

**VIVENCIAS DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN LA ADULTEZ, DE UN GRUPO DE
MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA. UN
ESTUDIO CUALITATIVO**

Nathalia Delgado Osorio

Trabajo de grado para optar al título de especialista en Sexología Clínica

Asesor

Paulo Cesar Giraldo, Mg.

Docente sociología Universidad de Caldas

**Universidad de Caldas
Facultad de Ciencias para la Salud
Departamento de Salud Mental
Manizales, Caldas
2021**

**VIVENCIAS DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN LA ADULTEZ, DE UN GRUPO DE
MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA. UN
ESTUDIO CUALITATIVO**

NATHALIA DELGADO OSORIO

Trabajo de grado para optar al título de especialista en Sexología Clínica

**Universidad de Caldas
Facultad de Ciencias para la Salud
Manizales, Caldas
2021**

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a mi maestra, la profesora Adriana Arcila, por su apoyo constante, guía, paciencia y amistad, sin sus consejos, aliento e ideas este trabajo no se habría podido llevar a cabo. Agradezco inmensamente a las mujeres participantes en esta investigación, quienes demostraron una gran confianza al compartirme sus vivencias personales y por quienes todo este esfuerzo vale la pena.

Quiero agradecer de corazón a mi familia por su apoyo incondicional y sacrificio al apoyarme a través de esta formación académica, especialmente a mis padres Henry Delgado y Maria Consuelo Osorio y a mis hermanos Martha Elena y Víctor Manuel.

Agradezco a mi director, el profesor Paulo Giraldo, quien, con sus lecturas y sesiones de asesoría, me supo guiar en este camino hermoso de la investigación cualitativa. Manifiesto también mi profundo agradecimiento a todos mis compañeros de residencia y resto de docentes del departamento de Salud Mental y Comportamiento de Humano de la Universidad de Caldas.

Finalmente agradezco a mis amigos y amigas, los antiguos y recientes, quienes con su paciencia y acompañamiento hicieron de toda esta experiencia un reto apasionante y valioso.

TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen.....	6
2. Introducción.....	7
3. Planteamiento del problema y justificación.....	9
4. Marco teórico.....	18
4.1. Antecedentes.....	18
4.2. Marco conceptual.....	20
4.2.1. Abuso sexual.....	20
4.2.2. Función sexual humana.....	23
4.2.3. Investigación cualitativa en salud.....	27
4.2.4. Vivencias.....	30
5. Pregunta de investigación.....	32
6. Objetivo general.....	33
7. Objetivos específicos.....	34
8. Metodología.....	35
8.1. Diseño de estudio.....	35
8.2. Población y muestra.....	35
8.3. Procedimiento.....	35
8.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	36
9. Procesamiento de la información.....	38
10. Resultados.....	38
10.1. Categorías iniciales.....	40
10.1.1. Fase apetitiva.....	41
10.1.2. Fase relacional.....	42
10.1.3. Fase estimuladora.....	44
10.1.4. Fase excitatoria.....	47
10.1.5. Fase orgásmica.....	49
10.2. Categoría emergente	50
10.2.1. Autopercepción del funcionamiento sexual.....	50

11. Discusión.....	53
12. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones.....	56
12.1. Conclusiones.....	57
12.2. Limitaciones.....	58
12.3. Recomendaciones.....	59
13. Referencias bibliográficas.....	60
14. Anexos.....	64
14.1. Aprobación del comité de ética Universidad de Caldas.....	64
14.2. Formato de guion de la entrevista.....	65
14.3. Matriz de operacionalización de categorías.....	66

RESUMEN

El disfrute de la función sexual de las mujeres tiene diversos determinantes: la educación sexual recibida, la edad, los antecedentes patológicos, la salud mental, el antecedente o no de abuso sexual en la infancia, la actitud erotófila o erotofílica que desarrolló, entre otros.

El antecedente de abuso sexual en la niñez se ha asociado por medio de estudios cuantitativos a diversas alteraciones en la función sexual, pero recientes investigaciones sugieren que esta asociación no es tan clara y respecto a la naturaleza de esta asociación y sus variaciones no se comprende bien.

Siguiendo esta problemática, es menester ampliar y detallar desde una perspectiva cualitativa, la función sexual de mujeres con este antecedente específico, para ofrecer un análisis más profundo que admita la subjetividad y las vivencias de las mujeres para comprender como se entrelaza este fenómeno con el establecimiento de la función sexual de una mujer adulta.

Se planteó un estudio con enfoque cualitativo, de orientación hermenéutico-interpretativa y de corte transversal que tiene como objetivo comprender la función sexual de mujeres adultas con antecedente de abuso sexual en la infancia, según el modelo de función sexual del Dr. Helí Alzate.

Se realizaron entrevistas abiertas y semi-estructuradas a seis mujeres, que evaluaban la función sexual. El análisis de las vivencias dio cuenta de la función erótica humana a través de las cinco fases del modelo de respuesta sexual del Dr. Helí Alzate, también que cuando se presentaban alteraciones estas correspondían más a comparaciones con pares o combinación de factores de riesgo negativos para el deseo y el orgasmo, por ejemplo, considerar la actividad sexual única del matrimonio sin objetivos erotofílicos. Para las participantes de este estudio fue importante la presencia de una conexión, afectividad y confianza, al relacionarse con el objeto sexual, para que haya estímulos placenteros.

El estudio muestra que la existencia de procesos de subjetivación presentes de forma singular en las participantes, son susceptibles de comprenderse científicamente a la luz del análisis cualitativo.

INTRODUCCIÓN

El efecto del abuso sexual en la niñez sobre el funcionamiento de la respuesta sexual en la vida adulta tiene diferentes aproximaciones, principalmente en cuanto al efecto negativo a largo plazo que tiene el abuso sexual en la vida de las personas abusadas. Los efectos a largo plazo incluyen una amplia gama de trastornos médicos, conductuales y psiquiátricos, que incluyen depresión, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, obesidad, sentimientos de aislamiento, estigmatización, baja autoestima, problemas con las relaciones interpersonales, efecto negativo sobre la función sexual, revictimización, abuso de sustancias, comportamiento suicida y psicosis.(1)

Son múltiples los factores que afectan la función sexual femenina, tanto positiva como negativamente, entre estos: la edad, la presencia o no de enfermedades, antecedentes de violencia sexual, problemas interpersonales, autoestima, alteraciones anatómicas, calidad de la educación sexual recibida, entre otras(2); por esto, asegurar la relación directa del antecedente de abuso sexual y la alteración de la función sexual es osado.

El abuso sexual es un evento traumático que afecta de diferentes maneras la integralidad de la persona, y el grado de afectación depende específicamente de la estrategia de afrontamiento del suceso, es decir, si se expuso al agresor en el momento, las reacciones de los cuidadores al conocer el evento, el tipo de abuso que se presentó(3), también depende del grado de educación sexual que recibió la persona agredida, la edad, la presencia de comorbilidades, todos estos pueden influir en el significado cognitivo – emocional que la persona le dará al abuso.

Otro planteamiento sugiere que en la función sexual de la mujer adulta con antecedente de abuso sexual, intervienen otros factores además de este, y si hay alteración de esta, no necesariamente está relacionada con el antecedente del abuso sexual(4). Se conoce la falta de unanimidad en los estudios que afirman la relación directa entre la experiencia de abuso sexual en la infancia y las disfunciones sexuales. Si bien la investigación cuantitativa ha

establecido los efectos perjudiciales de este evento, la naturaleza de estos efectos y las variaciones en ellos no se comprenden bien.

Es evidente también la ausencia de un grosor investigativo con perspectiva cualitativa de la función sexual de las mujeres con este antecedente (4), que pueda dar cuenta de la forma como estas mujeres ejercen su función erótica, ya sea de forma positiva o negativa(5).

Se conoce que en América continental la prevalencia de disfunciones sexuales es de aproximadamente 43 % y 65 %(6). En Colombia, la tasa de abuso sexual rodea los 23.000 casos anuales. Hay una concentración en ocurrencia del abuso, cuando las víctimas son niñas, niños y adolescentes, que se traduce en el 86,83% del total de casos (7).

El propósito de este estudio es comprender la función sexual de mujeres adultas con antecedente de abuso sexual en la infancia, según el modelo de función sexual del Dr. Helí Alzate. Para así, sentar bases para la investigación de la función erótica en mujeres con este antecedente, evitando sesgos, como la atribución indiscriminada y directa del abuso como causa de la disfunción sexual. Así mismo dar la oportunidad a este grupo de mujeres, no pocas en nuestro medio, de conocer, comprender las experiencias vividas, reinterpretar y repensar su funcionamiento sexual.

La metodología que se empleó, fue un enfoque cualitativo, con orientación hermenéutico-interpretativa y de corte transversal, que permitió ofrecer una visión más amplia, diferente a la estrictamente biomédica o estadística y que admite la subjetividad de los investigadores.

Se utilizó un diseño de una entrevista abierta semi-estructurada, se realizaron de forma individual y en un ambiente privado. Las narraciones se registraron a través de grabaciones en formato audio. Este ejercicio llevó a una siguiente actividad, transcribir y sistematizar cada uno de los relatos, dando inicio al proceso de ordenamiento de la información. Se realizó la fase de análisis y comprensión a partir de estudiar e interpretar cada una de las diversas narrativas que arrojó la entrevista en profundidad.

Esta estructura de análisis permitió identificar aspectos importantes de los relatos de las mujeres que detallan los elementos de sus vivencias eróticas a luz del modelo de función sexual del Dr. Helí Alzate(8).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Helí Alzate, en su libro *Sexualidad Humana* (8), definió la sexualidad como el conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana. Dentro de ella encontramos dos funciones principales: la reproductora y la erótica o placentera. La función erótica humana es definida por el mismo autor como: “la función consciente y condicionada por la cultura, que se ha derivado filogenéticamente de la función reproductora, pero que es ejercida en primer lugar de modo placentero o lúdico (función erótica) y secundariamente de modo reproductor, mediante el uso de zonas corporales u órganos de especial sensibilidad”. También, es la forma más frecuente de ejercer la sexualidad humana y la forma más reciente de aparición en la evolución, exclusiva de los humanos.

En las historias de vida y psicosexuales de mujeres que han experimentado abuso sexual, se ha descrito que se altera el ejercicio de estas funciones, principalmente la erótica(8), Alzate describió que podría modificarse radicalmente la percepción que tiene quien la sufre, de su propia persona, de los demás y del entorno social; presentándose reacciones inmediatas y retardadas que pueden afectar, más o menos permanentemente, la autoestima de la víctima y su forma de vida(8). Con el tiempo ha venido surgiendo mayor información respecto a esta afirmación, pero aún es notable la falta de consenso frente a un tema tan álgido y crítico como este, dado principalmente por ausencia de una perspectiva totalmente objetiva de este evento.

Se conocen algunos estudios cualitativos relacionados con el abuso sexual en la niñez y la función sexual en la adultez.

Para el año 2003, Oaksford y Frude, en su estudio cualitativo(9) que indaga sobre las estrategias de afrontamiento inmediatas y a largo plazo adoptadas por los sobrevivientes de abuso sexual infantil, reportó que lidiar con el abuso sexual infantil no es estático, sino que cambia con el tiempo, las narraciones de estos sobrevivientes sugieren que un resultado adaptativo puede asociarse con una evolución particular de las estrategias a lo largo del

tiempo, es decir, los sobrevivientes informaron sobre cómo afrontar predominantemente involucrándose en métodos de escape psicológico inicialmente y luego adoptaron la evaluación cognitiva y las estrategias de reformulación positiva a largo plazo. Parece que los procesos de afrontamiento pueden afectar el resultado psicológico después del abuso sexual infantil.

En el año 2008, Træen y Sørensen(10), realizan una investigación para aclarar cómo sobrevivientes de abuso físico, psicológico y/o sexual manejan su vida sexual cuando experimentan problemas de deseo en las relaciones de pareja, en este, diez mujeres fueron seleccionadas para entrevistas en profundidad de 2 a 3 horas. Encontraron que las auto descripciones de las entrevistadas indicaban vergüenza, auto desprecio y falta de autoestima. Así, se plantearon la hipótesis de que, dado que la autoestima es de vital importancia para la intimidad, el curso lógico de acción es evitar situaciones que puedan amenazarla, por lo tanto, rechazar sexualmente a la pareja antes de ser rechazado puede verse como una estrategia de afrontamiento, plantean también que otra estrategia puede ser negarse a si mismo poder sentir cualquier deseo sexual hacia la pareja. En la interacción con una pareja que ofrece cuidado, el sexo ya no es una obligación, es opcional, y se refiere a las propias necesidades sexuales de la mujer traumatizada; es así, como el problema de la vergüenza se resuelve cortando el deseo sexual. Muestra este estudio las herramientas de afrontamiento negativas para la función sexual erótica individual o en pareja.

Anderson y Hiersteiner(11), también en el 2008, publican su estudio cualitativo donde examinan las historias de recuperación de 27 sobrevivientes de abuso sexual. Encontraron que, aunque la recuperación es altamente individualizada, las narrativas de los participantes indicaron tres elementos críticos: (1) la revelación el abuso; (2) dar sentido al trauma como propio; y (3) el desarrollo de relaciones de apoyo. Se revelaron perspectivas contrastadas hacia la recuperación y el restablecimiento cuando los participantes consideraron que la primera era obtenible, mientras que la última no lo era. Los resultados de este estudio reflejan cómo hay diversas perspectivas para la superación de los casos de abuso sexual en la infancia.

Para el año 2009, se publicó un estudio cualitativo realizado en mujeres latinas(12), donde se buscaba articular un modelo de cómo ellas enfrentan el abuso sexual infantil (CSA) y las formas en que las variables personales y culturales influyen en sus estrategias de afrontamiento. Nueve mujeres que se identificaron como latinas y como sobrevivientes de CSA participaron en una entrevista en profundidad. Los datos fueron analizados utilizando una metodología de teoría fundamentada. Los resultados sugirieron que los esfuerzos de afrontamiento de los participantes estaban influenciados por una variedad de factores culturales y que se involucraban en una amplia gama de comportamientos de afrontamiento, todos los cuales cumplían dos funciones principales: (1) buscar alivio de las emociones negativas y (2) protegerse a sí mismo de nuevos abusos.

