

**CREENCIAS SOBRE RELACIONES SEXUALES Y ALTERACIONES DEL
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL**

**LINA MARCELA GUERRERO MEJIA
BETTY ROCIO MONTENEGRO POTOSI**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO**

2010

**CREENCIAS SOBRE RELACIONES SEXUALES Y ALTERACIONES DEL
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL**

**LINA MARCELA GUERRERO MEJIA
BETTY ROCIO MONTENEGRO POTOSI**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGAS

ASESOR:

Ps. EDWIN GERARDO LUNA TASCÓN

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO**

2010

Nota de Responsabilidad

“Las ideas y conclusiones aportadas en este Trabajo de Grado, son de responsabilidad exclusiva de las autoras”.

Artículo 1° del acuerdo N° 324 de octubre de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, Noviembre de 2010

*A mi Madre Ruth Yaqueline,
A mi Padre José Humberto,
A mi Hermana Neyzan Magoly,
"Esperanza de mi vida y Centro de mi Amor"
A quienes les debo todo. . .*

Lina.

A mi Madre hermosa Emma (Q.E.P.D)

*Por su infinito amor, sus enseñanzas, dedicación y entrega,
que hacen que desde su otra presencia la sienta cada día cerca.*

Betty.

AGRADECIMIENTOS

Infinitas gracias a Dios por guiarnos y fortalecernos cada día con su Santo Espíritu en este trabajo de grado y en general en toda nuestra formación profesional, gracias Dios por todas tus bendiciones recibidas en este pequeño paso que hemos dado en nuestras vidas.

Al Psicólogo Edwin Luna por aceptarnos en este trabajo de grado bajo su dirección, por su apoyo continuo, por su paciencia, confianza y su gran capacidad para guiarnos en este proceso, por sus palabras de motivación y por su valiosa amistad.

Al Mg. Rodrigo López por sus aportes en este trabajo, por su disponibilidad y colaboración, por enseñarnos el valor del trabajo en equipo, por compartir sus conocimientos y dejar una huella en nuestra historia de vida.

A las Familias: Guerrero Mejía y Montenegro Potosí por su respaldo y motivación en este camino.

A nuestra Universidad de Tarija infinitas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	13
INTRODUCCION.....	14
METODO.....	16
Tipo de Estudio.....	16
Participantes.....	16
Procedimiento.....	17
Fase 1: Presentación del Proyecto a la Institución.....	17
Fase 2: Socialización del Proyecto de investigación y diligenciamiento de consentimiento informado con la población objeto de estudio.....	17
Fase 3: Recolección de la información con la población.....	18
Fase 4: Sistematización y análisis de los resultados.....	18
Fase 5: Interpretación de resultados.....	18
Instrumentos.....	19
Cuestionario de creencias sobre relaciones sexuales.....	20
Listado de Chequeo de ACRS.....	20
Validación de instrumentos de evaluación.....	21
Calificación por jueces.....	21
Calificación de jueces de la variable creencias sobre relaciones sexuales.....	21
Calificación por jueces de la variable ACRS.....	26
Formato final del instrumento.....	29
Consideraciones Éticas y Bioéticas.....	31
Resultados.....	32
Correlación de variables creencias sobre relaciones sexuales y ACRS.....	32
Correlación entre variables sociodemograficas y ACRS.....	36
DISCUSION.....	41
CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Procedimiento..... 19

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Consolidación de los datos de información general de la población.....	17
Tabla 2. Calificación por jueces de las variables sociodemograficas.....	22
Tabla 3. Calificación por jueces de la categoria bienestar individual.....	23
Tabla 4. Calificación por jueces de la categoria de creencias sobre la función de las relaciones sexuales en la pareja.....	24
Tabla 5. Calificación por jueces de la categoria de creencias erróneas sobre las relaciones sexuales	25
Tabla 6. Calificación por jueces de la categoria alteraciones de deseo.....	26
Tabla 7. Calificación por jueces de la categoria alteraciones de excitación.....	27
Tabla 8. Calificación por jueces de la categoria alteraciones en la fase de Orgasmo.....	28
Tabla 9. Calificación por jueces de la categoria alteraciones por dolor.....	29
Tabla 10. Modificación de ítems según observaciones de los jueces.....	30
Tabla 11. Formato final del instrumento de evaluación creencias sobre relaciones sexuales y el Listado de chequeo de reporte de síntomas de ACRS.....	31
Tabla 12. Correlación de las variables en el caso de Mujeres.....	33
Tabla 13. Correlación de las variables en el caso de Hombres.....	34
Tabla 14. Correlación de los factores: Creencias sobre las relaciones sexuales y el promedio general de las ACRS en Mujeres.....	34
Tabla 15. Correlación de los factores: Creencias sobre las relaciones sexuales y el promedio general de las ACRS en Hombres.....	35
Tabla 16. Correlación de los factores de creencias sobre las relaciones sexuales y reporte de las ACRS en Mujeres y Hombres.....	35
Tabla 17. Correlación variable estado civil y ACRS por medio de la prueba de Mann Withney.....	36
Tabla 18. Correlación variable edad de inicio de las relaciones sexuales y ACRS según los rangos promedios a través de la prueba Kruskal Wallis.....	37
Tabla 19. Correlación variable edad de inicio de las relaciones sexuales y ACRS por medio de la prueba Kruskal Wallis.....	37

Tabla 20. Correlación variable edad primera experiencia sexual según los rangos promedios y ACRS por medio de la prueba Mann Withney.....	38
Tabla 21. Correlación variable primera experiencia sexual y ACRS por medio de la prueba Mann Withney.....	38
Tabla 22. Correlación variable educación según el rango promedio y ACRS por medio de la prueba Mann Withney.....	39
Tabla 23. Correlación variable educación restrictiva y ACRS por medio de la prueba Mann Withney.....	39
Tabla 24. Correlación edad y ACRS por medio de la prueba de Kruskal Wallis.....	40

RESUMEN

El propósito de este estudio fue identificar la relación que existe entre las variables: creencias sobre las relaciones sexuales y el reporte de síntomas para las alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual (ACRS) en un grupo de 220 personas vinculadas laboralmente al Hospital Civil de Ipiales a quienes se administró un cuestionario de creencias y una lista de chequeo de ACRS de forma individual.

En la variable creencias fueron analizadas las categorías: creencias de los efectos de las relaciones sexuales sobre el bienestar individual, creencias sobre la función de las relaciones sexuales en la relación de la pareja y creencias erróneas sobre las relaciones sexuales con respecto a la variable ACRS, la cual abarca las alteraciones sexuales en las fase de deseo, excitación, orgasmo y alteraciones por dolor según criterios diagnósticos del DSM IV TR. Además, se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas como: edad, género, estado civil, inicio y evaluación de la primera relación sexual y percepción de la educación sexual recibida.

Tras el análisis estadístico de correlación de las variables, se encontró tanto en hombres como en mujeres una asociación entre las variables creencias de las relaciones sobre sus efectos en el bienestar individual y el reporte de síntomas de ACRS en todas las categorías diagnósticas, destacando que cuando el individuo evalúa que las relaciones sexuales afectan negativamente su bienestar individual presentan síntomas de ACRS, por tanto, este tipo de creencias erróneas son un elemento fundamental que se tiene en cuenta para realizar desde la psicología de la salud una propuesta orientada hacia la prevención de las ACRS con un enfoque educacional.

Palabras Clave

Creencias sobre las relaciones sexuales, alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual.

ABSTRACT

The purpose of this field was identify the relationship between the variables: beliefs about sexual relations and the symptom report on the sexual alterations answer cycle (ACRS) in a group of 220 people working in Ipiales Civil Hospital who individually filled in a beliefs questionnaire and an ACRS check list.

The next categories were analyzed in the beliefs categories: beliefs of sexual relation effects on the individual well-being, beliefs on sexual relation function in couples, beliefs on sexual relations related to ACRS variable, which includes sexual alterations in desire, exciting, orgasm and pain alterations according to DSM IV TR diagnosis criteria. Besides it was taken into account the sociodemographic variables like: age, gender, marital status, beginning, test about first sexual relation and perception of given sexual education.

After the statistical correlation analysis of the different variables, it was found that there is a connection between the beliefs relations variables on individual well-being effects and the ACRS symptom report in all the diagnosis categories, emphasizing that when the individual testes the negative effects of sexual relations on individual well-being they show ACRS symptoms, therefore this kind of mistaken beliefs is an important element to make from health psychology a proposal focuses on the ACRS prevention with an educational approach.

Key Words

Sexual relations beliefs, sexual alterations answer cycle.

INTRODUCCION

Estudios previos señalan cifras considerables en cuanto a las alteraciones de las relaciones sexuales, por ejemplo, el estudio de López (2008) sobre trastornos sexuales indica que una de cada tres personas y una de cada dos parejas presenta algún tipo de alteración sexual, las que más prevalecen en el caso de mujeres latinoamericanas según Blúmer (2009) son alteraciones en la lubricación en un tercio de los casos y la dispareunia en un 8.7%; además, las mujeres señalan que sus parejas reportan síntomas de disfunción eréctil y eyaculación precoz. Tras estas cifras estadísticas existe la preocupación en cuanto a las consecuencias que trae a las personas tener algún tipo de alteración sexual en su salud mental y su relación de pareja, de ahí la importancia de abordar esta temática para fortalecer conocimientos en sexualidad y contribuir a la salud mental de personas y parejas a través del aporte investigativo.

Sin embargo, a pesar de que la sexualidad desligada de su reactividad biológica es un tema objeto de estudio de la psicología, las áreas que en mayor medida han investigado sobre disfunciones de tipo sexual son la medicina y la enfermería, específicamente los campos de ginecología y urología; la psicología por su parte, ha buscado la relación del componente cognitivo con alteraciones de la salud mental como depresión o ansiedad, pero son escasos los estudios sobre todo en el contexto nariñense sobre la relación existente entre las creencias y las ACRS; en Colombia, según Sierra y Zubeidat (2001) se conocen solamente tres publicaciones en la revista *Journal of Sex and Marital Therapy* relacionadas con la descripción de pacientes con determinada alteración sexual, descripción de técnicas sexuales específicas y satisfacción sexual; en Nariño, las instituciones de educación superior se han centrado en la construcción o la evaluación de la eficacia de programas de educación sexual y entidades como Profamilia han realizado diferentes estudios epidemiológicos sobre salud sexual y reproductiva pero sin considerar específicamente las ACRS, en Ipiales no se evidencia ningún tipo de estudio sobre esta temática a pesar de la relevancia del tema.

