudad de Bogotá y una última que hace referencia a las mujeres colombianas en general. Finalmente en los antecedentes locales se realizó una búsqueda exhaustiva dando como resultados un solo antecedente en la ciudad de Bucaramanga. A continuación se procede a especificar aspectos generales como el título, autores, año, lugar, objetivo y resumen del trabajo investigativo.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Título: Perfil de la relación de factores psicológicos en el deseo sexual hipoactivo femenino y masculino

Autor(es): Sánchez, Cáceres, Blum & Carreño

Año: 2009

Lugar: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Distrito Federal, México.

Objetivo: Identificar la relación y la combinación, entre el deseo sexual hipoactivo y algunas variables catalogadas como factores de personalidad.

Resumen: Se tomaron 58 mujeres y 55 hombres con deseo sexual hipoactivo. Para la clasificación de los grupos y la captura de los antecedentes sexuales se utilizaron la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF) y el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres. La medición de los factores de personalidad estudiados se realizó con el Inventario de Masculinidad y Femenidad IMAFE, el Inventario de Autoestima de Coopersmith, y la Escala de locus de control interno-externo. Los resultados obtenidos indican que las mujeres y los hombre con deseo sexual hipoactivo presentan un decremento en las características de masculinidad (en ambos) y feminidad (solo en hombres), y en los niveles de autoestima, y un incremento en las características de sumisión.

Título: Evaluación de la función sexual en mujeres de edad reproductiva

Autor(es): Oelrich.

Año: 2006

Lugar: Tesis de la Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia y puericultura.

Objetivo: Evaluar la función sexual de las mujeres en edad fértil usuarias del centro de salud familiar (CESFAM) Rahue Alto Osorno.

Resumen: La investigación realizó un estudio exploratorio transversal descriptivo, con una población de 105 mujeres en edad reproductiva, de 15 a 49 años. Los resultados obtenidos muestra que 49,4% de la población estudiada tiene una función sexual normal, 48,3% presentaba función sexual alterada, con trastorno moderado y 2,2% con disfunción sexual grave, un trastorno severo. El deseo sexual fue el dominio de la función sexual más frecuentemente alterado (42,8%), aumentando con la edad, alcanzando en mujeres de 15-25 años un 47,2%, en mujeres de 26-35 años 51,5% y en un 61,1% en las mujeres de 36-49 años. La escolaridad de la mujer no fue un factor asociado al tipo de función sexual.

Título: Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados.

Autor(es): Charnay & Henríquez.

Año: 2003

Lugar: Departamento de enfermería, facultad de medicina, Universidad de Concepción, Chile.

Objetivo: Conocer la magnitud del Deseo Sexual Inhibido y los factores que la influyen, en mujeres en edad fértil, usuarias del Sistema Municipalizado de Salud de la comuna de Concepción, que están en control en los policlínicos de planificación familiar.

Resumen: Es un estudio descriptivo, correlacional. La muestra fue 367 mujeres en control y se consideraron algunos criterios de exclusión. Se usó dos instrumentos para la recolección de los datos; el primero un cuestionario elaborado por la autora y el segundo un cuestionario elaborado y aprobado por Master, Johnson y Kolodny (1996). Los resultados de este estudio muestran que el 34,9% de las mujeres encuestadas presenta, en algún grado, inhibición del deseo sexual. En relación a las variables edad de la mujer y edad de su pareja, el estudio indicó que, a mayor edad, se presenta en mayor porcentaje deseo sexual inhibido.

ANTECEDENTES NACIONALES.

Título: Prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo en mujeres colombianas y factores asociados.

Autor(es): Riagosa-Londoño & Echeverri-Ramírez.

Año: 2012

Lugar: Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Colombia.

Objetivo: Medir la prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo (DDSH) en una muestra de mujeres sexualmente activas con edades entre 15 y 59 años en Colombia, y explorar posibles factores asociados.

Resumen: Es un estudio de corte transversal. Se incluyeron 369 mujeres colombianas entre 15 y 59 años, con vida sexualmente activa. El instrumento utilizado fue el *Female Sexual Function Inventory (FSFI)*; Rosen, Brown, Heinman, Leiblum, Meston, Shabsigh (2000). Se encontró una prevalencia de problemas de deseo sexual hipoactivo del 20%. Se encontró asociación estadísticamente significativa del DDSH con mujeres que alcanzaron solo educación primaria. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a edad, estrato social, estado civil, convivencia, método anticonceptivo y regularidad de los ciclos menstruales.

Título: Autoestima y disfunción sexual en estudiantes universitarias de programas de salud de Santa Marta, Colombia.

Autor(es): Ceballos, Barliza de la Rosa & León

Año: 2008

Lugar: Psicología desde el caribe, revista del programa de psicología de la Universidad del Norte.

Objetivo: Establecer la relación entre las disfunciones sexuales y la autoestima en mujeres estudiantes universitarias

Resumen: Es una investigación cuantitativa de tipo descriptivo correlacional. La muestra fue de 311 mujeres en edades de 16 a 31 años. Los instrumentos utilizados fueron el Test de Sexualidad Femenina y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Se encuentra que el 27.6 % de las mujeres tiene baja autoestima, y que presentan deseo sexual hipoactivo o vaginismo, y el 22.1% de las mujeres tiene alta autoestima y presentan deseo sexual hipoactivo, es decir, no existe una relación entre poseer alta autoestima y tener una disfunción sexual. Las mujeres que han iniciado sus relaciones sexuales sin presentar una clasificación de disfunciones deseo sexual hipoactivo y que tienen baja autoestima equivalen a un 25.4%, y por último, el 24.9% no presenta deseo sexual hipoactivo y tiene alta autoestima. En este estudio el 49,7% de las estudiantes presentan deseo sexual hipoactivo. Los resultados demuestran que no existe una relación entre autoestima y padecer una disfunción sexual.

Título: Diagnóstico de la disfunción sexual femenina y su correlación con el perfil hormonal en la población femenina que consulta los servicios de urología, ginecología y personal femenino de San José, Bogotá, Colombia.

Autor(es): García, Aponte & Socorro.

Año: 2005

Lugar: Revista urológica colombiana. Sociedad colombiana de urología.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la disfunción sexual femenina y la correlación con el perfil hormonal; determinar la frecuencia de mujeres con trastorno del deseo sexual; e identificar el grado de satisfacción sexual.

Resumen: El presente estudio es de corte transversal. La muestra fue de 101 mujeres mayores de edad con vida sexual activa y pareja estable. Se empleó el cuestionario FSFI (índice de función sexual femenina) Rosen (2000). La edad promedio fue 36.2 años y el 62,4% cumplieron el criterio para disfunción sexual femenina (DSF). Se tomó de igual forma una submuestra de 36 mujeres para la realización del perfil hormonal, el 61,1% (22 mujeres) presentaron DSF y 38,9% (14 mujeres) presentaban deficiencia androgénica. La correlación de Spearman indicó que la deficiencia androgénica y la DFS no son independientes, es decir, se encuentran asociadas pero, debido al tamaño de la muestra, no se pudo estimar la fuerza de la asociación.

ANTECEDENTES REGIONALES.

Título: Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: Revisión sistemática.

Autor(es): Muñoz & Camacho.

Año: 2016

Lugar: Universidad Autónoma de Bucaramanga, Santander, Colombia.

Objetivo: Analizar datos epidemiológicos sobre prevalencia y factores de riesgo de DSF que permita disponer de un conocimiento unificado sobre estos. Se hizo por medio de la revisión de bases de datos: PubMed y LILACS, entre el 01/01/2004 al 12/10/2014.

Resumen: Se incluyeron estudios de corte transversal que garantizaran los datos de prevalencia y de frecuencia de factores de riesgo. Se evaluó la calidad metodológica

utilizando los criterios del STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology); se publicaron los resultados en tablas, reportando prevalencia y factores de riesgo con sus respectivos OR. En sus resultados se incluyeron quince artículos, todos cumplieron con más del 70% de los ítems evaluados por el STROBE. La prevalencia de DSF se encontró entre 5,5 - 73,2%. El dominio más afectado fue el deseo, con prevalencias entre 10,4% - 52%. Al combinar los datos las variables asociadas a la presencia de DSF fueron: baja frecuencia de relaciones, edad >40 años, bajo nivel educativo, posmenopausia, pareja con disfunción eréctil, entre otros. El deseo fue el dominio con mayor prevalencia de disfunción, seguido del orgasmo.

[MARCO TEÓRICO.

CAPÍTULO I: ENFOQUE SISTÉMICO

La terapia familiar sistémica se desarrolló a lo largo del siglo XX. Para hablar de terapia sistémica o terapia familiar de los sistemas es necesario comenzar por estudiar, entender y revisar los aportes de algunos de los precursores, al igual que, como la terapia sistémica aborda la relación de pareja, su comprensión desde las reglas, las jerarquías, luchas de poder, roles y comunicaciones, la forma de resolver los problemas, donde en oportunidades el síntoma es una forma de relacionarse que permite comprender todo un contexto social. Jones (1980; citado por Quintana & Galindo, 2015), señala cómo John Bell reivindica su protagonismo en acuñar el término «terapia familiar» para designar una nueva modalidad terapéutica que trabaja con la familia como unidad de tratamiento.

Los factores clínicos que la originan son la entrevista al grupo familiar por parte de los terapeutas para obtener información del paciente tratando de explicar cómo estas relaciones influyen en la dificultad del sujeto; la terapia abarca a la familia como sistema con todos sus miembros, en donde el tratamiento se centra en modificar ciertas relaciones. Foley (1974; citado por Bohorquez & Contreras, 2015), considera a Nathan W. Ackerman como el precursor de la terapia familiar, por ser el primero en incluirla en sus procesos terapéuticos. Ackerman sostiene que existe una continua interacción

dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del cual interactúa y que el conflicto interpersonal precede al conflicto intrapsíquicos, que no es sino el resultado de conflictos interpersonales interiorizados. Afirma además que la patología familiar se debe a la falta de adaptación a nuevos roles establecidos por el desarrollo de la familia.

Bowen (1954; citado por Ochoa, 2004), mientras trabajaba en el Instituto Nacional de Salud Mental de Washington, desarrolla la «teoría familiar de los sistemas» que él diferencia de la «teoría general de los sistemas» de Bertalanffy. Bowen, define la familia como un sistema que incorpora una combinación de variables emocionales y relacionales. Después de una investigación que ejecuto en el Instituto con los pacientes esquizofrénicos y sus madres, donde se hizo evidente que la relación madre-hijo era un fragmento de la unidad familiar más amplia y que toda ella estaba implicada en el proceso patológico. Sostiene que las primeras son fuerzas que subyacen al funcionamiento del sistema y que las segundas determinan el modo en que se expresan las emociones.

Por otra parte, Bateson (1952; citado por Bohorquez & Contreras, 2015) es quien se interesa por los procesos de clasificación de mensajes y por la forma en que pueden dar paradojas. La paradoja se produce cuando los mensajes de una comunicación encuadran a otros de manera conflictiva. Donald de Ávila Jackson represento un giro en la evolución del grupo de Bateson (Vargas, 2004), desarrollando la teoría del doble vínculo que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia. La expresión “doble vínculo” alude precisamente a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico.

El aporte que Jackson hizo en la terapia familiar sistémica es la diferenciación entre la familia normal y la familia patológica. La familia normal, es aquella de sangre, la que está vinculada biológicamente y la familia patológica son aquellas personas que han influido en nuestras vidas, son aquellas que por uno u otro motivo han estado en los buenos y en los malos momentos a lo largo del desarrollo del ciclo vital. El propósito de

Jackson era que la gente ponga en primer plano las interacciones con las personas y que estas definan en realidad el concepto de familia (Becerra & Rozo, 2012). En 1959 fundó el Mental Research Institute (MRI) y además formó parte de la escuela de Palo Alto.

El grupo inicial del MRI estaba compuesto por Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. En 1961 se incorporó Paul Watzlawick y cuando finaliza el proyecto de Bateson, se unen Jay Haley y John Weakland. La orientación del MRI se centra en las interacciones entre los miembros del sistema familiar e incorpora principios de la cibernética y de la teoría general de sistemas (Ochoa, 2004). Éste grupo defiende que el funcionamiento familiar se organiza en torno a reglas, que son los principios reguladores de la vida de cada familia y que la disfunción emerge cuando las reglas se hacen ambiguas, provocando la desorganización del grupo.

Posteriormente, John Weakland pasa a formar parte del proyecto de Bateson, que se divide en un enfoque experimental y un proyecto de terapia familiar hasta su finalización en 1962 (Bohorquez & Contreras, 2015). El trabajo experimental se orienta a estudiar en detalle las situaciones del doble vínculo, buscando las diferencias entre las comunicaciones disfuncionales de las familias sintomáticas y no sintomáticas. A partir de este momento, la teoría de doble vínculo deriva hacia una teoría más general sobre la « comunicación » que revierte en la experiencia clínica, debido a que un gran número de las primeras familias sometidas a tratamiento eran aquellas que tenían un paciente identificado diagnosticado de esquizofrenia.

Ochoa (2004), en su libro refiere que en 1962 Nathan W. Ackerman y Jackson crean la revista « Family Process », lo cual contribuye a consolidar la terapia familiar, que había comenzado su gestión en los años cincuenta. Durante la décadas de 1960 y 1970, aumenta la conciencia de que en la organización social del individuo podía hallarse una nueva explicación de la motivación humana. La familia se define como un grupo natural, nuclear y extenso comenzando a establecer las estructuras de las familias; como lo son las coaliciones intergeneracionales, es decir, las alianzas (cercanía o vinculación entre dos miembros por cualquier motivo), límites (delimita las funciones y

responsabilidades; pueden ser ascendentes, descendentes, rígidos o flexibles) y jerarquías (manera en que se encuentra distribuido el poder dentro de la familia).

Propiedades de la terapia familiar.

En un sistema familiar podemos observar principalmente las propiedades de totalidad, causalidad circular, equifinalidad, equicausalidad, limitación regla de relación, ordenación jerárquica y teleología (Ochoa, 1995; citado por Bohórquez & Contreras, 2015). A continuación se definirá brevemente cada una de ellas:

Totalidad: La conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye las relaciones existentes entre ellos.

Causalidad circular: Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas y que facilita la vida cotidiana de los individuos que la componen. Entre las conductas de los miembros de un sistema existe una codeterminación recíproca de forma que en una secuencia de conductas muy simplificada se observa que la respuesta de un miembro A del sistema a la conducta de otro miembro B es un estímulo para que B a su vez dé una respuesta, que nuevamente puede servir de estímulo a A. Cuando hablamos de « Secuencia sintomática » nos referimos al encadenamiento de conductas que se articulan en torno al síntoma reguladas por una causalidad circular. Una de las consecuencias más notorias de esta concepción circular es que el interés terapéutico reside en el “qué”, “Donde” y “cuando” ocurre algo en lugar de centrarse en el “Porqué”.

Equifinalidad: La noción de equifinalidad alude al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.

Equicausalidad: Se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. Para resolver un problema se debe centrarse específicamente en el momento presente, en el aquí y en el ahora; para lograr conocer los factores que mantienen el problema.

Limitación: Cuando se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se refiere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma.

Regla de relación: En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente de la vida humana sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.

Ordenación jerárquica: En toda organización hay una jerarquía, en el sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar que se va a hacer. La organización jerárquica de la familia no sólo comprende el dominio que unos miembros ejercen sobre otros, las responsabilidades que asumen y las decisiones que toman, sino también la ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás.

Teleología: El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Este proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias, morfostasis y morfogénesis. Se denomina homeostasis o morfostasis a la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. Este concepto se emplea para describir cómo el cambio de uno de los miembros de la familia se relaciona con el cambio en otro miembro. La morfogénesis es la tendencia del sistema familiar a cambiar y a crecer, comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones

para manejar aquello que cambia y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman parte de la familia.

Escuelas del enfoque sistémico

Los temas contenidos en este apartado, en su mayoría, han sido referenciados del libro *Enfoque en terapia familiar sistémica*, Inmaculada Ochoa de Alda (2004).

Terapia del MRI de Palo Alto

Se trata de un enfoque de terapia breve creado en torno al año 1968, después de la muerte de Jackson, quien fundó el Grupo del MRI en 1959. Watzlawick, Weakland, Fish y Segal actualmente integran el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto. Su trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas. Apuestan por una terapia breve, cuya duración no sobrepase las diez sesiones espaciadas semanalmente, basada en estrategias eficaces para evitar que sigan vigentes los factores mantenedores del problema que motiva la consulta. Las estrategias se apoyan en una hábil utilización de la postura del paciente y de sus familiares ante el problema, la terapia y el terapeuta con la finalidad de evitar confrontaciones que dificulten el desarrollo del tratamiento. Según este enfoque, una conducta para ser sintomática debe presentar las siguientes características:

Los problemas comienzan por una dificultad de la vida cotidiana.

La conducta se hace reiterativa.

El contexto social “mantiene” dicha conducta

El contexto social aplica diferentes soluciones al problema.

La insistencia en una solución intentada ineficazmente lleva al agravamiento y mantenimiento del problema.

La evaluación de la terapia del MRI se enfoca en entender cómo se origina el síntoma en la vida del paciente y su familia, al que los autores denominan “dificultad” (Watzlawick, 1976; Citado por Ochoa 2004), que precisa de un nuevo tipo de respuesta. En su trabajo original, el Brief Therapy Center del MRI consideró los problemas ligados al ciclo vital como elementos importantes en la gestación de los síntomas. Sin embargo, en escritos más recientes esas cuestiones parecen haber perdido significación. Por ejemplo, en 1974, Weakland y colaboradores afirman: «Interpretamos los pasos transicionales normales en la vida familiar como las "dificultades cotidianas" más comunes e importantes que pueden derivar en problemas».

Weakland y colaboradores (1974; Citado por Ochoa, 2004), consideran que una dificultad se convierte en problema, en algo patológico, cuando se intenta resolverla de manera equivocada y después del fracaso, se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz. La persistencia en una solución intentada ineficaz lleva al agravamiento y al mantenimiento del problema. Contrariamente a las expectativas de la familia, los intentos de solución generan más pautas similares a aquellas que ocasionaron el problema e imposibilitan los cambios de organización o de reglas, en el seno del sistema, necesarios para solventarlo.

Las técnicas de intervención que propone, se basan en alterar las soluciones intentadas y así romper con la secuencia sintomática, produciéndose el cambio terapéutico. La secuencia está regulada por una causalidad circular, de manera que el síntoma mantiene los intentos de solucionarlo al mismo tiempo que esta mantenido por ellos; las técnicas de intervención que se llevan a cabo son:

Las redefiniciones cognitivas: Son las que evitan aquellas «etiquetas» que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio. Por ejemplo, se puede redefinir una conducta rotulada como «depresión» como de «necesidad de tomarse un respiro en un ritmo de vida agotador», no porque la nueva definición sea verdad, sino porque así será más fácil suscitar la solución del problema.

Las tareas directas: Son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/os componentes de la familia, especialmente aquélla relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo directamente la realización de otra conducta alternativa.

Las tareas paradójicas: También son intervenciones conductuales. Se diferencian de las directas en que no se propone una conducta diferente a la sintomática, sino que se prescribe la continuidad de ésta durante un tiempo fijado, que suele ser el intervalo entre sesiones. Es necesario que esta tarea vaya precisas por una redefinición del síntoma y acompañadas de técnicas de persuasión que justifiquen su recomendación. Los autores suponen que cuando el paciente provoca el síntoma lo somete a un control voluntario, incrementando su capacidad para hacerlo desaparecer.

