



Grado el Psicología

Trabajo fin de Grado

Curso 2015/2016

Convocatoria Junio

**Modalidad:** Revisión bibliográfica

**Título:** Variables psicosociales que afectan en el deseo sexual de la mujer dentro de la adultez media.

**Autora:** Irene Segura Soler

**Tutora:** Estefanía Estevez Lopez

Elche a 16 de Junio de 2016

## Índice

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
3. Procedimiento.....	6
4. Resultados.....	7
5. Conclusiones.....	17
6. Bibliografía.....	21
Tabla 1.....	12

## 1. Resumen

La sexualidad de la mujer en la adultez media está asociada a cambios individuales evolutivos. Entre éstos destaca la disminución en el deseo sexual, llegando a convertirse en deseo sexual inhibido o hipoactivo. Ésta es la causa más común de disfunción sexual en mujeres, representando 48,1% de todos los casos de esta patología (Caballero-Santamaría, 2013). Dada la incidencia de este problema y su epidemiología en la población femenina, se precisa conocer de manera exhaustiva las causas que llevan a su desarrollo. Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de conocer cuáles son las variables influyentes y cómo afectan en la el deseo sexual hipoactivo. Los resultados afirman que; la edad, las enfermedades, la toma de fármacos, el climaterio, la cultura, la escolaridad - educación sexual, los traumas sexuales anteriores, la edad de los hijos, la comunicación conyugal insuficiente en relación a los problemas de pareja, la autoestima y la depresión son los factores que influyen en el desarrollo de esta disfunción. En conclusión, se encuentra necesario investigar sobre el deseo sexual inhibido ya que hay pocos estudios donde se clarifiquen las variables relevantes en el inicio y desarrollo del mismo.

Palabras clave: deseo sexual, mujer, adultez, madurez y disfunción sexual.

## 2. Introducción

El ser humano es una unidad integral, compuesta por varias dimensiones; una de estas dimensiones es la sexualidad, construcción social que se origina en el propio individuo, proceso que interpreta y adscribe un significado cultural a los pensamientos, a las conductas y condiciones sexuales, y en donde la experiencia que cada persona pueda tener de la sexualidad está mediada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, etc.(Zeidenstein, 1999).

Esto ha originado que sea una de las dimensiones del ser humano que históricamente ha creado conflicto para su estudio, ya que existen diversas opiniones y enfoques respecto a su significado, a su importancia y a las relaciones con los otros aspectos de la naturaleza humana. De esto es que cada cultura aborda en forma distinta esta expresión natural (Pino, 1992).

La sexualidad se define 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 vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, y relaciones interpersonales. Además, la sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2015).

Es por el conjunto de estos factores que influyen en la sexualidad del ser humano, el porqué de la conflictividad de su estudio y los diferentes enfoques del mismo, dependiendo principalmente de la cultura. Además, es muy difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales. Dentro de los factores influyentes en la sexualidad y la forma de expresarla encontramos el deseo sexual. Éste está definido como la el sentimiento de apetencia sexual hacia alguien (Real Academia de la Lengua Española, RAE). Otros autores afirman que el deseo sexual corresponde a una tendencia o motivación, a exponerse y/o a buscar activamente circunstancias que aumentan la probabilidad de llevar a cabo conductas autoéroticas o intercambios sexuales y sentirse receptivos a éstos (Martínez, 1999).

Dentro de esta propia definición encontramos el deseo sexual primario y el secundario. El primario es el deseo de participar en una actividad sexual a los efectos del placer personal ya sea físico, emocional o ambos. El secundario son las ganas de participar en la actividad sexual solamente por la felicidad de la otra persona

involucrada o por otro motivo, como la concepción de hijos (*“enciclopedia de la sexualidad”*, de sexología, 2012).

Existen muchas lagunas en el conocimiento del deseo, de hecho, autores principales de sexología como son Master y Jhonson (1966) describieron la respuesta sexual humana sin mención alguna al deseo y hasta épocas recientes no había sido tenido en cuenta.

Hoy día, se pueden distinguir varios tipo de deseo dependiendo de los estímulos externos, los neurotransmisores cerebrales y la concentración hormonal, entre otros factores (Basson, 2002).

Se puede hablar de deseo sin objetivo, relacionado directamente con las hormonas, en concreto con la testosterona biodisponible, donde la mujer tiene la sensación subjetiva de desear pero no a una persona en especial. A nivel fisiológico esta forma, que se puede denominar impulso, se activa en el período periovulatorio y, según las mujeres, justo antes o después de la menstruación (Levin, Fisher, 2002).

Otra forma de desear, es la centrada en el objeto, es decir, se anhela a una persona en concreto, puede denominarse deseo romántico y va a estar relacionado, a nivel cerebral, con los receptores dopaminérgicos.

Por último, existe otra variedad, característica de las mujeres cuya relación de pareja no es novedosa, que comienzan las relaciones sexuales sin tener deseo y se activa después de un proceso de excitación. A esta variante se le podría denominar deseo postexcitatorio y ésta es la forma más frecuente de ser entre mujeres mayores. (libro deseo Levin, Fisher, 2002).

En definitiva, la sexualidad durante la vida, del nacimiento a la muerte, sufre cambios y desarrollo. Habitualmente se considera que la actividad sexual es algo natural, sin embargo un porcentaje alto de individuos, en algún momento de su vida, relata presentar alguna alteración; estos trastornos impiden disfrutar satisfactoriamente de la actividad sexual. Se denominan disfunciones sexuales y se define la disfunción como "toda alteración persistente de los patrones normales de interés y de respuesta sexual" (Hawton, 1988).