De ahí el interés por conocer las ACRS en relación con las creencias sobre relaciones sexuales, convirtiéndose en un tema innovador e importante, pues se aborda el tema de creencias sobre relaciones sexuales ya que estas pueden influir en el comportamiento sexual humano. La OMS y la OPS (2002, citado en López, 2008), afirman que las creencias representan los componentes primordiales y determinantes de las actitudes; estas pueden moldear e incidir en el grado de salud, creatividad y la manera como se relaciona el ser humano.

Desde esta perspectiva, se ha definido creencias como estructuras cognitivas que se desarrollan según las experiencias tempranas del individuo a partir de factores ambientales, culturales y biológicos, determinadas por una estructura funcional del pensamiento que le permite al ser humano interpretar, comprender el mundo, adaptarse a él, resolver problemas y reflexionar racionalmente según sus experiencias (Beck, 2000).

Además, se ha considerado el modelo cognitivo relacional de Lopiccolo Friedman (1989) sobre los factores que inciden en las ACRS, como la historia de aprendizaje, los factores sociales, los conocimientos sobre sexualidad y la relación de pareja, de ahí el establecimiento de los factores de este estudio tales como: creencias sobre los efectos de mantener una vida sexual activa en el bienestar individual, creencias de la función de las relaciones sexuales en la relación de pareja y creencias erróneas sobre las relaciones sexuales.

También se ha tomado en cuenta el modelo explicativo del comportamiento sexual que postula las fases de la respuesta sexual y que son retomadas en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR, donde se destacan cuatro tipos de alteraciones sexuales tales como: alteraciones de deseo, de excitación, de orgasmo y por dolor, estas se definen como variaciones del ciclo de la respuesta sexual por cambios fisiológicos y psicológicos, que provocan malestar y problemas a nivel interpersonal (APA, 2000).

Por otra parte el presente estudio aporta metodológicamente a la investigación puesto que para el desarrollo del mismo se construyó un instrumento de evaluación que consta de un cuestionario de creencias sobre relaciones sexuales y una lista de chequeo sobre las ACRS, asimismo, se identifica elementos relevantes

para la construcción de una propuesta de prevención tendientes a disminuir alteraciones de este tipo a partir de la psicología de la salud.

METODO

Tipo de Estudio

El estudio según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (2003), es un estudio correlacional, con diseño transversal, ya que tiene como objetivo medir en una sola oportunidad y en un punto del tiempo el grado de relación entre creencias sobre las relaciones sexuales y el reporte de alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual en personas vinculadas laboralmente al Hospital Civil de Ipiales, este análisis se realizó mediante herramientas estadísticas de correlación, examinando asociaciones, pero no relaciones causales, donde un cambio en un factor influye directamente en otro (Salkind, 1997).

Participantes

Los participantes de la investigación son hombres y mujeres vinculados laboralmente al Hospital Civil de Ipiales en un total de 220 de las cuales 158 son mujeres (71.81%) y 62 son hombres (28.18%).

El rango de edad entre las mujeres oscila entre los 18 y 60 años y para el caso de los hombres la edad está entre los 20 y 60 años. El 32.27% son mujeres entre las edades de 18-28 años de edad, el 28.48 % corresponde a mujeres con edades entre 29-38, el 20.88% son mujeres entre 39-48, y el 18.35 % de edades entre 49-60 años. En el caso de los hombres 45.16% tienen edades entre los 20-30 años, el 29.03% corresponde a hombres con edades entre 31-40, el 19.35% son hombres entre 41-50 años y 3.22% de edades entre 51 -60 años.

La información referente a la edad de inicio y la evaluación de la primera experiencia sexual y la percepción de la educación sexual recibida se consigna en la tabla 1.

Tabla 1

Consolidación de los datos de información general

	Variable	Femenino	Masculino
Inicio relación sexual	Antes de los 14 años	8,22%	14,51%
	14-18 años	39,87%	64,51%
	18-22 años	32,27%	17,74%
	Después de los 22 años	19,62%	3,22%
Experiencia de la primera relación sexual	Agradable	63,29%	90,32%
	Desagradable	36,70%	9,67%
Educación sexual	Satisfactoria	32,91%	53,22%
	Restringida	67,08%	46,77%

Procedimiento

El procedimiento que se llevó a cabo en este estudio consta de las siguientes fases:

Fase 1: Presentación del proyecto a la institución

Se realizó la presentación del proyecto ante el Hospital Civil de Ipiales para desarrollar el estudio investigativo, obteniendo la autorización por parte de la gerencia de la institución, la subdirección científica, la subdirección administrativa, la dirección de recursos humanos y la dirección de internación, a través de una reunión con cada una de estas instancias en las que se dio a conocer un informe ejecutivo del proyecto de investigación, donde se consignaron elementos centrales como los objetivos del estudio, la relevancia y la justificación del mismo.

Fase 2: Socialización del proyecto de investigación y diligenciamiento del consentimiento informado con la población objeto de estudio

Se llevo a cabo una reunión con el personal vinculado laboralmente al Hospital Civil de Ipiales con el fin de dar a conocer generalidades de la investigación a través del consentimiento informado, el cual tiene información sobre el propósito del estudio, la realización de las mediciones, sus riesgos e implicaciones y el manejo de los resultados por parte del equipo de investigación.

Posterior a esto se diligenció el consentimiento informado, este es un acuerdo voluntario de una persona para participar en una investigación y un compromiso entre el equipo de investigación y de los sujetos que participaron en el estudio.

Por medio del consentimiento se obtuvo autorización voluntaria por parte del personal del Hospital Civil para realizar el estudio.

Fase 3: Recolección de información con la población

Después de obtener el consentimiento informado por parte del personal del Hospital Civil de Ipiales se procedió a aplicar los instrumentos de medición: la escala de creencias sobre relaciones sexuales y la lista de chequeo sobre alteraciones en el ciclo de respuesta sexual, aplicando de manera grupal en cada uno de los servicios hospitalarios.

Fase 4: Sistematización y análisis de los resultados

Se realizó la sistematización y análisis estadístico de los resultados arrojados por los instrumentos de medición, en este caso para determinar si las muestras cumplían con el supuesto de normalidad se aplicó la prueba de *kolmogorov smirnov-test* a los puntajes en cada uno de los factores. Para aquellos casos en los que los datos no cumplieron con el supuesto de normalidad se utilizó la prueba de correlación de *spearman* como estrategia no paramétrica; en los otros casos se utilizó la prueba de *pearson* como método paramétrico. Por otra parte en el caso de los factores de información general se realizó la prueba de *Mann-Withney* y de *Kruskall-Wallis* que son métodos no paramétricos para el análisis de correlación de variables.

Fase 5: Interpretación de resultados

A partir de los análisis de los resultados se realizó la interpretación de los mismos retomando elementos teóricos del proyecto de investigación para contrastar dichos fundamentos y generar interpretaciones que permitan aportar al estudio de creencias de relaciones sexuales sobre ACRS. El contraste con la teoría, permitió la construcción de la discusión y las conclusiones del estudio, identificando elementos que aporten a una propuesta de prevención en las ACRS.

En la figura 1 se presenta el procedimiento descrito:

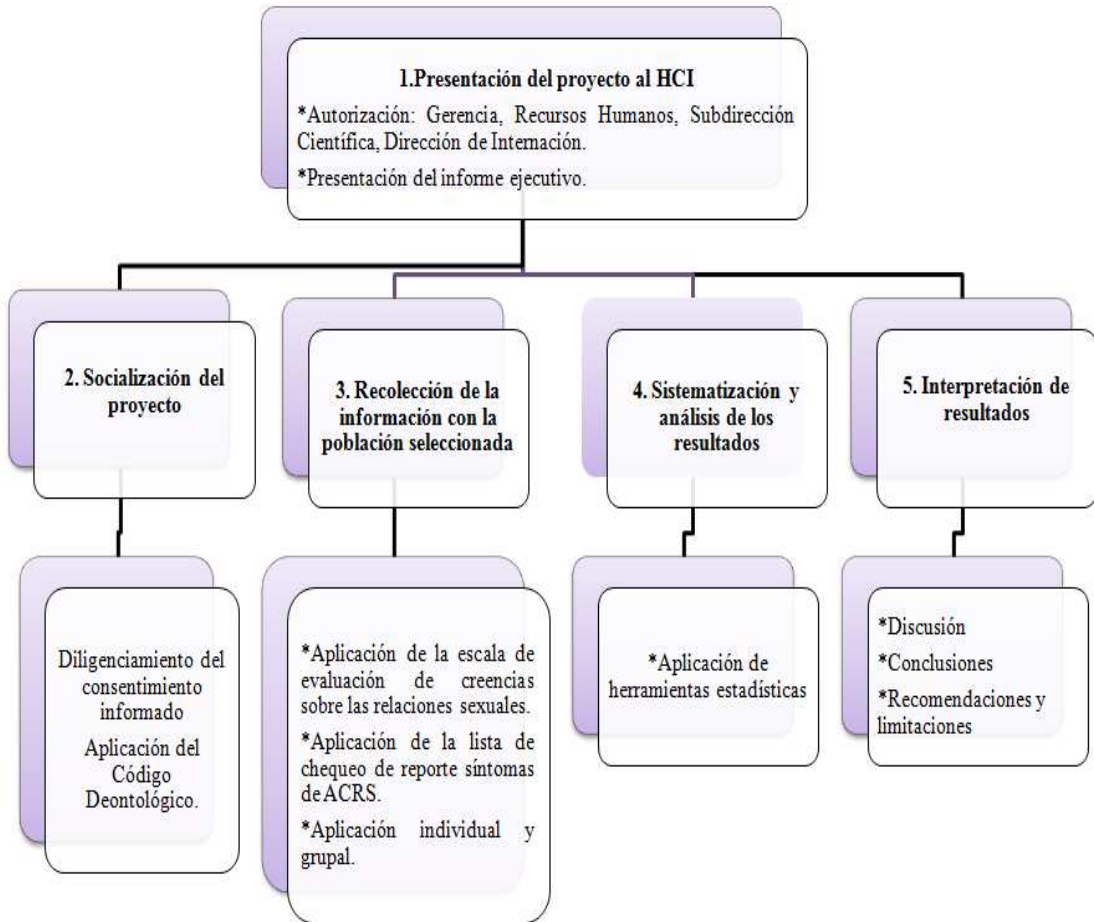


Figura 1. Procedimiento

Instrumentos

Para recolectar la información necesaria para el estudio se utilizó un cuestionario y una lista de chequeo para determinar creencias sobre relaciones sexuales y el reporte de síntomas de ACRS respectivamente, estos instrumentos constan de un conjunto de preguntas que se encuentran redactadas de forma coherente, organizada y estructurada con el fin de obtener respuestas precisas que fueron sistematizadas y que permitieron recolectar información relacionada con la variable creencias sobre las relaciones sexuales.