Las intervenciones metafóricas: Son intervenciones cognitivas que se emplean para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica (Watzlawick, 1980; citado por Bohorquez & Contretas, 2015). El mensaje puede ser una nueva definición del problema, una solución al mismo o ambas cosas a la vez.

Pacto con el diablo: Aplicable a pacientes con quienes se mantiene una buena alianza terapéutica que, encontrándose en últimas sesiones de tratamiento consiguen poco o ningún cambio. El paciente debe comprometerse a cumplir la prescripción terapéutica, en caso contrario no podrá continuar con la terapia.

Técnicas hipnóticas: Se utilizan para diseminar un mensaje relacionado con el problema a lo largo de un discurso aparentemente neutro.

Terapia del grupo de Milán.

Este grupo se gestó en el centro de estudios de la familia de Milán cuyos representantes son Mara Selvini, Prata, Boscolo & Cecchin (1987; Citado por Ochoa 2004), el grupo de Milán adoptó el concepto de que la familia era un sistema, donde su comportamiento sintomático se mantenía bajo los patrones de homeostasis. Este enfoque se aplica preferentemente en caso de psicosis, síndromes anoréxicos y bulímicos; teniendo una orientación psicoanalítica. La piedra angular de los componentes del grupo de Milán ha sido y sigue siendo el “juego familiar”, concepto ciertamente abstracto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, creencias que tienen unos de otros, de sí mismo y de la familia en conjunto.

La evaluación tiene por objeto conocer cuál es el juego patológico que se da cuando los miembros del grupo familiar tienen roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan en consecuencia para cambiar las conductas problemáticas, el terapeuta deberá modificar el sistema familiar en creencias, teniendo en cuenta que creencias y conductas se influyen recíprocamente; como intervención postulan cambiar la rigidez de su sistema de creencias familiar, alterar el mapa de relaciones, cambiar la secuencia familiar de conductas y conseguir una meta regla del cambio, que permita canjear las reglas que regulan el funcionamiento del sistema.

Las técnicas de intervención tiene como finalidad alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre la relación y el síntoma, por consiguiente afecta el tipo de atribuciones que las personas hacen con respecto a las causas del problema o con respecto a las intenciones de la conducta de los demás; las principales intervenciones cognitivas son:

Redefinición: Modifica la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto de la familia.

Connotación positiva: Se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles.

Prescripción directa: Se utiliza para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas a partir de intervenciones paradójicas o ritualizadas.

Prescripción paradójica: Prescribe la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplea cuando la situación es de orden y secuencialidad rígidas, como forma de introducir confusiones y flexibilidad en el sistema de creencias.

Rituales: Es susceptible de prescribirse como un experimento, un ensayo, un gesto simbólico o un rito de transición. La intervención propone una secuencia de conductas definidas con precisión, en la que se establece que ha de hacer cada miembro de la familia, donde y en qué momento.

Tarea ritualizada de los días pares, días impares: La intervención consiste en prescribir, en días separados, dos conductas contradictorias o muy dispares, que coexisten habitualmente en el grupo familiar.

Prescripción invariable: También denominada universal, elimina la necesidad de establecer hipótesis al presuponer que en todas las familias de esquizofrénicos el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filial, como consiguiente ausencia de emancipación mutua entre hijos y padres.

Terapia estructural.

Ochoa (2004), en su libro *Enfoques de la terapia familiar sistémica*, define la terapia estructural y sus principales representantes. Minuchin entre los años 1965 y 1970, desarrollo su trabajo como director en la Clínica de orientación infantil de Filadelfia, creando un enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar, defendía que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras. Las variables estructurales específicas en las que se centra son los límites, que implican reglas de

participación, y las jerarquías, que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites.

La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas. Con fines estrictamente pedagógicos podemos considerar que el proceso terapéutico se desarrolla fundamentalmente en tres etapas: en la primera el terapeuta se «une» a la familia desde una posición de liderazgo; en la segunda se «desliga» y evalúa la estructura familiar subyacente, y, en la tercera, crea las circunstancias que permitirán transformar dicha estructura. Los componentes esenciales de la terapia familiar estructural son tres conceptos: la estructura, los subsistemas y los límites.

La evaluación de la terapia parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistemática entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales y continua poniendo a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional, denominado “coparticipación”, del terapeuta con la familia (Minuchin, 1984; Citado por Ochoa, 2004). Minuchin defiende que no se puede evaluar el sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, sino que el centro de la experiencia diagnóstica debe ser el proceso de interacción de la familia con el terapeuta como agente del cambio, de modo que en ese proceso se susciten las estructuras, tanto manifiestas como latentes, que gobiernan la vida familiar.

La coparticipación se inicia tomando contacto con los miembros individuales. En este proceso los integrantes del grupo familiar responden al contacto de acuerdo a sus pautas de conducta habituales, aceptando o resistiendo la aproximación del clínico. De esta forma, el terapeuta puede percibir y experimentar las modalidades particulares con que la familia admite la novedad - el cambio - en su vida, pudiendo identificar cómo los componentes del sistema contribuyen a mantener los patrones disfuncionales, el poder

relativo de los diferentes subsistemas y los límites existentes entre los mismos. La coparticipación implica que, más avanzada la entrevista, el terapeuta intente alterar las reglas familiares y observe las reacciones de cada una de las personas a la modificación (Minuchin, 1984; Citado por Ochoa, 2004).

Las variables que el terapeuta evalúa son: el momento del ciclo evolutivo que está atravesando el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio; las interacciones que sus integrantes despliegan en la entrevista; las alianzas y coaliciones familiares; los problemas de la distribución jerárquica del poder; el tipo de límites intra y extrafamiliares; las pautas de transacción alternativas disponibles de acuerdo a la flexibilidad del sistema al cambio; las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar, y, finalmente, la forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus propias pautas transaccionales.

La intervención de la terapia estructural se centra desde un comienzo en efectuar un cambio; en donde el terapeuta emplea estrategias de coparticipación que le posibilitan establecer una fuerte alianza terapéutica, algo de capital importancia debido a que las técnicas de intervención se basan principalmente en el desafío. Las técnicas de intervención utilizadas en la terapia estructural se sitúan en el cambio que se efectúa en la misma sesión, empleando técnicas como:

Desafío: Se despliegan tres fases

Escenificación de una pauta disfuncional: Permite alcanzar tres objetivos: a) establecer una fuerte alianza terapéutica; b) definir a toda la familia como un sistema disfuncional; c) el terapeuta puede tomar distancia, observar y recuperar capacidad terapéutica.

Focalización: Prestar atención a una información e ignorar otra, de forma que durante la entrevista se resalta un tema sobre el que trabajar.

Intensificación: Dotar al mensaje de la intensidad suficiente para hacer algo nuevo y distinto, evitando que sea absorbido por las reglas del sistema.

Técnicas reestructurales: Son recursos técnicos que tratan de cambiar la estructura familiar:

Fijación de límites: Se regula la permeabilidad de los límites entre subsistemas de manera que los límites excesivamente rígidos se hacen más permeables y los límites muy porosos se fortalecen posibilitando que el sistema familiar ayude al crecimiento psicosocial de sus miembros.

Desequilibrio: Su finalidad es modificar la jerarquía familiar para lo cual el terapeuta se alía con miembros de la familia, ignora a determinados integrantes del sistema o se coaliga con una persona o con un subsistema en contra de otras personas o subsistemas.

Aprendizaje de la complementariedad: Se define como la capacidad de ver el problema formando parte de un todo más amplio y demostrar puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma y a la creencia de que el paciente identificado puede controlar el sistema mediante su conducta. Esta técnica cuestiona la definición familiar del problema y su creencia en una causalidad lineal del síntoma, aportando datos que de la conducta sintomática solo se puede producir en el contexto de otras conductas a las que la familia globalmente contribuye.

Técnicas de cambio de visión: Afecta la percepción de todos los miembros respecto al síntoma, para lo cual es preciso configurar nuevas modalidades de interacción entre ellos.

Modificación de constructos cognitivos: El terapeuta altera los constructos cognitivos familiares, presentando una visión del mundo diferente. Se trata de una intervención cognitiva tendente a alterar la epistemología familiar.

Intervenciones paradójicas: Se trata de técnicas basadas en una postura de oposición por parte de la familia, puesto que se espera que esta se oponga al componente del mensaje referido a su imposibilidad de cambiar, conteniendo implícitamente una alternativa que señala en la dirección del cambio.

Las facetas fuertes: Es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa en que la familia existe una parte potencial de cambio que no vemos, lo que vemos es el síntoma. El terapeuta debe activar las áreas o facetas dormidas (enfaticando la fortaleza familiar) para que sus miembros los apliquen en la resolución de problemas.

Terapia estratégica.

Jay Haley y Cloé Madanes (Ochoa, 2004) dirigen el Instituto de terapia familiar de Washington y han desarrollado un enfoque de terapia familiar estratégica muy influido por la terapia de Milton Erickson. Sostienen que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad, que permita resolver los problemas del cliente, siendo uno de los principales objetivos del tratamiento ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital.

Haley (1980; Citado por Ochoa, 2004), constata que una de las aportaciones más importantes de la orientación de la terapia familiar en sus inicios, fue destacar que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social que se ubicaba, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado. Afirma que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta razón, también se debe evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen el poder sobre el paciente identificado.

Para la evaluación de la terapia estratégica, Haley (1987; Citado por Ochoa, 2004), manifiesta que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros con la finalidad, de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. Paralelamente, defiende que la organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente, cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática.

Mandanes (1984; Citado por Ochoa, 2004), también se centra en las incongruencias en las que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia, enfatizando los niveles de organización frente a los niveles de comunicación. Sostiene que los síntomas son comunicativos analógicos que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales; por ello busca la especificidad de cada síntoma, es decir, las razones por las que se ha elegido. Agrega que aunque los integrantes de una familia se dañen entre sí, su motivación básica es ayudarse, manifestando que probablemente como partes de un organismo más amplio -el sistema familiar- reaccionen frente a las señales de dolor que se presentan en cualquier lugar del mismo.

Un punto importante es que todas las parejas deben compartir el poder de organizarse de tal forma que el control y la responsabilidad se repartan equitativamente entre ambos. Este poder no solo se refiere a la posibilidad de dominar al cónyuge, sino también de reconfortarlo y cuidarlo. A veces la pareja resuelve la lucha por el poder generando un síntoma, pero en ese caso se instaura una congruencia jerárquica en la pareja o familia.

El objetivo de la intervención terapéutica no se limita al problema presentado en la primera sesión, sino que incluye los que vayan apareciendo a medida que se estreche la relación entre familia y terapeuta. Este debe hallar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzando al mismo tiempo otros objetivos que crean importantes cambios de conducta del paciente identificado, esto se produce como parte

de los cambios analógicos en el sistema familiar ocurridos en la relación con el terapeuta, en ocasiones de forma similar a lo que hacía Erickson cuando cambiaba los síntomas del paciente narrándole historias que guardaban similitud con su problema. Las técnicas de intervención para esta teoría son:

Redefinición y connotación positiva: Permiten al terapeuta redefinir el problema en términos distintos a los que presenta la familia, haciéndolo resoluble. Por otro lado, la redefinición y la connotación positiva permiten al terapeuta poner en entre dicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto. El terapeuta cambia *in situ* las secuencias conductuales modificando los modos de reaccionar de los individuos entre si valiéndose de las maneras en que deben reaccionar frente a él.

Terapia centrada en las soluciones.

El impulsor de este enfoque terapéutico es Steven de Shazer, quien desarrolla su trabajo desde 1978 en el Brief Family Center de Milwaukee. La gestación de la terapia centrada en las soluciones ha estado influida en sus comienzos por la terapia del MRI de Palo Alto y más recientemente por Tomm (Ochoa, 2004); en donde se piensa que el paciente identificado y su familia están motivados para desembrzarse del problema que les dificulta llevar una vida mejor. Se busca evaluar el síntoma que comprende la dificultad y las soluciones aplicadas y que la permanencia de estas impide poner en práctica otras para superar la problemática. La intervención se dedica a generar soluciones, es decir, cambios perceptivos y conductuales que elaboran conjuntamente los clientes y el terapeuta con el fin de mejorar la forma de superar el problema. Las técnicas de intervención tenidas en cuenta son las connotaciones positivas, metáforas, tareas directas, ordalías, tareas paradójicas y rituales.

Escuela narrativa.

Goolishian & Anderson (1990; Citado por Becerra & Rozo, 2012), definen la terapia como un proceso a través del cual se localizan historias alternativas. El contexto no está

definido por la familia sino por el problema en sí. El problema no es una entidad por sí misma sino una realidad psicológica en la familia que se construye a través del lenguaje. El proceso terapéutico es un sistema generador de significados donde el terapeuta es el participante co-creador y facilitador. El problema no se resuelve hasta que la familia cambie su definición del mismo.

Los terapeutas narrativos afirman que ellos tratan de simplificar y minimizar los problemas de la vida, sin adicionar suposiciones o realidades impuestas por un experto. El terapeuta, en la narrativa, desarrolla un trabajo topológico, es decir, descubre a la familia que se encuentra oculta en la historia, validando e interconectando las historias, sin que se detengan en el terapeuta operativamente, ni que tampoco sean validadas o aceptadas por él sino por la familia.

Los terapeutas narrativos aplican los siguientes elementos en sus intervenciones:

Construir el encuentro: El terapeuta deberá preparar el encuentro, en un escenario donde la familia tenga el derecho de definir la naturaleza del problema y los objetivos de la consulta.

Valorar y acreditar la historia: A través de la narrativa, el terapeuta deberá dar validez y contexto al problema, asociando conceptos como secuencia, carácter lógico-éticos y conductuales.

Favorecer historias alternativas: Cuando el terapeuta conceptúe o visualice el pie de una historia viable tratará de validarla.

Mejorar o acreditar la nueva historia: El terapeuta enfatizará la nueva historia y su relación alternativa, favoreciendo una nueva distribución de roles, lógica y moral de la naturaleza central del problema y su relación para reemplazarla.

Asegurar la nueva historia: El terapeuta asegurara la nueva historia por medio de las recomendaciones de rituales posterapia y actividades destinadas especialmente a reconstruir y a firmar la nueva narrativa.

CAPITULO II: RELACIONES DE PAREJA.

La concepción de pareja se encuentra dentro de un sistema familiar, como subsistema conyugal, conformado por dos individuos de diferente sexo, en edad adulta, los cuales se unen con el objetivo de formar una familia, la relación interpersonal entre hombre y mujer, se consolidan mediante la interacción inicial, en unas etapas de atracción, e interés de diferentes aspectos tanto físicos como emocionales e intelectuales, por consiguiente en una interacción más sólida como la convivencia, en donde entra una etapa de maduración, luego se consolidan formalmente en el matrimonio, constituida como la forma de relación, solida, intensiva y estable en la edad adulta (Sánchez 2013).

Conocer sobre el amor es ahondar en la naturaleza biológica misma del hombre, no por nada hoy por hoy los dos aspectos más importantes del desarrollo de un individuo son el trabajo y la familia, encontrando la experiencia amorosa en todas las culturas y es sin duda una de las situaciones más estimulantes en nuestras vidas, pese a la universalidad e importancia de esta situación solo hace unas pocas décadas que comenzó formalmente el estudio del amor, arrojando y postulando en sus resultados tres componentes primarios del amor, que en su mezcla van generando diversos tipos de amor(Maureira 2011).

Los tres componentes que consolidan el amor y la interacción entre los mismos, con la existencia de los tres o ausencia de un o dos componentes del amor: intimidad, pasión y compromiso. Se expone que los diferentes tipos y etapas del amor pueden ser explicados mediante las combinaciones de estos tres elementos, estableciendo de este modo los siete tipos de amor (Maureira 2011).

Agrado: Es la relación donde existe un alto grado de intimidad, de verdadera amistad, pero sin la pasión y el compromiso a largo plazo.

Encaprichamiento: Es una relación con alto grado de pasión, pero sin intimidad y compromiso, por lo cual tiende a disolverse con facilidad.

Amor vacío: Es la relación con un alto grado de compromiso, pero sin intimidad y sin pasión.

Amor romántico: Es la relación que se solventa en la intimidad y la pasión.

Amor sociable: Es la relación en donde existe la intimidad y el compromiso, pero no hay pasión. Esto es común en los matrimonios de larga duración.

Amor fatuo: Es la relación basada en la pasión y el compromiso.

Amor consumado: Es la relación en donde podemos observar los tres componentes tales como: intimidad, pasión y compromiso

Al profundizar en los estudios de la relación de pareja se constituye otra categorización desde lo biológico y lo cultural, dichos componentes de la relación de pareja son una mezcla de biología y cultura que se funda en cuatro pilares: compromiso, intimidad, romance y amor. La neurobiología nos entrega las bases del amor como proceso funcional sistémico; la psicología plantea de la relación amorosa como un proceso social en donde factores como el compromiso y la intimidad son necesarios para el amor maduro; una relación debe poseer los cuatro elementos, sin embargo, es posible establecer relaciones basadas en solo alguno o mezclas de estos elementos; en donde los tres primeros son de tipo social y por lo tanto se fundan en el lenguaje, el cuarto en cambio es de tipo biológico y se presenta de la misma forma en todas las culturas y sociedades, con variaciones individuales dependientes de la constitución estructural sistémica de cada sujeto (Maureira 2011).

Componente biológico: La neurobiología actual nos entrega información sobre el proceso del amor romántico como una función dada por ciertas estructuras cerebrales y por neurotransmisores específicos que son necesarios para la experiencia amorosa; estos tres tipos de procesos están relacionados o mediados por neurotransmisores específicos; el primero, el deseo o apetito sexual, con una finalidad de apareamiento con cualquier pareja apropiada, en la cual se desencadenan los estrógenos y andrógenos; la segunda, una atracción o amor romántico, con una finalidad reproductiva con una pareja específica, se aumenta la dopamina, la norepinefrina y la disminución de la serotonina; y por último, un apego duradero de pareja con un fin de crianza, se encuentran dos neurolépticos, la oxitócica y la vasopresina. Desde un punto de vista biológico el amor es la necesidad fisiología de una pareja exclusiva para la cópula, la reproducción y la crianza, y cuya satisfacción genera placer (Maureira 2011).

El lenguaje es un conjunto de acciones conductuales coherentes recursivas en la experiencia generada en la relación con los otros, se explica esto diciendo que cuando dos o más individuos se relacionan en una convivencia diaria sus conductas comienzan a adquirir significado, referenciando a que son entendibles por el otro o los otros con quien se relaciona y posteriormente las acciones conductuales comienzan a ser coherentes en todo el grupo, toda acción conductual comienza a representar un significado específico para todos, por lo tanto cada conducta que sea coherente en la experiencia que se ha generado en la diaria convivencia con el resto de los individuos del grupo permite que la relación con el otro o los otros sea entendible en base a sus acciones conductuales generando el lenguaje (Maureira, 2008).

El compromiso de contexto cultural, componente de la relación romántica hace referencia al interés y responsabilidad que se siente por una pareja y por la decisión de mantener dichos intereses con el transcurso del tiempo pese a las posibles dificultades que puedan surgir, debido a que se cree en lo especial de la relación, dicho elemento tenderá a crecer a medida que transcurre el tiempo de duración de la relación debido al

aumento de la interdependencia personal y material entre ambos miembros(Maureira 2011).