En el año 2012 se realizó un estudio cualitativo(13) en siete niños con antecedente de abuso sexual, en este emergieron cuatro temas superiores que caracterizaron la experiencia de los hombres que viven con una historia de CSA, un sentimiento generalizado de vergüenza no solo se originó a partir de la experiencia de abuso sino también sus consecuencias psicológicas. La negación, la incredulidad y la duda de otros aumentaron el sentimiento de vergüenza, con dudas, disociación y alteraciones en los resultados evidentes de conciencia y estrategias de manejo. Este estudio muestra entonces los diversos efectos negativos en el funcionamiento adulto de los niños con el antecedente de abuso sexual.

Arias y Johnson(14), en el 2013, en un estudio diseñado a partir de la teoría fundamentada constructivista, examinó las percepciones de la recuperación en 10 mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil. Los resultados concluyen con un modelo teórico de curación, que captura el significado de las relaciones de apoyo, las características internas, los puntos de inflexión y las fuentes de curación activa. Las fuentes importantes de curación activa incluyen la terapia, la educación informal y formal, la compasión y la empatía, la atribución de culpa a los abusadores y la confrontación de los abusadores. Aportando este, algunos factores que contribuyen al restablecimiento de una vida sexual satisfactoria.

Guzmán y Trujano(15), en un estudio latinoamericano publicado en el año 2020, realizaron once entrevistas semiestructuradas a 4 mujeres y 2 hombres donde exploraron y analizaron

los sistemas de significados alrededor de los efectos del abuso sexual en la infancia en su experiencia erótica, estos autores encontraron que: persiste la importancia de los constructos de género tradicionales en las primeras experiencias eróticas, al evidenciar como en las mujeres no se muestra mayor disposición en las oportunidades para experimentar el acercamiento con otras personas como parte de la construcción de su feminidad; informaron sobre cómo las vivencias de abusos sexuales permitieron dar sentido a las dificultades observadas en la edad adulta, es decir, más allá de las descripciones de conductas sexuales de riesgo o disfunciones sexuales asociadas con el antecedente de abuso sexual infantil, las experiencias fueron caracterizadas por las personas como dificultades situadas en etapas o periodos de sus vidas, por ejemplo, el miedo o incomodidad al interactuar con personas del sexo de quien les agredió y evitación del contacto corporal o del intercambio de sexo por afecto; y observaron que hay un valor otorgado al amor, como un elemento que permitió la resignificación positiva de la experiencia traumática. Concluyendo como con la perspectiva cualitativa y un enfoque narrativo, se puede revelar que las creencias culturales del género aún guían las experiencias eróticas, pero, estas no determinan la vida de las personas, puesto que son capaces de ejercer su potencial de agencia y transformar sus realidades al mostrar que algunas veces se puede lograr ir más allá del discurso de la victimización, así como del daño permanente e irreversible a través del cual suelen describirse las vivencias del abuso sexual y de sus posibles efecto (15).

Es así como se propone que la función sexual en mujeres adultas con antecedente de abuso sexual debe ser evaluada, despojándose de las connotaciones morales y penales; es fundamental el abandono del constructo abuso sexual infantil como único determinante causal del surgimiento de patologías y problemas personales en mujeres adultas con este antecedente(3), y cuestionarse por el trasfondo de la patogenicidad, como lo han realizado algunos autores al plantear, que ni siquiera sea el abuso sexual el que genera el daño, sino más bien la suma de los factores que lo rodean los que son realmente nocivos(5). Consideración también ya presentada por Gibson y Morgan(5), al plantear que en lugar de investigar un problema social claramente definido, se debe reconocer que las caracterizaciones de la experiencia social pueden ser variables, fragmentadas o sujetas a cambios, y con este enfoque abrir más el potencial para explorar las complejidades

involucradas en la definición de abuso sexual infantil y la importancia que se atribuye a estas experiencias. Posteriormente en el 2014, Jo Woodiwiss (16), plantea a través de su investigación cualitativa a 16 mujeres con antecedente abuso sexual en la infancia, que una sola historia no puede acomodar todas las experiencias, ya que cuando esa única historia se vuelve dominante, las otras experiencias no son reconocidas y corren el riesgo de ser silenciadas y dejadas sin un marco narrativo para dar sentido a sus experiencias, que a su vez corren el riesgo de que otros no reconozcan como abuso.

Se hace necesario entonces, desarrollar investigaciones profundas, donde se analicen los demás aspectos que influyen en la vida o función sexual de las mujeres, por ejemplo, cuestionarse, como lo hacen los investigadores cualitativos (5), la forma en que el abuso sexual infantil interactúa con otras condiciones adversas que a menudo ocurren junto con él; y así poder exponer factores que ayuden a continuar alimentando la información que se tiene respecto a la influencia del abuso sexual en la niñez sobre la experiencia erótica en la vida adulta.

Se ha reportado que el deseo sexual hipoactivo es la disfunción sexual más frecuente en las mujeres con antecedente de abuso sexual en la niñez, pero esta alteración en la fase apetitiva de la función sexual, también es la más común en la población general, por lo cual es importante ahondar, en los casos en los que se identifica la clara relación entre los factores a estudiar, en cómo se afectan las fases de la función erótica con el antecedente de abuso.

Para el estudio o evaluación de la función erótica humana, la Sexología Clínica se ha valido de modelos propuestos por múltiples autores a lo largo de la historia. Para facilitar su descripción, estos modelos generalmente dividen el funcionamiento sexual por etapas. Existen varios modelos, y corrientes de pensamiento que se podrían dividir en tres grupos que han marcado el rumbo de las escuelas que estudian la sexología a nivel mundial: los modelos somatofisiológicos entre sus mayores representantes: Havelock Ellis, Gerard Zwang, Alfred Kinsey, Masters & Jhonsons, Helen Kaplan; y los modelos biopsicosociales como el modelo circular de Basson y el modelo Psicosomatofisiológico de Helí Alzate, desde

nuestro punto de vista el más completo descrito hasta el momento, aunque lamentablemente uno de los menos conocidos.

Con lo descrito anteriormente se puede ahora plantear lo siguiente; ¿Cómo se vivencia la función sexual en la edad adulta mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia, según el modelo de función sexual humana del Dr. Helí Alzate?

Con los antecedentes mencionados y sin tener en cuenta si las mujeres han o no superado la experiencia de abuso sexual en la niñez, es posible cuestionarse cuáles son los procesos experimentados durante su vida que las lleva a desarrollar la vivencia actual de su función erótica.

Se plantean entonces cinco categorías iniciales para evaluar la función sexual, desde una mirada cualitativa: fase apetitiva, relacional, estimuladora, excitatoria y orgásmica; categorías que fueron planteadas en el modelo de respuesta sexual del Doctor Helí Alzate.

1. Fase apetitiva: se refiere a la motivación consciente que impulsa al ser humano a ejercer la función sexual de modo erótico.(8)

2. Fase relacional: Motivada por el apetito sexual, la persona, adopta comportamientos que buscan ponerla en relación con una pareja (objeto) sexual compatible con sus preferencias eróticas, con el propósito de estimularse, excitarse y llegar al orgasmo. Planteaba Alzate que, en el caso de la mujer, el condicionamiento cultural y la menor intensidad de su libido han hecho que el sentimiento amoroso hacia el objeto sexual potencial adquiera en ella importancia capital. Por eso, en la mujer, la secuencia de la función erótica se inicia más bien con la fase relacional, durante la cual se desarrolla la emoción amorosa que, a la vez que refuerza o despierta su apetito sexual, le facilita psicológicamente el paso a la fase estimuladora y su continuación secuencial.(8)

3. Fase estimuladora: La estimulación sexual se define como la acción de un estímulo interno o externo que, al ser percibido síquica o somáticamente por el sujeto, es susceptible de inducir

en él una sensación placentera específica (excitación sexual), o una reacción somatofisiológica también específica (respuesta sexual), típicamente en los órganos sexuales.(8)

4. Fase excitatoria: Se define como la percepción subjetiva del continuo de sensaciones placenteras inducidas por la estimulación sexual. Cualquier tipo de estímulo (síquico o somático), siempre que sea adecuado, puede hacer entrar al sujeto en la fase excitatoria. Sin embargo, son los estímulos táctiles los que usualmente permiten a la persona excitarse hasta el orgasmo; la intensidad y la duración de estos estímulos eficaces varían individualmente.(8)

5. Fase orgásmica: Se define como un fenómeno síquico, es la percepción subjetiva de la culminación placentera de la excitación sexual. Como en el caso de la excitación, el orgasmo se manifiesta muchas veces, sobre todo en el hombre, por fenómenos somatofisiológicos. Los fenómenos del plano somático de la fase orgásmica pueden estar, total o parcialmente ausentes, o ser simplemente la respuesta refleja a la estimulación sexual.(8)

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio, guarda relevancia como objeto de estudio de la sexología clínica, en el sentido que puede llegar a proveer información socialmente válida de base empírica, que aportará conocimiento valioso respecto a la influencia del antecedente de abuso sexual en la niñez y el desarrollo de la función sexual en la vida adulta, aportando datos e interpretaciones prácticas y conceptuales, que ayuden a dilucidar el mecanismo del daño del abuso sexual infantil, y ayude a comprender el por qué no todas las mujeres con este antecedente desarrollan una disfunción sexual y por qué no en todas las que la presentan, está relacionada necesariamente con el antecedente de abuso sexual, teniendo en cuenta que en sus biografías se identifican otros factores causantes de disfunción sexual. Así, se tendrá mayor información para construir una forma adecuada de tratamiento en las pacientes con alteración en su función sexual y evitar la revictimización frente a esta situación.

Si bien los estudios cuantitativos reflejan la alta tasa de antecedente de abuso sexual en la niñez, tener la visión del enfoque cualitativo en mujeres con un mal funcionamiento de alguna de las fases de la respuesta sexual, ofrecerá una visión integral y no solo lo concluido por modelos estadísticos que muchas veces dejan por fuera frentes del problema sin abarcar, y que facilitan las conclusiones o deducciones parciales.

Teniendo en cuenta las altas tasas(7) de abuso sexual en Colombia, los estudios en esta materia, son necesarios para ampliar el conocimiento, con miras a desarrollar programas adecuadamente dirigidos para la prevención, y promoción de la salud sexual y reproductiva, así como el tratamiento de las disfunciones sexuales y la intervención correspondiente al abuso sexual. En Colombia, en los últimos diez años las tasas de abuso han tenido un comportamiento relativamente constante, siempre por encima de los 21.000 casos anuales, pero, para el año 2017 hubo un aumento del 11,21% respecto al año anterior, se registraron 23.798 casos, reflejando esto que la ocurrencia de hechos de violencia sexual es cada vez más frecuente; la tasa por cada 100.000 habitantes se incrementó a 48,28, siendo está la segunda mayor durante todo el decenio. Detallando a profundidad el comportamiento del abuso en el año 2017, se encontró que hay una concentración en ocurrencia del abuso, cuando las víctimas son niñas, niños y adolescentes, que se traduce en el 86,83% del total de casos registrados durante el año y que en términos absolutos son 20.663 de los 23.798 perpetrados(7).

El presente proyecto pretende encontrar unas dimensiones más complejas del efecto del abuso sexual en la función sexual humana, adicionales a lo aportado hasta ahora, por la evidencia producto de investigaciones cuantitativas.

Manizales, como parte del estado colombiano, no es ajeno a la prevalencia del fenómeno, para el año 2017, según reporte de la Dirección Territorial de Salud de Caldas(17), con respecto a la violencia sexual se notificaron al sistema 260 casos de los cuales el 83,07 % fueron por abuso sexual, 8,46 % por violaciones y el 6,15 % por acoso sexual. El 81,9 % de las violencias sexuales fueron en niños, niñas y adolescentes. Aunque no se conoce cifras exactas de las consultas en los principales centros de atención de salud mental relacionadas

con este antecedente, información informal de la experiencia clínica, refleja la considerable preocupación que hay frente a este evento en muchas mujeres, algunas manifiestan que este evento disruptivo en sus vidas no genera una disfunción sexual específica, sin embargo, hay efectos emocionales negativos por el significado sociocultural que se le da éste.

En una sociedad donde persisten inequidades para el reconocimiento de la dignidad humana, con alarmantes cifras de violencia sexual, las contribuciones realizadas a la teoría concerniente al efecto del abuso sexual en la función sexual, son aportes que facilitan la comprensión de su mecanismo de daño para realizar intervenciones eficaces, pero que también propendan no solo por el manejo sino por la prevención de estos tipos de violencia.

En el campo de la sexología, desde el cual se promueve una vida sexual y función erótica sana, es importante aportar conocimiento que continúe la actualización y construcción de bases científicas para la intervención adecuada de mujeres víctimas de abuso sexual y así prevenir disfunciones sexuales, teniendo en cuenta que, como se mencionó anteriormente, a pesar de las altas tasas de prevalencia de este, el examen continuo de los correlatos de salud sexual en el contexto de abuso sexual infantil, las inconsistencias metodológicas en los estudios, han evidenciado muestras discrepantes y resultados mixtos que impiden hacer inferencias sólidas sobre la relación entre CSA y los resultados de salud sexual (18).

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Hasta el momento se han desarrollado investigaciones del corte cuantitativo, que relacionan el efecto del abuso sexual en la niñez, sobre la función sexual de la mujer en la edad adulta, los cuales aportan conocimiento sobre la relación directa entre este antecedente y la presencia de disfunción sexual. Igualmente hay investigaciones cualitativas mencionadas previamente.

Sarwer DB y Durlak JA publicaron en el año 1996 su investigación en la cual entrevistaron a 359 mujeres casadas de las cuales un 20 % tenía antecedente de abuso sexual y de estas 63% presentaba una disfunción sexual, predominando el deseo sexual hipoactivo, los autores realizaron un análisis multivariado y establecieron que el abuso sexual infantil puede predisponer a los individuos a una mayor probabilidad de problemas sexuales en la edad adulta. También se encontró que los elementos particulares del abuso son predictivos de una mayor probabilidad de disfunción sexual. (19) Específicamente la conducta abusiva que involucra la penetración sexual se relacionó con la disfunción sexual adulta; 95% de las mujeres abusadas presentaron el antecedente de abuso sexual penetrativo con disfunción sexual en la adultez. Este estudio evidenció también, que la ocurrencia de abuso sexual no es causa directa para el desarrollo de problemas posteriores; por ejemplo, mientras que 63% de las mujeres adultas que habían experimentado abuso sexual infantil tenían una disfunción sexual actual, 37% no lo hizo.(19)

Los resultados anteriores fueron apoyados por el estudio multicéntrico, realizado por Sílvia López, et al(4) en España, donde participaron 1013 mujeres, el cual mostró que las mujeres adultas que han sufrido abuso sexual en la infancia y la adolescencia presentan más disfunciones sexuales (como menos satisfacción con la vida sexual, menos deseo sexual, menos excitación y menor frecuencia de orgasmo). También refieren más dolor y rechazo en sus relaciones sexuales. Encontraron también que las situaciones de abuso sexual en la infancia y la adolescencia con intento de penetración o penetración se asocian con mayores dificultades en la excitación, mayor rechazo e inapetencia, pero también con una posible polarización del deseo sexual.