Cuestionario de creencias sobre relaciones sexuales

Es un instrumento que permite identificar creencias sobre relaciones sexuales sobre los efectos de mantener una vida sexual activa en el bienestar individual, la función de las relaciones sexuales en la relación de pareja y las creencias erróneas sobre relaciones sexuales, consta de 48 ítems, las respuestas son tipo likert con las siguientes opciones: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Para obtener la validez del instrumento de evaluación se sometió el instrumento a la validación por jueces expertos y para la confiabilidad de la misma se aplicó como método de evaluación el *alpha de cronbach* que reportó para toda la escala de creencias sobre relaciones sexuales un dato estadístico de fiabilidad de 0.787. Dentro de esta variable la categoría de creencias sobre relaciones sexuales y los efectos en el bienestar individual obtuvo una fiabilidad de 0.759; en el caso de creencias de la función de las relaciones sexuales en las relaciones de pareja la fiabilidad fue de 0.744 y en el caso de creencias erróneas se obtuvo un *alpha de cronbach* de 0.801, estos resultados indican una fiabilidad aceptable para el cuestionario de creencias sobre relaciones sexuales.

Listado de chequeo de alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual

Es un instrumento de medición psicológica cuyo propósito es identificar síntomas asociados a la presencia de alteraciones en el ciclo de respuesta sexual del individuo, en correspondencia a los criterios establecidos por la APA en su versión DSM IV-TR.

Las categorías a evaluar son: alteraciones de deseo, alteraciones de excitación, alteraciones de orgasmo y alteraciones por dolor con un total de 38 ítems en el caso de los hombres y 39 ítems para el caso de mujeres. Las opciones de respuesta para estas categorías son: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Cabe resaltar que la lista de chequeo de ACRS se sometió a jueces expertos para su validez y en cuanto a su confiabilidad se tiene en cuenta que este instrumento

se basa en criterios del DSM IV-TR, que tiene categorías predefinidas estándares con los criterios diagnósticos de cualquier tipo de alteración (Faumann, 2003).

Validación del instrumento de evaluación

En el procedimiento de la calificación y validación por jueces expertos del instrumento de evaluación de creencias sobre las relaciones sexuales y el listado de chequeo de ACRS, se contó con la colaboración de cuatro jueces, quienes realizaron sus respectivas observaciones y evaluaciones en el formato establecido, donde se determinó como criterios de evaluación: claridad, pertinencia, unidimensionalidad y dirección; cada uno de estos criterios permitió mirar la eficacia y oportunidad de los ítems.

Calificación por jueces

Sobre la calificación por jueces se estableció como criterio de inclusión que los ítems que obtuvieran una calificación superior o igual a 2.7 como promedio en los criterios: claridad, pertinencia y unidimensionalidad se consignen en el formato final del instrumento de evaluación. Este promedio exigía que todos los jueces dieran tres puntos al menos en dos criterios de evaluación del ítem y que mínimo obtuviera una puntuación de dos puntos en otra dimensión, por parte de dos jueces como máximo.

En correspondencia a la calificación por los jueces se tiene el consolidado total, correspondiente a la puntuación de cada ítem y de los respectivos jueces, en las tablas 2 a 11.

Calificación de jueces de la variable creencias sobre relaciones sexuales.

En la tabla 2 en la categoría de información general, se eliminan los ítems: 6, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23 por que obtuvieron un puntaje inferior al requerido (2.7). El ítem 14, se modifica en su redacción haciéndolo de manera general y el ítem 23, se complementa con un nuevo ítem por sugerencia de los jueces. En el ítem 8, se modificó la opción de respuesta, agregando la opción: unión libre.

De acuerdo con las sugerencias de los jueces, en el ítem 5 se cambia la opción de respuesta agregando opciones: asistencial y administrativo para el ítem ocupación actual.

Tabla 2

Calificación por jueces de las variables sociodemográficas

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Promedio Total
Instrucción	3	2	3	2	2,5
1	3	3	3	3	3
2	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	3
5	2	3	3	3	2,75
6	3	3	3	1	2,5
7	3	3	3	3	3
8	2	3	3	3	2,75
9	3	3	3	3	3
10	2	2	3	2	2,25
11	3	3	3	3	3
12	3	3	3	3	3
13	3	2	3	3	2,75
14	2	2	2,5	2	2,12
15	2	2	2,5	2	2,12
16	2	2	3	2	2,25
17	2	2	3	2	2,25
18	2	2	3	2	2,25
19	3	2	3	2	2,5
20	3	2	3	3	2,75
21	3	2	2,5	2	2,37
22	3	2	3	3	2,75
23	2	2	2,5	2	2,12
24	3	3	3	3	3

En la tabla 3 se observa que los ítems que obtuvieron una calificación inferior a 2.7 son los números 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 26, 27, por lo que se decide eliminarlos del instrumento, debido a que presentan ambigüedad, algunos conceptos son abstractos y además existen enunciados que se repiten. Los

ítems que puntúan sobre 2. 7 se incluyen de acuerdo con los criterios establecidos y siguiendo las observaciones de los jueces.

Tabla 3

Calificación por jueces de la categoría bienestar individual

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Promedio Total
1	3	3	3	3	3
2	3	3	3	3	3
3	3	2	3	3	2,75
4	3	2,33	3	2	2,58
5	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3
8	3	3	3	1	2,5
9	3	3	3	1	2,5
10	3	3	3	1	2,5
11	3	2,33	3	2,33	2,66
12	3	3	3	3	3
13	2	1	3	1	1,75
14	3	3	3	1	2,5
15	3	3	3	1	2,5
16	3	3	3	3	3
17	2,33	3	3	1	2,33
18	1	3	3	1	2
19	3	3	3	1	2,5
20	3	3	3	3	3
21	1	3	3	2	2,25
22	3	3	3	1	2,5
23	1	3	3	1	2
24	3	3	3	3	3
25	3	1	2,33	2,33	2,16
26	2,66	1	2,33	2	1,99
27	3	3	3	3	3

En la categoría de creencias sobre la función de las relaciones sexuales en la relación de pareja se eliminan los ítems: 1, 5, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, y 20 porque se repite la intencionalidad en los enunciados, además, algunos presentan ambigüedad en su redacción como el ítem: 14, 18, 20 y se repiten el ítem 8 y 13 por lo que se decide incluirlos en un solo ítem.

El ítem 15 se modifica por sugerencia de los jueces y se incluye de acuerdo con la evaluación y pertinencia del mismo, todo esto se consolida en la tabla 4.

Tabla 4

Calificación por jueces de la categoría de creencias sobre la función de las relaciones sexuales en la relación de pareja

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Promedio Total
1	1	3	3	1	2
2	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	3
5	3	2,33	3	1	2,33
6	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3
8	3	3	3	3	3
9	3	3	3	3	3
10	1	3	3	1	2
11	2	3	3	1	2,25
12	3	2,33	3	1	2,33
13	2	3	3	3	2,75
14	2	3	3	3	2,75
15	2	1	3	3	2,25
16	3	1	3	1	2
17	3	3	2,33	1	2,33
18	1	3	1	1	1,5
19	1	3	3	3	2,5
20	1	3	3	1	2

En la categoría de creencias erróneas sobre relaciones sexuales se observa que los ítems 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 28, 32, 38 se eliminan por que de acuerdo con los jueces no son pertinentes para la categoría, además no determinan algo preciso en relación al objetivo de la variable. El ítem 1, 4, 7 se modifican en su redacción de acuerdo a sugerencias de los jueces en el criterio de claridad. Esto se indica en la tabla 5.

Tabla 5

Calificación por jueces de la categoría de creencias erróneas sobre relaciones sexuales

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Promedio Total
1	2	3	2,33	2	2,33
2	1	2,33	2,33	1	1,66
3	3	2,33	2,66	3	2,74
4	2	2,33	2,66	2	2,24
5	3	2,33	2,66	3	2,74
6	3	2,33	3	3	2,83
7	3	1	3	3	2,5
8	1	3	3	1	2
9	1	1	3	1	1,5
10	1	1	3	1	1,5
11	1	1	3	1	1,5
12	1	1	3	1	1,5
13	1	1	3	1	1,5
14	1	1	3	1	1,5
15	3	3	3	3	3
16	3	3	3	3	3
17	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3
19	1	3	3	1	2
20	3	3	3	3	3
21	3	3	3	3	3
22	3	3	3	3	3
23	3	3	3	3	3
24	3	2,33	3	3	2,83
25	3	2,33	3	3	2,83
26	3	3	3	3	3
27	3	3	3	3	3
28	1	1	3	1	1,5
29	3	3	3	3	3
30	3	3	3	3	3
31	3	3	3	3	3
32	2	3	3	1	2,25
33	3	3	3	3	3
34	3	3	3	3	3
35	3	3	3	3	3
36	3	3	3	3	3
37	3	3	3	3	3
38	3	1	2,33	3	2,33

Calificación por jueces de la variable ACRS.

En la categoría de ACRS en el deseo sexual se eliminan los ítems: 6, 9, 11, 18 y 21 porque son enunciados que indican la misma intencionalidad y por ende se repiten.

Los ítems restantes que puntúan más de 2.7 se incluyen de acuerdo con observaciones de los jueces, esto se consolida en la tabla 6.