La intimidad tiene que ver con el apoyo afectivo, el conversar, la capacidad de contar cosas personales y profundas a la pareja, la confianza, la seguridad que se siente con el otro, temas y preferencias en comunes, el dar apoyo a la pareja, al estar dispuesto a compartir aspectos económicos y emocionales etc. “Este componente tiende a aumentar con tiempo de duración de la relación debido a la reciprocidad de auto-revelaciones y del número de episodios, metas, amistades, emociones, lugares, etc. compartidos y una vez llegado al máximo tiende a estabilizarse (Maureira 2011).

El romance también llamada pasión romántica, se refiere a las conductas establecidas por cada sociedad como las adecuadas para generar la atracción y el posterior interés que se mantiene en el tiempo de una pareja en una relación, en otras palabras, el romance es un conjunto de acciones que en una sociedad son conceptualizadas como demostrativas del interés de pareja que un individuo tiene o mantiene en referencia a otro, son ideas y actitudes vehementes con respecto a la pareja, idealización, creencia de algo mágico de la relación, identificación de la pareja con el ideal romántico, etc. “Este elemento tiene un crecimiento acelerado durante los primeros años de relación debido a la activación fisiológica y de la atracción física sentida hacia el otro generalmente inconsciente, la atracción personal incentivada por la similaridad, la obtención de refuerzos (Maureira 2011).

La reciprocidad de atracción al combinarse la atracción física y personal por una persona, pero que alguien nos guste mucho a nivel físico y como persona no implica necesariamente que vayamos a enamorarnos; la llama que prende la mecha bien puede ser algún indicio sobre la reciprocidad de atracción, bien sólo una sospecha sospecha de que la persona que nos atrae parece también sentirse atraída hacia nosotros; Respecto a la génesis del amor o enamoramiento, dos modelos explicativos permiten alcanzar una comprensión óptima: primero la Teoría de Necesidades (Maslow, 1954), que considera el amor como un forma adecuada a la hora de cubrir ciertas necesidades (afiliación,

seguridad, afecto, impulsos sexuales, etc.) y por consiguiente las Teorías de la Atracción de índole conductista (Teorías del Reforzamiento, Lott y Lott, 1974), que sugieren que nos atrae quien nos produce expectativas de refuerzo.

Referente a la comunicación en la actualidad un número importante de parejas están atrapados en una confusión en la que hacen sinónimos “comunicarse” con “hablar” o “expresar los sentimientos verbalmente”. (Sánchez 2013) Pero la distinción entre comunicación y hablar, así como la distinción entre la comunicación y el acordar, es muy importante. Comunicar no es llegar a acuerdos, tampoco sólo es hablar, tampoco es solamente transmitir información de emisor a receptor. Si felicito a alguien con tono de voz duro y el ceño fruncido, emito dos comunicaciones simultáneas: una es la comunicación verbal y la otra la comunicación analógica que se constituye de mis gestos, actitudes, tonos de voz. ¿Cuál comunicación acogerá el receptor felicitado? En estos ejemplos donde hay disonancia se ejemplifica la potencia de la comunicación no verbal, en cambio, cuando lo que dice es armónico con la forma en que lo dice, nos centramos en el contenido.

Por esto la comunicación es un proceso de ida y vuelta que se juega en varios niveles, y los significados que se generan en la comunicación dependerán de las personas que están en contacto. Las personas se tocan en la comunicación, es un complejo fenómeno circular en donde se afectan una a otras a nivel de sus ideas, emociones y acciones, aportando la idea de que la comunicación es entonces “la coordinación con otro en el espacio del lenguaje verbal (comunicación digital), del lenguaje no verbal comunicación analógica, y en el espacio conductual, siendo este un proceso que emerge desde un contexto emocional” (Coddou 2002; citado por Sánchez 2013).

Referente a las funciones evolutivas, se describe el rol que la naturaleza representa para el sujeto como miembro de una especie, de carácter universal, se ha planteado que la función evolutiva de los impulsos sexuales básicos y los vínculos afectivos primarios es la de asegurar y maximizar la probabilidad de transmitir nuestra información genética a la siguiente generación (Darwin, 1871; Dawkins 1976), garantizando la supervivencia

de la descendencia y el fortalecimiento de la cohesión social; bajo este planteamiento, ya podemos especular sobre la función evolutiva de distintas conductas amorosas; un primer ejemplo puede ser la conducta de manifestar recursos, durante el ritual de cortejo, que se interpretaría como un modo de seleccionar la pareja más apta, por otro lado, la conducta de permanecer juntos facilitaría la satisfacción de necesidades básicas como afiliación, seguridad y protección, la conducta sexual permitiría, además de la satisfacción sexual, la obtención de descendencia. La conducta afectiva

Elementos biológicos implicados en el amor: en la actualidad se ha iniciado a considerar el amor como una perspectiva biológica, debido a que el fenómeno amoroso muestra un patrón temporal, evaluamos que un acercamiento fisiológico y anatómico adecuado al amor se debería repasar, aunque sea de forma sucinta, las características biológicas más sobresalientes de las distintas etapas amorosas; podemos colocar el inicio de la etapa amorosa con el estado motivacional de búsqueda de posibles parejas para construir una relación y la atracción sexual selectiva. Se ha destacado que durante este momento intervienen diferentes regiones cerebrales entre las que se distingue el núcleo caudado, que podrían integrar efectivamente las acciones comportamentales y fisiológicas asociadas a la preferencia sexual y la selección de pareja (Fisher y Brown, 2006).

Toda relación entre personas encuentra su significación y el límite de la misma en el contexto. (Berenstein 1995, citado por Espriella 2008) Este organiza un campo que podremos llamar contexto del vínculo del cual depende el recorte de sentido. Parece difícil de aprehender pero el contexto individual o para mayor precisión intrapsíquico ofrece un recorte de sentido diferente al del contexto vincular o intersubjetivo. En este último deberemos establecer una representación del conjunto que liga, ubica o contiene a los sujetos ligados y ello comprende la representación de un encuadre en el cual ciertas acciones, y no otras, adquieren sentido, y esta caracterización se aplica asimismo al contexto terapéutico donde, en la sesión individual o en la de conjuntos vinculares como la pareja o la familia, surgirán formaciones específicas de lo inconsciente diferentes.

La pareja humana no es pareja, en el sentido de no ser igual; supone la diferencia. Tampoco es semejante, ni parecida, ni similar, ni idéntica, ni lisa; está llena de facetas. No es tampoco una organización homogénea o monótona. Tampoco es continua, ni es tersa o suave, aunque su definición nos lleva a pensar en esos sinónimos. Por el contrario, la pareja humana supone contrastes, variaciones e inestabilidades que pretenden la estabilidad. Se podría pensar que la pareja es una estructura simple, por el menor número de integrantes que otros sistemas humanos; pero dadas las características citadas, observamos una organización humana compleja, diferente a los individuos que la conforman; se considera, por ejemplo, que ella es mayor (o diferente) que la suma de sus integrantes o que es una organización estable, pero cambia (Espriella 2008).

La relación de pareja como una conexión o correspondencia en una estructura vincular de dos personas de distinto sexo (Puget y Berenstein 1998) cuyos parámetros definitorios son: una cotidianidad que se designa como la estabilidad basada en una unidad temporal y espacial caracterizada por los intercambios diarios, un proyecto vital compartido, el cual es la realización o logros ubicados en la dimensión de tiempo futuro y la concreción de relaciones sexuales, la cual corresponde a la necesidad de un otro que está ligada a la aceptación incompleta, ligamen matrimonial con un solo cónyuge.

Aludir a una psicología del ciclo vital (Dulcey 2002) implica postular una perspectiva más amplia que la habitualmente considerada por la llamada psicología del desarrollo, la historia de la psicología del desarrollo, (Bronfenbrenner 1987; citado por Dulcey 2002) se refiere a la ecología del desarrollo humano, la cual resulta especialmente valiosa cuando se trata de dar cuenta del contexto del ciclo vital. En esta perspectiva incluye indicadores de estilos y condiciones de vida en términos de espacios donde se desarrolla la actividad humana; modalidades de dicha actividad y formas de interacción. Estos tres elementos se presentan en los distintos sistemas por él considerados: microsistema es el ambiente más cercano a la persona: familia, comunidad, colegio, trabajo, mesosistema representado en la interacción entre los microsistemas, exosistema son circunstancias sociales, políticas, culturales, científicas y económicas, macrosistema relacionado con

elementos simbólicos de las culturas, tales como creencias y representaciones sociales, y cronosistema referente al transcurso del tiempo: hechos históricos y biográficos.

El encuadre matrimonial se diferencia de otros de relaciones diádicas como las de amantes y amigos. La diferencia de estos encuadres, siguiendo a los autores (Puget y Berenstein 1998), está dada en relación con dos parámetros: las relaciones sexuales y las variables espacio- temporales que rigen los encuentros; mientras que la pareja matrimonial se caracteriza por relaciones sexuales y cotidianeidad, los amigos, por ejemplo, tienen prohibidas las relaciones sexuales y el ritmo de encuentro sería la frecuentación en lugar de la cotidianeidad.

Pareja para definir una relación significativa, consensuada, con estabilidad en el tiempo, con un referente obvio, cual es el matrimonio; pero existen parejas humanas que no coinciden con los límites que aquel impone. En la literatura médica se aplica muchas veces la expresión pareja matrimonial. (Espriella 2008) En la cultura actual, en particular, la estructura de la pareja parece querer ser tan proteiforme que elude toda posibilidad de descripción”; sin embargo, intentamos algunas explicaciones generales, teniendo en cuenta que no existe una definición simple de la pareja.

La pareja humana se basa en interacciones no siempre visibles, tal como lo anotan (Puget y Berenstein 2008) en el concepto de zócalo, tomado de la arquitectura, que es la “base profunda sobre la cual se apoyan los elementos sostenidos por aquella” en donde las funciones del matrimonio incluyen aspectos económicos, políticos y sociales, que llevan a perpetuar modelos de relación limitantes para quienes lo integran. Por lo tanto, el modelo de familia nuclear sería un modelo que tiende a perpetuarse de manera transgeneracional.

Realidad objetiva en el mundo de la pareja y las problemáticas presentes, busca comprender la realidad del juego interaccional y comunicativo presente en los problemas conyugales, retoma ideas constructivistas que sustentaron las ideas iniciales de la terapia sistémica desde la aparición de “La pragmática de la comunicación

humana” de Paul Watzlawick (citado por Ceberio 2008), desde cuya concepción toda la serie de acciones, retroacciones e interacciones que se dan en el escenario de la pragmática de la comunicación humana generan constructos poblados de significados. Tal como lo identifica Piaget (citado por Ceberio, 2008); mediante el método de ensayo y error el ser humano intenta por medio de su experiencia del mundo, construir un universo propio y “parcialmente” compartido de sentido hacia las cosas.

Por lo tanto, los códigos familiares y socioculturales que involucran normas y pautas de comportamiento, sistemas de valores y creencias, constituyen un almacén de significaciones, desde esta perspectiva constructivista, a dicha realidad le conviene conformarse como autorreferencial: cada opinión, hipótesis, reflexión, etc., da cuenta del modelo epistemológico del perceptor; nuestra sola presencia influye en las conductas de nuestros interlocutores, y los comportamientos de éstos impregnan nuestras acciones. Es decir, no sólo somos constreñidos en la percepción por el libreto de nuestra estructura cognitiva, sino que en la interacción somos partícipes del hecho que observamos (Sánchez 2013).

El Apego Adulto: La teoría del apego, cuya formulación fue iniciada por John Bowlby (1980), da cuenta de la necesidad humana universal de formar vínculos afectivos estrechos hacia los cuales recurrir en momentos de sufrimiento o estrés, definido como un sistema motivacional que busca mantener la proximidad entre bebés y sus cuidadores como forma de obtener protección y sobrevivir, inicialmente estaba enfocada en la edad temprana surgiendo consecuentemente estudios en la edad adulta, Si bien inicialmente la teoría del apego se focalizó de manera prioritaria en las relaciones tempranas, surgió con posterioridad una serie de estudios que aplicaron los principios del apego a la edad adulta.

Fueron pioneras en este campo las investigaciones iniciadas por (Hazan y Shaver 1987; citados por Guzmán 2012) aplicadas al amor de pareja, quienes sostuvieron que el comportamiento del adulto en relaciones cercanas está moldeado por representaciones mentales. Si bien se sostiene que las necesidades de apego son universales, las

conductas de apego presentan claras diferencias individuales que pueden ser explicadas en términos de los modelos operativos internos, formados sobre la base de experiencias repetidas con las figuras significativas (Feeney, 2002; citado por Guzmán 2012). Los Modelos Operativos Internos pueden ser definidos como representaciones o esquemas que un individuo tiene de sí mismo y los otros, que guían la manera en que se funciona en diversos contextos interpersonales, especialmente aquellos que propician la intimidad.

El Apego y la Satisfacción en las relaciones de pareja: Se ha examinado el vínculo existente entre la seguridad en el apego y la calidad de las relaciones de pareja, siendo el grado de satisfacción con la relación una de las dimensiones más estudiadas, definida en este estudio como la actitud favorable o desfavorable hacia la relación en un momento dado del tiempo (Roach, Frazier & Bowden, 1981, citados por Guzmán 2012). La evidencia que apoya estos planteamientos es vasta: estudios han mostrado la asociación entre el apego adulto y la satisfacción, tanto en matrimonios como en parejas solteras.

En el trabajo de Hazan y Shaver (1987), los autores reportaron que las personas con mayor seguridad en el apego describían sus experiencias amorosas como más felices, amistosas y de confianza. Solían experimentar el amor como un estado que puede tener altibajos, pero que en general se mantiene constante, además, tendían a tener relaciones de más largo plazo, en contraste, las personas con mayor ansiedad en el apego eran más propensas a experimentar celos, obsesión o atracción sexual extrema. Por su parte, las personas con alta evitación describían sus relaciones caracterizadas por el temor a la cercanía y por frecuentes altibajos emocionales, motivando a las personas inseguras en el apego disfrutaran menos de sus relaciones.

Por su parte Feeney & Noller (2001; citado por Guzmán 2012) encontraron que las personas evitativas en el apego eran más propensas a decir que nunca se han enamorado, a no comprometerse y a tener bajos ideales en el amor, en cambio, las personas con alta ansiedad tendieron a reportar más preocupación obsesiva y dependencia emocional del otro, al contrario, las personas con mayor seguridad en el apego reportaron los mayores

niveles de satisfacción, confianza y los menores niveles de expectativas insatisfechas respecto de sus parejas. Se encontró que personas con apego inseguro tienden a desplegar menos conductas de cuidado hacia el otro y a tener expectativas más negativas respecto del apoyo de la pareja, lo que redundaría en una menor satisfacción.

En un estudio con matrimonios, Butzer & Campbell (2008), se investigó la asociación entre el apego y la satisfacción tanto sexual como con la relación, encontraron que las personas con altos niveles de ansiedad y evitación fueron las que reportaron los menores niveles de satisfacción sexual. Además, se encontró que la relación entre la satisfacción sexual y la marital fue mayor en las personas con alta ansiedad del apego y aquellas que tenían parejas ansiosas en el apego. En las personas con alta evitación las satisfacciones sexual y marital no estuvieron asociadas.

Ciclo vital, enfoque social

En el desarrollo del ciclo vital con enfoque social, también se implementan esquemas de desarrollo por etapas, la teoría de Erikson se destaca por ser una de las primeras que afronta el desarrollo desde una perspectiva que incluye todo el ciclo vital humano; manifiesta que, más que la biología, es la sociedad quien funciona como guía en las elecciones del individuo; se realizan dos posturas iniciales: las influencias socioculturales, más que madurativas, se convierten en la clave para pasar de una etapa a otra; el desarrollo se entiende como un proceso que no acaba en la adolescencia, sino que los cambios se extienden al resto de la vida adulta (Villamizar 2010).

Esta teoría, entiende el desarrollo como una secuencia de etapas normativas predeterminadas, ocho en concreto, cada una de esas etapas tiene un tema dominante, una cuestión evolutiva a la que el individuo típicamente ha de enfrentarse y abordar, es decir, cada etapa confronta al individuo con una crisis o encrucijada. Si el individuo supera con éxito esa crisis, agrega una nueva cualidad a su yo, lo que fortalece y le pone en disposición de afrontar nuevas crisis con mayores posibilidades de éxito. Erikson (Erikson 1982; citado por Villamizar 2010) Si, por el contrario, la crisis no es bien

resuelta, dejará residuos neuróticos en la persona y, de alguna manera, dificultará el afrontamiento de nuevas crisis y la incorporación de las nuevas cualidades; este polo amenazante que se pone en juego en cada una de las etapas es, para Erikson, necesario para crecer.

A continuación se verá brevemente cuáles son las cuestiones que caracterizan cada una de estas etapas, centrándonos en aquellas que tienen más relación con el tema, las que aparecen a partir de la adolescencia en relación con la pareja:

Respecto a la adolescencia, el aspecto sexual e interpersonal es un componente importante de la identidad personal; en donde el adolescente comienza a explorar estos terrenos y a mostrar interés, en consecuencia, por personas que puedan satisfacer nacientes deseos sexuales, también en el ámbito de los grupos, el establecimiento de las primeras parejas es un hito importante; estas primeras parejas, tienen más que ver con estos aspectos de definición de uno mismo, de posicionamiento respecto al grupo de pares y de refuerzo de la propia autoestima que con la creación de nuevos espacios de intimidad o la creación de proyectos comunes, estas primeras parejas, así, estarían más orientadas al presente que al futuro (Villamizar 2010).

En relación a la juventud, el tema fundamental de acuerdo con Erikson se centra precisamente en la pareja, en arriesgar la identidad recién adquirida en una relación íntima con otra persona que no necesariamente ha de ser la pareja, aunque típicamente así es; a diferencia de las parejas adolescentes, en la juventud la pareja tiene una mayor voluntad de permanencia y aparecen los primeros proyectos de futuro conjuntos; (Erikson 1982; citado por Villamizar 2010) se pasa de una identidad estrictamente individual a la formación también de una identidad de pareja.

En la madurez la pareja también desempeña un papel fundamental de acuerdo con Erikson. El tema es la generatividad y la pareja, es un dominio en el que dar salida a esos deseos e intereses generativos, relacionados con crear algo que nos sobreviva, algo donde volcar nuestra necesidad de ser necesitado, de cuidar y sobrevivir simbólicamente

más allá de nuestro propio ciclo vital. La paternidad y la creación de una familia es sin duda uno de los espacios típicos donde expresar esa generatividad, y supone concretar y hacer reales algunos de los proyectos compartidos de la pareja, que pasa de una identidad de pareja a otra que podemos llamar identidad familiar (Villamizar2010).

Sin embargo, en la etapa de la vejez, la teoría de Erikson no ofrece pistas en relación a la pareja. De acuerdo con sus propuestas, la vejez sería una etapa en la que se toma de nuevo un punto de vista individual, en la que los conflictos y retos tienen que ver con la persona y ya no con la pareja o la familia, y se centran en elaborar una historia de vida significativa.

CAPITULO III: AUSENCIA DEL DESEO SEXUAL FEMENINO EN LA RELACION DE PAREJA.

La sexualidad es uno de los aspectos más importantes en la calidad de vida del ser humano, se puede definir como lo que se es, se siente o se hace en función del género al que se pertenece (femenino o masculino). La OMS (2006) define la sexualidad como "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales".