En estudio cuantitativo realizado en Asia y el sudeste europeo en el año 1999(20), con 618 mujeres, se encontró que el abuso sexual en la infancia, independientemente de su forma, se relacionó significativamente de forma positiva, con todas las medidas de sexualidad inter e intrapersonal en las mujeres: el impulso y la experiencia sexual, el rango de fantasías sexuales, las actitudes sexuales liberales, la frecuencia de las relaciones sexuales y la masturbación, y la probabilidad de participar en comportamientos y fantasías sexuales sin restricciones. En este también se evidenció que no hubo correlaciones significativas entre el abuso sexual y las medidas de ajuste sexual u orientación sexual entre las mujeres. Además, se encontró que el abuso sexual se asoció con actitudes y comportamientos sexuales más liberales, por ejemplo: mayor frecuencia de coito y masturbación, un mayor rango de experiencias sexuales y fantasías, y una mayor probabilidad de participar en un comportamiento sexual sin restricciones.

Los resultados reportados en el año 2005 por Najman(21) son relevantes, porque encontró que no hubo asociación entre abuso sexual en la infancia y el placer físico o emocional que los encuestados (entre los cuales también había hombres) informaron que derivaron de participar en la actividad sexual como adultos durante el año previo. El autor señala que el abuso sexual en los niños, parece conducir a un funcionamiento sexual deteriorado y el funcionamiento sexual deteriorado se ha asociado con el placer físico y emocional reducido obtenido del sexo. Sin embargo, esta última asociación no fue sólida.

En otro estudio más reciente, también de corte cuantitativo, realizado en Canadá en el año 2012(22), con una muestra de 889 mujeres adultas entre los 20 y 23 años de edad, con y sin antecedente de abuso sexual, encontraron que en comparación con las mujeres no abusadas, las sobrevivientes de abuso sexual severo en la infancia (es decir, con penetración o intento de penetración) tenían más probabilidades de participar en conductas sexuales de alto riesgo, que son potencialmente perjudiciales para su salud sexual y pueden aumentar el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Estas sobrevivientes informaron que se involucraron en comportamientos sexuales de mayor riesgo, como una edad más temprana en la primera relación sexual consensuada, un mayor número de parejas sexuales de por vida

y un mayor uso inconsistente del condón que sus pares no abusados. Estas mujeres reportan también mayores problemas ginecológicos, genitourinarios y un mayor autoconcepto sexual negativo. (22)

MARCO CONCEPTUAL

Abuso sexual

El abuso sexual en los niños, se define como aquel que ocurre cuando un niño o niña, se ve involucrado en una actividad sexual en la que no puede dar su consentimiento, no está preparado para su desarrollo y no la puede comprender. Se incluyen actividades como: caricias y todas las formas de contacto oral genital, genital o anal con el niño (ya sea que la víctima esté vestida o desvestida), así como abusos sin tocamientos, como exhibicionismo, voyerismo o involucrar al niño en pornografía(1).

Se ha descrito que el abuso sexual en la infancia es uno de los factores de riesgo más importantes para la disfunción sexual en la edad adulta, muestran una prevalencia de disfunción sexual aproximada del 25% al 59% de las mujeres con antecedentes de abuso sexual en la niñez (23). Estos estudios exponen diferencias notables en la salud sexual de las mujeres con antecedentes de abuso con las que no, principalmente por la prevalencia de la disfunción, los tipos de disfunciones según la fase de la respuesta sexual en la que se encuentren, y la respuesta al tratamiento aplicado. Concluye pues que la disfunción sexual es más frecuente entre las mujeres con antecedentes de abuso sexual en la infancia que las mujeres no abusadas, presentando alteraciones principalmente en la fase del deseo, dato que concuerda con la disfunción sexual más presentada en la población general de mujeres. Otro punto a resaltar de estos hallazgos es resaltan que los problemas sexuales de las mujeres con antecedentes de abuso sexual podrían desarrollarse a través de mecanismos fisiopatológicos distintos de los problemas sexuales de las mujeres no abusadas.(23) Mecanismos tales como: asociaciones cognitivas con la sexualidad, los autoesquemas sexuales (23)(19), la activación del SNS, la imagen corporal y la estima, y las emociones negativas de la vergüenza y la culpa; sugieren que las mujeres con un historial de abuso sexual en la niñez evalúan los estímulos

sexuales, sus propias identidades sexuales, más negativas y menos positivas que las mujeres no abusadas, y las valoraciones positivas más bajas muestran una relación más fuerte con la función sexual. Las reacciones emocionales ante el abuso, que incluyen un aumento en los niveles de vergüenza, culpa y autoculpa, también se han asociado con una función sexual más baja. Las mujeres con antecedentes de abuso en su infancia muestran un aumento en la activación sistema nervioso simpático basal que puede afectar la respuesta de excitación sexual y las evaluaciones menos positivas de su propio cuerpo, particularmente por el atractivo sexual percibido. (23)

Amplias revisiones del tema describen que las consecuencias del abuso sexual en el bienestar social y emocional de los niños, y en su desarrollo, están bien documentadas. Muchos, pero no todos los niños que han sido abusados sexualmente desarrollan importantes problemas de salud mental relacionados con esta forma de abuso. Se refieren a estudios transversales que han señalado una serie de factores que parecen influir en el alcance y la gravedad de estos efectos, como la edad del niño, la frecuencia y la duración del abuso, la gravedad del abuso y la relación del niño con el perpetrador. Otros estudios, los longitudinales arrojan algo de luz sobre la probable trayectoria evolutiva de los problemas a lo largo del tiempo y sobre los factores que limitan las consecuencias adversas y/o la recuperación del abuso. Los síntomas comunes incluyen miedo, ansiedad y mal humor, y estos son a menudo el foco de las intervenciones. Un porcentaje significativo de niños parece no demostrar ninguna de estas secuelas psicológicas inmediatamente después de su abuso. Algunos de estos niños pueden desarrollar problemas en su funcionamiento psicológico o social más tarde (los denominados "efectos durmientes"). Algunos nunca presentarán ningún problema. El estrés prolongado, particularmente en momentos críticos (como la infancia y la adolescencia), puede provocar cambios en el cerebro y el funcionamiento cerebral que pueden explicar una serie de dificultades experimentadas por los niños maltratados en periodos posteriores de la vida. El campo de investigación sobre los impactos neurológicos del abuso es relativamente nuevo, también lo es la pregunta de si las diferentes formas de abuso tienen consecuencias diferenciadas y cómo los efectos a largo plazo del maltrato están influenciados por la calidad del cuidado posterior o factores familiares/genéticos. Aunque la mayoría de los niños abusados sexualmente no ofenden, hay algo de apoyo para la hipótesis de que la experiencia

de abuso sexual en la infancia está asociada con un mayor riesgo de ofender sexual en la edad adulta, y que el abuso sexual infantil, al igual que otras formas de maltrato, puede aumentar el riesgo de delincuencia y ofensa de adultos en general.(24)

También se ha puntualizado que, en los adultos, el antecedente de abuso sexual en la infancia está asociado con diferentes trastornos psiquiátricos: depresión, ansiedad mixta / depresión, trastorno de ansiedad generalizada, pánico, fobia y trastorno obsesivo compulsivo; trastornos de dependencia (abuso de alcohol y drogas), trastorno de estrés postraumático y trastornos de la alimentación. Se hace referencia en la literatura a estudios en niños en Australia con un caso comprobado de abuso sexual, y se encontró un registro de por vida de contacto con los servicios de salud mental en 23,3% de los casos de los que habían sido abusados sexualmente en infancia, en comparación con solo 7,7% de los controles. En estos estudios, el abuso sexual infantil aumentó el riesgo de la mayoría de los trastornos, como la psicosis, el trastorno afectivo, la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad. No todas las víctimas de abuso sexual tienen consecuentes problemas psicológicos a lo largo de su vida; sin embargo, existe una asociación entre haber sufrido tal trauma en la niñez y experimentar tasas más altas de una amplia gama de problemas en el funcionamiento psicológico y social en la vida adulta. Se ha informado que las mujeres jóvenes que han sufrido abusos sexuales tienen un mayor riesgo de participar en conductas sexuales de alto riesgo y que experimentan tasas más altas de revictimización. Concluyen que, una minoría pequeña pero importante de víctimas de abuso continúa abusando sexualmente de otros. No está claro si estos resultados son específicos de la experiencia de ser abusado sexualmente, o si están relacionados con las otras dificultades a las que a menudo se enfrentan los niños en estas situaciones. Con lo referido anteriormente, está claro que la justificación de los estudios y todas las intervenciones para los niños que han sido abusados sexualmente es que una intervención exitosa puede no solo reducir el impacto psicológico y social del abuso sexual para la víctima y su familia, sino también modificar el impacto en las generaciones futuras, mejorando el funcionamiento como padre, y (si existe una asociación) al reducir el riesgo de futuros abusos por parte de sus víctimas(24); claramente también para identificar los daños causados por el abuso sexual y sus factores determinantes, también su forma de presentación.

López et al(3), plantea también que hay un mal enfoque de la repercusión del antecedente de abuso sexual en la infancia en la vida adulta, que produce por medio del discurso del peligro sexual hacia la infancia y los adolescentes, una visión negativa y causante de problemas acerca de lo erótico; causando que en terrenos como la educación sexual, crezcan los programas que defienden la abstinencia y la castidad mientras prohíben hablar del placer, de la masturbación, y de los preservativos o del deseo.

Función sexual humana

El Doctor Helí Alzate, define la función sexual humana como la práctica de la función erótica, que es ejercida fundamentalmente de dos modos: el erótico o primario y el reproductor o secundario, y estos a su vez se efectúan en dos planos internos u orgánicos: el psíquico y el corporal, somático o periférico, cuyos elementos generan comportamientos, o sea, manifestaciones en un tercer plano, el externo o comportamental. Estos elementos, refiere él, se unen en varias fases: apetitiva, relacional, estimulatoria, excitatoria y orgásmica. Resaltaba el autor que los fenómenos del plano psíquico se asocian con la base orgánica, por lo cual se les debe llamar de mejor manera como: fenómenos psicofisiológicos. Esta unión tan clara que se muestra, contribuye a la explicación de integralidad con que se deben abarcar las disfunciones sexuales y la comprensión de la función sexual humana. Es por esto que se propone la evaluación del antecedente del abuso sexual en la infancia con el desarrollo de estas cinco fases que refleja la respuesta sexual humana(8).

A continuación, se describen estas fases:

1. Fase apetitiva: Cuando una actividad de estimulación somatosexual (en ocasiones sicosexual) puede desencadenar la secuencia de fenómenos que llevan al orgasmo, en ausencia de un estado apetitivo, puede presentarse que sea la percepción consciente de dicho estado, la que mueva a la persona (sujeto) a entrar en la fase relacional, para lograr así la estimulación somatosexual, que continuará con las demás fases ulteriores de la función

sexual hasta la culminación orgásmica. Alternativamente, la persona que experimenta apetito sexual puede omitir la fase relacional, y pasar directamente a la autoestimulación somatosexual (masturbación), que la llevará a la excitación y al orgasmo. Definido en otras palabras, como la motivación consciente que impulsa al ser humano a ejercer la función sexual de modo erótico. Describe Alzate que se trata de un fenómeno exclusivo del plano psíquico y esencialmente autónomo, pero puede ser influido por elementos de otras fases, sobre todo la relacional y la excitatoria. A pesar de que el origen del apetito sexual es biológico, este está condicionado a factores socioculturales y presenta grandes variaciones individuales y circunstanciales.(8)

2. Fase relacional: Motivada por el apetito sexual, la persona (sujeto), adopta comportamientos que buscan ponerla en relación con una pareja (objeto) sexual compatible con sus preferencias eróticas, con el propósito de estimularse, excitarse y llegar al orgasmo. Se plantea que la fase relacional de la función erótica masculina por lo general, solo sirve de enlace entre las fases apetitiva y estimulatoria; y en la función erótica en la mujer, el condicionamiento cultural y la menor intensidad de su libido han hecho que el sentimiento amoroso hacia el objeto sexual potencial adquiera en ella importancia capital. Por eso, en la mujer, la secuencia de la función erótica se inicia más bien con la fase relacional, durante la cual se desarrolla la emoción amorosa que, a la vez que refuerza o despierta su apetito sexual, le facilita psicológicamente el paso a la fase estimulatoria y su continuación secuencial.(8)

3. Fase estimulatoria: La estimulación sexual se define como la acción de un estímulo interno o externo que, al ser percibido síquica o somáticamente por el sujeto, es susceptible de inducir en él una sensación placentera específica (excitación sexual), o una reacción somatofisiológica también específica (respuesta sexual), típicamente en los órganos sexuales.(8)

- Interacción corporal del sujeto con el objeto sexual(8): Sucede en el plano externo, es la continuación directa de los comportamientos de la fase relacional y consiste en las actividades somatosexuales, es decir, los actos corporales efectuados mutuamente por el sujeto y el objeto, por uno sobre otro o por el sujeto sobre sí mismo, con el

propósito de producir estimulación sexual y, generalmente, orgasmo. Ellas son básicamente cuatro: las actividades heterosexuales, las actividades homosexuales y la masturbación. Estos actos son llamados praxias sexuales, que tienen una base instintiva, pero el comportamiento de los animales más evolucionados, dependerán del aprendizaje y la experiencia, y menos del instinto.

- Estimulación somatosexual propiamente dicha(8): Sucede en el plano somático y consiste en la aplicación efectiva de estímulos táctiles —principalmente exteroceptivos, pero también intero o propioceptivos a las zonas u órganos erógenos del sujeto, los cuales poseen receptores apropiados. Alzate plantea que, como lo evidencian la masturbación y las actividades homosexuales y zoofílicas, la fuente del estímulo táctil es indiferente, siempre que este se aplique a la zona erógena y no sea inhibido consciente o inconscientemente por el sujeto.
- Estimulación o actividad sicosexual(8): Es una actividad estimuladora originada directamente en los centros cerebrales. Los estímulos pueden ser internos, como las fantasías y los sueños eróticos, o externos, como la visión de imágenes eróticas; estos últimos son mediados por sistemas sensoriales especiales (visión, audición, olfacción). La estimulación sicosexual tiene un eficaz efecto de retroacción positiva sobre el deseo sexual.