Atendiendo a estas disfunciones, hacemos referencia al deseo sexual hipo activo o inhibido, temática principal de nuestro trabajo. Se habla este tipo de deseo cuando existe disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de

forma persistente o recurrente y el trastorno provoca malestar acusado o dificultades en la relación interpersonal (DSM-IV-TR, 2014).

Además, se incorporaron a esta definición aspectos relacionados con el ciclo vital, quedando una definición más ajustada a la práctica: " Ausencia o disminución de sensaciones, interés, pensamientos o fantasías sexuales siendo la motivación para buscar la excitación escasa o nula y teniendo presentes los cambios fisiológicos de la mujer a lo largo del ciclo vital y la duración de la pareja (Basson y col. 2003).

La sexualidad de la mujer en la adultez media en particular, está relacionada con los cambios individuales evolutivos dependientes de la edad que constituyen uno de los factores principales para el desarrollo del deseo sexual hipo activo. Esto ocurre especialmente a partir de los cuarenta años, donde se observa un deterioro objetivo en el deseo sexual femenino. En particular, destaca la influencia de variables tanto físicas como psicosociales en este deterioro, siendo las últimas más relevantes en lo estudiado y todas éstas tratadas a continuación en el presente trabajo. En este mismo sentido, cabe destacar que en la mujer, existe una conexión muy estrecha entre el área emocional y la sexualidad, lo que quiere decir que las emociones influirán en la sexualidad y viceversa. Es por eso por lo que resulta de mayor coherencia hacer referencia a la calidad de la pareja más que a la duración de la misma, ya que existen parejas que, a pesar de llevar mucho tiempo juntos, siguen manteniendo un alto nivel de deseo y como se comentó con anterioridad en el ciclo vital, un porcentaje muy relevante de mujeres de 70 años siguen considerando la sexualidad muy importante para sus vidas.

Por tanto, es más preciso definir el deseo sexual hipo activo como " la ausencia o disminución de pensamientos o fantasías sexuales y de interés en iniciar un encuentro sexual, en presencia de adecuados inductores externos e internos del deseo (Cabello-Santamaría, 2007).

En cuanto a epidemiología relacionada con el deseo sexual hipo activo de la mujer, un problema notable a la hora de establecer la prevalencia radica en los distintos criterios a la hora de clasificar la disfunción. En suma, se puede inferir que los datos de prevalencia acerca del deseo son solo de carácter orientativo, baste ver la variabilidad de cifras existentes; 11% (Johnson, Phelps y Cottler, 2004), 24-43% (Laumman y colaboradores, 2005), 48'1% siendo el deseo sexual hipo activo la disfunción que más acusa a la mujer (Cabello-Santamaría, Instituto Andaluz de

Sexología y Psicología, 2003). Es, por consiguiente, el deseo sexual hipo activo, sin duda, la disfunción sexual que más afecta a la mujer, un 42'8 %, dato más actual.

Pero, dentro de toda la prevalencia en la mujer, ¿Cuáles son las variables que afectan en el deseo sexual durante la adultez media? El objetivo de este trabajo es conocer, mediante una revisión bibliográfica los factores que influyen en el deseo sexual inhibido de las mujeres. Se ha seleccionado esta temática debido a la gran prevalencia de mujeres con este tipo de trastorno sexual, a la problemática de estudio que muestra, a los diferentes puntos de vista de lo estudiado y a la relevancia que se apunta en investigaciones previas.

Además, se quiere aclarar y recopilar las variables empíricas más relevantes que influyen en el deseo hipoactivo de la mujer ya que se ha encontrado en la recopilación de información para el presente trabajo una gran laguna de variables a especificar y agrupar. Es conveniente conocer a nivel científico las variables influyentes en el deseo sexual, debido a que éste tiene enorme incidencia en la calidad de las relaciones personales, siendo este tipo de relaciones un factor determinante para la felicidad percibida del ser humano.

Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de estudios a cerca de:

- Variables fisiológicas influyentes en el deseo sexual de la mujer dentro de la adultez media.
- Variables psicosociales influyentes en el deseo sexual de la mujer dentro de la adultez media.

### **3. Procedimiento**

Para llevar a cabo el objetivo del presente trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Google académico, Science Direct, Scielo, Psicoinfo, Psicotherma y Piscodoc cruzándose las palabras clave: inhibición, deseo sexual, mujer, adultez y variables.

Las revistas científicas donde se han encontrado más artículos relevantes sobre la temática a tratar son; *de.sexología* y *AES* (revista de la asociación de

especialistas en sexología) y *Scielo* (revista científica online). Además, cabe destacar como la ubicación de la mayoría de los estudios con mujeres sobre el deseo sexual en la adultez media han sido realizadas en América Latina, teniendo Europa poca investigación sobre la temática. Concretamente, es España, sólo el Instituto Andaluz de Psicología y Sexología (IASP) ha realizado investigación y estudios relacionados con el deseo sexual hipo activo en nuestro país.

A continuación se muestran los criterios utilizados en éste proceso:

Criterios de inclusión: las publicaciones utilizadas son artículos publicados en revistas científicas, tesis o doctorados de universidades con reconocido prestigio, escritos en castellano o inglés, publicados en los últimos quince años (2001-2016), sobre las variables que afectan al deseo sexual de la mujer dentro de la adultez media.

Criterios de exclusión: no serán válidos artículos de investigación en animales, aquellos publicados en otros idiomas (salvo castellano o inglés), capítulos de libros, ponencia en congresos, artículos de periódico, revistas no científicas o los anteriores a 2001.