La desigualdad de género, socialmente visto, es una de las causas que perjudican de forma directa e indirecta a las mujeres durante el ciclo vital. Con frecuencia, las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres limitan el control de las mujeres sobre la actividad sexual y su posibilidad de protegerse a sí mismas contra embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (Batres, 2001). A partir de la mitad del

siglo XX, coincidiendo con la aparición de la píldora anticonceptiva, se marca el inicio de una nueva era de la sexualidad femenina, donde se sentó la base para situar a la mujer en un plano de igualdad con el hombre (Zeidenstein & Moore, 1999; citado por Charna, M; Henríquez, E. 2003).

En consecuencia, la sexualidad en general y la femenina en particular está mediatizada por la cultura, la época, los valores presentes en las distintas sociedades. Es así como existen sociedades permisivas que le han dado a la mujer la oportunidad de cultivar una sexualidad placentera, igualitaria a la del varón, en contrapartida con aquellas culturas represivas donde se ha convertido a la mujer en un ser asexuado, reprimido, donde no se les alienta ni apoya para que tomen decisiones relativas a su sexualidad, elección de su pareja, planificación familiar y, menos aún, que se empoderen de su deseo sexual (Worth 1999).

Fue a partir de los estudios de Masters y Johnson, en la década de 1960, que se intensificaron las investigaciones sobre la sexualidad. Estos científicos introdujeron la idea de que existe un ciclo de respuesta sexual humana, compuesto por cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Este modelo de comportamiento facilita la comprensión de los cambios fisiológicos y anatómicos que se producen en uno y otro sexos durante la actividad sexual, modelo invaluable para comprender la fisiología de las disfunciones y determinar estrategias terapéuticas (Sanchez, Bravo, Carreno & Martinez, 2005).

La primera fase del ciclo de respuesta sexual, es el *deseo sexual* o el impulso sexual y la *excitación*. El deseo sexual es una sensación física de estar sexualmente necesitado. El impulso está mediado por hormonas tales como la testosterona, algunos neuropéptidos y feromonas. Podría considerarse una respuesta más bien de carácter instintivo y es habitualmente más pronunciado en el hombre. Otro componente del deseo sexual es la motivación psicológica, estando condicionada por los sentimientos internos de afecto y amor, así como por estímulos externos como lo son los atributos

físicos del individuo, su forma de comunicarse, los olores, el lenguaje corporal, etc. (Montiel, 2004).

La excitación, se da inicio debido a sensaciones sexuales que la condicionan y pueden ser del tipo físico o psíquico, tale como una caricia o un recuerdo muy intenso, un beso o un olor (Gorguet, 2008). En esta fase la mujer se caracteriza por: lubricación vaginal, expansión de los dos tercios internos de la cavidad vaginal, engrosamiento y crecimiento de los labios mayores y menores, el clítoris aumenta de volumen, erección de los pezones e incremento del tamaño de las mamas. Por su parte el hombre se caracteriza por: erección del pene, endurecimiento y cambio del ángulo de presentación del pene la cual es producida por el llene sanguíneo de los cuerpos cavernosos y la elevación parcial de los testículos.

Seguido por la segunda fase de *meseta*, en la que se producen algunos cambios generales tanto en el hombre como en la mujer. Estos cambios consisten en la aparición del tono parasimpático mantenido y vaso congestión máxima. También hay un aumento de la presión arterial, de la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardiaca (Montiel, S.F). En la mujer aumenta el tamaño del útero, el clítoris se retrae bajo su capuchón produciéndose su máximo crecimiento, la abertura del introito vaginal se estrecha, miotonía generalizada, taquicardia, hiperventilación y aumento de la presión arterial. Y en el hombre aumenta considerablemente el volumen y la rigidez del pene, se produce secreción de las glándulas de Cowper; aquellas responsables de la lubricación; y elevación testicular completa.

Posteriormente ocurre la fase del *orgasmo*, lleva consigo una serie de cambios generales en el hombre y en la mujer. El sistema nervioso parasimpático (sexual) cambia a simpático. Se produce el cambio máximo de la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardiaca. Comienzan las contracciones rítmicas de los músculos del piso de la pelvis, apareciendo luego sensaciones agradables y placenteras centradas en la pelvis; pero que se irradian al resto del cuerpo. Sensación de acabamiento, con gran relajación apenas ocurrió el orgasmo (Montiel, 2004). En la

mujer hay contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica: fascículos pubocoxígeos del elevador del ano, del útero y del esfínter anal externo, también se producen contracciones espasmódicas rítmicas de los músculos esqueléticos y espasmocarpopedal (músculos extensores: manos y pies) y en los músculos pubocoxigeos ubicados en el suelo de la pelvis. El hombre pasa por la eyaculación (expulsión del semen).

En esta tercera fase, para el hombre es fácil reconocer su orgasmo, por acompañarse de la eyaculación del semen, sin embargo en la mujer a veces surge la duda. Para tener certeza de que esta fase haya realmente ocurrido es necesario aprender a reconocer los distintos cambios en la expresión facial; vocalización de jadeos, gemidos, risas, llantos, maldiciones, etc. Luego se produce un estado de relajación, puede venir un abandono de la tensión con ondas de placer localizado en la región pelviana. En ocasiones puede ocurrir pérdida momentánea del conocimiento. (Montiel, 2004).

Para finalizar el ciclo de la respuesta sexual humana, se presenta una cuarta fase de *resolución*, donde todo regresa a su condición inicial, disminuye la presión arterial, la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria. Puede aparecer sudoración. En la mujer, existe una mayor predisposición a los orgasmos múltiples, al mantener el sistema nervioso parasimpático activo, permitiendo volver a la fase de excitación con respuesta de orgasmo. En el hombre se produce la detumescencia de los cuerpos cavernosos con pérdida de la erección del pene, hay un retraimiento a la condición inicial; si no ocurre orgasmo, esto conlleva a una congestión crónica testicular que produce una sensación dolorosa, tarda alrededor de una hora en resolverse (Montiel, 2004). En esta fase ocurre el periodo refractario, este hace al cuerpo insensible a la estimulación erotogénica. Este periodo es exclusivo para el hombre, es imposible otra eyaculación, aunque en ocasiones se tiene una erección parcial o completa y puede durar varios minutos o varias horas (Gorguet, 2008).

Cuando se presentan alteraciones en alguna de estas fases, ya sean psicológicas u orgánicas, que impida una respuesta sexual satisfactoria y que sea persistente en el tiempo se produce un trastorno sexual o disfunción sexual. Las disfunciones sexuales

fueron definidas como: “Una serie de síndromes en las que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente o recurrente” (Díaz, 1994; citado por Sánchez et al 2005). Las disfunciones según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV- TR) se clasifican en:

Deseo sexual hipoactivo: Ausencia o reducción de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente.

Trastorno por aversión al sexo: Aversión extrema y recurrente hacia, y con evitación de todos o casi todos, los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

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

Trastorno orgásmico femenino: Ausencia persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal.

Dispareunia: Dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante y posterior a la relación sexual.

Vaginismo: Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfieren con el coito.

Disritmia: Incremento de la actividad sexual normal en uno de los miembros de la pareja, manifestada por la insatisfacción que provoca en el otro miembro de la pareja, que el otro desee, o no, demasiado las relaciones sexuales. Este último término, fue definido por Álvarez-Gayou. (1986; Citado por Sánchez et al, 2005)

Este trabajo se centra en solo una de las disfunciones sexuales anteriormente descritas y ha sido enfocado a la población femenina; cabe aclarar que esta disfunción no es solo propia de la mujer sino que puede también presentarse en el hombre. El *deseo sexual hipoactivo o deseo sexual inhibido* es la ausencia o la disminución de las fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual, siendo coito o masturbación. Es un trastorno que puede llegar a alterar negativamente la relación de pareja.

La importancia de aspectos interpersonales, en los desórdenes sexuales del deseo, se ha reconocido desde los trabajos más tempranos sobre el tema. La teoría clínica y la evidencia preliminar de la investigación han sugerido que el deseo sexual está atado integralmente con una variedad de factores interpersonales y de la relación. La mayoría de las teorías describen el deseo sexual como emergiendo de una interacción entre las características individuales y de la pareja. La disminución del deseo sexual está asociado a niveles bajos de satisfacción marital, disminuyendo la motivación para la intimidad sexual e incluso llevando a la frustración y al descontento. El deseo sexual se puede considerar como una forma de expresión de la satisfacción marital. Cuando una persona es más feliz con su relación y pareja, es más probable que desee intimidad y actividad sexual (Brezsnyak et al 2004; citado por Oelrich, 2006).

Se considera que el trastorno del deseo sexual inhibido, es a causa tanto de factores físicos como de factores psicológicos. Dentro de los físicos se incluyen las deficiencias hormonales, depresión, estrés, alcoholismo, insuficiencia renal, enfermedades crónicas; en los psicológicos se reconocen factores como problemas en la relación de pareja, lucha de poder, conflictos, hostilidad, trauma sexual (violación, incesto), cambios vitales mayores (muerte de un familiar, alumbramiento, reubicación geográfica, mezcla de recuerdos negativos asociados a la interacción sexual (Montiel, 2004).

Munera (2011), refiere que para el bajo deseo sexual se han encontrado frecuencias, entre el 16% y el 56%. Esta prevalencia tan variable, refleja la falta de estandarización de pruebas diagnósticas y fallas en el diseño de los estudios. La prevalencia de las disfunciones sexuales incluyendo el bajo deseo sexual aumenta con la edad, hasta en un

81% en las mujeres mayores. Esta disfunción sexual puede clasificarse de diferentes formas, puede ser *primario* que hace referencia a que la persona nunca ha tenido mucho interés en las relaciones sexuales o *secundario* significa que antes mantenía su deseo sexual pero ahora ha disminuido o lo ha perdido; también puede darse de *generalizado* lo cual hace especial énfasis en que el interés sexual ha disminuido hacia cualquier persona y abarca todas las formas de expresión sexual; o puede ser *situacional* con relación a la pareja, es decir que mantiene el interés sexual hacia otra persona pero no hacia la pareja o por otra parte puede no estar dispuestos al coito pero si a la masturbación.

Lo anterior ha motivado a realizar una investigación en torno a una de las principales disfunciones sexuales, esto es, la disminución del deseo sexual. A fin de contribuir con algunos casos a los cuales se le determinaran los factores psicológicos, sociales y emocionales que determinan esta disfunción, para que el profesional desde la psicología, en esta área de la sexualidad pueda planificar estrategias de solución, ya sea a través de la orientación, la educación de la mujer y su pareja o la referencia a otro profesional para la terapia correspondiente cuando el caso así lo amerite.

Sanchez et al (2009), en su artículo refieren que “las mujeres que buscan ayuda por desórdenes del deseo, muestran una baja y frágil autorregulación y autoestima, tienden a preocuparse más, ser más ansiosas, introvertidas y convencionales” razón por la cual se considera necesario ahondar en este tipo de factores psicológicos que puedan estar generando esa disfunción en las mujeres objeto de estudio. Dentro de los psicológicos se quiso indagar sobre cuatro específicos; el primero de ellos es la autoestima, Lagarde (2000) la define como parte de la identidad personal y está profundamente marcada por la condición de género que determina en gran medida la vida individual y colectiva de las mujeres, tanto de manera positiva como de forma nociva; el segundo es la autoimagen, Alfred Adler (1966; citado por García, 1999) quien fue pionero y auténtico maestro del estudio de la autoimagen, la define como “ciertos sentimientos/pensamientos sobre uno mismo, favorecido por adversas circunstancias

personales, producen el sentimiento (imagen) de inferioridad y la tendencia a superarlo por medio de sobrecompensación neurótica”.

El tercer factor es el estado de ánimo, cuando hablamos de estados de ánimo, nos referimos a una emocionalidad que no remite necesariamente a condiciones específicas y que, por lo tanto, normalmente no los podemos relacionar con acontecimientos determinados. Los estados de ánimo viven en el trasfondo desde el cual actuamos. Ellos se refieren a esos estados emocionales desde los cuales se realizan las acciones (Echeverría, 2003). Y finalmente dentro de los psicológicos se quiso conocer acerca de si las mujeres objeto de estudio tenían como prevalente dentro de sus posibles factores psicológicos que afectan el deseo sexual femenino, a la inseguridad, la cual Rotker (2000; Citado por Cordova, 2007) manifiesta que “en cierta forma, la percepción de inseguridad necesariamente tiene que ser entendida como un proceso sistemático con impactos reales en la vida cotidiana de los individuos”.

Los factores emocionales son “estados del sujeto” que lo impulsan a establecer cierto comportamiento en distintas circunstancias. La intención de hacer esta propuesta es dar cuenta de algunos indicadores relacionados a este tipo de disfunción sexual que aporten elementos puntuales para la generación de modelos de intervención psicológica. El primer indicador de estos factores es el miedo que “es un mecanismo de alarma y protección imprescindible del ser humano; y es necesario para la supervivencia del ser humano” así lo refiere Könis (2000). Las preocupaciones, es otro factor emocional que se encuentra muy frecuentemente en las mujeres con ausencia del deseo sexual, Saleeby (1907; citado por Prados, 2002) define *preocupación* como un “exceso de atención” afirma que “una preocupación intensa puede acabar en *miedo*, y que una preocupación sostenida predispone, sin lugar a dudas, a la enfermedad”.

Otro de estos factores es la vergüenza de la cual Gil (2009) “afirma que una preocupación intensa puede acabar en *miedo*, y que una preocupación sostenida predispone, sin lugar a dudas, a la enfermedad”. Posteriormente nos adentramos al fracaso “Sencillamente, consiste en la no realización del objetivo de la acción, en la

interrupción de las tareas comenzadas, en el abandono de los ideales y de los proyectos” (Yepes, 1997). Generalizando, estos factores son aquellos los cuales tienen mayor incidencia dentro de este tipo de disfunción sexual y que afecta directamente a la interacción de los partícipes de la pareja.

De igual forma, es necesario hacer una revisión de los factores sociales, el comportamiento del individuo frente a determinadas situaciones está determinado por la educación que recibió por parte de su núcleo familiar primario, imponiendo una serie de prejuicios en el sujeto. Dentro de los factores sociales se evaluó la educación familiar que ha sido impartida en estas mujeres que presentan las características para la investigación; “La familia es, singularmente, una institución humana, simultáneamente natural y cultural (Parada, 2010). También se abarca las creencias religiosas; Gonzales (2004) en su artículo refiere que “La religión fue concebida por Marx en su momento, como “el opio del pueblo” por considerar que tiende a la conformidad de sus creyentes e impide que éstos luchen por transformar el mundo de las injusticias que lo dominan”.

Tabla N° 1 1 Categoría de análisis de la investigación.

	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INSTRUMENTO	
Dimensiones psicológicas, sociales y emocionales que se presentan en la ausencia del deseo sexual femenino		Psicológicas	Autoestima	Entrevista
			Autoimagen	semiestructurada.
			Inseguridad	Observación directa.
			Estado de animo	Conversatorio.
	El comportamiento del individuo frente a determinadas situaciones está determinado por la educación que recibió por parte de su núcleo familiar primario, imponiendo una serie de prejuicios en el sujeto.	Sociales	Promiscuidad	Entrevista
			Creencias religiosas	semiestructurada.
			Creencias estereotipadas	Observación directa.
			Educación familiar	Conversatorio.
	Son “estados del sujeto” que lo impulsan a establecer cierto comportamiento en distintas circunstancias.	Emocionales	Preocupación	Entrevista
			Vergüenza	semiestructurada.
			Miedo	Observación directa.
			Fracaso	Conversatorio.

METODOLOGIA

El enfoque empleado en la realización de la monografía es de tipo cualitativo. Este tipo de investigación se centra en la comprensión de un contexto considerado desde aspectos individuales y vista mediante la lógica y el sentir de los actores implicados, desde una perspectiva interna subjetiva; es una coyuntura diferente en el abordaje investigativo para como conocer y entender al hombre, su contexto o la interacción entre ambos, debido a que no estudia la realidad generalizada, sino como se construye una realidad entorno al contexto existente, se realiza formulaciones de forma comprensiva o explicativa, es un tipo de creación de conocimiento distinta a la investigación cuantitativa.

Dicho enfoque utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación (Grinell, 1997; referenciado por Hernández, Fernández y Baptista, 2006), en esta medida a través del enfoque cualitativo se pretende identificar las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales, que se presentan en la mujer con ausencia del deseo sexual en la relación de pareja, trayendo consigo alteraciones dentro de la dinámica conyugal y aspectos negativos que en ocasiones pueden disolver el sistema.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Descriptivos: “la investigación descriptiva busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos o comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Dankhe, 1989;cfr por Hernandez, et al 2003). Por tanto esta investigación, busca identificar las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales que tienen influencia en la ausencia del deseo sexual femenino.

Exploratorios: “la investigación exploratoria se efectúa normalmente cuando el objetivo es a examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (Hernández et al, 2003)

Transversales: El estudio transversal se puede llevar a cabo mediante un estudio en profundidad o encuestas. Los datos se obtienen mediante comunicación a través de entrevistas personales y utilizando un cuestionario. (Santesmases, 2001).

Propositivos: Porque buscamos crear estrategias donde se promueva el mejoramiento de la disfunción sexual femenina en la relación de pareja en la ciudad de Cúcuta.

Cabe resaltar, además, que la investigación se realizó a través de un estudio de caso que es considerado por Yin (1994, referenciado por Sosa, 2006) como una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes, en otras palabras es una estrategia dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares.

Población.

Mujeres con ausencia del deseo sexual en la relación de pareja, en edades comprendida entre 25 y 35 años y que se encuentran en su etapa de fertilidad, con una relación de pareja de más de dos años de convivencia, del municipio de san José de Cúcuta, Norte de Santander

Muestra.

Dos mujeres con ausencia del deseo sexual en la relación de pareja, en su etapa de fertilidad, en edades comprendidas entre 25 y 35 años, con una relación de pareja de más de dos años de convivencia, del municipio de san José de Cúcuta, Norte de Santander, seleccionadas de forma dirigida, a conveniencia del conocimiento de la presencia de la situación, priorizando que la muestra contenga las características necesarias para el estudio, la selección se realizó, mediante el método de selección de muestreo no probabilístico también conocido como muestra dirigida, la cual es un

procedimiento de selección informal, en la modalidad de muestra por conveniencia, en donde el investigador realiza la selección de la muestra, según criterios basados en la necesidad de la prueba, esta modalidad es escogida especialmente para el desarrollo de investigaciones de carácter cualitativo, en donde se seleccionan los individuos o dimensiones que van a ser el objeto de estudio.

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Se diseñan técnicas de corte cualitativo. Para la aplicación de dichas técnicas se contó con el consentimiento informado (Anexo A) de cada una de las mujeres que son estudio de caso donde se identifican las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales que influyen en la ausencia del deseo sexual. Ahora bien, como resultado de este diseño de las técnicas se plantean: un protocolo de entrevista semiestructurada, una observación directa y finalmente un conversatorio, que se centran en el análisis de categorías establecidas para la definición de las dimensiones que son objeto de la investigación.

Estas técnicas (instrumentos) fueron previamente validadas y aprobadas por tres profesores de psicología y se procedió con la aplicación de los mismos a las personas participantes de la investigación.