4. Fase excitatoria: Definimos la excitación sexual como la percepción subjetiva del continuo de sensaciones placenteras inducidas por la estimulación sexual. Cualquier tipo de estímulo (síquico o somático), siempre que sea adecuado, puede hacer entrar al sujeto en la fase excitatoria. Sin embargo, son los estímulos táctiles los que usualmente permiten a la persona excitarse hasta el orgasmo; la intensidad y la duración de estos estímulos eficaces varían individualmente. Alzate planteaba que es equivocado identificar los fenómenos síquicos excitatorios con sus manifestaciones periféricas, que además son contingentes y ejemplificaba que en muchos casos de disfunción erectiva, el hombre está excitado sexualmente, a pesar de la ausencia erección del pene, y por el contrario, las manifestaciones periféricas pueden estar presentes, en ausencia del estado síquico de excitación sexual.(8)

Los fenómenos somáticos que ocurren en la persona excitada sexualmente se manifiestan en diversas estructuras corporales; dos de ellos, la vasodilatación y la hipertonia muscular, son más o menos generalizados, mientras que los demás están limitados a los órganos sexuales u otras zonas corporales. Alzate argumenta que los órganos sexuales, especialmente el pene y el clítoris, tienen dos estados de funcionamiento sensorial, que difieren cualitativa y cuantitativamente: el de excitación y el de no excitación. En el estado de excitación la congestión sanguínea modifica la sensibilidad de los órganos sexuales y les permite captar la calidad voluptuosa de las sensaciones producidas por los estímulos táctiles(8).

- a) Reacciones en los órganos sexuales masculinos(8). La reacción somatofisiológica a un estímulo sexual eficaz es la erección del pene, que se presenta a los pocos segundos de iniciada la estimulación. Es posible que la erección disminuya, desaparezca y reaparezca durante la fase de excitación, de acuerdo con variaciones individuales y circunstanciales.
- b) Reacciones en los órganos sexuales femeninos(8). La reacción a un estímulo eficaz es la lubricación vaginal, que aparece a los pocos segundos de iniciada la estimulación. Además de su obvia función de facilitar mecánicamente el coito, el trasudado, sirve también para neutralizar parcialmente el medio ácido normal de la vagina y hacerse así menos hostil para los espermatozoides eyaculados. Hay variaciones individuales en la cantidad de trasudado producido por la excitación. Otro cambio que ocurre en la vagina durante la fase excitatoria es la dilatación de los dos tercios superiores, aunque esto no se presenta en todas las mujeres.

5. Fase orgásmica: Se define al orgasmo o clímax sexual, un fenómeno síquico, como la percepción subjetiva de la culminación placentera de la excitación sexual. Como en el caso de la excitación, el orgasmo se manifiesta muchas veces, sobre todo en el hombre, por fenómenos somatofisiológicos, es decir, evidenciado la mayoría de las veces por la eyaculación. Los fenómenos del plano somático de la fase orgásmica pueden estar, entonces, total o parcialmente ausentes, o ser simplemente la respuesta refleja a la estimulación sexual. Alzate describe que el orgasmo es probablemente un fenómeno peculiar del ser humano, puesto que constituye la motivación consciente para ejercer la función sexual de modo

erótico. En cuanto al componente motor periférico que puede acompañar al orgasmo (contracciones de la musculatura perineal), aunque él ciertamente contribuye a su percepción subjetiva, no se debe asimilar al verdadero orgasmo, que es el fenómeno síquico.(8)

Investigación cualitativa en salud

La investigación cualitativa en salud, con su fundamentación teórica, ofrece una rigurosidad analítica proveniente de las ciencias sociales, que permite evaluar cómo los comportamientos humanos influyen en las condiciones de salud de individuo, y así también poder hacerseles frente desde este enfoque(25). En las ciencias de la salud, la metodología de la investigación cualitativa abre un espacio multidisciplinario para el enfoque de las condiciones médicas, lo cual aporta una gran riqueza en la producción científica. Existen varios tipos de análisis cualitativos.

La perspectiva humanista, basándose en el concepto de las acciones sociales(26), que implica que cualquier acto realizado por el o los individuos posee una "carga" de intencionalidad propia, lo que supone la presencia de elementos subjetivos internos en el actuar de los sujetos, se hace énfasis entonces al actor individual: la descripción y comprensión interpretativa de la conducta humana, en el propio marco de referencia del individuo o grupo social que actúa.

El análisis de tipo hermenéutico del paradigma humanista, significa: el acto de la interpretación(26). Se han descrito originariamente dos escuelas hermenéuticas, la Escuela de Alejandría con un perfil especulativo filosófico; y la Escuela de Antioquia con un carácter gramatical contextual utilizado en sus análisis. La diferencia entre ambas está determinada por el mayor o menor realce que se le da a la literalidad de los textos bíblicos(26).

La hermenéutica empieza a ser útil para las ciencias sociales, principalmente por la necesidad de reconocer al historicismo como elemento fundamental para el "desarrollo" de las sociedades. Sin embargo, para llegar a esta situación se pasó por una serie de momentos al interior de la misma hermenéutica. Influenciada por autores como Schleiermacher, Dilthey,

Heidegger, Gadamer, entre otros. Schleiermacher (1768-1834), considerado el padre de la hermenéutica moderna, resalta que esta debe ser entendida como el arte del entendimiento, a partir del diálogo. En sus palabras, "el verdadero punto de partida de la hermenéutica, según Schleiermacher, arranca de la pregunta ¿cómo una expresión, sea está escrita o hablada, es entendida? La situación propia del entendimiento es la de una relación dialogal, donde hay alguien que habla, que construye una frase para expresar un sentido, y donde hay alguien que escucha. Este último recibe un conjunto de palabras para, súbitamente, a través de un misterioso proceso, adivinar su sentido".(26)

La hermenéutica incorpora aspectos internos del sujeto para un mejor análisis; y así acercarse fielmente a su intención, deben ser considerados los elementos pertenecientes a la dimensión valorativa del sujeto. De esta forma, para poder interpretar comprensivamente se requiere el esfuerzo por reconstruir todo lo que rodea a este sujeto, lo cual es imposible. El reconocimiento de esta imposibilidad de reconstrucción holística, supone reconocer que es el intérprete y el propio contexto de él, el que condiciona en alguna medida el sentido y utilidad del texto producido por ese otro;(26) es decir, se toma la información del sujeto y es analizada desde la interpretación del autor analítico y su contexto.

Hans-Georg Gadamer, siguiendo a Heidegger, enfatiza el aspecto ontológico de y en la hermenéutica, como sostiene "el ser del hombre reside en comprender". Esto requiere del reconocimiento de un sujeto conciente y por tanto con capacidad de reconocer su historicidad. Lo expuesto conlleva asumir la influencia del presente en el proceso de interpretación-comprensión; así, Gadamer(27) sostiene que: "el sentido del texto le pertenece a él, pero además a quien procura comprenderlo". Así, la hermenéutica puede ser asumida a través de un método dialéctico que incorpora a texto y lector en un permanente proceso de apertura y reconocimiento. En este sentido, el texto ha de ser comprendido inmerso en el proceso de interpretación del discurso, lo que permite homologarlo, desde el pensamiento de Zemelman (1994) con la realidad; ya que desde su perspectiva, la realidad para ser captada ha de ser concebida como un proceso inacabado, y especialmente en permanente proceso de construcción(26).

En síntesis, y como menciona Ulises Toledo, en lo planteado por Cárcamo(26), lo fundamental en el trabajo hermenéutico está en asumir que: "El referente es la existencia y la coexistencia de los otros que se me da externamente, a través de señales sensibles; en función de las cuales y mediante una metodología interpretativa se busca traspasar la barrera exterior, sensible de acceder a su interioridad, esto es: a su significado; así queda descrita la esencial actitud frente a las cosas humanas que, condensada en el término griego *hermeneuein* alude a desentrañar o desvelar; dicha actitud ha dado lugar a una teoría y práctica de la interpretación conocida con el nombre de hermenéutica".

Así pues, la hermenéutica deberá procurar comprender los textos escritos y la vida de las personas como texto, a partir del ejercicio interpretativo intencional y contextual. Dicho proceso supone desarrollar la inteligibilidad del discurso contenido en el texto. En gran medida se trata de traspasar las fronteras contenidas en la física de la palabra para lograr la captación del sentido de éstas en tanto que están plasmadas en un papel(26). Parafraseando a Martyniuk, se podría decir que la hermenéutica busca: "romper con elementos simbólicos contenidos en la cultura, romper con las interpretaciones del mundo que hemos construido (o heredado)".

Puntualmente el análisis hermenéutico se enmarca en el paradigma interpretativo comprensivo; lo que supone un rescate de los elementos del sujeto por sobre aquellos hechos externos a él. En este sentido, debe destacarse que dicho análisis toma como eje fundamental el proceso de interpretación(26).

Es así como el enfoque teórico que justifica la presente investigación parte de la perspectiva hermenéutica, examinando el proceso comprensivo-interpretativo que requiere las narrativas del grupo analizado, donde su análisis es el objeto mismo de estudio. Frente a las narrativas como objeto de análisis, planteaba Paul Ricoeur(28), que la narración se considera un interpretante de la realidad vivida. Lo que se narra dice acerca del "quién" de la acción y permite explorar las experiencias significativas que se encuentran en la vida diaria, así que, la manera en que la narrativa es construida, explicará algo sobre su significado para el investigador. Se define entonces para este trabajo, las narrativas personales, como menciona

Riessman (29), como aquellos relatos breves y temáticas específicas organizadas en torno a personajes, el escenario y la trama, estos son relatos discretos que se cuentan en respuesta a preguntas únicas; recapitulan eventos específicos que el narrador presencié o experimentó.

Este enfoque de la investigación en salud permite tener una visión más amplia, diferente a la estrictamente biomédica o estadística, que admite la subjetividad de los investigados (25), y permite evaluar de una forma integral el abuso sexual en la niñez y su influencia en la función sexual en la vida adulta.

El enfoque hermenéutico se usará entonces para investigar las interpretaciones de las mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia, desde sus propias perspectivas. En palabras de Patton, "La investigación cualitativa estudia, documenta, analiza e interpreta cómo los seres humanos construyen y añaden significados a sus experiencias; las entrevistas y observación revelan esos significados y sus implicaciones"(30). Este es el enfoque que se toma para desarrollar métodos en los que tenemos que pensar de manera profunda y reflexiva sobre su experiencia para ayudarnos a capturar el significado que tiene para ellas.(31) Este significado será devalado en forma de vivencias.

Vivencias

Al pararnos en la perspectiva cualitativa de la investigación, es fundamental conocer sus bases estructurantes, como se han mencionado previamente. En este caso, se debe describir la definición del concepto de vivencias, que son las develadas al entrevistar al grupo de mujeres. La doctora en salud pública Maria Cecília de Souza Minayo(32), profundiza el punto de vista epistemológico y metodológico, y plantea acorde con Dilthey y Gadamer, que las vivencias constituyen el criterio individual responsable de la caracterización de lo real, es decir, la vivencia surge cuando se tienen experiencias practicadas en un mundo exterior, que influencia los movimientos del cuerpo humano y el impulso de su voluntad y emociones. Estos movimientos, a su vez, se encuentran bajo el poder de las condiciones históricas, lo que hace de las vivencias una experiencia individual cargada de sentido colectivo(32).

Es así, como plantea Erausquin (33), que las vivencias expresan a la vez las características propias de las personas y las del contexto, posibilitando un modo de interpretar, valorar y otorgar sentido a la realidad, a la vez que refleja la unidad de aspectos socioculturales y personales.

Diferentes autores (34) han resaltado la importancia que existe en determinar las especificidades del análisis de pacientes con antecedente de abuso sexual y sus consecuencias subjetivas, que poseen una compleja gama de determinaciones inabordables desde una perspectiva positivista. Generando una causalidad estadística importante de disfunciones sexuales en la adultez por abuso sexual cuando, sin negar esta asociación confirmada por estudios cuantitativos, cómo se mencionó anteriormente la función sexual implica una variedad de factores determinantes que requieren un estudio amplio, una perspectiva también cualitativa, que permita desde este enfoque analizar desde el interior de cada experiencia como se desarrolla una experiencia erótico – sexual, cuando un antecedente como el abuso ha sido, desafortunadamente, parte de su expresión.

Con esto, se contextualiza el enfoque que se pretende dar a la experiencia del abuso sexual en la niñez en un grupo de mujeres adultas de diferentes regiones de Colombia, donde por medio del análisis de estas experiencias en cuanto a función sexual actual se refiere y su interpretación a luz de la teoría actual que explica el impacto del abuso sexual en la niñez, relacionadas con su función sexual actual y se puedan explorar los pilares o esquemas de estas, que definen o construyen su función erótica.

Se plantea entonces un análisis cualitativo de la función sexual de mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia, donde teniendo en cuenta unas categorías previas que se basan en el modelo de función sexual del Dr Helí Alzate, guiaran las preguntas a realizar a las entrevistadas, ahondando en sus narrativas y analizando cómo vivencian cada fase y ejercen el componente erótico de su función sexual.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la función sexual de un grupo de mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia, analizado a la luz del modelo de función sexual humana del Dr. Helí Alzate?

OBJETIVO GENERAL

Comprender la función sexual de mujeres adultas con antecedente de abuso sexual en la infancia, para un grupo de mujeres según el modelo de función sexual del Dr. Helí Alzate.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el comportamiento de la función sexual y erótica adulta en mujeres con antecedente de abuso sexual en la niñez.
2. Comprender la función sexual y erótica de mujeres adultas, a través del modelo de la función sexual (apetitiva, relacional, estimuladora, excitatoria y orgásmica) en sexología clínica.
3. Visibilizar las principales tendencias del comportamiento de la función sexual adulta en mujeres de la ciudad de Manizales con antecedente de abuso sexual en la niñez.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

La metodología parte de un enfoque cualitativo, de orientación hermenéutico-interpretativa y de corte transversal. La investigación surgió de un primer momento en el que se hizo una revisión de las referencias teóricas y antecedentes que abordan la temática de función sexual en mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia y sus otras asociaciones.