Tras la revisión de la búsqueda, se han filtrado las publicaciones según los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Finalmente, se ha quedado un total de treinta y un artículos para la realización del presente trabajo. Cabe destacar la gran cantidad de información fisiológica sobre la temática a abordar y la carencia de información psicológica, en contraste, sobre la misma. Además de la falta de estudios sobre esta temática en la Unión Europea y de forma más concreta en España, mencionado ya con anterioridad.

#### **4. Resultados (variables influyentes)**

Los factores que pueden producir una alteración del deseo son muy variados. Para su estudio en el presente trabajo, se han dividido las variables influyentes en dos grandes grupos integrados cada uno de ellos por distintos factores. Se dividen éstos en factores orgánicos y en factores psicosociales.



Los factores orgánicos se conocen como aquellas alteraciones, intrínsecas o extrínsecas, congénitas o adquiridas, de presentación continua o intermitente, que por sí mismas o por su relación con otras, producen modificaciones estructurales, funcionales o ambas en el organismo. Los relacionados con el deseo sexual de la mujer son; la edad, las enfermedades, la toma de fármacos y drogas y el climaterio o menopausia.

Los factores psicosociales son aquellos que se incluyen en los diferentes contextos en que vive el ser humano: familiar, social, laboral, cultural y económico. Estas variables son estudiadas independientemente unas de las otras. Los relacionados con el deseo sexual de la mujer son; cultura, escolaridad - educación sexual recibida, traumas sexuales anteriores, edad de los hijos, comunicación conyugal insuficiente en relación a los problemas generales de pareja, autoestima y depresión.

No es fácil determinar la causa exacta de una disfunción sexual como el deseo sexual hipoactivo en una persona determinada ya que se da la concurrencia de factores diversos, tanto orgánicos como psicosociales sin olvidar los factores individuales.

✓ Factores orgánicos

- Edad:

La prevalencia de este del deseo sexual hipoactivo aumenta desde 22,2% a los cuarenta años a 66,6% en las mujeres de sesenta años. La edad predictor de mayor riesgo de disfunción sexual en mujeres, casi cuadruplicándose el riesgo, es en mujeres mayores de 44 años (Laumann y cols).

Además de esta variable en sí misma, otros factores pueden contribuir asociándose con la edad al desarrollo de esta disfunción. Por un lado, los cambios físicos generales (aumento de peso, flacidez de las mamas, pérdida de cabello, etc.,) pueden secundar a un deterioro de la autoimagen con un sentimiento de pérdida de atractivo personal. Por otro lado, la presencia de enfermedades físicas que con mayor frecuencia producen disfunciones sexuales son más frecuentes a medida que aumenta la edad. En tercer lugar, como una consecuencia del padecimiento de enfermedades físicas, aumenta el consumo de medicamentos que pueden afectar al funcionamiento

sexual. En cuarto lugar, la edad está relacionada directamente en mujeres con la aparición de la menopausia, hecho orgánico y del ciclo vital que afecta de forma negativa en el deseo sexual de la mujer. En el último lugar los trastornos mentales, especialmente la depresión, la ansiedad y la demencia son más frecuentes, y los tres, al igual que los medicamentos que se utilizan para su tratamiento, afectan en gran medida a la libido sexual. (Todos estos factores mencionados en éste párrafo serán explicados con mayor detenimiento en apartados siguientes del presente trabajo).

Si estos agentes asociados a la edad no son pocos, hay que añadir además los mitos sexuales culturales que reflejan actitudes negativas hacia la sexualidad en las personas “mayores” de edad, los cuales por sí mismo pueden ser suficiente causa de precipitación de la disfunción del deseo sexual. Nuestra sociedad ha enfocado el deseo sexual de una mujer mayor y por consiguiente el derecho a ejercer su sexualidad con normalidad como algo “ya no necesario para sus vidas”. Es por ello por lo que muchas señoras de edades mayores experimentan episodios depresivos o de ansiedad dada la incapacidad impuesta por la sociedad que ellas tienen para ejercer sus deseos en el ámbito sexual con total normalidad. Esto desarrolla que las señoras de edades tardías supriman su deseo sexual, en primer orden por imposición social y después racionalizándolo ellas mismas como algo “normal dada su edad” e integrándolo así en su día a día (Luis Gaspar Segura, 2015).

Por todo lo anterior, la variable edad correlaciona de forma positiva con el deseo sexual de la mujer ya que a mayor edad existe mayor riesgo de aparición de disfunciones sexuales en general y del deseo sexual hipoactivo en concreto.

- Enfermedades:

El éxito del acto sexual y todos los procesos que éste implica, incluyendo el deseo entre otros, depende en último término de la integridad de los órganos sexuales y de los sistemas orgánicos implicados: circulatorio, neurológico y endocrino. La respuesta sexual femenina en particular depende de unos órganos reproductores anatómicamente intactos, un adecuado suministro vascular a estos órganos, una regulación nerviosa funcional a los genitales y un sistema hormonal normal. Por lo tanto, muchas enfermedades físicas, que afectan a este funcionamiento corporal pueden menoscabar el funcionamiento sexual.

En este sentido, cualquier trastorno físico que afecte al nivel efectivo de andrógenos afectará a la libido. En la práctica, los andrógenos tienen un papel de primer orden en el deseo sexual de la mujer. Éste aumenta en fase posterior a la ovulación. Pero, mediado el ciclo se observa un aumento de la actividad sexual debido a que es una etapa en la que se conjugan un máximo de andrógenos y estrógenos. Son estas hormonas las que acentúan o promueven el deseo sexual en la mujer. Además, el descenso de la secreción de estrógenos tiene como consecuencia una merma en la lubricación vaginal, lo que favorece a la pérdida de elasticidad de las paredes vaginales. Esto tiene que ver con la excitabilidad, lo que termina repercutiendo de forma negativa en el deseo.