Tabla 6

Calificación por jueces de la categoría alteraciones de deseo

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Promedio Total
1	3	3	3	3	3
2	3	2,33	3	3	2,83
3	3	2,33	3	3	2,83
4	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3
6	3	1	3	1	2
7	3	2,33	3	1	2,33
8	3	3	3	3	3
9	3	1	3	3	2,5
10	3	3	2,66	3	2,9
11	3	1	3	1	2
12	3	3	3	3	3
13	3	3	3	2	2,75
14	3	3	3	3	3
15	3	3	3	2	2,75
16	3	3	3	3	3
17	3	3	3	3	3
18	3	3	2,33	2	2,58
19	3	3	2,33	2,66	2,74
20	3	3	3	3	3
21	2,66	3	2,33	1	2,24

En la tabla 7 se observa que los ítems: 27, 29, 30, 31, 34, 41, 42 y 43 se eliminan porque de acuerdo al criterio de evaluación de los jueces no son específicos ni claros y el término de frecuencia no es pertinente. Los ítems que obtuvieron una puntuación superior a 2.7 o igual a 3 se incluyen porque son pertinentes, claros y tienen buena redacción.

Tabla 7

Calificación por jueces de la categoría de alteraciones de excitación

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Promedio Total
22	2,66	3	3	3	2,9
23	3	3	3	3	3
24	3	3	3	3	3
25	3	3	3	3	3
26	3	2,33	3	3	2,83
27	2	3	3	2	2,5
28	3	3	3	3	3
29	3	1	3	1	2
30	3	1	3	1	2
31	3	1	3	1	2
32	3	3	3	3	3
33	3	3	3	3	3
34	3	1	3	3	2,5
35	3	3	3	3	3
36	3	3	3	3	3
37	3	3	3	2	2,75
38	3	3	3	3	3
39	3	3	3	3	3
40	3	3	3	3	3
41	3	3	3	1	2,5
42	3	1	3	1	2
43	3	1	3	1	2

En la categoría de ACRS en la fase de orgasmo los ítems que obtuvieron una puntuación inferior a 2.7 son: 46, 50, 53, 56, 57, 59, 62, 64 y 65 ya que no cumplen con los criterios establecidos, no tienen claridad y en el caso de los ítems 63 y 64 se condensan en un solo ítem de acuerdo con la intencionalidad en el enunciado y con el objetivo de la variable, estos resultados se consolidan la tabla 8.

Tabla 8

Calificación por jueces de la categoría alteraciones en la fase de orgasmo

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Promedio Total
44	3	3	3	3	3
45	3	3	3	3	3
46	1	3	3	2	2,25
47	3	3	3	3	3
48	3	3	3	3	3
49	3	3	3	3	3
50	3	3	3	1	2,5
51	3	3	3	3	3
52	3	3	3	3	3
53	1	3	3	2	2,25
54	3	3	3	3	3
55	3	3	3	3	3
56	3	2,33	3	2	2,58
57	3	3	3	1	2,5
58	3	3	3	3	3
59	2,66	3	3	2	2,66
60	3	3	3	3	3
61	3	3	3	3	3
62	1	1	3	1	1,5
63	2	3	3	3	2,75
64	1	3	3	1	2
65	1	1	2,66	1	1,41

En la categoría de las ACRS de dolor, los ítems que no cumplieron con todos los requisitos como claridad, pertinencia y unidimensionalidad son los ítems: 72,73 y 80 porque no son pertinentes y presentan ambigüedad en su redacción en el concepto de frecuencia. Esto se señala en la tabla 9.

Tabla 9

Calificación por jueces de la categoría alteraciones por dolor

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Promedio Total
66	3	3	3	3	3
67	3	3	3	3	3
68	3	3	3	3	3
69	3	3	3	3	3
70	3	3	3	3	3
71	3	3	3	3	3
72	3	3	3	1	2,5
73	3	1	3	1	2
74	3	3	3	3	3
75	3	3	3	3	3
76	3	3	3	3	3
77	3	3	3	3	3
78	3	3	3	3	3
79	3	3	3	3	3
80	3	1	3	1	2

Formato Final del Instrumento

Una vez se realizaron las modificaciones según las sugerencias de los jueces se procedió a aplicar el instrumento a los participantes, para lo cual se determinó establecer un formato para mujeres y otro para hombres incluyendo las categorías de las ACRS respectivas. Esto se consolida en la tabla 10.

Tabla 10

Modificación de ítems según observaciones de los jueces

Categoría	Número	Ítem	Ítem modificado
Variables sociodemográficas	5	Ocupación Actual	Área en que se desempeña: Asistencial/Administrativa
	14	La educación sexual que recibí en mi familia fue: Satisfactoria/Buena/Mala/ Restrictiva	La educación sexual que usted recibió fue: Satisfactoria/Restrictiva
	20-21	¿Usted padece de alguna enfermedad: No/ Si ¿Cuál? Consume algún tipo de medicamento para control: No/Si ¿Cuál?	¿Usted padece de alguna enfermedad: No/ Si ¿Cuál? Consume Medicamento Para su Control:
	23	Frecuencia sexual activa en los últimos 3 meses: cada 2 meses o más/cada mes/ cada 15 días/ cada semana/ Todos los días	Como catalogaría sus Relaciones Sexuales: Activa/Poco Activa/Pasiva/Nula.
Pareja	15	El no tener un buen rendimiento sexual incrementa infidelidad	El no tener un buen rendimiento sexual incrementa la posibilidad de la infidelidad
Creencias Erróneas	1	Para desempeñarse bien sexualmente debe haber un compañero sexual permanente	Para desempeñarse sexualmente debe haber una pareja estable
	4	Las reglas sociales no deben influir en el comportamiento sexual de las personas	Las reglas sociales deben influir en el comportamiento sexual de las personas
	7	No existen ciertas reglas absolutas y universales acerca de lo que es normal y anormal en el sexo	Existen ciertas reglas absolutas y universales acerca de lo que es normal y anormal en el sexo
Alteraciones de la Excitación en Hombres	37	Me siento mal por no poder obtener una excitación sexual	Me siento inútil por no poder obtener una excitación sexual.

Finalmente el formato quedó consolidado para hombres por 86 ítems y para mujeres por 87 ítems, incluyendo los datos de información general, tal como se observa en la tabla 11.

Tabla 11

Formato final del instrumento de evaluación creencias sobre las relaciones sexuales y el listado de chequeo de reporte de síntomas de ACRS

Variable	Categoría	N. de Ítems.	
Creencias sobre las relaciones sexuales	Información general	1-17	
	Bienestar Individual	1-12	
	Pareja	13-22	
	Creencias Erróneas	23-55	
		Mujeres	Hombres
ACRS	Deseo sexual Hipoactivo	1-8	1-8
	Aversión al Sexo	9-16	9-16
	Alteración de excitación en la mujer	17-22	
	Alteración de erección en el Hombre		17-24
	Alteraciones en el orgasmo en mujeres	23-27	
	Alteraciones en el orgasmo en hombres		25-28
	Eyacuación precoz		29-32
	Dispareunia	28-33	33-38
	Vaginismo	34-39	

Consideraciones Éticas y Bioéticas

Para el desarrollo de este estudio se tomó en cuenta los aspectos éticos basados en las normas que para estos efectos se establecieron en la ley del psicólogo 1090 del 2006: responsabilidad, competencia, estándares morales y legales, confidencialidad y bienestar del sujeto. Se tuvo especial cuidado en el estricto seguimiento de lo estipulado en los artículos 14, 15, 43, 37, 34 del Código Bioético y deontológico del Psicólogo (2006).

Para el desarrollo de este trabajo se solicitó el consentimiento informado de cada uno de los participantes a quienes se les comunicó el objetivo del mismo y del instrumento de evaluación utilizado, resaltando la libertad de su participación, la posibilidad de retirarse y respetando su derecho de conocer los resultados, el análisis, las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

La información recolectada se manejó de manera anónima y confidencial y en todo momento se garantizó respeto a la dignidad de los participantes, evitando

cualquier procedimiento o acción que pudiera atentar contra el bienestar y los derechos de los participantes.

Resultados

Los siguientes resultados muestran la correlación de la variable creencias sobre relaciones sexuales con las ACRS, en correspondencia con los objetivos estipulados en este estudio por el equipo investigador, aportando al fortalecimiento del conocimiento en la dimensión sexual.

Correlación de variables creencias sobre relaciones sexuales y ACRS

Los indicadores de correlación en el caso de las mujeres señalan asociaciones significativas para las variables creencias erróneas sobre las relaciones sexuales y el reporte de síntomas para las alteraciones en el deseo y orgasmo.

En cuanto a las creencias sobre los efectos de las relaciones sexuales en el bienestar individual se presenta correlaciones negativas para el reporte de síntomas en las alteraciones de deseo y por dolor, lo que indica probablemente que cuando las mujeres consideran que las relaciones sexuales afectan su bienestar individual presentan reporte de síntomas para este tipo de alteraciones.

Finalmente la variable de creencias sobre la función de las relaciones sexuales en la pareja no presentó correlaciones significativas con la presencia de síntomas de alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual, lo cual indica que para este caso esta variable muestra independencia y no presenta asociaciones para la probabilidad de reportar alteraciones. Esto se indica tabla 12.

Tabla 12

Correlación de las variables en el caso de mujeres

ACRS	Bienestar I.	Pareja	C Erróneas
Deseo	-0,207	-0,052	-0,316
	0,009	0,513	0,000
Excitación	-0,154	-0,021	-0,182
	0,053	0,794	0,022
Orgasmo	-0,185	-0,023	-0,275
	0,020	0,777	0,000
Dolor	-0,258	-0,107	-0,142
	0,001	0,183	0,075

Nota. Correlación de Spearman.

Para el caso de los hombres se presentan correlaciones en su mayoría positivas. En el caso de creencias erróneas sobre las relaciones sexuales presentan una correlación significativa con la presencia de todas las alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo, eyaculación precoz y alteraciones por dolor; lo cual indica que los hombres que mantienen creencias erróneas reportan síntomas para todas las alteraciones del ciclo de la respuesta sexual.

Finalmente se presentan asociaciones en el papel que cumplen las creencias de los efectos de las relaciones sexuales en el bienestar individual y el reporte de alteraciones en la fase de excitación, lo cual indica que aquellos hombres que consideran que las relaciones sexuales no contribuyen a su bienestar individual reportan síntomas en estas categorías diagnósticas. Esto se indica en la tabla 13.