Participantes

Posteriormente se dio la selección de entrevistadas, que fueron reclutadas por medio de búsqueda activa durante el año 2020, se hicieron contactos con otros profesionales en sexología clínica para que realizaran invitaciones a mujeres a participar del estudio. Se acordaron espacios de diálogo con ellas de forma individual, y se presentó formalmente la investigación. No hubo incentivos monetarios para participar. Se determinó que las mujeres cumplieran con los criterios de inclusión, y se programó la entrevista.

La selección de los casos se guio por el propósito y las preguntas de investigación del estudio, fue fundamental reunir las historias y las percepciones de las mujeres que tienen el antecedente de abuso sexual en la infancia.

Procedimiento

Los encuentros promovieron un contacto personalizado entre las mujeres y la investigadora en un ambiente de confianza y claridad frente a los objetivos y límites de la investigación. Las narraciones se registraron a través de grabaciones en formato audio. Este ejercicio llevó a una siguiente actividad, transcribir y sistematizar cada uno de los relatos, dando inicio al proceso de ordenamiento de la información (ANEXO 3).

El análisis desde el investigador cumplió un rol de participación activa. Posterior a la firma del debido consentimiento informado, se realizaron las entrevistas a profundidad estas tuvieron una duración entre 45 y 70 minutos.

Se utilizó un diseño de una entrevista abierta estandarizada(30), se realizaron de forma individual en un lugar privado. Las preguntas se crearon previamente al inicio de la recolección de la información, se procuró hacer a todas las participantes preguntas idénticas en el mismo orden para fomentar la coherencia. Todas las entrevistas fueron conducidas por la autora. Se hicieron notas de campo escritas de pensamientos, impresiones y puntos de vista. Cada entrevista fue grabada y transcrita textualmente por el entrevistador.

El instrumento principal fue un protocolo de entrevista semi-estructurada en profundidad que incluía principalmente preguntas abiertas para evitar imponer construcciones existentes a los participantes y sesgar sus respuestas. Esta se revisó con dos expertos quienes dieron sus recomendaciones puntuales las cuales llevaron a la versión final presentada en el anexo (ANEXO 2).

Se realizó una prueba piloto de entrevista inicial en una participante y se revisó en función de sus comentarios.

Criterios de inclusión:

- Sexo femenino.
- Mujeres mayores de 18 años.
- Firma del consentimiento informado para participar en el estudio, donde autoriza la grabación de la entrevista, garantizando la confidencialidad; la mujer puede decidir en cualquier momento abandonar el estudio.
- Antecedente de abuso sexual en la niñez.

Criterios de exclusión

- Las participantes serán excluidas, si durante el proceso investigativo, se llega a presentar un trastorno psicopatológico que altere los procesos de pensamientos lógicos y por tanto, sus habilidades superiores de análisis y síntesis, que puedan llegar a alterar la veracidad de la vivencia narrada.

Cada participante tenía la información respecto a la libertad y autonomía para abandonar el estudio en el momento que lo desearan.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Posterior a la transcripción de las grabaciones a documentos de Word, fueron subidos al software Atlas TI, dando origen a la construcción de la unidad hermenéutica. Posteriormente se codificaron las categorías dentro del software y se procedió a la codificación de los datos utilizando como guía la matriz conceptual (ANEXO 3).

Luego de tener codificadas todas las entrevistas se procedió a la construcción de redes, a la revisión de los comentarios a los códigos, a los comentarios de las citas y por último a la interpretación de los resultados.

Se realizó la fase de análisis y comprensión a partir de estudiar e interpretar cada una de las diversas narrativas que arrojó la entrevista en profundidad. Esta estructura de análisis permitió identificar aspectos importantes de los relatos de las mujeres, que detallan los elementos de sus vivencias eróticas, centrando el análisis en los datos que describían como cada mujer vive las fases de la función erótica, al momento actual y en diferentes escenarios. Estos a su vez manifiestan las interpretaciones de las participantes de sus vidas o de sí mismas en eventos y situaciones específicos (35). En otras palabras, se buscaba descubrir patrones y variaciones en las vivencias expresadas por las participantes. Se ha sugerido que los individuos tienen una narrativa autodefinida única que comparte temas comunes (36).

El análisis detallado y la discusión, permitieron identificar puntos en común y contrastes, lo que resultó en un proceso de codificación más complejo. Posterior a la minuciosa interpretación se pasó a discutir y concluir sobre los hallazgos encontrados a partir de presentar el análisis de categorías que permitieron interpretar los elementos significativos que hacen parte de los procesos de subjetivación en las mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia.

La entrevista en profundidad no fue un interrogatorio estricto, se permitió que las mujeres a través de una pregunta, explorara aspectos ligados a sus sensaciones, emociones, pensamientos, opiniones y juicios. Los tópicos y las preguntas permitieron generar mayor diversidad discursiva en un encuentro en el que cada mujer narró sus vivencias.

RESULTADOS

En el trabajo de investigación realizado, se ejecutó un cuestionario cualitativo que sufrió diversos ajustes al someterlo al análisis de expertos. Vale la pena considerar la dificultad evidenciada en todas las entrevistadas para profundizar en sus vivencias en cuanto a la función sexual se refiere. Como lo menciona Agustín Malón (37), el hecho de que la “moral sexual” se aborde única y exclusivamente como objetivo de comportamiento y no de conocimiento, hace que los conflictos ideológicos se enquisten indefinidamente, resultando esto en la inexpresividad o dificultades para describir su funcionamiento erótico, que también recalca Álzate, en su contextualización sobre la condición femenina (8), resaltando como la posición subordinada que ha tenido la mujer en el transcurso del tiempo y la correlativa dominante del varón, establecidas prácticamente por todas las sociedades humanas, han determinado no solamente el carácter de los roles y relaciones sociosexuales, sino también el ejercicio de la función erótica.

En primera instancia se presentarán los datos sociodemográficos. A partir del análisis de contenido realizado se exponen los resultados para cada una de las categorías de análisis: fase apetitiva, fase relacional, fase estimuladora, fase excitatoria y fase orgásmica. Finalmente, se dará cuenta de la categoría emergente: autopercepción de funcionamiento sexual.

Información de las participantes

Tabla 1

Características de las participantes

Identificación	Edad (años)	Estado civil	Ocupación	Estudios
A	34	Soltera	Comunicadora social	Profesional en comunicadora social
B	32	Casada	Hogar	Profesional en trabajo social
C	27	Soltera	Hogar	Profesional en trabajo social
D	28	Soltera	Estudiante	Pregrado en artes escénicas
E	42	Casada	Hogar	Tecnóloga en sistemas
F	29	Soltera	Estudiante	Ingeniera electrónica

Autoría propia

En las siguientes líneas, el lector podrá encontrar los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados para esta investigación y las categorías de análisis.

CATEGORÍAS INICIALES

Fase Apetitiva

En esta categoría se dará cuenta de la narrativa respecto a la vivencia de la fase apetitiva experimentada por las participantes, considerando el componente psíquico que la conforma, propuesto por Álzate. También se presentarán las variaciones en la narrativa de las entrevistadas cuando sus relatos alertan la diferencia.

Se pudo evidenciar que las participantes describen el apetito o deseo sexual en términos coherentes al componente psíquico, tales como manifestaciones del sistema nervioso autónomo, expresiones coloquiales de motivación para iniciar una actividad erótica, identificación de condicionantes socioculturales para la activación del deseo como lo son las características de una comunicación libre de gustos y el conocimiento interpersonal con sus parejas, también describen su fase apetitiva en términos del deseo de recibir estímulos sexuales externos, que no es más que una expresión psíquica del deseo:

2.B.A.2 “Porque siento que miro a mi esposo con deseo, o me sueño estando con él, o me sueño teniendo un orgasmo, y siento algo curioso, no sé si puede pasar, pero cuando estoy cerca que me venga el periodo, me pongo muy sensible”.

4.D.A.2: “pueden pasar meses o semanas o días, sin que yo siente un deseo sexual en mi cuerpo, pero de pronto cuando hablo con alguien que me atrae y la conversación se habla de esa atracción física, entonces ahí lo siento más que todo, es lo último que he vivido hace poco”..

Se evidencia también como descripciones de sensaciones corporales que para ellas significan expresión de su fase apetitiva, son manifestaciones de otras fases de la respuesta sexual, y hay dificultad para detallar este impulso o motivación de ejercer la función sexual de modo erótico.

6.F.A.3: “Pues empiezo a sentir esas ganas como de iniciar un encuentro sexual, siento que lentamente el clítoris se empieza como a, no se, lo siento más sensible y también siento que me empiezo a lubricar y si estoy con mi pareja pues ya empiezo como a mirarla de una forma diferente, como con deseo y con ganas de acariciarla y que me acaricie y así”.

Se evidencio también que hay un comportamiento evitativo hacia la masturbación en las participantes, a pesar de relatar no tener pensamientos negativos asociados a esta, dos de las participantes no lo practican, narran que no hay una motivación psíquica que motive a ejercer la función erótica por medio de esa estimulación.

Al analizar el comportamiento de la fase apetitiva en las entrevistadas, también se identifican significados o asociaciones que estas le han dado, cuando han percibido disfunción o alteración de esta en otros momentos de su vida o actuales. Específicamente al explorar en las narrativas que tienen respecto a su deseo sexual, dos de las participantes asocian su antecedente de abuso sexual en la infancia con estas dificultades:

2.B.A.1: “a veces pienso que soy rara, porque a veces he tenido problemas sexuales, en torno a mis relaciones sexuales, como empezó mi vida sexual, un trastorno como en ese sentido, y siempre lo he tenido, desde que empecé mi vida sexual adulta, después de lo que me sucedió estando niña, pero ahora yo siento que a veces no siento el mismo deseo que otras mujeres y creo que tengo problemas con eso (...) A veces hablo con otras mujeres y a mí me parece que ellas son más activas que yo, y digo pero porque son así y yo no, pero no es porque no quiera a mi esposo, porque yo a él lo adoro, y él también me dice que me ama, pero es diferente, nosotros vivimos una relación muy diferente, y a veces cuando escucho hablar a mis primas, que son más abiertas, me pregunto si soy rara”.

4.D.A.4: “en algún momento llegue a pensar uy! yo seré asexual o que, entonces, pienso que de pronto no es tan importante o no ha sido tan importante para mí o mi experiencia de vida me ha alejado un poco de la sexualidad entonces hay muy pocas cosas que me la estimulen, entonces tampoco pienso mucho en ellas, entonces de pronto por eso se vuelven tantos

intervalos de tiempo, en que no me pasa corporalmente nada, sobre la sexualidad o el deseo sexual (...) pienso que mi vida sexual no es tan importante en mi vida, la dejo como en pausa un tiempo, y es que el aspecto sexual en mi vida no ha sido tan importante para mí, como que está escondido, como que lo metí en una parte de mi cerebro donde está dormido (...) Tal vez por la cultura esta de que el sexo es solo para el matrimonio, que en la familia no se hable del sexo, a veces pienso que las personas que solo piensan en sexo son inferiores, que se dejan llevar solo por sus pasiones y nada más, no sé si de pronto algún evento de acoso sexual haya influido en esconderlo en mi cerebro o el deseo de ser una hija modelo y eso implicaba ser pura y casta hasta el matrimonio, y como no me he casado no tengo derecho a activar mi vida sexual o a hablar de eso. Esas son mis hipótesis”

Se debe destacar que, en la entrevistada B, el significado que ella le da a su variedad en la frecuencia de activación del deseo, corresponde más a comparaciones con pares, más que a una molestia clínica significativa por la frecuencia de activación de su motivación erótica. En la narrativa de D, si se evidencia un cuestionamiento más profundo sobre la falta de motivación para tener encuentros eróticos, con un planteamiento de posibles asociaciones, tales como influencia de aspectos culturales, de crianza, patriarcales, educación sexual erotófila y plantea hasta un posible bloqueo de su función erótica por un bloqueo psíquico asociado al abuso sexual en la infancia.

Fase relacional

La fase relacional hace referencia a los comportamientos (en el plano externo del modelo de Helí Álzate) que buscan poner a la persona en relación con una pareja (objeto) sexual compatible con sus preferencias eróticas, con el propósito de estimularse, excitarse y llegar al orgasmo. Como es una fase que se manifiesta de forma conductual, al expresarse con la búsqueda de satisfacción, su componente descriptivo es el comportamental.

La mayoría de las entrevistadas en sus narrativas expresaron facilidad para acercarse a su pareja o la persona con quien busca satisfacer el impulso sexual para desencadenar el resto de las fases de la función erótica. Identifican en esta fase situaciones como que requieran

que haya comunicación clara respecto a los gustos y a consenso en cuanto al deseo de iniciar un encuentro sexual, también respecto a planear el ambiente para que surja el deseo, es decir, puede llegar a anticiparse la fase relacional a la fase apetitiva, también se describieron gestos de afecto y sensualidad que realizan como señales para buscar el encuentro con el otro:

5.E.R.1: “uno empieza como en los abrazos, se relaja uno, otras veces era que nos decíamos vamos a salir, vamos a un motel a tener el encuentro mejor porque en la casa pues ya hay muchas condiciones que uno dice no, ya no se puede, entonces uno ya sabía que iba y disfrutaba, disfrutaba mucho”.

3.C.R.3: “yo creo que es más de comunicación, pues, es algo como más de confianza, en cuanto a la pareja, o no sé si pues llevamos 4 años, ya la confianza es mucha de decirle, tengo ganas o no sé, pues las cosas se van dando”.

Cabe aclarar que Álzate(8), enmarca esta fase en la búsqueda del otro para desencadenar el desarrollo de las demás fases de la función erótica, y en el caso de la mujeres, argumenta que estas por su condicionamiento cultural erotóforo, priorizan la existencia de un sentimiento amoroso más que la percepción de su libido, ocasionando que su función sexual con objetivo erótico se inicie muchas veces en la fase relacional, donde hay una emoción amorosa que refuerza su apetito sexual y le hace más fácil el paso secuencial a las otras fases. Teniendo en cuenta esto, en las dos entrevistadas que relatan conflictos en el momento acercarse al otro para ejercer la función sexual, resaltan estos condicionamientos.

4.D.R.3: “Es primero me tiene que gustar una persona y a veces para que me gusté una persona no es tan fácil, que me gusté alguien. Y luego cuando me gusta esa persona, creo que primero tengo que conocerla, porque no soy tan desinhibida así de dejarme llevar por el placer de la carne, así como dicen, no, soy más bien, creo que he sido muy mental, entonces eso juega en contra”.