Además, las enfermedades endocrinas que afectan bien a la hipófisis, bien a las gónadas o a ambas, pueden precipitar la aparición de disfunciones sexuales.

Respecto a las enfermedades que afectan al sistema nervioso, las que afectan específicamente a los centros sexuales del cerebro son raras. Pero, ciertos tumores que implican áreas temporales o frontales del lóbulo límbico y epilepsias debidas a focos localizados en estas áreas, pueden igual incrementar o disminuir el deseo sexual, haciendo que éste oscile en valores extremos tanto altos como bajos.

Por otra parte, cualquier trastorno que afecte a los nervios sensoriales periféricos procedentes de los genitales, a los nervios sensoriales viscerales, a los nervios motores simpáticos o parasimpáticos, a los nervios somáticos que inervan los genitales y a los centros reflejos de la medula espinal que controlan la vaso congestión y el orgasmo, bloquean la respuesta sexual, inhibiendo así el deseo. Por consiguiente, toda enfermedad que afecte al aparato neurológico al servicio de la respuesta sexual, como son la esclerosis múltiple o la diabetes avanzada, suprimen el deseo sexual. Por citar un ejemplo, en mujeres diabéticas el 88'9% puede llegar a tener falta de deseo.

Puesto que la respuesta sexual consiste en una congestión vascular y en contracciones musculares, las enfermedades vasculares pueden bloquear esta respuesta, iniciando así una disminución del deseo sexual dada la incapacidad de llegar al orgasmo o climax.

Finalmente, cualquier factor que cause dolor durante el acto sexual o que infiera en la estimulación, puede afectar de manera adversa en el deseo de la mujer. Incluimos en este apartado las artritis graves, hernias inguinales, hernias discales, la

obesidad extrema y las enfermedades locales de los órganos genitales, como las infecciones vaginales, el himen imperforado, etc.

En definitiva, la ausencia o disminución del deseo sexual en presencia de una enfermedad orgánica es un hecho general.

- Toma de fármacos:

Es un hecho conocido que un determinado número de medicamentos y drogas interfieren con el buen funcionamiento sexual, ahora bien, ninguno de dichos productos causa trastorno en todos los pacientes. Este hecho diferencial, todavía sin resolver, refleja alguna forma de vulnerabilidad fisiológica o farmacológica, pues la respuesta individual a una sustancia farmacológicamente activa representa la resultante de complejas interacciones entre un gran número de factores: la acción farmacológica de la droga, la dosis, ciertos factores psicológicos situacionales como la predisposición y las expectativas del individuo en cuanto a los efectos de la droga, su estado mental y su relación con el compañero sexual y finalmente sus rasgos de personalidad.

Algunos fármacos que parecen tener efecto directo sobre el cerebro. Interfieren en el deseo sexual. Otros interfieren en la producción o en la acción de las hormonas sexuales, pero la causa más común son los fármacos que afectan a las vías nerviosas autónomas (antidepresivos tricíclicos, antihipertensivos y tranquilizantes mayores o neurolépticos). Por otra parte, los medicamentos que con mayor frecuencia están relacionados con el deseo sexual hipoactivo son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, ya que el aumento de esta hormona presenta una reducción en la libido femenina.

Además, las píldoras anticonceptivas disminuyen la capacidad de respuesta sexual en las mujeres. El supuesto mecanismo de acción de este fármaco parece implicar el antagonismo androgénico, cuya función es inhibir los efectos biológicos naturales de los andrógenos (hormonas sexuales). Esto produce, el último término, la depresión de los centros sexuales del sistema nervioso central desarrollándose de esta manera la inhibición del deseo sexual.

Tabla 1: *Fármacos y drogas que deterioran el deseo sexual.*

Antihipertensivos	Metildopa Reserpina/hidralacina/hidroclorotiazidas (individualmente o en combinación) Clortiazida Clonidina Espironolactona
Bloqueantes de los receptores adrenérgicos	Alfa: Fenoxibenzamina Beta: propranolol
Hipnóticos y antiansiolíticos	Alcohol Antihistamínicos y anticolinérgicos Barbitúricos Benzodiazepinas
Alucinógenos	LSD Cannabis (marihuana)
Anfetaminas y cocaínas	
Narcóticos	Heroína Morfina Codeína Metadona
Fármacos endocrinológicos	Glucocorticoides Progestinas Estrógenos en el varón Acetato de ciproterona Medroxiprogesterona Contraceptivos orales
Fármacos varios	Metronidazola Clofibrato Receptores-H2(cimetina) Dietilpropion HCL Fentermina HCL y resina Fenfluramina Metoclopramina HCL

- Climaterio o menopausia:

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

Se considera que el impacto psicológico de la menopausia está fuertemente ligado a factores personales y sociales; de esta manera padecen más afecciones psicológicas aquellas mujeres provenientes de ámbitos culturales en los que el cuidado de los hijos, la fertilidad y el rol femenino son elementos prominentes. Los cambios en dicha etapa del ciclo vital, en algunas ocasiones pueden inferir en el descenso del deseo sexual de la mujer.