Tabla 13

Correlación de las variables en el caso de hombres

Creencias sobre relaciones sexuales	Alteraciones en el ciclo de respuesta sexual				
	Deseo	Erección	Orgasmo	Eyaculación	Dolor
Bienestar I	-0,08	-0,29	-0,21	-0,23	-0,11
	0,54	0,02	0,10	0,08	0,39
Pareja	0,01	-0,21	-0,20	-0,10	-0,05
	0,93	0,10	0,11	0,43	0,69
Creencias erróneas	0,34	0,26	0,32	0,27	0,42
	0,01	0,04	0,01	0,03	0,00

Nota. Correlación de Pearson

En la tabla 14 se indica que existe una correlación negativa entre el reporte de síntomas de las ACRS y las creencias de los efectos de mantener relaciones sexuales en el bienestar individual. También se presenta asociación entre el reporte de síntomas de ACRS y creencias erróneas, esto indica que si una mujer manifiesta que las relaciones sexuales afecta su bienestar individual o mantienen creencias erróneas respecto a la actividad sexual reporta síntomas para las ACRS.

Tabla 14

Correlación de los factores: creencias sobre las relaciones sexuales y promedio general de las ACRS en Mujeres.

Creencias	Promedio ACRS
Bienestar I	-0,207495429
	0,008896603
Pareja	-0,036022394
	0,65318279
C Erróneas	-0,292841285
	0,000188519

Nota. Correlación de Spearman

En la tabla 15, los resultados obtenidos indican que existe una relación entre el reporte de ACRS y la presencia de creencias erróneas sobre las actividad sexual, esto

demuestra que los hombres presentan creencias erróneas sobre la sexualidad reportan síntomas de alteraciones.

Tabla 15.

Correlación de los factores de creencias sobre las relaciones sexuales y el promedio general de las ACRS en Hombres.

Creencias	Promedio ACRS
Bienestar I	-0,242627759
	0,057423736
Pareja	-0,166846546
	0,194933579
Creencias erróneas	0,392886539
	0,001584756

Nota. Correlación de Spearman

La correlación de variables entre los géneros masculino y femenino con el reporte de ACRS evidencia correlaciones negativas en el factor creencias sobre los efectos de las relaciones sexuales en el bienestar individual y el reporte de síntomas de las ACRS. Esto indica que los hombres y mujeres que consideran que las relaciones sexuales afectan de manera negativa su bienestar individual reportan síntomas en las diferentes categorías diagnósticas para alteraciones en el ciclo de respuesta sexual. Esto se señala en la tabla 16.

Tabla 16

Correlación de los factores de creencias sobre las relaciones sexuales y reporte de las ACRS en Mujeres y Hombres

Creencias	ACRS				
	A. deseo	Excitación	A. Orgasmo	A. por Dolor	Prom.ARS
Bienestar I	-0,19488846	-0,14828045	-0,18413271	-0,15984411	-0,17213439
	0,003707007	0,02787822	0,00616207	0,01766143	0,01053545
Pareja	-0,107463442	-0,09134119	-0,07326264	-0,08323384	-0,08009735
	0,111955126	0,17704343	0,27928599	0,21882474	0,23674188
Creencias erróneas	-0,106370703	-0,01781342	-0,08435961	0,02980138	-0,07755381
	0,115669932	0,79275761	0,21263593	0,66022286	0,25200957

Correlación entre variables Sociodemográficas y las ACRS

Para desarrollar el análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y las ACRS, se partió de un análisis de normalidad y homogeneidad de varianzas, no se confirmaron estos supuestos por lo que fue necesario realizar un análisis no paramétrico, aplicando las pruebas de *Kruskal-Wallis* y *Mann Whitney* para la comparación de las medidas.

En el caso de la variable estado civil, se dividió en dos categorías: tener pareja estable y no tenerla, para conocer si hay diferencias al respecto se aplicó la prueba *Mann Withney* la cual arrojó los resultados de la tabla 17, de acuerdo con esto no hay diferencias significativas en personas según su estado civil y las ACRS.

Tabla 17

Correlación variable estado civil y ACRS por medio de la prueba de Mann Withney

ACRS	Deseo	Excitación	Orgasmo	Por Dolor
U de Mann-Whitney	5501,000	5719,500	5817,000	5284,000
W de Wilcoxon	10857,000	11075,500	11173,000	10640,000
Z	-1,115	-,663	-,455	-1,593
Sig. asintót. (bilateral)	,265	,507	,649	,111

En el caso de la correlación entre la edad de inicio de una relación sexual y las ACRS, la diferencia más significativa se da entre el rango de edades entre 14 a 18 años con la no presencia de alteraciones por dolor en hombres y mujeres, mientras que con los otros rangos (entre 18 en adelante) si existe reporte de alteraciones por dolor, lo cual se evidencia en las tablas 18 y 19:

Tabla 18

Correlación variable edad de inicio de las relaciones sexuales y ACRS según los rangos promedios por medio de la prueba Kruskal-Wallis

ACRS	Edad de inicio	N	Rango Promedio
Deseo	Antes de 14	22	110,57
	14-18	103	120,35
	18-22	62	99,40
	Después de 22	33	100,55
	Total	220	
Excitación	Antes de 14	22	112,55
	14-18	103	101,86
	18-22	62	116,39
	Después de 22	33	125,03
	Total	220	
Orgasmo	Antes de 14	22	106,20
	14-18	103	103,40
	18-22	62	116,14
	Después de 22	33	124,94
	Total	220	
Dolor	Antes de 14	22	102,98
	14-18	103	98,70
	18-22	62	120,85
	Después de 22	33	132,91
	Total	220	

Tabla 19

Correlación variable edad de inicio de las relaciones sexuales y ACRS por medio de la prueba Kruskal-Wallis

	Deseo	Excitación	Orgasmo	Dolor
Chi-cuadrado	5,177	4,345	3,766	9,807
G1	3	3	3	3
Sig. asintót.	,159	,227	,288	,020

Por otro lado, en el caso de la evaluación sobre la primera experiencia sexual, se observa una diferencia significativa entre las personas que afirman que les pareció una situación desagradable respecto a las alteraciones de excitación y orgasmo, lo que muestra que las personas que evaluaron una primera experiencia sexual desagradable probablemente tienden a reportar síntomas de ACRS de excitación y orgasmo, de lo contrario, quienes reportaron que su primera experiencia sexual fue agradable no reportan síntomas de ACRS de excitación y orgasmo. Esto se indica en las tablas 20 y 21.

Tabla 20
Correlación variable primera experiencia sexual según los rangos promedios y ACRS por medio de la prueba Mann Withney

ACRS	Experiencia	Rango promedio	Suma de rangos
Deseo	Agradable	114,67	17889,00
	Desagradable	100,33	6421,00
	Total		
Excitación	Agradable	104,80	16349,50
	Desagradable	124,38	7960,50
	Total		
Orgasmo	Agradable	104,78	16345,50
	Desagradable	124,45	7964,50
	Total		
Dolor	Agradable	106,66	16670,00
	Desagradable	119,38	7640,00
	Total		

Tabla 21
Correlación variable Primera Experiencia Sexual y ACRS por medio de la prueba Mann Withney

ACRS	Deseo	Excitación	Orgasmo	Dolor
U de Mann-Whitney	4341,000	4103,500	4099,500	4424,000
W de Wilcoxon	6421,000	16349,500	16345,500	16670,000
Z	-1,521	-2,115	-2,139	-1,341
Sig. asintót. (bilateral)	,128	,034	,032	,180

La prueba de Mann-Withney se realizó también para identificar la correlación entre las ACRS y la percepción de la educación recibida por parte de los participantes del estudio, en este caso en la tabla 22 se puede constatar que hay una diferencia significativa entre las personas que percibieron una educación restrictiva y satisfactoria, y en la tabla 23 se señala que se presenta una diferencia relevante entre la educación restrictiva y la alteración de deseo sexual, al contrario de quienes evalúan que su educación es satisfactoria.

Tabla 22

Correlación variable Educación según rango promedio y ACRS por medio de la prueba Mann Withney

ACRS	Educación	Rango Promedio	Suma de Rangos
Deseo	Restictiva	121,70	10344,50
	Satisfactoria	103,45	13965,50
Excitación	Restictiva	108,64	9234,00
	Satisfactoria	111,67	15076,00
Orgasmo	Restictiva	104,82	8910,00
	Satisfactoria	114,07	15400,00
Dolor	Restictiva	107,96	9177,00
	Satisfactoria	112,10	15133,00

Tabla 23

Correlación variable educación restrictiva y ACRS por medio de la prueba Mann Withney

ACRS	Deseo	Excitación	Orgasmo	Dolor
U de Mann-Whitney	4785,500	5579,000	5255,000	5522,000
W de Wilcoxon	13965,500	9234,000	8910,000	9177,000
Z	-2,074	-,352	-1,079	-,474
Sig. asintót. (bilateral)	,038	,725	,281	,635

La prueba de *Kruskal Walis* por su parte indica en la tabla 24 que no hay diferencias significativas en cuanto al reporte de ACRS según el grupo de edad;

Creencias sobre las relaciones sexuales y ACRS 40

variable que asumió los siguientes valores: menor de 30, entre 30 y 50 y mayores de 50.

Tabla 24

Correlación Edad y ACRS por medio de la prueba de Kruskal Wallis

ACRS	Deseo	Excitación	Orgasmo	Dolor
Chi-cuadrado	1,616	2,416	,309	3,540
Gl	2	2	2	2
Sig. asintót.	,446	,299	,857	,170

DISCUSION

A continuación se presenta un análisis de los resultados más significativos de la investigación en lo concerniente a la relación de las creencias sobre las relaciones sexuales y el reporte de síntomas de las alteraciones del ciclo de la respuesta sexual (ACRS), además de la relación de las ACRS con las variables sociodemográficas.

En estas últimas se tuvo en cuenta la variable edad de inicio de la primera actividad sexual, donde se encontró una diferencia significativa entre la edad de la primera experiencia sexual comprendida después de los 18 años y las alteraciones por dolor, mientras que aquellos que tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años no presentan reporte de síntomas de este tipo de alteración, al respecto no se evidencian estudios donde se compruebe específicamente que la edad de inicio de la actividad sexual se relacione con la alteración por dolor, sin embargo estudios como los de Sandford (2000, citado por Ruiz, Guerra, 2004) afirman que retrasar la actividad sexual puede generar riesgos para la salud sexual impidiendo el desarrollo de habilidades emocionales, cognitivas e interpersonales que son cruciales en el funcionamiento sexual y en el bienestar general lo cual podría ser una posible explicación para esta correlación obtenida.