1.A.R.4: “me siento más cómoda cuando me lo proponen que cuando yo pues como el hecho de yo tomar la iniciativa, porque, no sé, eso como qué me gustaba hacerlo pero lo deje de

hacer, más que todo porque sentí en una ocasión, que a los hombres les da miedo eso, no sé, que uno tenga la iniciativa, o el hecho de que uno disfrute el acto sexual, ya eso como que los asusta, no sé porque, eso como que me cohibió, ya ahí lo que hago es esperar”.

La asociación entre género y la búsqueda del objeto sexual, persiste y se encuadra en estas narrativas, consistentes a la explicación de la condición femenina descrita por Álzate.

Fase estimulatoria

Se caracteriza por los estímulos que inducen en el sujeto una sensación placentera específica, esta fase se manifiesta en tres componentes, el psíquico, el somático y el comportamental, correspondiendo a estas tres etapas respectivamente, la estimulación psicosexual, la estimulación somatosexual del sujeto y la interacción corporal del sujeto con el objeto.

En el plano psíquico esta la estimulación psicosexual y esta se corresponden con la activación directa de centros cerebrales dada por estímulos internos como sueños eróticos o fantasías y estímulos externos como la observación de material sexual explícito, por ejemplo, la pornografía o todos aquellos estímulos recibidos por aferencias sensoriales visuales, olfativas o auditivas. Las entrevistadas mencionan la activación central por medio de fantasías sexuales, sueños eróticos, observación de pornografía o lecturas eróticas, solo una entrevistada mostró menos activación psíquica por medio de estos estímulos psicosexuales, ni las fantasías u observación de material sexual explícito originaban estimulación de origen psíquico, principalmente su estimulación satisfactoria surgía de tener interacción corporal con su objeto sexual. Se evidenció en una narrativa que por medio de una fantasía sexual se desencadenó excitación y satisfacción sin requerimiento de estimulación somatosexual o interacción corporal con el objeto sexual(38):

3.C.E.3: “Sí, pero no son tan amplias como las de mi pareja. No. Digamos que sí soy un poco limitada en cuanto a eso. No porque me parezcan malas ni porque tenga algún sesgo con eso, pero no, pues sencillamente soy un poco más básica de pronto”.

4.D.E.6: “Creo que he tenido tres fantasías. Una con una mujer hace como diez años, y sí, me gustó, pienso que debería tenerlas más, me siento cómoda, me gustaría que se repitieran

más seguido, me gusta el hecho de que no tenga que tocarme, simplemente de que con mi cabeza lo haga todo (...) Una vez leí una novela erótica y me gustó, y puedo decir que me excité y eyaculé”.

Cuatro entrevistadas con respecto a la observación de pornografía, se expresaron con distanciamiento de esta actividad, siendo críticas de su contenido por razones similares, como el no interés en esta porque no genera excitación, la violencia que puede haber en este contenido, la condición de la mujer y la distorsión de la realidad.

En el plano comportamental esta la interacción corporal del sujeto con el objeto sexual, es decir, los actos corporales efectuados mutuamente por el sujeto y el objeto, por uno sobre otro o por el sujeto sobre sí mismo, con el propósito de producir estimulación sexual y, la mayoría de las veces un orgasmo. Se caracteriza por las actividades heterosexuales, actividades homosexuales y masturbación, incluyéndose en estas una diversidad de prácticas para su interacción, tales como el sexo oral, sexo anal, el uso de juguetes sexuales, caricias fuertes o suaves, entendiendo por caricias suaves los abrazos, besos boca a boca, contactos mano con mamas o boca con mamas; y por caricias fuertes los contactos mano con genitales y boca con genitales(8).

Tres de las participantes relataron la masturbación como una forma efectiva para estimularse, asociándola también a una forma efectiva de autoconocimiento y de satisfacción, explorando no solo la vulva sino también el ano. Las otras entrevistadas consideran que no tienen pensamientos negativos asociados a esta práctica, pero no la realizan porque no perciben estimulación o placer por medio del autoerotismo y por ausencia o baja motivación para hacerlo.

3.C.E.5: “Pues en cuanto a eso pues soy muy abierta en cuanto a las personas que lo hacen, cierto. Porque me parece muy normal, pero no encuentro como esa satisfacción, no (...) pero no, pues no me produce nada la verdad”.

4.D.E.8: “Pienso que está bien, y he escuchado muchas mujeres que lo recomiendan bastante y me gustaría hacerlo más a menudo, pero tampoco es que tenga yo el deseo de hacerlo ni

me nace, entonces creo que tengo una zona de confort en la que me he acostumbrado a no sentir el deseo, pero si he escuchado muchas mujeres que lo recomiendan y que dicen que como mujer debemos ir al deseo porque se despierta nuestra energía femenina, nuestro poder, pero yo no, tampoco es que lo haya buscado mucho”.

1.A.E.Q: “antes solamente me tocaba un poco por la parte de la vulva, y ahora grande ya si digo lo voy a disfrutar porque puedo y ya no solamente es la vulva sino la vagina también, y en esa exploración descubrí que lubrico un poco más o mucho más si tengo tacto con el ano, a eso me refiero cuando digo que aprendí a manejarlo.”

Las otras actividades estimulatorias que realizan son caricias en diferentes regiones del cuerpo como la espalda, cuello y tórax, recibir sexo oral, practicar sexo anal, uso de juguetes sexuales, masturbación en pareja, heteromasturbación.

También en una entrevistada se encontró que hay dificultades para comunicar que actividades la estimulan, esto lo asocia a una falta de interés propia de conocerse y también porque puede llegar a sentirse como un objeto sexual para el hombre, situación que le genera angustia porque desea desbloquearse para disfrutar de las actividades sexuales.

2.E.B.1: “Pues a mi me gusta mucho que me toquen, me acaricien, me gusta conocer mi cuerpo para también mostrarle a mi esposo como me gusta que me toque, que me penetre, por ejemplo, a mi no me gusta nada brusco, me gusta todo muy despacio, lento, yo creo que cuando él logra eso, tocarme como a mi me gusta, me siento bien, y yo se lo digo a él y él también. Yo también hago lo mismo con él”

4.D.E.9: “es que a veces me pongo a pensar que solo soy un objeto sexual para el hombre y eso me hace sentir desagradable, entonces cuando siento que la otra persona si me quiere como que fluyo más”

En el plano somático se da la estimulación somatosexual propiamente dicha, consiste en la administración efectiva de estímulos táctiles: exteroceptivos, intero o propioceptivos a las zonas u órganos erógenos del sujeto, los cuales poseen receptores apropiados. La fuente del estímulo táctil es indiferente, y surge de las actividades del plano externo o comportamental,

este será agradable siempre que se aplique a la zona erógena y no sea inhibido consciente o inconscientemente por el sujeto.

En las narrativas de las entrevistadas se encuentra como hay una búsqueda por ese estímulo satisfactorio, esa búsqueda se ve facilitada o interrumpida por factores tales como la comunicación que hay entre la pareja, el grado de importancia a los vínculos afectivos que pueda existir con el objeto sexual, el autoconocimiento y la disposición individual de ellas a encontrarlos que a su vez también está determinada por diversos aspectos como la crianza, la educación sexual recibida, entre otros.

6.F.E.4: “yo me toco de una forma en que se estimule el clítoris principalmente, ya en pareja me gusta mucho el sexo oral, lo disfruto bastante, pues que me lo hagan, pero también todas las cosas que se hacen, también que me acaricien, hay un momento de mucha excitación donde ya me gusta es que me estimulen más la vagina, pero eso ya es cuando estoy muy excitada y en pareja”.

Fase excitatoria

Se entiende esta fase como la percepción subjetiva del continuo de sensaciones placenteras inducidas por la estimulación sexual psíquica o somática. La excitación propiamente dicha es la que se presenta en el plano psíquico, donde hay una percepción subjetiva de sensaciones placenteras inducidas por la estimulación sexual. La manifestación periférica de la excitación en las mujeres se manifiesta por la lubricación vaginal, dilatación de la vagina, tumescencia del clítoris y los labios vaginales; también en otros órganos hay manifestaciones tales como sensibilidad de los pezones y aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria.

En las narrativas evaluadas hay expresión de todos estos cambios somáticos y psíquicos, así como también de algunas dificultades que se presentan en la percepción de estos principalmente en el plano central. Una entrevistada relató dificultades para abandonarse al placer continuo generado por estímulos placenteros en la mayoría de las actividades sexuales que practica, incluidas las autoeróticas.

En cuanto al componente psíquico hay afirmaciones que reflejan esas percepciones placenteras y su enfoque por mantenerlas, se describen en términos de concentrarse en lo que se siente, relajarse y no dejar interrumpirse por preocupaciones externas, también en demostrar la obtención de sensaciones placentera para transmitir al otro que hay satisfacción para que se continúe el estímulo. Se encuentran también descripciones de interrupciones de las sensaciones placenteras cuando hay un cambio en la dirección del pensamiento, es decir, cuando hay una inquietud por eventos externos al encuentro sexual como la posibilidad que sean escuchados.

4.D.Ex.3: “Quisiera que no hablaran tanto y que ejecutaran de una, percibir que ese momento no acabe y que quiero que permanezca así (...) que yo haya fluido con la situación y que no me haya parado en algún momento y que no diga yo no quiero, sino que haya querido siempre. (...) Y si tengo que admitir, que a veces pienso en que es así”

5.E.Ex.3: “Que quiero más. Quiero seguir sintiendo eso, que es muy placentero”.

En todas las narrativas de las mujeres, se evidenciaron cambios somáticos de esta fase, en todas se describió lubricación asociado a estímulos que desencadenen sensaciones placenteras. Los otros cambios físicos que se pueden dar como la tumescencia de clítoris, la dilatación de la vagina y la sensibilidad de las mamas también se presentó.

1.A.Ex.4: “Desde el momento en que empiezo a sentir que estoy lubricando ya siento un cambio en mis genitales, uno si siente que las paredes se dilatan, eso es lo que más percibo con el tema de la dilatación, que se incrementa el tamaño del clítoris, es como las cosas que más percibo (..) la respiración y la parte de la frecuencia cardiaca también es como diferente, más rápido, si, diferente a eso, es como lo que he percibido”.

5.E.Ex.2: “Me palpita más rápido el corazón, la respiración va más rápida y siento que también me palpita así en los genitales. Los senos también se ponen más sensibles, eso siento”.

Con estos hallazgos, se puede plantear que en este grupo de mujeres, no hay compromiso de dos elementos fundamentales de esta fase que propone Álzate (8): la excitabilidad sexual y la estimulabilidad sexual. La excitabilidad es la capacidad del sujeto para excitarse sexualmente que es inherente al plano psíquico; y estimulabilidad es la capacidad del sujeto para reaccionar somatofisiológicamente a la estimulación psico o somatosexual, inherente al plano somático.

Fase orgásmica

Esta fase final de la función erótica, corresponde a un fenómeno del plano síquico, que caracteriza la percepción subjetiva de la culminación placentera de la excitación sexual. A pesar de ser un evento psíquico también tiene manifestaciones somáticas, que en la mujer varían y pueden o no presentarse, como lo son las contracciones de los músculos perineales y el eyaculado femenino que corresponde a secreciones de las glándulas parauretrales.

En todas las narrativas podemos encontrar manifestaciones psíquicas o somáticas de esta fase. La mayoría reporta presencia del orgasmo en su componente psíquico o central, solo una no lo percibe, a pesar de que si ha experimentado manifestaciones somáticas como lo es el eyaculado femenino. Reportan estas manifestaciones psíquicas como estados de satisfacción máxima, relajación, descarga energética, sensación de tranquilidad:

1.A.O.5: “Cuando si hay es porque ha habido como, una estimulación más larga, lo percibo como algo satisfactorio, de hecho, yo lo digo, ay quedé satisfecha o algo así, entonces yo lo siento, por como termino pues, ahí tirada en la cama, si así lo percibo, como un momento de satisfacción, como de descarga.”

Las presentaciones somáticas solo se relatan en dos entrevistadas, en una como una secreción del eyaculado femenino al momento del orgasmo y otra con identificación de la eyaculación en diferentes ocasiones, pero siempre en ausencia de la percepción psíquica del orgasmo.

2.B.O.3: “Siento que baja líquido cuando se siente el orgasmo, en el máximo nivel, y esto es muy satisfactorio”

4.D.O.2: “entonces yo si he tenido eyaculación y si he sentido placer, pero no sé, es triste, pero yo creo que no”.

A pesar de que hayan experimentado el orgasmo, una entrevistada relata dificultades para encontrarlo en la mayoría de sus encuentros sexuales con pareja, porque con la masturbación siempre lo alcanza, esta participante determina estos encuentros sexuales sin orgasmos como insatisfactorios, ya que esto le producen pensamientos negativos, como el de ser utilizada para un encuentro sexual, donde no se tiene en cuenta su participación:

1.A.O.1: “es un tema complejo, porque no es algo que yo tenga pues como fácil o lo tenga siempre, antes han sido como contadas las veces desde que yo tengo vida sexual, es difícil conseguirlo (...) Cuando tengo encuentros sexuales con mi pareja, pero cuando lo hago sola si lo consigo, casi siempre”.

CATEGORÍA EMERGENTE

Hasta este punto se presenta el análisis de las categorías iniciales propuestas, procedentes de la teoría que fundamenta la intención del trabajo investigativo. Durante la realización de las entrevistas surgen significados asignados a la calidad de la vivencia de las sexualidades de las entrevistadas, a la cual se le asignan valoraciones o evaluaciones positivas o negativas, esto lleva al surgimiento de una categoría denominada Autopercepción del Funcionamiento Sexual.

Autopercepción del funcionamiento sexual

Esta categoría surge cuando al analizar las narrativas, se da cuenta que estos discursos en su mayoría, informan sobre una autoevaluación de la calidad en cuanto a grado de satisfacción, de la función erótica vivenciada por las entrevistadas.

Las participantes en su mayoría consideran que tienen una vida sexual satisfactoria, y al cuestionarse esta afirmación formulan comentarios que lo argumentan. Asocian esta cualidad positiva a la relación de pareja, a como se vinculan sexualmente con su objeto sexual, a los encuentros sexuales que aportan placer sexual, también a que no la viven con emociones negativas asociadas como el miedo o la tensión; a que se asumen como seres sexuales y a la influencia positiva que generan en el vínculo de sus relaciones de pareja.

1.A.PS.2: “cuando digo normal es que se prestan las condiciones para que el acto se de en buenas condiciones, es que no sé cómo explicarlo, si porque hace falta definir que es normal, pues me refiero a que hay momentos en los que tengo esa satisfacción, si como placentera, desde el organismo hay una necesidad que se satisface en algunos tiempos de la semana a eso me refiero”.