Entre estos cambios, cabe destacar la disminución en la lubricación vaginal durante la excitación sexual, las contracciones orgásmicas, la plenitud mamaria e incluso la erección de los pezones, así como la necesidad de un mayor tiempo para la estimulación y la excitación sexual. Estos cambios físicos pueden modificarse si se practican de forma habitual relaciones sexuales con penetración, en cuyo caso se conserva la expansión y mejora la lubricación de la vagina. Por el contrario, si no se practica el coito ni la masturbación, la relación sexual con penetración puede resultar difícil 5-10 años después de la menopausia.

Se sabe que durante esta época de la vida el desequilibrio y la disminución de los estrógenos producen alteraciones en el aparato genital femenino, así como en el organismo en general; por tanto, es comprensible y lógico que la respuesta sexual también sufra modificaciones. No obstante, la menopausia en sí misma no es un momento de pérdida y desesperanza: incluso puede llegar a ser una época de despertar sexual, pues las mujeres que aborrecían los métodos anticonceptivos, liberadas ya del miedo al embarazo, pueden experimentar una mayor frecuencia y variación del coito. Si la mujer tiene una visión positiva de esta etapa y busca las alternativas a una visión coito-centrista, además de promover su autoestima y autocuidado, el climaterio será una etapa de plena satisfacción sexual y emocional, donde el deseo sexual puede notarse también en aumento. Por lo tanto, la menopausia no correlaciona con el deseo de forma inversa, no hay una relación directa entre la disminución del deseo y la menopausia.

✓ Factores psicosociales.

- Cultura:

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).

Es por ello por lo que culturas de carácter permisivas dotan a la mujer de capacidad libre de transmitir y potenciar su deseo. Por el contrario, culturas represivas afectan de manera que las mujeres, con el paso de los años, van disminuyendo su deseo sexual hasta anularlo por completo.

- Escolaridad - educación sexual recibida:

Se considera la escolaridad como el conjunto de cursos y enseñanzas impartidas en establecimientos docentes.

En relación a la escolaridad de la mujer, los resultados muestran que existe una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y el deseo sexual inhibido ya que éste se presenta en menor porcentaje en mujeres de mayor escolaridad. Aquellas mujeres que no terminaron sus estudios presentaban en un 42% deseo sexual disminuido, y aquellas que sí los terminaron reportaron en un 24% alteración en el deseo sexual (Laumann y col, 1999).

Por otra parte, la educación sexual hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo. En relación a esta variable y el deseo sexual, disponer de una información sobre sexualidad inadecuada o insuficiente es un factor importante de vulnerabilidad para el desarrollo de cualquier tipo de disfunción sexual, entre ellas el deseo sexual hipoactivo. La falta de educación ha sido una

constante para muchas personas, especialmente en el sexo femenino y en generaciones anteriores a la actual.

La influencia negativa de nuestra cultura occidental sobre la información sexual, ha sido debida a la creencia de que si los jóvenes tenían una información sexual temprana eso haría que empezaban antes con la vida sexual por tanto, se tendía a ocultar o reprimir la información sexual como forma de control, creando así mitos sexuales que inevitablemente abocan hacia la disfunción sexual. Cabe destacar que tanto la educación en centro escolar como la educación familiar hacia la sexualidad es importante ya que éstas tendrán un profundo efecto en el desarrollo psicosexual posterior del niño. Por otro lado, en la etapa de la adultez, es indispensable disponer de una correcta información acerca de los cambios ocasionados por la aparición de la menopausia así como las distintas soluciones a los problemas que pueden surgir con el objetivo de poder seguir disfrutando de su sexualidad de forma saludable.

Por todo lo anterior, es necesaria una buena educación sexual tanto a nivel escolar como a nivel familiar, sin tabús, permisiva e igualitaria para ambos sexos. Esto prevendría el desarrollo de disfunciones sexuales.

Para finalizar, se concluye que mujeres con alto nivel de escolaridad y una educación sexual correcta desarrollan menor riesgo de padecer deseo sexual hipoactivo.

- Experiencias sexuales traumáticas:

Todas las mujeres que han sufrido algún tipo de experiencia traumática refieren haber desarrollado, posteriormente, dificultades en el desarrollo normal del deseo sexual.

El 23% de las mujeres que habían sido objeto de abusos sexuales en la infancia refería problemas de ajuste sexual en la actualidad (Fritz, 1981).

Además, existen trabajos referentes a la violación y sus secuelas sobre el funcionamiento sexual posterior (Burgess y Holmstrom, 1979; Feldman-Summers y cols, 1979; Becker y cols, 1982). Los resultados de dichos trabajos muestran que las mujeres víctimas de violación obtienen menos satisfacción sexual, tienen menor frecuencia de relaciones sexuales y presentan mayor riesgo de padecer deseo sexual inhibido.



Por otro lado, un embarazo no deseado es otra forma de experiencia sexual traumática que puede provocar una evitación de la actividad sexual por pérdida del deseo. En el mismo sentido actuaría el adquirir una enfermedad infecciosa de transmisión sexual.

Otro factor a considerar es la calidad de las experiencias sexuales posteriores al trauma y elegidas voluntariamente, puesto que si son positivas tenderán a borrar los efectos de traumas sexuales anteriores, mientras que si también son negativas tenderán a reforzarlos.