En cuanto a la evaluación de la primera experiencia sexual, se encuentra que las personas que evaluaron su primera experiencia como desagradable reportan síntomas de alteraciones de excitación y orgasmo; mientras que aquellos que evaluaron la primera experiencia sexual como agradable no reportan síntomas en ningún tipo de ACRS, lo cual indicaría que la historia sexual de un individuo y sus experiencias previas inciden de alguna manera en su vida sexual presente, esto coincide con los postulados del modelo cognitivo relacional de Lopicolo Friedman (1989) que establece como un factor explicativo en la presencia de ACRS la historia de aprendizaje y las experiencias sexuales previas.

Dentro de los factores predisponentes que inciden en la aparición a mediano o largo plazo de las ACRS, la mayoría pueden agruparse tal como supone Labrador (2002) alrededor de una educación sexual inadecuada y restrictiva, donde se presenta falta de conocimientos sobre el desarrollo sexual propio y de la pareja, haciendo que la persona sea más vulnerable de padecer o mantener una alteración en el ciclo de la

respuesta sexual; planteamientos que se corroboran en este estudio, donde se encontró una correlación significativa entre las variables educación restrictiva y alteración de deseo, lo que indicaría que el reporte de síntomas de las ACRS se ve relacionado con la percepción que tuvieron los participantes respecto a su educación sexual restrictiva, la cual incide en su comportamiento sexual y se cataloga como un factor que mantiene las ACRS.

Por otro lado, en el caso de las mujeres se encontró una relación entre los factores creencias sobre los efectos de las relaciones sexuales en el bienestar individual y el reporte de alteraciones de deseo y por dolor; en el caso de los hombres por su parte, las alteraciones en la erección se evidencia en mayor medida en quienes consideran que mantener una actividad sexual afecta negativamente su bienestar individual. Esto indica que probablemente los hombres y mujeres que consideran que la actividad sexual no contribuye a su bienestar individual, limitan sus interacciones sexuales y no tienen motivación e interés por fantasías y pensamientos de tipo erótico, aspectos que coinciden en estudios como los de Nutter y Condrón (citado por Ortega, Ojeda, Sutil y Sierra, 2005), Muñoz (Citado por Ceballos, Barliza y León 2008) y Andersen y Cyranowski (citado por Manzo, Yulis 2004), Sierra, Zubeidat y Carretero (2003), que además afirman que existen procesos emocionales y afectivos que inciden en el deseo sexual como miedo, sentimientos de frustración y culpa. Por el contrario, quienes consideran que la actividad sexual genera emociones placenteras presentan mayor disponibilidad de propiciar interacciones sexuales y en tal sentido las fantasías y pensamientos se constituyen en una manifestación cognitiva de la conducta sexual identificándose como un factor importante al hablar de las creencias sobre los efectos de las relaciones sexuales en el bienestar individual.

Por su parte en el caso de las ACRS por dolor existen elementos cognitivos que inciden en evitar el contacto genital, como los pensamientos referentes al malestar que causa la penetración, además en explicaciones de este tipo de alteraciones se vinculan otros factores encontrados en este estudio a través del instrumento de evaluación donde se indagó acerca de emociones como culpa, tristeza, temor y baja autoestima, hallazgos similares que se reportaron en el estudio de Rosen y Leiblum (1995) donde se manifiesta que la relación de estos factores forma parte de

una respuesta condicionada de los individuos determinando la presencia de una alteración. Probablemente los hombres y mujeres que no reportaron ACRS, asocian creencias entorno a experimentar emociones placenteras y no presentaran reporte de síntomas.

En el caso de los hombres que consideran que las relaciones sexuales afectan su bienestar individual posiblemente tendrán una relación sexual poco o nada placentera presentándose dificultades en la fase de excitación y generando alteraciones emocionales, situación que se encuentra de igual manera en el estudio de Romero (2008) sobre disfunción eréctil, donde se señala que los pacientes que presentan síntomas de esta alteración sexual, tienen alteraciones emocionales como: sentimientos de frustración, pérdida de autoestima, temor a comunicar su problema, ansiedad ante el acto sexual, disminución de deseo y evitación de la relación sexual generando miedo a fracasar en siguientes intentos. Por el contrario, cuando los hombres evalúan una relación sexual como una situación placentera que genera satisfacción y emociones asociadas a su bienestar individual, probablemente tendrán mayor facilidad en la interacción sexual con la pareja y no presentaran problemas en la fase de excitación, teniendo como resultado una relación sexual satisfactoria que a su vez fortalecerá su disposición para próximos encuentros de este tipo y para su bienestar individual.

En el caso de las mujeres se identificó una asociación en las variables creencias erróneas sobre las relaciones sexuales y reporte de alteraciones en la fase de deseo y orgasmo, de igual manera, se encontró que los hombres que presentan un alto índice de creencias erróneas sobre la sexualidad reportan síntomas de estas alteraciones y además en alteraciones de eyaculación y dolor, esto indica que las personas que presenten creencias erróneas frente a las relaciones sexuales reportarán síntomas de ACRS, mientras que los no que tengan creencias erróneas sobre las relaciones sexuales no reportaran síntomas de este tipo. Probablemente tanto hombres como mujeres están asociando sentimientos de ansiedad o miedo a la actividad sexual, lo cual se convierte en una limitación para las fantasías sexuales, presentando rechazo hacia la pareja, desinterés sexual, falta de erotismo y errores informativos sobre la sexualidad entre ellos los conocidos como mitos sexuales, reportando para tal

caso la presencia de ACRS. En el caso de mujeres estos elementos tiene relación con estudios sobre la realidad sexual como los de Trudel (2002) donde se indica que las mujeres no siempre experimentan orgasmos, debido a que presentan cogniciones en torno a ser consideradas como objetos sexuales o casos de mujeres que no han conseguido llegar nunca al orgasmo porque no han sido adecuadamente estimuladas, posiblemente porque no dan a conocer sus necesidades sexuales a la pareja. En coherencia con los resultados de este estudio Labrador (2002) afirma que las disfunciones sexuales en la mujeres, específicamente en el caso de deseo hipoactivo se deben de alguna manera a las creencias erróneas que estas puedan mantener según mitos y tabúes contruidos a partir del rol de género, básicamente mitos como: la mujer es igual a ser madre, pasividad erótica y amor es igual a romance, hacen que en la mujer se marque desde su infancia de manera no favorable la expresión de su sexualidad afectando de alguna manera su autoestima y el autoerotismo ya que no se le permite manifestar sus deseos, pasiones y necesidades influyendo en que no logre un pleno disfrute de sus encuentros sexuales y puedan aparecer reportes de síntomas de ACRS de deseo sexual y anorgasmia como en este caso.

La relación entre creencias erróneas sobre las relaciones sexuales y el reporte de síntomas de ACRS para el caso de los hombres encontrada en este estudio, también se evidencia en la investigación de Carey (1997) quien considera que las creencias irracionales sobre sexualidad y pensamientos automáticos disfuncionales son factores importantes en el inicio y mantenimiento de las ACRS, como por ejemplo: el temor de los hombres a ser ridiculizados por su pareja sexual por dificultades de ejecución, el temor a que una mala ejecución sexual pueda significar rupturas con la pareja, sentimientos de fracaso y falta de autoestima, así como también ansiedad frente a la incapacidad de proporcionar placer y mostrar afecto a la pareja. Esta asociación puede comprenderse a partir de la relación de los elementos cognitivos y sociales, donde el funcionamiento sexual es aprendido e influenciado por las percepciones, creencias y actitudes que se generan en el proceso de desarrollo, así quienes presentan reportes de síntomas de ACRS, probablemente han tenido experiencias negativas en torno a las relaciones sexuales en tanto que el comportamiento es regulado socialmente generando cogniciones disfuncionales,

generando un incremento de los niveles de ansiedad en situaciones de interacción sexual, lo cual afecta el normal desarrollo de las fases del ciclo de la respuesta sexual. Además, la construcción social machista que prevalece en Ipiales, puede llevar a tener este tipo de creencias asociadas con las relaciones sexuales, lo cual genera actitudes negativas frente a las relaciones sexuales.

Es importante destacar que en el contexto de Ipiales existen un sinnúmero de mitos con respecto a la sexualidad, los mitos al ser interpretaciones o explicaciones falsas que se han transmitido generación tras generación, determinan el comportamiento y los pensamientos de las personas generando alteraciones en su vida sexual, por tanto la falta de información es la que mantiene los mitos sobre sexualidad, estos alteran la forma de vivenciarla generando creencias erróneas y temor frente a la sexualidad (G. Andino, comunicación personal 23 de marzo del 2010).

Por otra parte, quienes no presentan creencias erróneas en torno a las relaciones sexuales no reportan síntomas de ACRS, esto permite demostrar que las creencias adecuadas sobre las relaciones sexuales se constituyen en un indicador para gozar de una mayor satisfacción sexual y no presentar ACRS.

Por último se destaca que el estudio identificó una asociación significativa tanto para hombres como para mujeres entre el reporte de ACRS (deseo sexual, excitación, orgasmo y por dolor) y creencias de los efectos de las relaciones sexuales en el bienestar individual, lo cual indica que una evaluación favorable de las relaciones sexuales probablemente es un factor que determina el interés para llevar a cabo encuentros sexuales sin reportar síntomas de ACRS; por el contrario, quienes consideran que las relaciones sexuales afectan negativamente su bienestar individual reportan este tipo de alteraciones.

Finalmente, parte fundamental de la psicología clínica y de la salud concierne a la promoción y prevención en todos aquellos elementos que propenden por el bienestar integral del ser humano, de acuerdo con esto la investigación que se llevó a cabo permitió correlacionar las variables anteriormente descritas, realizar su análisis y explicación a las asociaciones encontradas en ellas e identificar elementos para orientar una propuesta general de prevención para las ACRS.

La propuesta retoma elementos de la prevención primaria en salud y los modelos explicativos de la psicología de la salud para la promoción y la prevención en este tipo de alteraciones de la conducta sexual. En este caso el modelo de información-motivación y habilidades conductuales de Fisher y Fisher (1998, citado por Barra, 2003) permiten destacar como las creencias en torno a las relaciones sexuales se vinculan directamente con las representaciones mentales, evaluaciones y actitudes que presentan los sujetos a partir de sus aprendizajes y experiencias previas en torno al componente sexual y estas a su vez se correlacionan con las ACRS; así el contrarrestar los factores de riesgo como los pensamientos y creencias erróneas sobre las relaciones sexuales que interfieren en el bienestar individual se convierte en una acción preventiva frente a la presencia del reporte de síntomas de las ACRS. Para esto como primera medida se debe contemplar la importancia de un plan psicoeducativo, puesto que permite sensibilizar y brindar las herramientas y habilidades para que los participantes del mismo puedan contrarrestar pensamientos y evaluaciones erróneas.