TIPO DE ANÁLISIS

El análisis de los resultados se hará en primera instancia por cada una de las técnicas que fueron implementadas para la adquisición de la información pertinente, para finalmente hacer una triangulación de los tres, es decir, de la entrevista semiestructurada, la observación directa y el conversatorio.

TÉCNICAS

Técnica número 1: Entrevista semiestructurada

Hace parte de la entrevista cualitativa que permite la recopilación de información detallada en vista de que la persona que informa comparte oralmente con el investigador aquello concerniente a un tema específico o evento acaecido en su vida, como lo dicen Fontana & Frey (2005; Citado por Vargas, 2012). Esta entrevista adopta la forma de un diálogo coloquial o entrevista semiestructurada, complementada, posiblemente, con algunas otras técnicas escogidas entre las señaladas en nuestras obras (1996, 1998, 2004a) y de acuerdo con la naturaleza específica y peculiar de la monografía a realizar.

En esta técnica, se planificó y se elaboró un guion de preguntas (Anexo B), con el fin de identificar, en las mujeres participantes, las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales que influyen en la ausencia del deseo sexual y por consiguiente en una alteración dentro del holon conyugal.

Técnica numero 2: Observación directa

“La observación directa, es aquella en la que el observador se pone en contacto directo y personal con el hecho o fenómeno a observar. Permiten obtener información de primera mano y de forma directa con los informantes claves del contexto. Este tipo de técnica se utiliza durante el trabajo de campo, observando y entrevistando in situ a las personas que forman parte del contexto con toda su peculiaridad” (Benguría, Martín, López, Pastellides & Gómez, 2010).

Esta técnica, al igual que las anteriores, se empleó con el fin de identificar las tres dimensiones ya mencionadas. La observación directa se implementó en dos sesiones, de forma individual con las participantes y su respectiva pareja, cada una de dos horas, en donde se mantuvo una constante observación de la relación de pareja, de igual forma se realizaron algunas preguntas tanto generales como específicas con el fin de recopilar la información útil para el desarrollo de la crítica y al análisis de la técnica.

Técnica numero 3: Conversatorio

Es una técnica de investigación que se utiliza en los diversos grupos objetos de estudio, el cual se caracteriza por los diferentes aportes que se generan de manera espontáneas al interior del grupo, se puede aplicar en cualquier etapa del proceso en la solución de problemas”. (Valenzuela, 1997; Citado por Motta & Pérez, 2015). Al aplicar el conversatorio como técnica, se logró explorar más sobre aquellas dimensiones que se querían determinar cómo prevalentes.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis de los resultados de las técnicas escogidas para la recolección de información pertinente a la investigación.

TÉCNICA 1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

Tabla N° 2 Resultados de la entrevista semiestructurada

DIMENSIONES	ÍTEMS	PARTICIPANTES (P)
Dimensiones psicológicas Dimensiones sociales Dimensiones emocionales	1. ¿Cómo se siente en este momento previo, para dar inicio a la entrevista?	P1: “Me siento bien, me siento preparada” P2: “Bien”
	2. ¿Hábleme sobre el conocimiento y percepción que tiene sobre una relación de pareja?	P1: “Pienso que la relación se basa más que todo en confianza, respeto, unión, tolerancia y sobre todo apoyar mucho a la pareja en cualquier decisión que tome” P2: “Pienso que es un sentimiento fuerte que nace entre dos personas, que conforman una relación, en donde debe haber respeto y confianza”

-
3. ¿Hábleme sobre el conocimiento y percepción que tiene sobre el ejercicio de la función sexual?
- P1: “Pienso que... en el acto... debe haber muchas estimulación, pues para antes del acto deber haber besos caricias... y luego ahí si el acto como tal”
-
- P2: “Pienso que la función sexual en pareja es de vital importancia, pienso que eso mantiene una pareja unida, que debe ser algo en lo que la pareja deba estar de acuerdo, que ambos deben querer y que se deben cuidar, para evitar enfermedades y problemas de embarazos no deseados”
-
4. ¿Cree que sentir deseo o tener fantasías sexuales está bien o que considera sobre el tema?
- P1: “Considero que en toda relación debe haber lógicamente un deseo y para que la relación se mas anímica y menos monótona, debe haber fantasías y cumplir esas fantasías”
-
- P2: “Creo que sentir deseo es normal, es bueno porque en la pareja debe haber ese deseo, tener fantasías sexuales sería interesante hacer cosas nuevas, eso cambiaría un poco la rutina”
-
5. ¿En la actualidad como es la relación de pareja, en su entorno privado y como en un entorno en relación con las demás personas?
- P1: “En privado, pues, casi la interacción de nosotros es muy poca, por mi trabajo, por mi estudio y por varias obligaciones que tengo... la interacción es muy poca; pues ya delante de la gente tratamos de estar unidos y muy normal, tampoco somos super cariñosos ni en privado ni en público, actuamos muy normal”
-

	P2: “En lo privado muchas veces bien, muchas veces no muy bien, y en el entorno en relación a las demás personas, pues muchas veces entorno a las demás personas se disimula lo que está pasando, pues es algo privado y no se debe decir a los demás”
6. ¿Cómo es la relación íntima de pareja?	P1: “Pienso que como toda relación... tiene sus dificultades e inconformidades, pero pienso que... el gran problema de nosotros es que no expresamos esas inconformidades y por eso es a veces los problemas”
	P2: No respondida por la participante
7. ¿Considera que hace falta algo, se debe fortalecer o se modifica algunas cosas en su relación de pareja?	P1: “Pienso que debemos fortalecer principalmente lo sexual, que es lo que a veces tenemos problemas; en lo económico también tenemos problemas porque de pronto yo gano un poquito más y pues tenemos encontrones en las obligaciones que a cada uno le corresponde; en lo familiar, él es excelente padre, excelente esposo, en eso pues no hay que fortalecer nada; en la comunicación, arto, porque casi no nos comunicamos, él llega del trabajo y se pone a hablar con la familia, ya que la familia vive lejos entonces... casi no nos comunicamos ni expresamos, de pronto, como nos fue en el trabajo hoy o que hicimos hoy, no, o sea somos muy aparte; en cuanto a lo social, eh bueno, pues, tenemos una vida social muy activa, él tiene sus amigos y yo también, salimos y todo pero

no salimos juntos, eso es otro problema que tenemos por qué yo a veces le digo que salgamos, que salgamos con los amigos, juntos y no... entonces también pienso que debemos fortalecer ese pedazo”

P2: “Aspectos de intimidad: Pues muchas veces hay cosas que pasan y eso hace que el sentimiento se acabe, y es difícil fortalecerlo ya que son problemas bastante, graves.

Aspectos Económicos: Pues eso influye mucho en la relación, porque los aspectos económicos, porque muchas veces malgasta el dinero en otras cosas, esto no dando prioridad a lo que de verdad importan y en lo que se necesita en la casa como pareja para los hijos

Aspectos Comunicación: Pues muchas veces hace falta comunicación, ese es uno de los problemas que hay en pareja, por falta de comunicación, he cuando está relacionado, en el aspecto familiar nadie influya en nuestra relación, ya que en el aspecto social influye mucho los amigos por que algunas amistades terminan metiéndose en la relación generando problemas esa son alguna de las causas por la cual una relación se acaba por que prefiere estar con amigos tomando sin importar la hora o llegar al otro día y eso trae complicaciones en muchas parejas”

8. ¿Considera que su relación íntima de pareja ha cambiado? P1: “Si, ha cambiado muchísimo, eh... pues, cuando nos conocimos éramos unos adolescentes, no teníamos obligaciones ni nada entonces la relación sexual era muy pero muy activa, hoy en día pues... me imagino que por las obligaciones, el trabajo, por muchas cosas eh... principalmente yo, quiero llegar es a dormir, a descansar y él me busca y yo trato de evitarlo mucho porque, por que no se, llego muy cansada y lo que quiero es descansar”

P2: “si porque, porque cuando empieza los inconvenientes como por ejemplo de lo anterior q estábamos ablando eso influye las peleas, muchas veces insultos sospecha de otra mujer, o q ya no quiere cumplir con sus obligación toda esa cosas nos hace cambiar en la relación”

9. ¿Considera que su pareja conserva el mismo deseo sexual por usted que antes? P1: “Pienso que influencio mucho el cambio de vida que hemos tenido, yo era una niña de casa, era una niña que no hacía nada en mi casa, que no lavaba ni un plato, y pasar a tener una responsabilidad tan grande, a vivir sola con él, con mi hija eh... y tener tanta responsabilidad con el estudio, con el trabajo, hogar, creo que eso repercutió mucho en ya como el deseo y en el seguir con esa sexualidad activa que teníamos.

P2: “no llega un cierto punto en q nosotras las mujeres nos damos cuenta q nuestra pareja no conserva el mismo deseo pienso q

		puede ser la rutina diaria día a día a veces pasa q cuando nos vamos a vivir con esa persona con el tiempo nos damos cuenta q no hay un sentimiento fuerte en mi caso pasa algo similar no hay sentimiento pero hay un compromiso q es mi hijo”
10.	¿Los sentimientos y afecto hacia su pareja se conservan?	P1: “si... Obviamente yo lo amor, pero pues por todas las dificultades que hemos tenido eh... y más que todo en la intimidad, se ha disminuido mucho el amor, bastante”
	¿En que han cambiado?	P2: “en estos momentos no se conserva mucho, base a q ya hay problema desconfianza, discusiones falta de comunicación, y poco sentimiento, poco se conserva en realidad”
11.	¿Cómo evaluaría su nivel de interés sexual y por qué?	P1: “Lo considero bajo, por lo mismo, por las responsabilidades que tengo y que ya he mencionado”
		P2: “en realidad muy regular porque por lo mismo problemas amigos falta de sentimiento comunicación ect..”
12.	¿Tiene satisfacción o existe algún factor que impide disfrutar al máximo su sexualidad?	P1: “No, yo considero que eh... mi mayor problema es empezar, ya después la satisfacción es bien, disfruto, disfruto bastante, pero en el momento de empezar es como que no, como que no quiero”
		P2: “en verdad la satisfacción esta cuando hay un relación placentera y como les vengo contando falta de sentimiento comunicación en ocasiones no hay satisfacción totalmente no”

-
13. ¿Cómo ha sido en general el grado de satisfacción sexual obtenido en su relación?
- P1: “Bastante bueno”
-
- P2: “en general un grado regular porque en lo personal de mi parte existe un sentimiento oculto q en ocasiones afecta la satisfacción sexual entre mi pareja obviamente el no sabiendo q está sucediendo”
-
14. ¿Se encuentra satisfecha con la duración del ejercicio de la función sexual?
- P1: “Si, bastante”
-
- P2: “En ocasiones no me siento satisfecha, porque no es lo que uno quiere ya las cosas no son como antes, en ocasiones solo piensa en él y eso es feo, pues la relación debe ser para los dos, no para que uno quede satisfecho y el otro no, se debe pensar en los dos, pues cuando no es así, no sirve ni se alcanza a quedar satisfecha”
-
15. ¿Está satisfecha con la capacidad de erección de tu pareja?
- P1: “Si”
-
- P2: “En verdad en una relación empezando todo es satisfactorio porque en cierto tiempo de la relación va cambiando y por lo hablado en las anteriores preguntas, eso influye por tanto no es satisfactorio esta capacidad”
-
16. ¿Está satisfecha con la actitud y el comportamiento de tu pareja hacia ti, durante la realización del
- P1: “Pues ya el acto como tal me gusta, me gusta todo pero como me estimula pues... no, por eso no me provoca”
-
- P2: La participante se mostró renuente a la pregunta.
-

ejercicio de la
función sexual?

17. ¿Tiene P1: “Si, la razón principal es mi cansancio”
disminución o falta

de interés en la P2: “si en ocasiones en realidad diría que
actividad sexual? casi siempre. En caso mas frecuente cuando

¿En qué casos? hay problema ”

18. ¿Ausencia o P1: “No”

disminución de

fantasías y

pensamientos

sexuales o eróticos?

P2: “totalmente si”

19. ¿Sensaciones P1: “No, no siento que se haya reducido,
genitales ausentes o siento placer”

reducidas durante la P2: “No, solo insatisfacción al no existir
actividad sexual de excitación, pero por lo mismo no se siente
la actividad sexual bien y a q no uno no lubrica”
en pareja?

20. ¿En qué le P1: “Me gustaría que de pronto hubiera más
gustaría mejorar su privacidad y que eh... más preámbulo, más
rendimiento y caricias...”

satisfacción sexual P2: “En nada, creo que ya no tiene como
con su pareja? mejorar, cuando hay cosas que se dañan, la
confianza se pierde y ya no hay marcha
atrás”

21. ¿Qué piensas P1: “Me parece que los juguetes fortalece
sobre adquirir mucho la relación y eso ayuda a que la
juguetes eróticos? relación sea diferente”

P2: “No se nunca lo he pensado, la verdad

	es algo nuevo, aunque sería interesante practicar cosas nuevas y distintas”
22. ¿Has llegado a sentir deseo de Masturbarte?	P1: “Si” P2: “Si, la verdad me da pena admitirlo, pero también es algo normal, pero no con frecuencia”
23. ¿Qué considera que ha influido en la variación de su nivel de interés o deseo sexual?	P1: “La falta de tiempo para los dos” P2: “La pérdida del respeto y la confianza, cuando eso falta la relación ya no es la misma, el sentimiento se pierde, y nosotras las mujeres, somos más de sentir, eso en valido y importa mucho”
24. ¿Le gustaría que el nivel de interés o deseo sexual fuese mayor?	P1: “Si” P2: “Si, solo que quisiera que volviera a ser como antes, solo que no se, al pensar en la pareja que está ahora conmigo, no me inspira nada”
25. ¿Le gustaría que el ejercicio de la relación sexual fuera más satisfactorio?	P1: “En ocasiones” P2: “Si, pienso que es de vital importancia para la relación de poareja y para que todo funciones, la verdad es feo, estar asi con la pareja y saber que no se siente nada o que no despierta deseos para estar en relación con el”
26. ¿Con que frecuencia has llegado al orgasmo y que cree que ha	P1: “Siempre, siempre llego al clímax, creo que el influye porque él me conoce muy bien y conoce que es lo que me gusta y hasta qué punto llegar”

influido?	P2: “La verdad, ya no lo recuerdo, desde que empezaron los problemas y que el empezó a cambiar conmigo, por lo que paso, ya no he sido capaz de ser satisfecha y alcanzar el orgasmo, porque en si me siento como si no estuviera pasando nada”
27. ¿Estas satisfecha con la frecuencia de relaciones sexuales?	P1: “Si” P2: “No, para mi las relaciones sexuales deberían ser mas frecuentes, y mejores, pero ahora soy yo quien no quiero y evito la situación, porque el llega tomado o sucio y así quiere estar con uno, por eso ya no me llama la atención y a pesar que me gustaría que las relaciones fueran mejores, la verdad ya no lo se”
28. ¿Tiene dificultades para la penetración, como dolor o incomodidad?	P1: “No” P2: “No”
29. Sufre de alguna afectación, o estreches vaginal? ¿Cuál?	P1: “No” P2: “No ninguna, siempre me cuido en esos temas de igiene soy muy limpia y cuidadosa, por eso precisamente ya no deseo estar con el”
30. ¿En alguna ocasión ha evitado mantener el ejercicio de la función sexual por	P1: “No” P2: “En varias ocasiones, pero no ´por dolor sino porque no me nace, ya cuando uno pierde el deseo, uno inventa cosas, para

miedo al dolor o al fracaso? sacar el tema a un lado, sin que se dé la oportunidad de que exista la relación sexual, ya en el momento no quiero”

31. ¿Algún día has cruzado las miradas

P1: “No”

o conversado con alguien, y ha sentido

tal “química” que te ha inspirado para masturbarte más tarde a solas?

P2: “Si, pero trato de no pensarlo, porque aunque el allá sido infiel, yo no voy a comportarme de la misma forma, yo no voy a caer en eso, ya cuando esto termine, o cambie ya será distinto, pues ya estaré sola”

32. ¿Qué piensas sobre sentir deseo sexual por alguien que no sea tu pareja?

P1: “Eh... Pienso que es normal, normal que sienta de pronto atracción sexual por otra persona, pues por que crea que... tiene mejor físico o porque tiene algo en especial que me gusta”

P2: “Normal, pues en este momento evito, por mi hijo, pero igual uno tiene derecho, lo que tiene que ser es que uno, debe comportarse, y saber qué hacer”

33. ¿Existe alguna persona en su ambiente cotidiano, ajena a su pareja que active su deseo sexual al interactuar o recordarla?

P1: “Pues sí, siento como una leve atracción por un compañero de estudio eh... pero pues nunca se ha llegado a nada por mi situación sentimental”

P2: “No, ahora con este estrés uno se dedica al trabajo y al hogar, ese también es un problema que uno da todo por el hogar y vea lo que pasa al final, uno se abstiene de hacer cosas, pero si se las hacen a u no”

34. ¿Ha mantenido relaciones sexuales con un tercero, manteniendo aun la relación con su pareja?

P1: “Si, eh... casualmente me encontré a un exnovio que tenía mucho tiempo de no verlo y él siempre fue como ese amor que nunca pude tener y pues fue como una tracción desde... desde el primer día... y pues tuvimos la oportunidad de estar juntos”

P2: “No”

35. ¿Existe algo que considere importante en este momento, que no haya sido preguntado o comentado durante la entrevista?

P1: “Si, considero que hay que resaltar que después de mi encuentro sexual con otra, con una persona externa a mi pareja, eh... influyo muchísimo ya en el encuentro sexual con mi pareja eh... desde ese momento las cosas cambiaron mucho y... el deseo disminuyo demasiado, muchísimo... después al tiempo, al tiempo de que ya me había visto con la persona, ya pude retomar mi vida sexual normal con mi pareja”

“Otra cosa que considero importante para resaltar, es que a veces el me hace sentir menos que él, en cuanto a lo intelectual... él me dice que no está conforme con mi trabajo, no está conforme con mi estudio, no está conforme con nada de lo que hago eh... y... a veces me critica cualquier acción que haga, los libros que leo, la música que escucho y pues yo me siento muy mal en ese sentido”

P2: “Si, que cuando la relación de pareja se da, es por un sentimiento que existe entre dos personas, pero cuando una de las dos personas traiciona la confianza, y deja de ser como era, cuando se enamoraron, no puede pedir que las cosas sean igual ya que las cosas cambian, deberían ser para mejor pero no, pues yo opino, que cuando algo se muera ya se muera, pues quien no valora ya no lo hace nunca”

Tabla N° 3 Matriz DOFA entrevista semiestructurada

Dimensiones psicológicas

Debilidades	Fortalezas
Se presentan características como baja autoestima e inseguridad tanto hacia la relación como en sí misma, desvalorización por su imagen personal, mala percepción y concepción hacia lo referente a la relación de pareja.	Se evidencia un deseo de cambio, criterios y principios éticos definidos. Amor propio. Habilidades para el afrontamiento de la crisis en pareja
Amenazas	Oportunidades
Posibilidad de afectación en la autoestima, de la percepción y concepción de la vida de pareja. Posibilidad de complicación del conflicto interno.	Se presenta visualización y conocimiento claro de la situación, incluso las dimensiones que influyen en la concepción del fenómeno presente, lo que facilita una evaluación objetiva sobre el mismo. Percepción asertiva de la situación y oportunidad de modificación de aspectos de influencia psicológica.