- Intimidad, edad de los hijos:

En la asociación con la variable edad del menor de los hijos, se esperaba encontrar que las mujeres que tienen hijos pequeños presentaran en mayor proporción deseo sexual inhibido, ya que es en esta edad cuando los hijos demandan mayor atención y por tanto mayor desgaste y cansancio de la madre. Sin embargo, esta disfunción se presenta en mujeres que tienen hijos mayores de trece años, lo que se relaciona con pérdida de intimidad, miedo a ser interrumpidos durante las relaciones y/o vergüenza a reconocer su sexualidad frente a sus hijos adolescentes. Aquellas parejas con hijos que alteraban de alguna forma la intimidad de la pareja, reportaron índices más altos de disfuncionalidad sexual; se observa que existe una proporción mayor de deseo sexual inhibido en aquellas que deben ocupar el dormitorio con otros miembros de la familia, lo que permite concluir que sí existe la influencia directa de la falta de intimidad en la aparición de disminución del deseo sexual (Laumann 1999). Referente al mismo punto, existe una asociación directa entre la intimidad y presencia de disminución del deseo, ya que se encontró que aquellas mujeres disfuncionales sexualmente presentaron a su vez menor grado de intimidad (McCabe, 1997).

- Comunicación conyugal insuficiente, en relación a los problemas generales de pareja:

El factor precipitante más común de las disfunciones sexuales y asimismo, factor de mantenimiento son los conflictos continuados de diversa índole en la relación sentimental de la pareja. Muchas parejas son incapaces de hablar de sus relaciones sexuales, sin expresar sus ansiedades y necesidades, además de,

tratar de adivinar lo que piensa o siente el otro miembro de la pareja realizando interpretaciones distorsionadas que contribuyen al descenso del deseo sexual. La mujer se ve más afectada por estos problemas ya que ella necesita tener una relación afectiva y comunicativa satisfactoria para poder tener apetito sexual por su pareja.

En definitiva, el deseo sexual en la mujer está totalmente relacionado con la capacidad afectivo-comunicativa de la pareja, es decir, a mayor afectividad y comunicación, mayor será el deseo sexual en la mujer.

- Autoestima:

La autoestima y la sexualidad están íntimamente relacionadas, un problema en una de las áreas afecta a la otra. Una persona con baja autoestima no se encontrará capaz de entregarse a otra persona, sentirá que no es suficiente, que molesta o invade al otro y no será capaz de sentir deseo por otra. Es por eso que la baja autoestima está estrechamente relacionada con la inhibición del deseo sexual. (Díaz y cols, 1999).

Cabe destacar que en el ciclo de adultez media en la mujer, ésta tiende, en relación a los efectos de la menopausia, a menguar su autoestima por lo que esta variable toma aún más importancia sobre la disminución del deseo sexual.

- Depresión:

La depresión produce, como síntoma añadido una disminución del deseo sexual (Mathew y Weinman, 1982). También hay que tener en cuenta el efecto secundario de la medicación antidepressiva, ya que está demostrado el efecto negativo que producen dichos fármacos sobre el deseo, inhibiéndolo por completo (Beaumont, 1977).

## 5. Conclusión

Tras el estudio de las variables influyentes en el deseo sexual de la mujer dentro de la adultez media podemos afirmar que existen variables precipitadoras de dos tipos en esta clase de disfunción, variables orgánicas y psicosociales.

Por un lado, las variables orgánicas influyentes son:

- Edad: a mayor edad existe mayor riesgo de aparición de disfunciones sexuales en general y del deseo sexual hipoactivo en concreto.
- Enfermedades: en presencia de alguna enfermedad orgánica la ausencia o disminución del deseo sexual es un hecho general. Destaca la influencia de patologías que afectan al sistema nervioso y al endocrino. El síntoma más relevante, en cuanto al descenso de la libido en este tipo de enfermedades es la disminución del nivel de andrógenos.
- Toma de fármacos: aquellos con acción directa en el sistema nervioso, los que afecta a la producción o acción de las hormonas sexuales, los que influyen en las vías nerviosas autónomas y las píldoras anticonceptivas (que disminuyen el nivel de andrógenos) son los fármacos que afectan en el deseo sexual hipo activo en la mujer.
- Climaterio o menopausia: los cambios fisiológicos, endocrinos y psicosexuales en esta etapa del ciclo vital de las mujeres, pueden inferir en el descenso del deseo. No obstante, la menopausia en sí misma no es un momento de pérdida o desesperanza del mismo. Por lo tanto, esta variable no correlaciona con el deseo de forma inversa, no hay una relación directa entre la disminución del deseo y la menopausia.

Por otro lado, las variables psicosociales influyentes son:

- Cultura: las culturas represivas afectan de manera que las mujeres, con el paso de los años van disminuyendo su deseo sexual hasta anularlo por completo.
- Escolaridad-educación sexual recibida: mujeres con alto nivel de escolaridad y una educación sexual correcta desarrollan menor riesgo de padecer deseo sexual hipoactivo.
- Experiencias sexuales traumáticas: Todas las mujeres que han sufrido algún tipo de experiencia traumática, incluyendo embarazo no deseado o contagio de ETS, refieren haber desarrollado, posteriormente, dificultades en el desarrollo normal del deseo sexual. Además, las experiencias sexuales posteriores a la traumática repercuten en la libido de la mujer ya que éstas pueden borrar los afectos del trauma o acentuarlos en función de la valoración positiva o negativa.

- Intimidad, edad de los hijos: las mujeres con hijos de trece años en adelante muestran menor índice en su deseo, lo que se relaciona con la intimidad de la pareja y el miedo a ser descubiertos.
- Comunicación conyugal insuficiente, en relación a los problemas generales de pareja: el deseo sexual en la mujer está totalmente relacionado con la capacidad afectivo-comunicativa de la pareja, es decir, a mayor afectividad y comunicación, mayor será el deseo sexual en la mujer
- Autoestima: La sexualidad y la autoestima son dos factores íntimamente relacionados. Una mujer con una autoestima baja presentará dificultades en su deseo sexual. Cabe destacar que en la etapa de la adultez media y en relación a los efectos de la menopausia, la autoestima tiende a menguar, por lo que esta variable toma aún más relevancia en esta fase del ciclo vital.
- Depresión: ésta produce, como síntoma añadido, una disminución del deseo sexual. Además, se ha demostrado como los medicamentos para este tipo de patología influyen negativamente en el deseo.