Los resultados encontrados permiten clarificar como tópicos centrales de prevención las creencias erróneas sobre las relaciones sexuales en el bienestar individual asociadas con el reporte de síntomas de ACRS, a partir de estos se identificaron como elementos relevantes para tener en cuenta en la propuesta general de prevención de ACRS los siguientes:

Educación sexual recibida con un sentido restrictivo.

Evaluación de la primera experiencia sexual como desagradable.

Reacciones emocionales como: miedo, culpa y tristeza asociadas a las relaciones sexuales.

Concepción de amor y de fidelidad en las parejas para llevar a cabo una interacción de tipo sexual.

Dificultad en expresar las necesidades e intereses sexuales.

Perspectiva de género: Interés de hombres y mujeres basados en lo genital y en el romanticismo respectivamente.

Información errónea relacionada con la perspectiva de salud integral, donde se presenta desinterés respecto a la incidencia que tienen las relaciones sexuales en la salud mental del individuo.

Por tanto sobre los elementos anteriormente mencionados se proponen las siguientes acciones en torno al objetivo de disminuir las creencias erróneas sobre las relaciones sexuales que presentan las personas: 1. Sensibilizar a la población en torno a esta temática, propiciando espacios que generen la posibilidad de exploración en cuanto a mitos y creencias irracionales que se mantienen por parte de las personas. 2. Identificar las creencias irracionales entorno a las relaciones sexuales, así como la búsqueda de validez de pensamientos distorsionados con la finalidad de modificarlas. 3. Brindar herramientas y habilidades para que se propicie cambios en la cognición y se genere nuevas alternativas de evaluar las relaciones sexuales. Todo esto retomando elementos desde el modelo cognitivo comportamental, incluyendo estrategias como: terapia racional emotiva, narraciones cognitivas, reestructuración cognitiva, detección de pensamientos automáticos, psicoeducación, entrenamiento asertivo, resolución de problemas mediante herramientas como talleres, campañas educativas y terapias grupales.

Cabe destacar que este estudio cumplió con los objetivos señalados, identificando la correlación entre las variables de creencias sobre relaciones sexuales y las ACRS atendiendo una de las premisas de la OMS (2002, citado en López, 2008) en lo que respecta a indagar y adelantar investigaciones en el campo del comportamiento sexual promoviendo el derecho de los individuos de tener una salud sexual sin reportar ACRS, en la cual el ejercicio de la sexualidad se propicie de manera favorable, donde no se incluyan elementos como miedo, vergüenza, culpa y fuera de creencias erróneas acerca de la sexualidad.

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Este estudio permitió corroborar el hecho de que la sexualidad va más allá de la parte fisiológica implicando factores cognitivos y emocionales que se traducen en comportamientos, es decir las creencias que se tenga sobre las relaciones sexuales inciden directamente en la ejecución y desarrollo de las mismas.

Los resultados analizados en este estudio evidencian una asociación para las variables creencias erróneas sobre las relaciones sexuales en el bienestar individual. De acuerdo con esto, se destaca el papel trascendental de las creencias como elemento predictivo de actitudes y comportamientos en las características del ciclo de la respuesta sexual, las cuales interfieren en establecer interpretaciones y comprensiones a partir de experiencias para el desarrollo de su sexualidad.

La inclusión de la variable alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual, en este estudio permitió evidenciar que se encuentran casos donde se reporta síntomas en las diferentes fases del ciclo de respuesta sexual, lo cual es importante tomar en cuenta para incluir medidas de prevención puesto que en la mayoría de los casos existe desconocimiento frente a este tipo de alteraciones.

En cuanto a las variables sociodemográficas que determinaron el reporte de ACRS se demostró una relación con una educación sexual restrictiva y con la evaluación de la primera relación sexual como desagradable, lo cual indica que la historia sexual del individuo y sus experiencias previas se establecen como un factor explicativo en la presencia de ACRS.

Los elementos que se identificaron para realizar una propuesta de prevención para las ACRS fueron las creencias erróneas sobre las relaciones sexuales, desde esta perspectiva se deben brindar herramientas y habilidades para contrarrestar este tipo de creencias a partir de estrategias cognitivo comportamentales.

Por otro lado existen pocos instrumentos de evaluación psicométricamente adecuados acerca del comportamiento sexual, lo cual se manifiesta como un elemento limitante para desarrollar evaluaciones precisas e impresiones diagnósticas tanto en el campo de la investigación como en el campo clínico.

Se considera fundamental que en el tema de las ACRS, se tenga en cuenta la perspectiva de género para promover una equidad en salud sexual conociendo las diferencias que existen de las creencias sobre las relaciones sexuales en hombres y mujeres, esto con la finalidad de adelantar acciones específicas.

Finalmente, es importante resaltar la necesidad de investigar y abordar desde la psicología el comportamiento sexual con la finalidad de desarrollar trabajos interdisciplinarios y sumar esfuerzos en una dimensión especialmente importante para los individuos como lo es la sexualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barra, E. (2003) Psicología de la Salud. *Capítulo 6: Promoción y Prevención* (pp 137-153). Santiago de Chile, Mediterráneo.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Primera edición. España. Gedisa.
- Blúmer, J. (2009, marzo). Las cartageneras son las latinas que menos sufren de disfunciones sexuales según estudio. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/-6406587.htm>
- Carey, M. (1997). Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos sexuales [versión electrónica], *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. 267 – 298.
- Ceballos, G; Barliza, L; León, E. (2008). Autoestima y disfunción sexual en estudiantes universitarias de programas de salud de Santa Marta Colombia. *Psicología desde el Caribe*. Recuperado el 20 de septiembre del 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/213/21311866005.pdf>
- Código Deontológico del Psicólogo. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado el 07 de mayo de http://www.tribunales.colpsic.org.co/documentos/código_deontologico_Espana.pdf
- DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edición española. *Trastornos sexuales de identidad sexual*. Masson.
- Fauman, M. (2003). DSM IV Guía de Estudio. *Introducción al DSM IV* (p.p 1-21). Espasa.
- Hernandez, S. R; Fernandez, C. C; Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta edición. México. Mc Graw Hill.
- Labrador, I; Peieiga, M; Gonzales, R. (2002). Mitos y tabúes en la sexualidad humana. *Revista cubana de medicina integral general*. Recuperado el 21 de septiembre del 2010 en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_3_02/mgi12302.htm 2002
- Labrador, F. (2002). Enciclopedia de la sexualidad. Tomo I, II Y III. *Estudios científicos sobre la sexualidad más relevantes* (pp. 19-24). *La respuesta a la estimulación sexual* (111-123). *Actividad sexual en la madurez* (pp. 305-422). *Las Terapias sexuales*.

- (483-495). *Otros procedimientos terapéuticos para las disfunciones sexuales*. (497-610). *Dimensión histórica de la sexualidad*. (613-616). Espasa
- Ley del Psicólogo. (2006). Presidencia de la República, 6 de mayo, Bogotá, Colombia.
- López, A et al. (2008). *Infecciones por transmisión sexual en un grupo de adolescentes embarazadas*. Recuperado el 10 de septiembre de 2008 de la Rev Fac Med UNAM: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no51-4/RFM051000403.pdf>
- LoPiccolo, J; Friedman. (1989). The Role of Masturbation in the Treatment of Orgasmic Dysfunction. [version electronica] En: LoPiccolo, J., y LoPiccolo, L., *Handbook of Sex Therapy*, 187-195.
- Manzo, C; Yulis, C. (2009, 8 de junio). *Actualizaciones en terapia sexual*. *Redalyc.org*. Recuperado el 12 de junio de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78522211&iCveNum=8376>
- Ortega, V; Ojeda, P; Sutil, F; Sierra, J. (2005). Culpabilidad sexual en adolescents: estudio de algunos factores relacionados. *Redalyc*. Recuperado el 18 de septiembre del 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16721208>
- Ruiz, E; Guerra, G. (2004). *La topografía de las disfunciones de la sexualidad*. Recuperado el 21 de octubre de 2009, de <http://www.incocr.org/biblioteca/0024.PDF>
- Romero, C. (2008). Disfuncion eréctil y enfermedad cardiovascular. *Scielo*. Recuperado el 13 de septiembre del 2010 en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S0797-00482008000100006&lng=es&nrm=iso
- Rosen, R; Leiblum, S. (1995). Treatment of Sexual Disorders in the 1990s: An Integrated Approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 877-890. <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2002/ip023d.pdf>
- Salkind, N. (1997). *Métodos de Investigación*. Tercera edición. México. Prentice Hall
- Sierra; Zubeidat; Carretero; Reina, S. (2003). Estudio Psicometrico preliminar del test de deseo sexual inhibido en una muestra española no clínica. *Revista internacional de Psicología clínica y de la salud*. Recuperado el 23 de septiembre del 2010, de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-84.pdf
- Sierra, J; Zubeidat I. (2001, 11 de abril). *Análisis bibliométrico de la revista Journal of sex and marital therapy*. *Redalyc.org*. Recuperado el 12 de junio de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64730106>

Trudel, G. (2002). Sexuality and marital life: results of a survey. *Journal of sex and a marital therapy*. Recuperado el 23 de septiembre del 2010, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11995602>

ANEXO 1.

Formato para establecer validez del instrumento.

FORMATO PARA ESTABLECER LA VALIDEZ DE LOS ITEMS DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN Y LA LISTA DE CHEQUEO CREENCIAS SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES Y ALTERACIONES EN EL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL (ACRS)

Respetado evaluador, le agradecemos leer completa y cuidadosamente las siguientes instrucciones antes de comenzar el proceso de evaluación de los ítems.

1. Características generales del Instrumento:

Objetivo de la Escala: Identificar las creencias sobre las relaciones sexuales

Objetivo de la Lista de Chequeo: identificar criterios según DSM IV TR referentes al reporte de alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual

Población: Personas vinculadas laboralmente al Hospital Civil de Ipiales.

2. Diseño del Instrumento

El diseño del Instrumento consta de un cuestionario y una Lista de Chequeo, para recoger información acerca de los factores asociados a las variables a estudiar.

Los factores a evaluar son: 1) Creencias sobre las relaciones sexuales, 2) Alteraciones en el Ciclo de la Respuesta Sexual.