3.C.PS.1: “Pues yo creo que, que ha tenido como muchos cambios, pues inicialmente tenía como una confusión digamos por lo del abuso, pero creo que me identifiqué y pude asumir lo que soy, mi pareja es mujer y me siento muy bien, pues, creo que es muy diferente a lo que sentía antes con un hombre, entonces pues me siento plena ahora”.

Una de las participantes evalúa insatisfactoria su función erótica, y esto lo asocia a que no percibe en su funcionamiento un impulso sexual permanentemente activo, lo atribuye a la mala educación sexual o a su ausencia y a la crianza y cultura erotófila en la que se crio.

4.D.PS.1 “Qué es muy pobre, que debería mejorarla muchísimo, que soy muy inexperta, que tengo que expresar cuales son mis deseos, que debería desinhibirme más, que tengo que trabajar mucho en ella y no sé si trabajándola la voy a mejorar, pero debería hacerlo. Pero es que también pienso que mi vida sexual no es tan importante en mi vida, la dejo como en pausa un tiempo, (...) como que está escondido, como que lo metí en una parte de mi cerebro donde está dormido.

Tal vez por la cultura esta de que el sexo es solo para el matrimonio, que en la familia no se hable del sexo, a veces pienso que las personas que solo piensan en sexo son inferiores, que

se dejan llevar solo por sus pasiones y nada más, no se si de pronto algún evento de acoso sexual haya influido en esconderlo en mi cerebro o el deseo de ser una hija modelo y eso implicaba ser pura y casta hasta el matrimonio, y como no me he casado no tengo derecho a activar mi vida sexual o a hablar de eso”.

Otro aspecto importante en la evaluación de las entrevistadas de su funcionamiento erótico, es que la mayoría mencionan un punto de cambió, es decir, un momento de reflexión de los aspectos negativos de sus vidas que pueden haber afectado el desarrollo de su sexualidad e intentaron modificarlos proceso que aún no termina.

Estos momentos importantes de cuestionamientos y cambios, se han dado en ellas por motivaciones propias a querer mejorar su función erótica.

1.A.E.1: “en la Guajira tenemos una cultura muy machista y también son muy arraigados a lo que dicte las religiones, entonces yo tenía en mi cabeza que las mujeres no podían tocarse, entonces me daba miedo, ahorita pues, antes solamente me tocaba un poco por la parte de la vulva, y ahora grande ya si digo lo voy a disfrutar porque puedo y ya no solamente es la vulva sino la vagina también, y en esa exploración descubrí que lubrico un poco más o mucho más si tengo tacto con el ano, a eso me refiero cuando digo que aprendí a manejarlo”.

2.B.R.2: “en nuestra cultura es así, como con miedo, por ejemplo, mi mamá que tuvo problemas en sus senos y yo le preguntaba si ella hace cuanto se sintió esa bolita ahí, y ella me decía penosamente yo nunca me toco los senos, y yo decía, no!! definitivamente, porque es algo muy delicado sentirse una masa en un seno y no tocarse porque le da pena, porque a uno no le enseñaron esas cosas, que tal!! Y no se si por mi formación o porque siempre he estado como muy conectada con todo el tema de sexualidad, género y ese tipo de cosas, me he permitido explorarme desde otro punto de vista, yo como persona, no es solo para los hombres, el placer no es solo para los hombres”.

DISCUSIÓN

El objetivo general del presente trabajo de grado es comprender la función sexual de mujeres adultas con antecedente de abuso sexual en la infancia, para un grupo de mujeres, según el modelo de función sexual del Dr. Helí Alzate. Para alcanzarlo, se describieron las vivencias en categorías que corresponden a las fases de este modelo: fase apetitiva, relacional, estimuladora, excitatoria y orgásmica, se caracterizaron estas en sus experiencias sexuales actuales. Mediante las narrativas de las participantes se pudo explorar y comprender las vivencias, los significados y las percepciones que atribuían a su sexualidad y erotismo.

El análisis de las entrevistas reveló que, en los relatos compartidos por las 6 mujeres del estudio, se da un desarrollo por fases de la función sexual humana concordando con el modelo planteado por el Helí Alzate, con un objetivo erótico que incluyen vivencias casi completas correspondientes a este modelo.

En las entrevistadas están presentes dos elementos fundamentales de la fase excitatoria que propone Alzate(8): la excitabilidad sexual y la estimulabilidad sexual. La excitabilidad es la capacidad del sujeto para excitarse sexualmente, inherente al plano psíquico; y estimulabilidad es la capacidad del sujeto para reaccionar somatofisiológicamente a la estimulación psico o somatosexual, inherente al plano somático.

Este hallazgo puede tener utilidad clínica porque si bien en este grupo de mujeres no hay alteración de estos elementos, plantea la posibilidad de que los objetivos terapéuticos en mujeres con antecedentes de abuso sexual y disfunción sexual, puedan centrarse en intervenciones que evalúen su excitabilidad y estimulabilidad sexual para tratarlas y/o fortalecerlas y así dar paso a un desarrollo de las fases en su componente psíquico o central satisfactorio.

Como resultó en el estudio investigativo cualitativo de Gibson y Morgan(5), también en esta investigación, se identificó en las narrativas en las cuales se describen alteraciones en las expresiones de la función erótica, de la fase apetitiva y orgásmica, con significados que corresponde más a comparaciones con pares o combinación de factores de riesgo todos negativos para el deseo sexual, que una molestia clínica significativa por la frecuencia de

activación de su motivación erótica, que dan cuenta de la dificultad de establecer cuáles son los factores que pueden ser causales de la dificultad.

Este hallazgo da cuenta de la dificultad al querer determinar cuáles son los factores que pueden ser patogénicos o no, en el establecimiento de una disfunción sexual en el contexto de un antecedente de abuso sexual en la infancia.

Para las participantes de este estudio fue importante la presencia de conexión, afectividad y confianza, al relacionarse con el objeto sexual, para que haya estímulos placenteros, situación también descrita por Newsom y Myers-Bowman (31), en su estudio cualitativo con mujeres que ya han superado el antecedente de abuso sexual en la infancia, varias de sus participantes describieron el inicio de relaciones con sus parejas actuales o anteriores como "amigos primero", resaltaban la importancia de generar confianza y respeto con alguien como amigo antes de que hubiera expectativas de compromiso o intimidad física, es así como estas amistades les permitieron establecer confianza, habilidades de comunicación abierta y honestidad. Estos hallazgos también son consistentes con los del estudio planteado por Mark y Vowels(39) , donde una parte de las 41 mujeres con historia de trauma sexual entrevistadas a profundidad sobre su agencia sexual, expresaron que su consentimiento se relacionaba con mayor una mayor confianza, seguridad y comodidad en su relación, lo que les permitía ser más abiertas sobre sus necesidades y deseos sexuales.

Se podría entonces plantear también que esta necesidad de afecto por el objeto sexual, asociada a un conocimiento amplio previo, pueda funcionar como estrategia de afrontamiento ante situaciones que pueden representar eventos estresantes emocionales.

Llama la atención que Álzate(8), ya argumentaba en su descripción de las particularidades del funcionamiento sexual en la mujeres, que estas por su condicionamiento cultural erotóforo, priorizan que haya un sentimiento amoroso más que la percepción de su libido, ya que refuerza su apetito sexual y le hace más fácil el paso secuencial a las otras fases; generando esto cuestionamientos sobre el origen real de esta particularidad o el refuerzo de una característica del sexo femenino ya dada por el contexto sociocultural al que ha sido expuesta en el desarrollo de la sociedad.

En el trabajo referenciado de Newsom y Myers-Bowman(31), también se evidenció una autopercepción de la calidad del funcionamiento sexual positiva, asociada principalmente a reconocerse como seres sexuales que tienen derecho a vivir placer. Situación que también es congruente con lo hallado en este estudio, donde cinco participantes detallan que disfrutaban de su función erótica, reconociéndose como personas que disfrutaban de su sexualidad y dejaban de lado emociones negativas como el miedo y la tensión, lo que les permite abandonarse al disfrute erótico.

En la mayoría de las vivencias de las participantes esbozaron patrones de funcionamiento sexual satisfactorio, pero también hay patrones que develan dificultades o insatisfacción, hay alteraciones en la fase apetitiva y en la búsqueda relacional clara de un objeto para la satisfacción sexual, mostrando las limitaciones que caracterizan el contexto de algunas de estas mujeres para satisfacer secuencialmente su función sexual con objetivo erótico. El alcance y enfoque de este estudio no permite establecer relaciones causales a estas dificultades, pero se identifican en las mismas narrativas de las vivencias de las participantes mencionadas por dos de ellas, circunstancias que pueden contribuir a las dificultades sexuales, y no están asociadas al antecedente de abuso sexual en la infancia. Plantean críticas relacionadas con escenarios de represión religiosa y cultura machista y patriarcal que las ha llevado a no explorar y vivir su erotismo por miedo o temor a estar infringiendo normas.

Este fenómeno viene tomando relevancia en los estudios cuantitativos, la revisión sistemática de Bigras et al(40), sobre las asociaciones entre el abuso sexual infantil y el bienestar sexual en la edad adulta, concluye que hasta el momento, examinar un resultado sexual subjetivo como lo es la satisfacción sexual, no permite afirmar que el abuso sexual infantil tiene repercusiones sexuales negativas en las mujeres excepto en una población o contexto específico, además que frente a esto hay importantes lagunas en la literatura y la necesidad de una investigación más rigurosa; siendo consistente esta afirmación con lo evidenciado en este estudio, resaltando la subjetividad de la experiencia del ejercicio erótico.

Este estudio permitió comprender las narrativas de las vivencias de la función sexual de un grupo de mujeres adultas, que pueden a su vez dilucidar las narrativas coexistentes, y que contribuyen a una comprensión más profunda de este fenómeno. La investigación actual

destaca el potencial de las narrativas para proporcionar una visión detallada de cómo los individuos manejan sus experiencias e interpretan su yo actual. Este método resalta la naturaleza dinámica de las experiencias de las personas y al mismo tiempo reconoce que las narrativas mismas están en progreso y en un devenir constante al vincularse con sus contextos.

CONCLUSIONES

1. Los resultados muestran la existencia de procesos de subjetivación presentes de forma singular en las participantes, que son susceptibles de comprenderse científicamente a la luz del análisis cualitativo.
2. Ahondar y conocer la vivencia de la función erótica en mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia, permite comprender el universo de la construcción individual de cada analizada y usarlo en pro de su bienestar sexual.
3. Cada mujer relatora otorga un sentido propio a su vivencia, sin embargo, el comprender su subjetividad, pueden significar y aportar elementos comunes en la forma como se vivencian situaciones, y permiten entender cómo se construyen las vivencias inherentes al ser humano como lo es la función erótica, en este caso en el contexto del antecedente de abuso sexual en la infancia.
4. Desde esta investigación cualitativa y el enfoque narrativo, se puede señalar que las creencias culturales del género, aún guían las experiencias eróticas. Sin embargo, estas creencias no determinan la vida de las personas, puesto que son capaces de ejercer su potencial de agencia al cuestionarse y modificarse. Por esto, todos los esfuerzos encaminados a rebatir estas creencias y a la educación sexual positiva independiente del momento del ciclo vital, son pertinentes.

LIMITACIONES

1. A pesar de la apertura y confianza ofrecida al momento de las entrevistas, lograr la apertura fluida para describir los detalles de las vivencias de la sexualidad humana en las mujeres es difícil, la actitud erotófila socialmente condicionada contribuye a esta situación.
2. Al enfocarse la entrevista en la función sexual actual de las mujeres, por medio de unas categorías pre establecidas, se limita la historia individual de cada una de estas mujeres y los otros procesos intra e interpersonales, que las han llevado a llegar al punto donde hoy se encuentra, en cuanto al ejercicio de su sexualidad se refiere.
3. En el relato del ejercicio de su función sexual, las entrevistadas solapan en cuanto a vocabulario las fases de esta, y poder develar las características propias de cada una se complejiza, situación probablemente asociada a la baja educación sexual que existe en nuestra sociedad.
4. No hay en cantidad significativa estudios cualitativos de la función sexual humana, independiente del factor de riesgo o protector que se pueda estar estudiando y que permitan generar una discusión amplia al debatir los hallazgos.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere futuras investigaciones cualitativas donde sean integradas poblaciones con características diferentes que permitan enriquecer la diversidad de las narrativas analizadas (tipo de abuso, procesos psicoterapéuticos y orientación sexual).
2. Individualizar en la práctica clínica sexológica la evaluación e intervención de consultantes con disfunciones sexuales y este antecedente, porque el mecanismo patogénico es variable y multifactorial.
3. Continuar visibilizando el impacto multifacético del abuso sexual infantil en la vida adulta, para continuar detallando y potenciando sus aproximaciones terapéuticas cuando son necesarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bechtel K, Bennett BL. Management and sequelae of sexual abuse in children and adolescents. *UpToDate*. 2016;1–7.
2. Espitia De La Hoz FJ. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018 Mar 28;69(1):9.
3. Malón MA. La hipótesis del trauma en el abuso sexual: revisión crítica e implicaciones. *Rev Colomb Psicol*. 2008;17:177–200.
4. López S, Faro C, Lopetegui L, Pujol-Ribera E, Monteagudo M, Cobo J, et al. Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gac Sanit*. 2017 May 1;31(3):210–9.
5. Gibson K, Morgan M. Narrative Research on Child Sexual Abuse: Addressing Perennial Problems in Quantitative Research. *Qual Res Psychol*. 2013;10(3):298–317.
6. Valadares ALR, Lui-Filho JF, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Middle-aged female sexual dysfunction and multimorbidity: A population-based study. *Menopause*. 2016;23(3):304–10.
7. Moreno Lozada SL. FORENSIS 2017. Datos para la vida. *Forensis datos para la vida*. 2018;19(1):349–86.
8. Alzate H. *Sexualidad Humana*. Segunda ed. Sexualidad Humana. Editorial Temis, S.A.; 1987. 310 p.
9. Oaksford K, Frude N. The Process of Coping Following Child Sexual Abuse: A Qualitative Study. *J Child Sex Abus*. 2003;12(2):41–72.
10. Træen B, Sørensen D. A qualitative study of how survivors of sexual, psychological and physical abuse manage sexuality and desire. *Sex Relatsh Ther*. 2008;23(4):377–91.
11. Anderson KM, Hiersteiner C. Recovering from childhood sexual abuse: Is a “Storybook ending” possible? *Am J Fam Ther*. 2008;36(5):413–24.
12. Ligiéro DP, Fassinger R, McCauley M, Moore J, Lyytinen N. Childhood sexual