Por todo lo anterior, queda demostrado en los estudios analizados que las variables con mayor peso en este tipo de trastorno son las psicológicas, siempre que no exista una patología física directamente relacionada con la fisiología del aparato reproductor femenino u otro tipo de enfermedad. Por tanto cuando estamos tratando a mujeres en la adultez media con dificultades con el deseo nos debemos centrar en diversos factores. En primer lugar, debemos proporcionarles una educación sexual óptima dentro de unos valores culturales de aceptación e igualdad de género. El segundo lugar, ayudarles a superar posibles episodios sexuales traumáticos mediante una correcta intervención terapéutica. Además, se ha de trabajar con la autoestima de estas mujeres, potenciándola y trabajando los diferentes niveles de comunicación a nivel individual y de pareja para evitar que éstas caigan en una depresión y conseguir que dichas mujeres disfruten de una buena calidad de vida junto a una sexualidad sana.

Después de todo lo estudiado y analizado, se proyectan una serie de recomendaciones:

- A nivel académico: proponemos el abordaje y estudio en profundidad de las variables que afectan al deseo sexual hipoactivo ya que en todo el mundo y en España en concreto, existe escasas investigaciones

sobre esta temática considerada de relevancia dada su alta epidemiología en la mujer adulta.

- A nivel terapéutico: planteamos ofrecer el establecimiento de grupos de trabajo formativo-terapéutico para edades concretas con dificultades en el deseo sexual además de la posibilidad de abordar esta problemática de forma individual.

- A nivel educativo: sugerimos la posibilidad de implementar programas de educación afectivo-sexual en las escuelas que faciliten el camino hacia una adultez sana. Además proponemos la implantación de cursos en centros sociales o sanitarios para mujeres pre menopáusicas con la finalidad de que éstas gocen de ésta nueva etapa desde la información, la salud y el bienestar.



## 6. Bibliografía

- Abrantes, M.; Freitas, M.; Dimenstein, M. (2001). Discurso sobre sexualidad y salud reproductiva en usuarias del Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer en el Municipio de Natal, Brasil. *Revista Mujer Salud. Red de Salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Vol 2, pp. 3-15.*
- Aluja, A. Gallart, D. y Torrubia, R. (1992) Frecuencia de conductas sexuales en mujeres de nivel sociocultural medio-alto. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología, 23,* 6-32.
- American Psychiatric Association. (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). *Madrid: Masson.*
- Amsterdam, A. y Krychman, M. L. (2006). Sexual dysfunction in patients with gynecologic neoplasms: a retrospective pilot study. *Journal of Sexual Medicine, 3 (4),* 646-49.
- Alizade M. (2005). Trauma o desafío: el paso de los años en la mujer. La sensualidad femenina en los tiempos de la madurez. *Rev. De Psicoanálisis, LXII, 2, 2005,* págs. 281-289.
- Arcos, E., Molina, I., & Oelrich, P. (2006). Evaluación de la función sexual de mujeres en edad reproductiva. Centro de Salud Familiar Rahue Alto, Osorno. *Cuad Méd Soc, 46(4),* 274-83.
- Arcos E., Molina I., Oelrich P. (2006). Evaluation of the Sexual Function of Women in Reproductive Age. *Health Family Center Rahue Alto, Osorno. Cuad Méd Soc (Chile), 46 (4):* 274-283.
- Bancroft, J., Lofitus, J y Long, J. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of General Psychiatry, 50 (3),* 217-23.
- Basson, R. (2002). Women's sexual desire-disordered on misunderstood? *Journal of Sex and Marital Therapy, 28,* suppl 1, 17-28.
- Bianco, F. (1998). *Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología.* Caracas: Ediciones CIPV.
- Blümel, J. E., Araya, H. y Riquelme, R. (2002). Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas: influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Revista Médica Chilena, 130(10),* 1131-1138.
- Blümel, J. E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H., & Sarrá, S. (2004). Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista chilena de obstetricia y ginecología, 69(2),* 118-125.
- Blümel M, Juan Enrique, Binfa E, Lorena, Cataldo A, Paulina, Carrasco V, Alejandra, Izaguirre L, Humberto, & Sarrá C, Salvador. (2004). Índice de función sexual femenina: un test

para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(2), 118-125.

Bravo, C. S., & Meléndez, J. C. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. *Perinatol Reprod Hum*, 21(1), 33-43.

Caballero F., (2010). Manual de sexología y terapia sexual. Cap.12, Deseo sexual hipoactivo de la mujer. 231-251.

Camila M., Olympia A., Giovanna N. (2011). Satisfacción sexual: La percepción de las mujeres adultas jóvenes (20-40 años) que pertenecen al CECOSF Bellavista, de la comuna de Ancud, durante el segundo semestre del 2011. *Tesis. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia y Puericultura.*

Cariote E. (2006) Estereotipos de género ponen en peligro la salud sexual en la adolescencia. *Salus*, vol. 10, núm. 3, pp. 19-24. *Universidad de Carabobo Bárbula, Venezuela.*

CIE-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva:World Health Organization: 1992.

Dennerstein, L., Koochaki, P., Barton, I. y Graziontin, A. (2006). Hypoactive Sexual Desire Disorder in Menopausal Women: A Survey of Western European Women. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 212-222.