Tabla N° 4 Matriz DOFA entrevista semiestructurada

Dimensiones sociales

Debilidades	Fortalezas.
Falta de claridad y franqueza ante la situación del fenómeno existente entre la pareja hacia el círculo social.	Buenas relaciones interpersonales con la familia y amigos, lo que permite que existan redes de apoyo que contribuyan positivamente. No existe inferencia, ni intervención de parte de personas externas, que pueda afectar negativamente la relación
Amenazas	Oportunidades
Que el fenómeno problema infiera en la relación interpersonal, con la familia y amigos, generándose ruptura de lazos afectivos. Inferencia negativa sobre la relación con el hijo, presencia de filiación de parte de uno de los dos padres. Inferencia en los estados de ánimo del hijo, generado por el conflicto de la relación.	Fortalecimiento de los lazos afectivos, mediante la interacción y actividades que estimulen tiempo de calidad, entre la pareja, familia y grupos de amigos, con la contribución de las redes de apoyo. Generación de espacios de dialogo que faciliten la interacción, comunicación y la disminución del fenómeno problema, motivados por el deseo del bienestar del hijo y la relación. Generación de espacios personales de interacción y tiempo de calidad, motivados por los momentos que comparten juntos como creencias religiosas y equifinalidad en sus objetivos personales.

Tabla N° 5 Matriz DOFA entrevista semiestructurada

Dimensiones emocionales

Debilidades	Fortalezas.
Evidencian fragilidad emocional y estado de ánimo inestable, con dificultad para expresar los sentimientos espontáneos, sumisión ante los acontecimientos presentes y aplacamiento de emociones. Disminución de sentimientos y emociones asertivas entorno a la pareja.	Deseo de cambio, y solución ante la presencia del fenómeno y la presencia de carga emocional negativa. Identifica claramente las dimensiones emocionales existentes que infieren de forma directa en la existencia y prevalencia del fenómeno problema.
Amenazas.	Oportunidades
Ausencia de sentimientos y emociones positivas entorno a la relación de pareja. Presencia de sintomatología de depresión, motivada por la continuidad del fenómeno problema y la presencia de su carga emocional negativa. Generación de sentimientos disruptivos y emociones negativas en relación a su pareja.	Identificación de la dimensión emocional, que infieren en la presencia del fenómeno problema, ausencia del deseo sexual en mujeres en relación de pareja. Al identificar, posibilita la oportunidad de aclarar la existencia de los mismos y buscar la raíz que los provoca. Posibilita la oportunidad de intervenir sobre el fenómeno problema con posibles soluciones, de forma asertiva, de manera autónoma o en acompañamiento.

TÉCNICA 2. OBSERVACIÓN DIRECTA

Tabla N° 6 Análisis de resultados de observación directa

DIMENSIONES	INDICADORES	RESULTADOS
Dimensión psicológica	Autoestima	Mujer participante N° 1: Se evidencia un poco de inseguridad consigo

	Autoimagen	misma, en algunas ocasiones rechaza su cuerpo por su apariencia física, mantiene un estado de ánimo volátil sobre todo con temas referentes al trabajo y a su hija.
	Estado emocional	Mujer participante N° 2: Se logra evidenciar baja autoestima, desvalorización propia por la labor que realiza en el hogar, deseo de cambio de vida, poca motivación y proyección de sus metas durante el día, en el dialogo se manifiesta inseguridad ante el futuro de la relación, la percepción que tiene sobre la relación de pareja es negativa, desconfianza hacia su pareja.
	Inseguridad	
	Educación familiar	Mujer participante N°1: Se logró identificar buenos patrones de crianza, aunque se evidencia una formación en donde la mujer debe ser quien lleve el mando en la casa y esto genera indisposición con la pareja puesto que es una persona de temperamento fuerte que también, aparentemente, fue educado bajo las mismas instancias, levemente se ve una lucha de poder dentro del núcleo familiar. De igual forma, y como lo refirió la misma participante, se identificaron situaciones de infidelidad. No es una mujer devota de la religión, no profesa culto en ningún templo religioso.
Dimensión social	Promiscuidad	
	Creencias estereotipadas	Mujer participante N° 2: Se logra identificar conductas disruptivas como un lenguaje interno agresivo entre la pareja; ante personas externas, se guarda compostura y se

Creencias religiosas	<p>toman comportamientos disimulados, aparentando normalidad en la relación, con silencios prolongados ante situaciones de la vida personal y entorno a la relación, no existe incidencia, ni intervención familiar o de amigos en situaciones personales de la pareja, la relación con el niño es asertiva, buenos patrones de crianza, no existe conductas agresivas ni lenguaje soez, en presencia del hijo, respeto a aspectos personales o familiares, se comparten creencias religiosas y no existe diferencias entre la pareja, actual convivencia marital, pero con existencia de discusiones espontaneas, acotando acontecimiento reciente de infidelidad de parte de su pareja, mujer a pesar de laborar como estilista en su casa, conserva su rol de madre, encargándose de los quehaceres del hogar y apoyo a la educación de su hijo, padre trabaja pero aporta poco a la casa, y brinda poco apoyo ante los quehaceres del hogar, vivienda en arriendo.</p>
Dimensión emocional	<p>Preocupaciones Mujer participante N° 1: Se evidencio las constantes preocupaciones económicas dentro del núcleo familiar. Se logró identificar que la mujer es una persona que teme demasiado ir mal en el trabajo y se preocupa</p>

Vergüenza	constantemente por el que dirán sus familiares (mamá, papá, tíos). De igual forma, se pudo reconocer que es una mujer que no le gusta estar sola y que refiere siempre necesitar una persona al lado que se preocupe y vele por ella y por su hija.
<hr/>	
Miedo	Mujer participante N° 2: Se evidencia ausencia de emociones fraternas en la relación de pareja, y disminución del afecto de la mujer hacia su pareja, desagrado e incomodidad ante la presencia de planes de pareja, presencia de estrés ante los compromisos financieros, cansancio físico ante la situación de tener que laborar y asumir la responsabilidad de los quehaceres del hogar, lo que genera desagrado y poco deseo por la interacción con su pareja, poca motivación por los encuentros sexuales y refiere poca satisfacción en la realización del ejercicio de la función sexual.
Fracaso	

TÉCNICA 3. CONVERSATORIO.

Mujeres con ausencia del deseo sexual en relaciones de pareja.

Conversatorio

Fecha: Noviembre 18 del 2016

Lugar: Un lugar cerrado, con ventilación

Tema: Identificar las dimensiones psicológicas, emocionales y sociales que prevalecen en la mujer objeto de estudio.

Participantes: Participante 1.
 Participante 2.
 S1. Freddy Lázaro Quintero.
 S2. Natalia Parra.

Tema de Dialogo: Dimensiones psicológicas, sociales y emocionales que se encuentran inmersos, en la relación de pareja, en etapa de fértil, que conllevan a la disminución del deseo sexual femenino.

Realizo el ejercicio de la función sexual con satisfacción.
 En general, me siento poco atractivo y deseable.
 Mantengo desacuerdos con mi pareja acerca de la frecuencia en que se practica el ejercicio de la función sexual que llevan a discusiones.
 A veces, durante la noche, finjo dormir para que mi pareja no intente tener relaciones sexuales conmigo.
 Me resulta difícil decirle a mi pareja que es lo que me gusta o disgusta de las relaciones sexuales.
 Tengo sensaciones desagradables ante lo que hago mientras estoy practicando el EFS.
 Me gustaría que aumentara mi deseo o interés sexual con mi pareja.
 Me gustaría mantener una relación alterna a mi relación de pareja actual
 Nunca tomo la iniciativa en la relación sexual.

Inicio del conversatorio.

Siendo las 6:00 de la tarde del día 18 de noviembre del año en curso, como había sido acordado previamente para la realización de la actividad, nos encontramos los psicólogos en formación de la universidad de pamplona, sede villa del rosario, Freddy Lázaro Quintero y Natalia Parra, presentes, y preparados en espera de las dos mujeres

objeto de estudio de la investigación, para poder dar inicio al conversatorio, en torno al tema estudiado “mujeres con ausencia del deseo sexual en relaciones de pareja.

N. Siendo las 6:10 de la tarde, ingresa la participante 2, al ingresar se evidencia, vestida formalmente, con expectativa ante la actividad y con una buena actitud, aunque algo introvertida; 6:15 de la tarde ingresa la participante 1, vestida formalmente, se evidencia ansiosa, con una actitud algo distante.

S2. Bienvenida señora (participante 2), es un gusto que haya venido, mi nombre es Natalia Parra, si gusta siga, siéntase cómoda ya enseguida daremos inicio al conversatorio.

P2. Muchas Gracias Natalia, el gusto es mío, una pregunta, ¿tomara mucho tiempo la actividad?

S2. La actividad se realizará en un tiempo estimado de hora y media, aproximadamente, todo depende de la forma en que se desarrolle el tema, estamos en espera de la segunda participante y daremos inicio; no está demás decirle que si tiene alguna pregunta no dude en decírmela.

P2. Muchas gracias, cualquier cosa yo la llamo, permiso sigo.

S2. Bienvenida señora (Participante 1), es un gusto que haya venido, ya estamos completos y si usted se encuentra lista podemos dar inicio al conversatorio.

P1. Buenas tardes, si Natalia de mi parte podemos dar inicio.

S1. Bienvenidas, es un gusto tenerlas con nosotros, a continuación, vamos a dar inicio a la actividad, denominada conversatorio entorno a los factores, psicológicos, emocionales y sociales que influyen en la ausencia del deseo sexual hipoactivo en mujeres, en relación de pareja, como se había informado anteriormente a cada una de ustedes, el

desarrollo de esta actividad, será basado en criterios académicos profesionales, reservando completa confidencialidad, ante lo expuesto por cada una de ustedes, también queremos que se sientan cómodas, que compartamos un dialogo natural, espontaneo, si consideran que existan temas o preguntas muy sensibles los cuales no desean contestar, solo deben informar y no existirá la necesidad de comentar, abordaríamos el tema siguiente.

N. Se terminaron de dar las pautas correspondientes protocolarias de parte de los dos psicólogos en formación, las participantes se presentaron, aceptaron las condiciones del conversatorio y se da inicio, aunque inicialmente estaban un poco a la defensiva, evidenciando inseguridad, luego en el desarrollo del dialogo, fueron tomando confianza, siendo más espontaneas y abiertas ante el tema, dando inicio con las preguntas de parte de Natalia Parra, quien guiaba las preguntas y su compañero Freddy Lázaro acompañaba en el dialogo.

S1. Como se sienten en este momento previo, al conversatorio.

P2. Bien muchas gracias, con expectativa, pero confiando en que la actividad sea de agrado.

P1. Bien, bien con algo de inquietud, pero bien, pensando en algunas cosas de la casa.

S2. Igualmente esperamos la actividad sea de su agrado, lo dicho aquí será visto de una forma muy objetiva y respetando las diferencias o respuestas de cada uno de los participantes; procedemos a dar inicio a la actividad. ¿Realizan el ejercicio de la función sexual?

P1. Si, actualmente no con la misma frecuencia, pues las labores de la casa, tiempo y algunas cosas que pasan, impiden que las cosas sean igual que antes.

P2. NR.

S1. Exactamente lo interesante será tratar los temas, con naturalidad y que se presenten en la actualidad.

S2. Hablaremos un poco de la apariencia personal, ¿si quiero exponer un concepto propio, sobre como si me siento atractiva y deseable, interesante como mujer o como me siento?

P1. La verdad, no soy la misma, no me siento atractiva, ni interesante, ya mi pareja por lo menos no me ve como antes, pues uno cambia y el cuerpo que antes les llamaba la atención, ya no está, además los hijos y el trajín de la vida diaria siempre la cambia a uno, a pesar del maquillaje o el peinado, ya no es lo mismo.

P2. Aun me siento muy bonita, no sé qué tan atractiva, pero me siento bien, y es cierto las cosas cambian, no soy como antes, tengo un hijo y eso siempre deja marcas, las cosas de la vida, el trabajo, el hogar, uno como mujer siempre se entrega al hogar y pocas veces es valorado ese trabajo que se realiza, ya que es muy fuerte anqué muchos lo desconozcan en especial la pareja de uno, que muy pocas veces valora lo que uno se mata en el hogar, con la comida, los quehaceres, la crianza de los hijos y luego el trabajando, sin importar lo cansada que uno termine, siempre hay cosas que hacer, como la comida, entre otras, eso siempre marca.

P1. Eso es cierto, ese trabajo no lo valoran los hombres, creen que uno es de piedra y al final piensan que no se hace nada, ya se colocaran ellos en las tareas del hogar, solo eso es extenuante y es una tarea que cansa, a pesar que se haga con amor, con el tiempo cansa.

S1. En si la labor del hogar, es una labor de vital importancia, las felicito por ese trabajo que contribuye tanto al bienestar de la familia, una mujer es luchadora, fuerte y eso lo muestran cada día, al ser las primeras en despertar cada mañana, para atender los

quehaceres de la casa, mientras que en un trabajo normal, les dan vacaciones en el hogar muy pocas veces se puede disfrutar de lo mismo, además muchas de ustedes, como el caso presente, desarrollan un trabajo fuera de casa y es algo de admirar.

P2. Gracias Freddy, si todo se hace por amor y la entrega al hogar, es una responsabilidad muy grande las que tenemos las mamás, porque no solo son las tareas de oficio, comida y demás, sino también, el cuidado de los hijos, las tareas de ellos del colegio, cuando empiezan a crecer que ya dan problemas y demás, aunque todo vale la pena, porque por ejemplo, Brayan mi hijo es mi felicidad, el verlo en el colegio, verlo jugar y que este bien es la mejor paga para mí.

P1. Si los hijos son la mejor recompensa, para todo ese sacrificio, también son mi felicidad y lo que me motivan a vivir.

S2. En la relación de pareja, como es el diálogo respecto a temas de intimidad, por ejemplo se presentan desacuerdos respecto a la frecuencia del ejercicio de la función sexual, la forma, tiempo o lugar, de tal modo que se llegue a discusiones en la pareja.

P2. En realidad poco hablamos de eso, mi pareja no es muy dado al diálogo, y en esos temas que para mí son muy importantes, él no trata, tal vez como si pensara que uno no sintiera o piense que lo sabe todo.

P1. Igual con mi pareja tampoco hablamos de eso, solo se da y ya, discutimos cuando él quiere y yo estoy cansada u ocupada, en ocasiones no me hace porque es muy brusco, pero él ni siquiera me pregunta cómo me siento, hasta en ocasiones me toca aceptar, sin que yo en verdad quiera hacerlo, solo se monta, se viene y ya.

P2. Yo antes le aceptaba eso, ahora no, si en el momento yo no quiero, pues no, antes si llegaba a buscarme y no le importaba si yo quería o no, en ocasiones yo quería, daba la iniciativa pero él no se motivaba, solo estábamos cuando él tenía ganas de resto, a mí me tocaba quedarme así, luego llegaba tarde por la noche, borracho, sudado y así

quería tocarme, como si yo no sintiera, las primeras veces se lo acepte pero ya no, ahora tenemos discusiones leves por ese tema ahora son más fuertes.

P1. Ellos piensan que uno solo está para ellos, como una mujer que compraron y ya, pues mi pareja siempre tiene detalles, y cosas bonitas, pero en ocasiones no se gana el momento.

P2. Si mi pareja es lindo en ocasiones, ojala fueran así siempre, las cosas serían distintas.

P1. Pero no lo son, así se comportan y pierden mucho, aunque se crean que lo tienen todo, sin saberse si cambian es porque tienen a alguien por fuera.

P2. Lo más seguro es que si, cuando un hombre cambia es por algo, y más cuando tiene a otra por ahí, claro como tenemos que aguantarles todo.

S2. Respecto a lo comentado, que hacen cuando no sienten deseo y sus parejas sí, pero ustedes no quieren discutir, por ejemplo, fingen dormir para que el hombre no intente tener relaciones sexuales.

P1. Entre varias cosas, si, cuando él llega y observo que quiere, le sirvo la comida, espero a que se siente y me acuesto a dormir, cuando el termina que se da una ducha, me hago la dormida, hasta que se acueste y luego si tengo algo pendiente me levanto para terminar o me duermo.

P2. Es lo que más hago, prendidamente si ha estado tomando con los amigos o hermanos, pues no es que tome mucho, pero cuando toma es que le despierta el interés por tener relaciones, entonces llega tomado y oloroso a todo, por eso le dejo la comida servida cuando siento que llega y me acuesto, dejando todo encendido.

P1. También cuando él llega, y estoy disgustada o indispuesta, sabe que si me molesta, también le discuto y no me quedo callada, entonces no me busca casi si me ve de mal genio.

P2. Yo busco la forma de no discutir, por eso en cuando llega bien pues le acepto, porque yo también entiendo, que somos pareja pero cuando, veo que llega sudado y ni se baña, me coloco a organizar algo o lavar los platos y así, no me molesta.

P1. He llegado a tal punto que en ocasiones llego tarde de trabajar, para no tener que encontrarlo, cuando la situación está normal, si acepto porque yo también quiero, aunque en ocasiones no me satisfaga.

S1. En situaciones como esa, ¿han buscado el dialogo? ¿Qué tan difícil es para cada una el manifestarle, las cosas que le gustan o disgustan en el ejercicio de la función sexual? O lo han hecho anteriormente, háblenos un poco sobre el tema de comunicación entre los dos en temas íntimos.

P1. Si.

P2. Igual, es difícil, lo he intentado, pero no me siento bien haciéndolo.

P1. Podría ser la falta de confianza en mí misma, o no se tal vez, no sé cómo lo tome el, pues en como poco hablamos de esos temas y discutimos.

P2. Yo no lo he intentado, anteriormente trataba de hablar con el de esos temas, pero sacaba otro tema y yo entendía que no quería hablar.

P1. Hay muchas cosas de él que me disgustan, pero igual, cuando no quiero pues me opongo, pero ya es poco lo que me nace estar con él.

P2. Igual cuando quiero hablarle no habla entonces, no.

S2. En el momento que se da la ocasión, ¿tengo sensaciones desagradables ante lo que hago mientras estoy practicando el ejercicio de la función sexual?

P2. Si, en ocasiones y no me siento bien, pero no por lo que hago sino por el estado en el que él está, por cuando no me siento a gusto.

P1. No, si acepto estar no siento desagrado, en varias ocasiones no me siento satisfecha sí, pero desagrado por lo que hago no.

P2. Para mí es muy importante la higiene y cuando llega sudado o tomado y estamos, me siento incomoda y desagradada, recalco, no es siempre pero cuando pasa, en realidad es muy incómodo para mí.

S1. Respecto a que en lo hablado anteriormente se ha escuchado, que no existe mucho interés, le gustaría que aumentara su nivel de deseo o interés sexual con su pareja.

P2. Sí, me gustaría en ocasiones me siento mal, al no poderle responde como él quiere, pues a mí no me nace.

P1. No, en realidad, las cosas se ganan y aunque él ha sido un muy buen padre, en ocasiones hay cosas que dañan la situación, como digo las cosas se ganan y si el se comporta de esa forma como lo hace pues tampoco.

S2. Ha pensado o le gustaría tener una relación alterna a mi relación de pareja actual, respecto a los acontecimientos presentes.

P1. Si, en ocasiones lo he pensado.

P2. Sí, me gustaría, pero no lo hago por respeto a mi hijo y porque considero que no es correcto, soy una mujer de casa, pero si reconozco que lo he pensado, pues él lo hizo hace poco, pero no me quiero rebajar o igualar ante la situación, dependiendo de cómo siga la relación tal vez cuando las cosas cambien.