- abuse, culture, and coping: A qualitative study of latinas. *Psychol Women Q.* 2009;33(1):67–80.
13. Dorahy MJ, Clearwater K. Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: A qualitative investigation. *J Child Sex Abus.* 2012;21(2):155–75.
 14. Arias BJ, Johnson C V. Voices of healing and recovery from childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2013;22(7):822–41.
 15. Guzmán Díaz AV, Trujano Ruiz P. Sistemas de significados en torno a la experiencia erótica y los abusos sexuales en la infancia. *Diversitas.* 2020;16(1).
 16. Woodiwiss J. Beyond a single story: The importance of separating ‘harm’ from ‘wrongfulness’ and ‘sexual innocence’ from ‘childhood’ in contemporary narratives of childhood sexual abuse. *Sexualities.* 2014 Jan 5;17(1–2):139–58.
 17. Alzate Vedoya NA, Urbina Rivera P. Informe evento violencias de género. Departamento de Caldas. Actualización periodo VI 2017. Manizales; 2017.
 18. Kilimnik CD, Pulverman CS, Meston CM. Methodologic Considerations for the Study of Childhood Sexual Abuse in Sexual Health Outcome Research: A Comprehensive Review. Vol. 6, *Sexual Medicine Reviews.* Elsevier; 2018. p. 176–87.
 19. Sarwer DB, Durlak JA. Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: A study of couples seeking sex therapy. *Child Abus Negl.* 1996;20(10):963–72.
 20. Meston C, Heiman J, Trapnell P. The relation between early abuse and adult sexuality. *J Sex Res.* 1999;36(4):385–95.
 21. Najman JM, Dunne MP, Purdie DM, Boyle FM, Coxeter PD. Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Arch Sex Behav.* 2005;34(5):517–26.
 22. Lacelle C, Hébert M, Lavoie F, Vitaro F, Tremblay RE. Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse. *Child Abus Negl.* 2012;36(3):247–59.
 23. Pulverman CS, Kilimnik CD, Meston CM. The Impact of Childhood Sexual Abuse on Women’s Sexual Health: A Comprehensive Review. *Sex Med Rev.* 2018;6(2):188–200.
 24. Macdonald GM, Higgins JPT, Ramchandani P. Cognitive-behavioural interventions

- for children who have been sexually abused. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4).
25. Amezcúa M, Gálvez Toro A. Los Modos De Análisis En Investigación Cualitativa En Salud: Perspectiva Crítica Y Reflexiones En Voz Alta. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76(5):423–36.
 26. Cárcamo H. “Hermenéutica y análisis cualitativo.” *Cinta de Moebio. Rev Epistemol Ciencias Soc.* 2005;204–16.
 27. Echeverría R. *El Buhó de Minerva. Introducción a la Filosofía Moderna.* 2004. 155 p.
 28. Gómez EE. La perspectiva ricoeuriana y el análisis de las narrativas. *Fundam en Humanidades.* 2013;XIV(27):175–92.
 29. Riessman CK. Analysis of personal narratives. In: *The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft.* 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc.; 2012. p. 367–80.
 30. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods : integrating theory and practice.* 2002. 806 p.
 31. Newsom K, Myers-Bowman K. “I Am Not A Victim. I Am A Survivor”: Resilience as a Journey for Female Survivors of Child Sexual Abuse. *J Child Sex Abus.* 2017;26(8):927–47.
 32. Minayo MC de S. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colect.* 2010;6(3):251–61.
 33. Erausquin C, Sulle A, García L. La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica. *Anu Investig.* 2016;23(1):97–104.
 34. Romero LS, Suárez RM. El sufrimiento del adulto abusado sexualmente en la infancia. Una aproximación clínica. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2005;8(4):679–93.
 35. Rosenthal G. Reconstruction of Life Stories : Principles of Selection in Generating Stories for Narrative Biographical Interviews. *Narrat study lives* 1. 1993;1(1):59–91.
 36. McAdams DP. The Psychology of Life Stories. *Rev Gen Psychol.* 2001 Jun 1;5(2):100–22.

37. Malón Marco A. ¿El derecho a una educación sexual? Entre los discursos de salvación y la ausencia del conocimiento. *Educ siglo XXI*. 2012;30(2):207–28.
38. Frederick DA, John HKS, Garcia JR, Lloyd EA. Differences in Orgasm Frequency Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Men and Women in a U.S. National Sample. *Arch Sex Behav*. 2018;47(1):273–88.
39. Mark KP, Vowels LM. Sexual consent and sexual agency of women in healthy relationships following a history of sexual trauma. *Psychol Sex*. 2020 Oct 1;11(4):315–28.
40. Bigras N, Vaillancourt-Morel MP, Nolin MC, Bergeron S. Associations between Childhood Sexual Abuse and Sexual Well-being in Adulthood: A Systematic Literature Review. 2020;30(3):332–52.

ANEXO 1

CONCEPTO DE COMITÉ DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
COMITÉ DE BIOÉTICA

FECHA	30 de Abril de 2020
CONSECUTIVO	CBCS-027

Nombre del Investigador	Nathalia Delgado Osorio
Facultad	Ciencias para la Salud.
Departamento	Salud Mental
Proyecto de Investigación	Antecedente de abuso sexual en la infancia y función sexual en la adultez, de mujeres adultas de la ciudad de Manizales, Colombia. Un estudio cualitativo.

EVALUACION:

Se considera una investigación con RIESGO MÍNIMO, de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

CONSIDERACIONES:

Se debe tener en cuenta el manejo, anonimización y custodia de los datos ya que esta información es sensible.

Los investigadores deben tener en cuenta que si existen cambios en la formulación del proyecto o el consentimiento informado esto debe ser informado a este Comité.

El Comité podrá solicitar información posterior sobre el desarrollo del proyecto y los cambios de acuerdo a las recomendaciones solicitadas.

ACTA No 007 de 2020
SE APRUEBA (<input checked="" type="checkbox"/>)
SE APRUEBA CON RECOMENDACIONES (<input type="checkbox"/>)
NO SE APRUEBA (<input type="checkbox"/>)

NATALIA GARCIA RESTREPO

Presidente

ANEXO 2

GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

FASE APETITIVA

1. ¿Cómo percibe la motivación para iniciar un encuentro sexual, de qué depende iniciarlo?
2. ¿Cómo se manifiesta este deseo erótico?
3. Con una pareja o consigo misma
4. ¿Qué la motiva a buscar un objeto sexual?

FASE RELACIONAL

1. ¿Cuál es el proceso que realiza para buscar el objeto sexual?
2. ¿Hay algo que lo facilite o lo dificulte?
3. ¿Hay algún sentimiento o pensamiento negativo asociado al proceso?

FASE ESTIMULATORIA

1. ¿Qué situaciones o actividades despiertan que busque interactuar con una persona u objeto con el objetivo de obtener placer?
2. ¿Qué actividades explora o realiza, sola y en pareja para estimular táctilmente las zonas erógenas?
3. ¿Qué piensa al momento de ejecutar o hacer real el estímulo sexual?
4. ¿Ves pornografía o lees literatura erótica?
5. Tienes sueños eróticos y/o fantasías sexuales

FASE EXCITATORIA

1. ¿Cómo se perciben las sensaciones placenteras inducidas por la estimulación sexual?
2. ¿Qué cambios en el cuerpo percibe con la excitación, en qué regiones, como evalúa esos cambios?
3. ¿Puede identificar las partes del cuerpo que cambian y cómo cambian?

FASE ORGÁSMICA

1. ¿Le es fácil alcanzar el orgasmo?
2. ¿Podría hablar de las condiciones que favorecen alcanzar el orgasmo, así como las que lo dificultan?
3. ¿Qué tan importante es obtener el orgasmo durante los encuentros sexuales?
4. ¿Qué cambios corporales percibe en el cuerpo al momento del orgasmo?
5. ¿Es satisfactorio el encuentro sexual si no hay orgasmo?

ANEXO 3

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORÍAS

Objetivo	Categoría (s)	Definición de categorías	Componentes	Preguntas orientadoras	Codificación
Describir del comportamiento de la función sexual y erótica adulta en mujeres con antecedente de abuso sexual en la niñez.	Fase apetitiva	La motivación consciente que impulsa al ser humano a ejercer la función sexual de modo erótico. Se trata de un fenómeno exclusivo del plano interno psíquico y esencialmente autónomo, pero puede ser influido por elementos de otras fases, sobre todo la relacional y la excitatoria.	Psíquico	1. ¿Cómo percibe la motivación para iniciar un encuentro sexual, de qué depende iniciarlo? ¿Cuándo percibes el deseo sexual, como se manifiesta en tu cuerpo? 2. ¿Cómo se manifiesta este deseo erótico? 3. Con una pareja o consigo misma 4. ¿Qué la motiva a buscar un objeto sexual?	1.A.A.1 3.C.A.8 1.A.A.2 4.D.A.1 1.A.A.3 4.D.A.2 2.B.A.1 4.D.A.3 2.B.A.2 4.D.A.4 2.B.A.3 4.D.A.5 2.B.A.4 4.D.A.6 2.B.A.5 4.D.A.7 3.C.A.1 5.E.A.1 3.C.A.2 5.E.A.2 3.C.A.3 5.E.A.3 3.C.A.4 5.E.A.4 3.C.A.5 6.F.A.1 3.C.A.6 6.F.A.2 3.C.A.7 6.F.A.3
	Relacional	Motivada por el apetito sexual, la persona (sujeto), adopta comportamientos (es decir, actúa en el plano externo) que buscan ponerla en relación con una pareja (objeto) sexual compatible con sus preferencias eróticas, con el propósito de estimularse, excitarse y llegar al orgasmo.	Comportamental	1. ¿Cuál es el proceso que realiza para buscar el a su pareja? 2. ¿Hay algo que lo facilite o lo dificulte? 3. ¿Hay algún sentimiento o pensamiento negativo asociado al proceso?	1.A.R.1 3.C.R.1 1.A.R.2 3.C.R.2 1.A.R.3 3.C.R.3 1.A.R.4 4.D.R.1 1.A.R.5 4.D.R.2 1.A.R.6 4.D.R.3 1.A.R.7 5.E.R.1 2.B.R.1 5.E.R.2 2.B.R.2 5.E.R.3 2.B.R.3 6.F.R.1 6.F.R.2
	Estimulativa	La acción de un fenómeno energético interno o externo (estímulo sexual) que, al ser percibido síquica (en el plano central) o somáticamente (en el plano periférico) por el sujeto, es susceptible de inducir en él una sensación placentera específica (excitación sexual), o una reacción somatofisiológica también específica (respuesta sexual), típicamente en los órganos sexuales.	Psíquico	1. ¿Qué situaciones o actividades despiertan que busque interactuar con una persona u objeto con el objetivo de obtener placer?	1.A.E.1 4.D.E.5 1.A.E.2 4.D.E.6 1.A.E.3 4.D.E.7 2.B.E.1 4.D.E.8 2.B.E.2 4.D.E.9
			Somático	2. ¿Qué actividades explora o realiza, sola y en pareja para estimular táctilmente los genitales o zonas donde siente placer?	3.C.E.1 5.E.E.1 3.C.E.2 5.E.E.2 3.C.E.3 5.E.E.3
			Comportamental	3. ¿Qué piensa al momento de ejecutar o hacer real el estímulo sexual? 4. ¿Ves pornografía o lees literatura erótica? 5. Tienes sueños eróticos y/o fantasía sexuales	3.C.E.4 5.E.E.4 3.C.E.5 5.E.E.5 4.D.E.1 6.F.E.1 4.D.E.2 6.F.E.2 4.D.E.3 6.F.E.3 4.D.E.4 6.F.E.4
	Excitatoria	La percepción subjetiva del continuo de sensaciones placenteras inducidas por la estimulación sexual.	Psíquico	1. ¿Cómo se perciben las sensaciones placenteras inducidas por la estimulación sexual? ¿Cómo identifica que esta excitada?	1.A.Ex.1 4.D.Ex.1 1.A.Ex.2 4.D.Ex.2 1.A.Ex.3 4.D.Ex.3 1.A.Ex.4 4.D.Ex.4
			Somático	2. ¿Qué cambios en el cuerpo percibe con la excitación, en qué regiones, como evalúa esos cambios? 3. ¿Puede identificar las partes del cuerpo que cambian y cómo cambian?	1.A.Ex.5 4.D.Ex.5 2.B.Ex.1 4.D.Ex.6 2.B.Ex.2 5.E.Ex.1 2.B.Ex.3 5.E.Ex.2 2.B.Ex.4 5.E.Ex.3 3.C.Ex.1 5.E.Ex.4 3.C.Ex.2 6.F.Ex.1 3.C.Ex.3 6.F.Ex.2 3.C.Ex.4 6.F.Ex.3
	Orgasmica	Un fenómeno del plano síquico, como la percepción subjetiva de la culminación placentera de la excitación sexual.	Psíquico	1. ¿Le es fácil alcanzar el orgasmo? 2. ¿Podría hablar de las condiciones que favorecen alcanzar el orgasmo, así como las que lo dificultan?	1.A.O.1 3.C.O.3 1.A.O.2 3.C.O.4 1.A.O.3 4.D.O.1 1.A.O.4 4.D.O.2
			Somático	3. ¿Qué tan importante es obtener el orgasmo durante los encuentros sexuales? 4. ¿Qué cambios corporales percibe en el cuerpo al momento del orgasmo? 5. ¿Es satisfactorio el encuentro sexual si no hay orgasmo?	1.A.O.5 5.E.O.1 1.A.O.6 5.E.O.2 2.B.O.1 6.F.O.1 2.B.O.2 6.F.O.2 2.B.O.3 6.F.O.3 3.C.O.1 6.F.O.4 3.C.O.2
	CATEGORIAS EMERGENTES				
Comprender la función sexual y erótica de mujeres adultas, a través del modelo de la función sexual (apetitiva, relacional, estimulativa,	AUTOPERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL	Evaluación de la calidad en cuanto a grado de satisfacción, de la función erótica vivenciada por las entrevistadas			1.A.PS.1 3.C.PS.1 1.A.PS.2 4.D.PS.1 2.B.PS.1 5.E.PS.1 2.B.PS.2 6.F.PS.1 2.B.PS.3