Dennerstein, L., Lehert, P. y Burguer, H. (2005). The relative effects of hormones and relationships factor on sexual functioning of women through the natural menopausal transition. *Fertility and sterility*, 84, 174-180.

DeRogatis, L., Rosen, R., Leiblum, S., Zipfel, L. y Guo, C-Y. (2008). Development and Evaluation of the Women's Sexual Interest Diagnostic Interview (WSID): A Structured Interview to Diagnose Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) in Standardized Patients. *Journal of Sexual Medicine*, 5 (12), 2827-2841.

Ellis, H. (1913). *Estudios de psicología sexual*. Madrid: Reus.

Fernández, M. A. G. (2010). Disfunción sexual femenina en el climaterio. *Matronas profesión*, (3), 93-98.

Fierro, D., Rechkemmer, A., Roman, V., Fierro, L., & Ruiz, M. (2015). Sexualidad y menopausia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 43(1), 41-48.

Garzón, P. C., Díaz, J. A., Alonso, J. B., Camacho, A. F., Estella, F. G., Sendín, J. R., & Camino, J. S. (2002). Disfunciones sexuales de origen no orgánico. *Medicina General*, 49, 916-922.

- Gayá V. (2015). Viagra femenina: efectos. *Rev. El siglo*. N° 1117.
- González L., Pieiga I. & M., (2001). Respuesta sexual en la mujer climatérica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 390-394.
- Hernández, Braulio, & Lugones, M. (2007). Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 33(3).
- INE (2015). Instituto Nacional de Estadística. Datos sociodemográficos.
- Jiménez, M. , Enríquez B., & Puentes E. M. (2010). Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(2), 160-172.
- Labrador, F. J., & Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13(3), 428-441.
- Leiblum, S. y Bachman, G. (1994). The sexuality of the climateric woman. En B. A. Eskin (ed.). *The menopause: comprehensive management*: 3rd ed. New York: Mac Graw-Hill, 137.
- López J. (2003). Problemas sexuales de la pareja de la mujer posmenopáusica con tratamiento hormonal sustitutivo (THS). *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 30(10), Pages 333-338.
- Lugones M., Valdés S., & Pérez, J. (1999). Climaterio, familia y sexualidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 134-139.
- Malo De Molina, C., Valls, J. M. y Pérez, A. (1988). La conducta sexual de los españoles. Barcelona: Ediciones B.
- Masters y Johnson (1966, 1970) *Human Sexual Response y Human Sexual Inadecuacy*.
- Masters y Johnson (1987). *La sexualidad humana* (3 volúmenes). Grijalbo, Barcelona.
- Munárriz R., Rodríguez R., Puigvertb A. y Pomerolb J.M. (2004). Tratamiento de la disfunción sexual femenina. Fundación Puigvert. Cartagena, 340. 08025 Barcelona. España.
- Muñoz C. (2004). Diseño y evaluación de una intervención comportamental cognoscitiva para disminuir el miedo al dolor en el momento de la penetración en una relación sexual. Tesis Pontificia Universidad Javeriana. *Universidad de Bogotá D.C. Colombia*.
- Ospino, G. A. C., De la Rosa, L. B., & Botero, E. L. (2008). Autoestima y disfunción sexual en estudiantes universitarias de programas de salud de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, (22).



- Primo, F., Elorduy, M., y Martínez, C. (2005). ¿ Qué piensan las personas mayores de la sexualidad? Opiniones, mitos y creencias. *Revista Española de Sexología*, 130, 7-110.
- Rebolledo, M. & Fierro H. (2003). Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y enfermería*, 9(1), 55-64.
- Sánchez C. , Morales F. , Carreño J., Martínez S. (2005). Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Rev. Perinatol Reprod Hum* 2005; 19: 152-160.
- Sánchez C., Carreño J., Martínez S., & Gómez M. E. (2003). Comunicación marital. *Perinatol Reprod Hum*, 17(2), 91-101.
- Sánchez C., Corres N. , Blum B., & Carreño J. (2009). Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Salud mental*, 32(1), 43-51.
- Sánchez C, Morales F, Carreño J, Martínez S. (2005) Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Revista Perinatología Reproducción Humana*. 19:152-160.
- Sánchez C. (2007). Perfiles y factores explicativos de las disfunciones sexuales. Tesis de doctorado. *Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México*.
- Sánchez, F., Conchillo, M. P., Valls, J. B., Llorens, O. G., Vicentee, J. A., & de Las Mulas, A. C. M. (2004). Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Atención primaria*, 34(6), 286-294.
- Scott, J. W. (1986). El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Historical review*, 91, 1053-1075.
- Segura, L. (2015). *Factores psicosociales del deseo sexual*. 27-30.
- Sills, T., Wunderlinch, G., Pyke, R., Segraves, R., Leiblum, S., Clayton, A., Cotton, D. y Evans, K. (2005). The Sexual Interest and Desire Inventory-Female (SIDI-F): ítem response analyses of data from women diagnosed with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 2(6), 801-818.
- Tepper, M.S. (1992). Sexual education in spinal cord injury rehabilitation: current trends and recomendations. *Sexual Disability*, 10(1), 15-31.
- Verhulst, J. y Heiman, J. (1988). A systems perspective on sexual disire. En S. R. Leiblum y R. C. Rosen (eds.). *Sexual Desire Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Warnock, J. Biggs, C. (2003). Reproductive life events and sexual functioning in women: case reports. *CNS spectrums*, 8(03), 188-193.

Zurbriggen, E. L. y Yost, M. (2004). Power, desire, and pleasure in sexual fantasies. *Jornual of Sex Resarch*, 41(3), 288-300.