P1. Yo si lo aria, la rutina aburre.

S1. Por el momento se nos ha agotado el tiempo que teníamos predispuesto para el día de hoy, daremos por terminado el conversatorio.

S2. Les agradecemos por tomar el tiempo para colaborar con nuestra investigación, ha sido muy agradable este tiempo que interactuamos, nos estaremos poniendo en contacto hasta el final de nuestra investigación, de igual por su parte, si necesitan o desean proporcionarnos algún tipo de información pertinente, estaremos muy agradecidos.

S1. Que pasen una feliz noche. Hasta mañana.

P1 y P2. Muchas gracias, que pasen buena noche

S1 y S2. Hasta luego.

ANÁLISIS DEL CONVERSATORIO.

Dimensiones psicológicas

Se evidencia la influencia en la ausencia del deseo sexual femenino, de la dimensión psicológica que prevalece en las mujeres estudio de caso, como lo es conflictos internos, con los criterios y principios éticos arraigados desde la crianza, en contra el fenómeno de la problemática existente en el sistema conyugal, prevalece la baja autoestima, generada por la recurrencia del fenómeno, existe conocimiento e identificación del problema, pero existe la incapacidad de encontrar una solución e inseguridad ante la

relación y una posible respuesta asertiva, se encuentra desvalorizada la autoimagen, al existir el factor de resignación y conformismo, se evidencia claridad en los conceptos si la existencia de ideas sobrevaloradas, permitiendo la correcta comprensión y percepción de la situación, ambos estudios de caso evidencian cambios en las preferencias personales, lo que infiere en la presencia del fenómeno estudiado.

Dimensiones Emocionales.

Se evidencia en ambos estudios de caso, la ausencia de estabilidad emocional, afectación directa a los estados emocionales, motivada por las sensaciones de desconfianza y desagrado por los momentos de interacción, tanto en la comunicación como en la intimidad, ausencia de satisfacción marital, existencia de emociones negativas hacia su pareja, como resentimiento por situaciones pasadas, desagrado e insatisfacción por la rutina diaria, factor en aumento por cada acontecimiento desadaptativo, disminución de sentimientos afectivos hacia su pareja, sensaciones placenteras en circunstancias ajenas a la relación de pareja, expectativas distantes y personales.

Dimensiones Sociales.

Ausencia de comunicación asertiva en la relación de pareja, conflictos y ruidos en la comunicación que interfieren en la relación y afectan de manera directa y negativa el correcto desarrollo sistema conyugal, presencia de constantes conflictos de pareja, preferencias desafines, en ambos estudios de caso, las parejas no intervienen ni generan espacios para rescatar el tiempo de calidad, en donde puedan interactuar y disfrutar momentos de encuentro personal, entre conyugues, sin interacción de terceros, lo que impide disfrutar de momentos más personales que podrían fortalecer el sistema conyugal, las parejas muestran una buena relación interpersonal, con agentes externos como lo son, padres amigos, compañeros laborales, lo que permite identificar, la posibilidad de respaldarse en las redes de apoyo, el conflicto de la relación de pareja, no

afecta ni se extiende a los demás sistemas de los individuos, se limita únicamente a la presencia del fenómeno dentro del sistema conyugal.

TRIANGULACIÓN

En el desarrollo del estudio cualitativo sobre el fenómeno de mujeres con ausencia del deseo sexual en relaciones de pareja, realizada mediante el enfoque sistémico, en el cual se implementa estudio de caso en dos mujeres que presentan la característica objeto de estudio, en donde para la compilación de datos cualitativos se aplicó tres técnicas, la entrevista semiestructurada, la observación directa y para finalizar un conversatorio entorno al fenómeno estudiado, en donde se evaluaron tres dimensiones en relación a la existencia del objeto de estudio, observando la circularidad existente entre las dimensiones presentes y para la obtención de resultados consolidados se realiza cruce de los datos del análisis de cada técnica implementada; en el cruce de datos desde la relación de cada dimensión tanto psicológico, como social y emocional, se genera un aspecto de relevancia en la confiabilidad y validez en la aplicación de los instrumentos y obtención de resultados, al ser prevalente y coherente las características encontradas.

Respecto a las características encontradas referente a las dimensiones psicológicas en la prevalencia y existencia del fenómeno estudiado, se logra observar en el resultado del análisis de los tres instrumentos que existe una afectación y cambio en la estructura de pensamiento de las dos mujeres estudiadas, respecto a las creencias y preferencias personales, en donde la prioridad ya no es su relación de pareja, también se logra evidenciar características como baja autoestima e inseguridad tanto hacia la relación como en sí misma, la desvalorización por su imagen personal, las cuales son causa directa de la disminución o ausencia del deseo sexual hacia su pareja, manifestadas mediante las desmotivación, desinterés, desagrado entre otras; concepción desfavorable hacia lo referente a la relación de pareja, aunque se muestra un deseo de cambio, criterios y principios éticos definidos, amor propio como mujer conservando su rol de dignidad, con un muy buen manejo en habilidades para el afrontamiento de la crisis en pareja, con la característica de la pérdida de confianza y deseo sobre la relación.

Respecto a las características encontradas referente a las dimensiones emocionales en la prevalencia y existencia del fenómeno estudiado, se logra observar que en el resultado de los datos obtenidos y el análisis hecho de los tres instrumentos, existe fragilidad e inestabilidad emocional en ambos estudios de caso en donde prevalecen emociones negativas hacia la pareja como frustración, ira, desagrado, como resentimiento por acontecimientos que aún están presentes, entre otras, están presentes en el diario vivir, con dificultad para expresar sus sentimientos, y emociones, manifestados por el miedo a la reacción del conyugue, al ser tan frecuentes los conflictos, se presenta disminución de emociones fraternas de la mujer hacia su pareja, incomodidad e insatisfacción ante pensamientos o recuerdos en torno a su pareja, presencia de estrés , agotamiento e irritabilidad por los compromisos financiero.

Continuando con las características encontradas, se hace énfasis en el cansancio físico ante la situación de tener que laborar y asumir la responsabilidad de los quehaceres del hogar, lo que genera desagrado y poco deseo por la interacción con su pareja, poca o ausencia de satisfacción, y motivación por los encuentros del ejercicio de la función sexual, afectación continua a los estados emocionales, motivada por las sensaciones de desconfianza y desagrado por una interacción desasertiva para el vínculo conyugal, tanto en la comunicación simbólica como en la intimidad; desagrado e insatisfacción por la rutina diaria, situación en aumento por cada acontecimiento desasertivo, con dificultad para expresar los sentimientos espontáneos, sumisión ante los acontecimientos presentes y aplacamiento de emociones, disminución de sentimientos afectivos y emociones asertivas entorno al sistema conyugal, sensaciones placenteras en circunstancias ajenas a la relación de pareja, expectativas distantes y personales.

Respecto a lo encontrado entorno a las dimensiones sociales en la prevalencia y existencia del fenómeno estudiado, se logra observar que en el resultado de los datos obtenidos y el análisis hecho de los tres instrumentos, que existe pocos aspectos externos en la relación, no existe inferencia, ni intervención de parte de personas externas, que pueda afectar negativamente la relación; relaciones interpersonales

favorables con su entorno, la familia, el trabajo y amigos, lo que permite que existan redes de apoyo que contribuyan positivamente, son más de relación en comunicación simbólica, falta de implementación de actividades que integren el vínculo fraternal y conyugal en privado que permita el favorecimiento del vínculo, no se presenta una comunicación simbólica en la relación de pareja, existen conflictos y ruidos en la comunicación que interfieren en la relación y afectan de manera directa y desfavorable el correcto desarrollo sub-sistema conyugal.

De igual forma la presencia de constantes conflictos de pareja, preferencias desafines, en ambos estudios de caso, las parejas no intervienen ni generan espacios para rescatar el tiempo de calidad, en donde puedan interactuar y disfrutar momentos de encuentro personal, entre conyugues, sin interacción de terceros, lo que impide disfrutar de momentos más personales que podrían fortalecer el sub-sistema conyugal, las parejas muestran una buena relación interpersonal, con agentes externos como lo son, padres amigos, compañeros laborales, lo que permite identificar, la posibilidad de respaldarse en las redes de apoyo, el conflicto de la relación de pareja, no afecta ni se extiende a los demás sistemas de los individuos, se limita únicamente a la presencia del fenómeno dentro del sub-sistema conyugal.

DISCUSION

En este capítulo se expondrá la discusión de los resultados obtenidos durante el desarrollo de la investigación y la aplicación de las técnicas cualitativas. Inicialmente se hará una contextualización de la importancia de ahondar en temáticas como las disfunciones sexuales en las relaciones de pareja y como estas se interconectan directamente con la estructura del sistema familiar, para ello tomaremos como base la teoría estructural de Minuchin. Seguidamente se discuten los resultados más relevantes y con mayor relación en la mujer con ausencia del deseo sexual en la relación de pareja y la relación entorno a la dinámica del subsistema.

Luego de analizar la información pertinente para la monografía, se hace necesario empezar resaltando la importancia de la familia para y así adentrarse en la relación de pareja, puesto que el holon principal del sistema familiar es el holon conyugal o la pareja, de allí la importancia que este tenga un funcionamiento adecuado. Desde el enfoque sistémico, la familia representa un sistema de vital importancia puesto que la manera como se encuentran organizados los miembros, el estilo de comunicación que este sistema utiliza, los roles que cada uno de los miembros de este sistema ocupan al interior de él, van a determinar el tipo de relaciones que se establecen en el sistema familiar. Ahora bien, dentro del enfoque sistémico se encuentra el modelo estructural de Salvador Minuchin, este enfoque permitió el análisis y acercamiento al sistema estudiado y brindó la oportunidad de acercarse al estudio de la dinámica de la relación de pareja como un sistema abierto en el que se establecen pautas de interacción que determinarán la funcionalidad o disfuncionalidad de las familias.

Desde el modelo estructural se considera a los miembros de la familia relacionándose de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar, dicha estructura es definida como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Así mismo Minuchin establece que dentro de dicha estructura familiar se pueden identificar los límites (constituidos por reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia, es decir, tienen la función de proteger la diferenciación del sistema), además de otras formas de relacionarse como jerarquía, centralidad, periferia, alianzas y coaliciones. (Minuchin, 2003; referenciado por Soria, 2010).

Se destaca que la presente investigación conto con un estudio de caso a dos mujeres, del cual a través del análisis de los resultados y con base a lo anterior, se pudo determinar una disfuncionalidad en la estructura familiar, puesto que en las mujeres objeto de estudio se evidencio que en diversas circunstancias esa estructura no se mantiene, debido a que son ellas, en la mayoría de las situaciones, las que deben ejecutar las acciones referentes al hogar, recayendo sobre ellas las obligaciones familiares. A su vez este sistema tiende al cambio e intenta autorregularse pero le es difícil dado que

siempre se mantienen en la misma dinámica interaccional. Esta circunstancia fue el impulsador principal para determinar que dentro de las dimensiones psicológicas, el estado de ánimo de las mujeres fue el de mayor prevalencia, y al presentarse esta alteración nace un desgano para querer desarrollar el ejercicio de la función sexual con su pareja, dándole soporte a lo que Echeverría, (2003) manifiesta, que los estados de ánimo son los estados emocionales desde los cuales se realizan las acciones.

Seguidamente otro aspecto que se logró identificar de las dimensiones psicológicas que presentan disfuncionalidad, es la autoimagen que cada una de ellas tiene sobre sí misma, Adler (1966; citado por García, 1999) la define como ciertos sentimientos/pensamientos sobre uno mismo, favorecido por adversas circunstancias personales, según lo argumentado por el autor y en consecuencia que la autoimagen se favorece por las circunstancias personales, se puede determinar que la dinámica conyugal que mantienen las mujeres participes no es la adecuada. Lo anterior se puede afirmar con base a la aplicación de tres instrumentos tales como la entrevista semiestructurada, la observación directa y el conversatorio.

De igual forma, el siguiente elemento a considerar dentro de la dinámica de la relación de pareja de las mujeres objeto de estudio, es que se evidencio, en las dimensiones emocionales y estando de acuerdo con lo que refiere Saleeby (1907; citado por Prados, 2002) acerca de que las preocupaciones son el exceso de atención que se le da a una situación específica, se reconoció en las mujeres objeto de estudio que dedicaban en exceso a mantener preocupaciones sobre cuestiones referentes al trabajo y por sobre todo, una constante preocupación por la situación actual con su pareja, puesto que reconocieron que esta ausencia del deseo sexual estaba afectando de forma directa la interacción del sistema.

Otros de los aspecto relevantes es que en las dimensiones sociales, los más predominante eran las creencias estereotipadas y la promiscuidad, esta última se evidencio y fue expuesto abiertamente en uno de los casos, puesto que la participante manifestó haber tenido encuentros sexuales con una persona ajena a su pareja actual, la

real academia española (citado por Altamirano, Osorto, Mejia & Lobo 2013) define la promiscuidad como la persona que mantiene relaciones sexuales con varias personas, así como de su comportamiento, modo de vida. A esto habría que añadirle que esa actitud no les supone ningún problema de tipo moral o psicológico, ya que es consecuente con sus actos y disfruta plenamente de sus relaciones. Haciendo relación entre la definición y los resultados encontrados, se puede de igual forma afirmar que el concepto es correcto puesto que no se evidencio sentimientos de arrepentimiento o culpa por haber accionado de esa manera particular.

De acuerdo con los resultados, la ausencia del deseo sexual femenino en la relación de pareja tiene relación con los tres dimensiones que se propusieron indagar, estando más directamente relacionado con las dimensiones psicológicas, significando que el deseo sexual está influenciado por la autoestima, autoimagen, los estados de ánimo y la inseguridad consigo mismo. Cuando hablamos de sexualidad también nos referimos a la intimidad de la pareja, si no existe una confianza tanto mutua como con sí mismo en esta área, no se puede desarrollar plenamente.

Finalmente se da por terminada la discusión y el análisis de las categorías establecidas y sus posibles consecuencias según el modelo estructural de Minuchin.

CONCLUSIONES

En la realización de esta monografía se implementaron técnicas cualitativas, de las cuales hicimos uso de tres: la entrevista semiestructurada, la observación directa y un conversatorio; Estas técnicas están divididas en tres dimensiones donde se pretendió conocer por medio de tres técnicas diferentes una misma temática. De esta manera se dio cumplimiento al primer objetivo específico de la presente investigación. Se concluyó que estas técnicas son las más adecuadas para el desarrollo de temáticas como esta, puesto que son descriptivas y transversales.

Al desarrollar esta monografía, se identificaron las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales presentes en la ausencia del deseo sexual femenino en la relación de pareja, en dos estudios de casos, se tomó como muestra a dos mujeres en su etapa de fertilidad, en edades comprendidas entre 25 y 35 años, con una relación de pareja de más de dos años de convivencia, del municipio de san José de Cúcuta, Norte de Santander, en la que se concluyó que las dimensiones más predominantes son las psicológicas en ambos casos y están directamente asociados a las otras dos categorías, es decir, las dimensiones sociales y emocionales. De esta manera se da cumplimiento al segundo objetivo específico del presente estudio monográfico.

Se concluyó que de las dimensiones psicológicas, aquellos que tenían mayor prevalencia eran dos de los cuatro propuestos a indagar, los cuales fueron el estado de ánimo y la autoimagen, estos debido a la desvalorización de su imagen corporal acrecientan la mala percepción y concepción hacia la relación de pareja.

Las dimensiones emocionales, se pueden encontrar inmersas en las dimensiones psicológicas, puesto que la uno de ellos es el estado de ánimo que se encuentra relacionado directamente con las emociones y el cómo nos comportamos en diversas situaciones. Se evidenciaron en las mujeres objeto de estudio, un estado de ánimo inestable y dificultad para expresar sus sentimientos.

Se concluyó, de igual forma, que las dimensiones sociales que prevalecen en las mujeres estudio de caso son la promiscuidad y las creencias estereotipadas, pero se hace necesario resaltar que dentro de estos se encontraron otros aspectos que no habían sido propuestos en el desarrollo de la monografía, los cuales fueron la ausencia de comunicación simbólica, ruidos en la comunicación, falta de tiempo de calidad.

La monografía se encuentra sustentada en toda una base teórica sobre el enfoque sistémico considerado como una manera de abordar los problemas o fenómenos, concibiéndolos como parte de un todo, conformando un conjunto de elementos que interactúan entre sí de forma integral, produciendo tipologías distintas y por consiguiente, generando resultados superiores y/o de calidad al de sus componentes iniciales. Todo este proceso es conocido como un sistema (entendido como un conjunto de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue algún tipo de objetivo) por lo que el enfoque sistémico se soporta en la aplicación de la teoría general de los sistemas, es decir, en una forma sistémica y científica de aproximación y representación de la realidad, caracterizada por una perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen (Ministerio de la Protección Social y Otros, 2007). Ahora bien, dicho enfoque sistémico se alimenta de los aportes que realizan escuelas como la estratégica, de Palo Alto, de Milán y la estructural.

Se les facilitó una estrategia que contribuye al mejoramiento de la disfunción sexual femenina en la relación de pareja. Así mismo se generó un aprendizaje individual, grupal y profesional, sobre las temáticas anteriormente mencionadas. Dando cumplimiento al tercer objetivo general propuesto para la presente monografía

TECNICA PARA MEJORAR LA RELACION INTIMA DE LA PAREJA

TERAPIA SEXUAL: CULTIVANDO PASIÓN EN LA PAREJA

Intervención

Evaluación inicial: En caso de disfunciones sexuales que parecen requerir terapia, el primer paso a tomarse es siempre un examen médico estándar completo. Es bien conocido que muchos problemas sexuales son causados por condiciones médicas, tales como infecciones de los órganos sexuales, daños circulatorios y problemas vasculares causados por enfermedades como diabetes y muchas otras. Además, las medicaciones usadas en el tratamiento de muchas enfermedades así como el uso de alcohol, tabaco y otras drogas pueden afectar seriamente la respuesta sexual. Antes de que cualquier tratamiento psicológico o de comportamiento pueda empezar, tales condiciones médicas se deben excluir.

Igualmente se debe de definir si el trastorno es primario o secundario, al realizar la observación (normalmente por la pareja) Esta primera entrevista general suele realizarse con la pareja conjuntamente esta primera entrevista sirve fundamentalmente para detectar la motivación de la pareja ¿quién demanda?, ¿quién viene a consulta?. Además se les explica a los miembros de la pareja, la necesidad de contar con ambos en la terapia (aunque se puede trabajar con un solo miembro) ya que el problema y sus soluciones incumbe a ambos miembros. Se presenta las líneas y objetivos generales del tratamiento, se discuten-feedback las dudas.

Historia afectiva sexual: Normalmente entrevista individual para cada miembro. En donde se analiza la historia de problema a través de su vida desde la infancia a su ciclo actual; conductas sexuales; aparición y curso del problema; expectativas de tratamiento; intentos de solución que han realizado; también podemos aplicar cuestionarios que nos indiquen sobre la información sexual que se posee, actitudes ante la sexualidad, conductas sexuales etc.

Identificar claramente: Su estado emocional o psicológico y relacional sea a través de cuestionarios test o proyectivos.

Establecer diagnóstico(s) preciso(s): Con el previo análisis de los test, entrevistas, currículo sexual y manual de diagnóstico DSM IV TR se determina la disfunción a tratar.

Plan sexual específico: Al iniciar el tratamiento de cualquier disfunción sexual generalmente se trabaja la ansiedad experimentada ante la situación que viven e incluso la que el terapeuta les pueda causar (es su relación sexual: su encuentro) de lo que se trata y el terapeuta es un extraño, así que se trabaja en la confianza, la empatía; utilizando en ocasiones el humor y herramientas para bajar la ansiedad como la desensibilización sistemática, técnicas de relajación y respiración.

Es de especial eficacia cuando se emplea la técnica de Wolpe de la desensibilización sistemática en el control de la ansiedad que acompaña a disfunciones sexuales como el vaginismo, eyaculación precoz o disfunción eréctil. Constituye, pues, una excelente herramienta terapéutica para contracondicionar la ansiedad que inhibe la respuesta sexual. Posteriormente nos introducimos por el camino de despertar las sensaciones de la pareja, ejercicios de autoreconocimiento y autoaceptación del cuerpo; redescubrir el cuerpo del otro, proporcionándoles ejercicios en casa; como masaje sensitivo, masaje erótico acompañados de fantasías sexuales y los que requieren menor intimidad en consulta.

Los ejercicios suelen orientarse hacia el aumento de las sensaciones que se experimentan mediante el tacto, la vista, el oído y el olfato; al principio se prohíbe el coito; se les insista a usar fantasías para liberarse de las preocupaciones obsesivas sobre el coito reproduciéndolas como espectadores. También se trata sobre los Roles sexuales en el sexo, las emociones relaciones interpersonales, pero siempre en el marco de la erótica de los sentidos, estas vivencias enseñan al individuo y a la pareja a establecer contacto con sentimientos sensuales y eróticos que previamente habían evitado, esto es;

la sensibilización hacia sus deseos eróticos y liberación de su potencial de placer sexual. Luego por separado iniciamos con cada miembro técnicas de seducción, teniendo en cuenta su erotismo en particular, potencializándolo con la ayuda del compañero, al tiempo que trabajamos técnicas de autoestima.

Al final se añade la estimulación genital a la estimulación corporal, dando instrucciones a la pareja para que ejercite distintas posturas coitales de manera secuenciada, sin que tengan necesariamente que consumir el acto y a usar distintas técnicas de estimulación antes de proponerles que procedan al coito. Utilizando al tiempo películas, libros, folletos...etc. Gradualmente la pareja gana confianza y aprende a comunicarse verbal y sexualmente, además llevamos en cada sesión la revisión de tareas anteriores: individuales y conjuntas. Las tareas de casa pueden ser por ejemplo: Para cada miembro de la pareja (individual): por ejemplo, entrenamiento masturbatorio para el hombre y exploración genital para la mujer; detección de pensamientos automáticos si aparece ansiedad ante la realización de cada tarea.

Tareas conjuntas para la pareja por ejemplo FOCO sensorial n°2; y registro conjunto de pensamientos automáticos si aparece ansiedad de ejecución u otras emociones perturbadoras. Las tareas por si mismas alteran el sistema sexual que antes había. Un ambiente tranquilo creado por la terapia brinda al individuo y a la pareja la oportunidad de aprender a hacer el amor de una manera más libre y más placentera. Y la resolución del conflicto sexual se ve facilitando cuando la pareja realiza una serie de experiencias sexuales previamente evitadas.

Ideas básicas a la hora de intervenir

Gran sensibilidad corporal con difusión global de sus sensaciones: las caricias corporales, el despertar de los sentidos.

Emocionalidad. Las sensaciones adquieren emocionalidad, un ejemplo de ello es que el encuentro sexual y el sentimiento amoroso van frecuentemente unidos.

Percepción sexual globalizadora: La mirada hacia el otro es totalizadora, se percibe un conjunto más que las partes, dentro de esta globalidad tienen mucha importancia los sentidos y las fantasías eróticas.

Ver al otro como objeto de deseo.

Las fantasías eróticas: herramienta de placer, potencializar la responsabilidad mutua compartida por ambos miembros de la pareja.

Brindar información y educación sexual: Aportan en el cambio de actitudes negativas hacia el sexo, si mismo y el compañero/a.

Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación.

Eliminación de la ansiedad ante la relación sexual.

En general las recomendaciones dadas a las parejas son: No pensar, sólo sentir. Dejar volar la imaginación. No estar en lo que no debe ser, concentrarte en la relación. Soltarte y platicar con la pareja. Explorar y conocer su cuerpo, sobre todo áreas sensibles. (Descubrir nuevas zonas placenteras) Experimenta Hacerle saber a la pareja lo que le gusta y explorarse mutuamente para conocerse. Recuperar el propio cuerpo, ampliando el repertorio erótico. Favorecer la genitalidad. Aprender a sensibilizar sus zonas genitales. El placer como vivencia global, integradora, no centrada en la genitalidad.

Privilegio de la relación pareja.

Disfrutar de la sexualidad no sólo se refiere a la penetración; hay que tomar en cuenta todo, desde olores, calorcito, tocarse, hablarse, si ambos se sueltan y aprenden a disfrutar la intimidad, es más fácil que llegue a tener un orgasmo y disfrutar de cada acto que rodea de ese momento, eso sí es importante dejar la pena, la vergüenza el tener que

demostrarle x o y a su pareja, porque a la larga pueden causar problemas en la relación y malas interpretaciones.

Cuando el tratamiento es exitoso se aprende a liberarse de la obsesión del coito y del orgasmo y a centrarse más bien en el placer sensual, finalmente se les enseña a adoptar una actitud de responsabilidad ante su propio placer sexual y a autorizarse a sí mismo a aceptar incondicionalmente su sexualidad. Y también las parejas después de vivir un proceso de terapia sexual, aprenden a ser más sensibles consigo mismo y con el otro, y se acepta mejor el erotismo del compañero. Cada uno aprende a reconocer dónde se halla él mismo y dónde está el compañero. Ambos desarrollan actitudes más realistas y menos pre-enjuiciadas respecto al sexo, lo cual les permite pedir y dar el placer erótico sin culpabilidad ni temores, aprenden a incrementar su erotismo con fantasías y con formas de estimulación más eficaces y placenteras.

RECOMENDACIONES

Dado que es una temática es poco estudiada en la región, se desea, que futuros profesionales o profesionales en formación la retomen y den continuidad, generando mejoras. Se recomienda a la Universidad de Pamplona, la accesibilidad de ésta a cualquier persona interesada en el tema de la Ausencia del Deseo Sexual Femenino en la Relación de Pareja. Así mismo, dejamos esta investigación para que sea tomada como referencia para cualquier trabajo investigativo relacionado con la temática anteriormente descrita.

Es pertinente retomar estos estudios de investigación donde se amplíe el tamaño de la muestra para que de esta manera se puedan abarcar más resultados en lo que respecta a la ausencia del deseo sexual femenino en la relación de pareja y de esta manera se puedan generalizar los resultados que se obtuvieron en la presente investigación.

A los futuros profesionales de la Universidad de Pamplona, se les recomienda que trabajen con todo tipo de población para contribuir con el conocimiento y acrecentar el gusto por la investigación en temas de interés de crecimiento propio y superación personal

A las mujeres que fueron participes de la investigación, se les recomienda que ejecuten las técnicas facilitadas por los psicólogos en formación y así mediante estas puedan mejorar la interacción íntima con las parejas y así a través del tiempo su deseo sexual haya mejorado.

BIBLIOGRAFÍA.

- Altamirano, D. Osorto, G. Mejia, G. & Lobo, N. (2013) Promiscuidad en los estudiantes universitarios. Honduras. Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazan. Facultad de Humanidades. Recuperado de <https://metodologiadeinvestigacioncuantitativa.files.wordpress.com/2013/05/promiscuidad-en-los-estudiantes-universitarios.pdf>
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Madrid: Masson; 2000
- Batres, G. (2001). La salud de las mujeres y el género. Medicina Legal de Costa Rica. 18 (2): 220-228. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000300004
- Becerra, C. & Rozo, M. (2012). Acrecentamiento de la calidad de vida de los estudiantes universitarios, desde el manejo de la relación de pareja, su proyecto de vida y desempeño académico laboral. Universidad de Pamplona, Facultad de Salud.
- Benguría, S. Martín, B. López, M. Pastellides, P. & Gómez, L. (2010) Observación. Métodos de investigación en educación especial. Recuperado de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Observacion_trabajo.pdf
- Bohorquez, L. & Contreras, Y. (2015). Relaciones de pareja: Inteligencia emocional, comunicación y resolución de conflictos, dos estudios de caso. Universidad de Pamplona, Facultad de Salud.
- Ceballos, G. Barliza de la Rosa, L. & León, E. (2008). Colombia. Autoestima y disfunción sexual en estudiantes universitarias de programas de salud de Santa Marta,

- Colombia. Revista del programa de psicología de la Universidad del Norte. Psicología desde el Caribe. Recuperado el 11 de octubre de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21311866005>
- Cedres, S. (S.F). Uruguay. Disfunción por bajo interés sexual: deseo sexual hipoactivo. PLENUS Centro Medico Sexológico. Recuperado el 21 de septiembre del 2016 de <http://www.plenus.com.uy/docs/parejas/Disfuncion%20por%20bajo%20interes%20sexual.pdf>
- Charnay, M & Henriquez, E. (2003). Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería*. 9(1): 55-64.
- De la Espriella, R. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a14.pdf>
- Dulcey-Ruiz, E. & Uribe, C. (2002). Colombia. Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista latinoamericana de Psicología*. 34 (1-2): 17-27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>
- García, S. Aponte, H. & Socorro, P. (2005) Colombia. Diagnóstico de la disfunción sexual femenina y su correlación con el perfil hormonal en la población femenina que consulta los servicios de urología, ginecología y personal femenino del hospital San José, en Bogotá, Colombia. *Sociedad Colombiana de Urología. Revista de Urología Colombiana* 14 (3): 75-80. Recuperado el 11 de octubre de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120460012>
- Gonzales, T. (2004). México. Las creencias religiosas y su relación con el proceso de la salud- enfermedad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de estudios superiores Iztacala. Recuperado el 13 de Noviembre de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/2004-2b/vol7no2art2.pdf>

- Gorguet, I. (2008). Santiago de Cuba. Comportamiento sexual humano. Recuperado el 29 de septiembre del 2016 de http://tesis.repo.sld.cu/124/1/Iliana_Gorguet_PiLIBRO_.pdf
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, M. (2010). México. Metodología de la investigación. Quinta edición McGRAW W-HILL. Recuperado de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Lagares, P. & Puerto, J. (2001). España. Población y muestra. Técnicas de muestreos. Universidad de Sevilla. Recuperado de http://optimierung.mathematik.uni-kl.de/mamaesch/veroeffentlichungen/ver_texte/sampling_es.pdf
- Minuchin, S. & Fishman H.Ch. (1984), Técnicas de terapia familiar, Paidós, Barcelona.
- Montiel, F. (2004). Chile. Curso optativo de formación general “sexualidad, fertilidad y procreación”. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado el 28 de septiembre del 2016 de http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/MEB173/Meb173_07.html
- Villamizar, D. (2010) las representaciones de las relaciones de pareja a lo largo del ciclo vital: significados asociados y percepción del cambio evolutivo, Universitat Rovira I Virgili recuperado en 12 de octubre del 2016.
- Munarriz, B. (S.F). España. Tecnicas y métodos de investigación cualitativa. Universidad del país vasco. Recuperado el 30 de septiembre del 2016 de <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/8533/CC-02art8ocr.pdf;jsessionid=638296207B3258B2BEA868D3C1A1B92B?sequence=1>

- Munera, W. (2011). Bajo deseo sexual en la mujer. Universidad de Antioquia. XIX curso de actualización en Ginecología y obstetricia. Recuperado 12 de octubre 2016 http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ginecologia_y_obstetricia/articloe/view/17544/15138
- Muñoz, A. & Camacho, P (2016). Colombia. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Revista chilena de obstetricia y ginecología 81 (3): 168-180. Recuperado el 10 de octubre de 2016 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300002
- Ochoa, I. (2004). Barcelona. Enfoques en terapia familiar sistémica
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Concepto de sexualidad.
- Oelrich, P. (2006). Chile. Evaluación de la función sexual en mujeres en edad reproductiva.
- Prados, J. (2002) España. La preocupación: Teoría e intervención. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica II. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26070.pdf>
- Quintana, L & Galindo, N. (2015). Colombia. Estilos de apego en las relaciones de pareja. Universidad de Pamplona, Facultad de Salud.
- Sanchez, C; Bravo, J; Carreno, M; Martinez, S. 2005. Disfunción sexual masculina y su relación con el rol de Género y la asertividad. Perinatología y Reproducción Humana. 19: 152-160. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2005/ip053d.pdf>

- Soria, A. (2010) Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 06 de junio, disponible en: revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/22593/21326
- Sosa, S. (2006) El estudio de casos como estrategia de investigación. Recuperado el 12 de noviembre disponible en: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2006/ssc/2c.htm>
- Riagosa-Londoño, G. & Echeverri-Ramírez, M. (2012). Colombia. Prevalencia del desorden del deseo sexual hipoactivo en mujeres colombianas y factores asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 63 (2): 127-133. Recuperado el 1 de octubre de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195224225006>
- Torras, I (2012). España. Guía de aprendizaje. Psicología del ciclo vital. Fundacion Pere Terres. Recuperado de <http://www.peretarres.org/arxius/facultat/graus/cast/01-psicologia-ciclo-vital.pdf>
- Vargas, I. (2012) Costa Rica. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LaEntrevistaEnLaInvestigacionCualitativa-3945773.pdf>
- Worth, D. (1999) ¿Qué tiene que ver el amor en esto? La influencia del amor romántico en la conducta sexual de riesgo. Citado por Charna, M; Henríquez, E. (2003). Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería*. 9(1): 55-64
- Yepes, R. (1997). El éxito y el fracaso. *Univ Forum*. Recuperado el 11 de noviembre del 2016 de http://www.univforum.org/sites/default/files/646_Yepes_Exito_fracaso_1111_ESP_0.pdf

Zeidenstein, S & Moore, K. 1999. Aprendiendo sobre sexualidad. The Population Council. Nueva York. Citado por Charna, M; Henriquez, E. (2003). Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Ciencia y Enfermería. 9(1): 55-64

APENDICES

Anexo A. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO (PARTICIPANTE)

Yo, _____ identificado(a) con cedula de ciudadanía número _____ de _____, manifiesto mi aceptación en la investigación que se está adelantando en la Universidad de Pamplona: “Mujeres con ausencia del deseo sexual en la relación de pareja” por parte de los psicólogos en formación; proceso que ha sido explicado y entendido por mí. Entiendo que toda la información concerniente es confidencial y no será divulgada ni entregada a otra institución o individuo sin mi consentimiento escrito. Antes de firmar este consentimiento informado lo he leído cuidadosamente, he aclarado todas mis dudas referente a la investigación y la información a proporcionar, asegurándome de entender los procedimientos del estudio.

Autorizo a los psicólogos en formación consultar mi caso con otros profesionales o terceros expertos. El resultado de dicha consulta me será comunicado verbalmente. Entiendo que esto no tendrá costo, debido a que hace parte de una investigación, la cual cumple con los lineamientos legales y éticos; como consecuencia los datos obtenidos referentes a la temática serán divulgados de manera anónima y en una base de datos general dentro del informe resultante, mientras los datos personales y de identificación serán solo conocidos por el equipo responsable de la investigación. En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de éste se deriven. He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombres y Apellidos: _____

FIRMA

CEDULA DE CIUDADANIA

Anexo B. Entrevista semiestructurada

DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL EN MUJERES EN RELACIÓN DE PAREJA

En la presente entrevista, se indagará sobre aspectos fundamentales que infieren de manera directa e indirecta sobre su deseo sexual, por lo cual se recomienda, brindar con atención y contestar cuando tenga claridad de la respuesta, sin limitaciones al contestar, ni restricción de algún tema en particular, en el momento que considere que las preguntas son invasoras o atentan en contra de su integridad, estará en su derecho de manifestarlo libremente y desistir de la pregunta.

1. ¿Cómo se siente en este momento previo, para dar inicio a la entrevista?
2. ¿Hábleme sobre el conocimiento y percepción que tiene sobre una relación de pareja?
3. ¿Hábleme sobre el conocimiento y percepción que tiene sobre el ejercicio de la función sexual?
4. ¿Cree que sentir deseo o tener fantasías sexuales *está bien o que considera sobre el tema?*
5. ¿En la actualidad como es la relación de pareja, en su entorno privado y como en un entorno en relación con las demás personas?
6. ¿Cómo es la relación íntima de pareja?
7. ¿Considera que hace falta algo, se debe fortalecer o se modificar algunas cosas en su relación de pareja?
 Aspectos de intimidad
 Aspectos Económicos
 Aspectos Comunicación
 Aspectos Familia
 Aspectos Sociales.
8. ¿Considera que su relación íntima de pareja ha cambiado? ¿Qué cree q haya influenciado?

9. ¿Considera que su pareja conserva el mismo deseo sexual por usted que antes?
10. ¿Los sentimientos y afecto hacia su pareja se conservan? ¿En que han cambiado?
11. ¿Cómo evaluaría su nivel de interés sexual y por qué?
12. ¿Tiene satisfacción o existe algún factor que impide disfrutar al máximo su sexualidad?
13. ¿Cómo ha sido en general el grado de satisfacción sexual obtenido en su relación?
14. ¿Se encuentra satisfecha con la duración del ejercicio de la función sexual?
15. ¿Está satisfecha con la capacidad de erección de tu pareja?
16. ¿Está satisfecha con la actitud y el comportamiento de tu pareja hacia ti, durante la realización del ejercicio de la función sexual?
17. ¿Tiene disminución o falta de interés en la actividad sexual? ¿En qué casos?
18. ¿Ausencia o disminución de fantasías y pensamientos sexuales o eróticos?
19. ¿Sensaciones genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual de la actividad sexual en pareja?
20. ¿En qué le gustaría mejorar su rendimiento y satisfacción sexual con su pareja?
21. ¿Qué piensas sobre adquirir juguetes eróticos?
22. ¿Has llegado a sentir deseo de masturbarte?
23. ¿Qué considera que ha influido en la variación de su nivel de interés o deseo sexual?
24. ¿Le gustaría que el nivel de interés o deseo sexual fuese mayor?
25. ¿Le gustaría que el ejercicio de la relación sexual fuera más satisfactorio?
26. ¿Con que frecuencia has llegado al orgasmo y que cree que ha influido?
27. ¿Estas satisfecha con la frecuencia de relaciones sexuales?
28. ¿Tiene dificultades para la penetración, como dolor o incomodidad?
29. ¿Sufre de alguna afectación, o estreches vaginal? ¿Cuál?
30. ¿En alguna ocasión ha evitado mantener el ejercicio de la función sexual por miedo al dolor o al fracaso?
31. ¿Algún día has cruzado las miradas o conversado con alguien, y ha sentido tal “química” que te ha inspirado para masturbarte más tarde a solas?
32. ¿Qué piensas sobre sentir deseo sexual por alguien que no sea tu pareja?
33. ¿Existe alguna persona en su ambiente cotidiano, ajena a su pareja que active su deseo sexual al interactuar o recordarla?

34. ¿Ha mantenido relaciones sexuales con un tercero, manteniendo aun la relación con su pareja?
35. ¿Existe algo que considere importante comentar en este momento, que no haya sido preguntado o comentado durante la entrevista?