Se estableció para el instrumento un formato de preguntas con opciones de respuesta:

Totalmente de Acuerdo-De Acuerdo-En Desacuerdo-Totalmente en Desacuerdo; en la lista de chequeo en los ítems 11,29,30,31,41,42,43,50,57,65,72,73 y 80 (marcados con un *), la opción de respuesta es de: Muy Alto-Alto-Moderado-Bajo-Muy Bajo.

3. Conceptualización teórica para la elaboración de los ítems

Conceptualización teórica de los componentes de las Variables

VARIABLE	COMPONENTE	DEFINICION DEL COMPONENTE
Creencias frente a Relaciones Sexuales	Creencias sobre los efectos de mantener una vida sexual activa en el bienestar individual	Pensamientos que son considerados como verdades y que inciden en la evaluación que realiza el sujeto sobre la satisfacción y las emociones que le produce la relación sexual
	Creencias sobre la función de las relaciones sexuales en las relaciones de pareja	Pensamientos que son consideradas como verdades sobre las actividades de tipo erótico y su incidencia en la estructura interna de la pareja a nivel de la exclusividad, la toma de decisiones y el apego
	Creencias erróneas sobre las relaciones sexuales	Distorsiones cognitivas que surgen a partir de la experiencia del sujeto frente a las relaciones sexuales
Alteraciones en el Ciclo de la Respuesta Sexual	Alteraciones de Deseo	Alteraciones en cuanto a las fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo, entre estas se encuentran el deseo Hipoactivo y la aversión sexual
	Alteraciones en la Excitación	Alteraciones en la sensación de placer sexual donde se ven alterados procesos como la tumescencia penénea y la erección en el hombre, y en la mujer hay alteraciones en el vaso congestión generalizada de la pelvis, la lubricación, la expansión de la vagina y la tumefacción de los genitales externos, entre este tipo de alteraciones se encuentran el trastorno de excitación en la mujer y el trastorno de erección en el hombre.
	Alteraciones en el Orgasmo	Alteraciones en el punto culminante del placer sexual, de la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores.
	Alteraciones por Dolor	Los trastornos sexuales por dolor son un grupo de trastornos sexuales psicofisiológicos producto de espasmos dolorosos agudos involuntarios de la musculatura de los órganos sexuales y reproductivos, tal es el caso de la dispareunia y el vaginismo.

4. Instrucciones para la calificación de los ítems

A continuación presentamos una serie de ítems para someterlos a validación teniendo en cuenta las categorías descritas en el contenido teórico como

parte del proceso de construcción del Instrumento de evaluación (Escala tipo Likert-Lista de Chequeo).

Para ello considere los siguientes criterios:

***Pertinencia:** entendida como la relación del ítem con lo que la prueba pretende medir, se considera que un ítem es pertinente si está en armonía con el objetivo general del cuestionario.

***Claridad:** hace referencia a la facilidad y adecuación con que es comprendido el interrogante formulado por el ítem.

***Unidimensionalidad:** se refiere a que el ítem mida (pregunte) solo un aspecto específico, de modo que no exista ambigüedad al interpretar la respuesta que se dé al mismo.

***Dirección:** Entendido como la orientación del ítem respecto a la presencia o ausencia de atributo, indicada al dar una respuesta negativa o afirmativa frente al mismo. Cuando la opción de respuesta "Todos los días" indica alto nivel de atributo se dice que el ítem tiene un signo positivo, indicado con el símbolo (+); en el caso de que esta opción indique ausencia de atributo o niveles muy bajos del mismo, se dice que el ítem es negativo, indicado con el signo (-).

***Exhaustividad:** Los ítems presentados en cada factor son suficientes para realizar una evaluación integral del mismo. De considerar que esto no se cumple, por favor en el espacio de observaciones al final de cada factor, señalar que otros elementos se deberían incluir para lograr dicha evaluación integral del factor.

Opciones de calificación

Para la evaluación de los cuatro aspectos en cada ítem, se ha asignado una representación numérica a cada una de tres consideraciones cualitativas referidas al nivel de cumplimiento del mismo:

1 el aspecto evaluado no se cumple.

2 el aspecto evaluado se cumple parcialmente y debería mejorarse

3 el aspecto evaluado se cumple satisfactoriamente.

Por favor expresar el resultado de la evaluación del ítem respecto a cada factor, escribiendo el número correspondiente en las casillas debajo de cada ítem.

ANEXO 2.

CUESTIONARIO PARA VALIDACIÓN POR JUECES

FACTOR	INFORMACION GENERAL	CLARIDAD	PERTINENCIA
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	El siguiente cuestionario tiene fines exclusivamente investigativos, por favor responda de la manera más honesta, sus respuestas serán completamente confidenciales, marque con una X la casilla que mejor describa su comportamiento, no existen respuestas buenas ni malas.		
	1.Edad:		
	2.Género: F____ M____		
	3.Lugar de Nacimiento:		
	4.Nivel Educativo: Primaria ____ Secundaria ____ Técnico ____ Profesional ____		
	5.Ocupación Actual:		
	6.Horas dedicadas a su Ocupación: 4 horas ____ 8 horas ____ Mas de 8 horas		
	7.Religión: Católico(a) ____ Cristiano(a) ____ Otro ¿Cuál?		
	8.Estado Civil: Soltero(a) ____ Casado(a) ____ Viudo(a) ____ Divorciado(a) ____		
	9.N° de Hijos:		
	10.Orientación Sexual: Hombres ____ Mujeres ____ Hombres y Mujeres ____		
	11.Edad de la primera relación sexual: antes de 14 años ____ 14-18 años ____ 18-22 años ____ Después de 22 años ____		
	12.Con quien tuvo la primera relación sexual: Pareja ____ Amigo ____ Familiar ____ Otro ¿Cuál?		
	13.La primera relación sexual fue una experiencia: Agradable ____ Desagradable ____		
	14.La educación sexual que recibí en mi familia fue: Satisfactoria ____ Buena ____ Mala ____ Restrictiva ____		
	15.La educación sexual que recibí en mi colegio fue Satisfactoria ____ Buena ____ Mala ____ Restrictiva ____		
	16.Consume Alcohol: Frecuentemente ____ Rara vez ____ Nunca ____		
	17.Consume Tabaco: Frecuentemente ____ Rara vez ____ Nunca ____		
	18.¿Usted ha tenido algún tipo de cirugía del sistema reproductor?: No ____ Si ¿Cuál?		
	19. ¿Usted padece de alguna enfermedad?: No ____ Si ¿Cuál?		
	20.Consume algún tipo de medicamento para control: No ____ Si ¿Cuál?		
	21.¿Usted Planifica?: No ____ Si ¿Qué método utiliza?		
	22.Frecuencia sexual activa en los últimos 3 meses: cada 2 meses o más ____ cada mes ____ cada 15 días ____ cada semana ____ Todos los días ____		
23.¿Con que frecuencia toma la iniciativa en la relación sexual: Siempre ____ Casi siempre ____ Pocas Veces ____ Nunca ____			

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
CREENCIAS SOBRE LOS EFECTOS DE LAS RELACIONES SEXUALES EN EL BIENESTAR INDIVIDUAL	1.Tener relaciones sexuales mejora el estado de animo				
	2.Tener relaciones sexuales reduce el estrés				
	3.Tener una vida sexual produce sentimientos de culpa				
	4.Tener relaciones sexuales incrementa el autoestima				
	5.Tener relaciones sexuales mejora la apariencia física				
	6.Mantener una vida sexual activa mejora la salud física				
	7.Mantener una vida sexual activa mejora la salud mental				
	8.La vida sexual activa contribuye positivamente en el desarrollo personal				
	9.Mantener una vida sexual activa proporciona seguridad personal				
	10.Tener relaciones sexuales produce autoconfianza				
	11.Mantener una vida sexual activa causa angustia				
	12.Con una vida sexual activa se reconocen las habilidades sexuales de cada uno				
	13.Con una vida sexual activa la persona permanece con preocupaciones				
	14.Tener relaciones sexuales produce miedo por la posibilidad de adquirir una ETS				
	15.Tener una relación sexual produce miedo por la posibilidad de tener un embarazo no deseado				
	16.Mantener relaciones sexuales puede generar preocupaciones con la posibilidad de fracasar en el desempeño sexual				
	17.Es posible que mantener una vida sexual activa mejore la esperanza de vida de la gente				
	18.Considero que la actividad sexual constante rejuvenece				
	19.Mantener una vida sexual activa me hace sentir más atractivo(a)				
	20.La vida sexual activa proporciona estabilidad emocional				
	21.La vida sexual activa mejora las relaciones con los demás				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
CREENCIAS SOBRE LOS EFECTOS DE LAS RELACIONES SEXUALES EN EL BIENESTAR INDIVIDUAL	22.Tener una relación sexual genera relajación				
	23.Las relaciones sexuales reducen dolores de cabeza				
	24.La vida sexual activa reduce sentimientos de tristeza				
	25.No tener pareja y por ende relaciones sexuales trae como consecuencia depresión				
	26.No tener pareja y por ende relaciones sexuales trae como consecuencia soledad				
	27.Tener relaciones sexuales mejora la calidad del sueño de una persona				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
CREENCIAS SOBRE LA FUNCION DE RELACIONES SEXUALES EN LA PAREJA	1.Si dos personas se aman deben saber cómo disfrutar del sexo juntas				
	2.Tener relaciones sexuales hace sentir seguridad del amor de la pareja				
	3.Las relaciones sexuales son una forma de expresar sentimientos a la pareja				
	4.Experimentar orgasmos simultáneos fortalece la relación de la pareja				
	5.Si el sexo funciona bien entonces la relación de la pareja irá bien				
	6.El tener una vida sexual gratificante fortalece la relación de pareja				
	7.En una relación de pareja el sexo es indispensable				
	8.Los problemas de pareja podrían estar siempre relacionados con las relaciones sexuales				
	9.Dar placer a la pareja es más importante que el propio placer				
	10.Cuando se ama a una persona tener sexo incrementa el amor que se siente a la pareja				
	11.Es adecuado hablar de los intereses sexuales con la pareja				
	12.Es importante que la pareja dirija la actividad sexual				
	13.Se debe hablar sobre las necesidades sexuales con la pareja				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
CREENCIAS SOBRE LA FUNCION DE RELACIONES SEXUALES EN LA PAREJA	14.Tener relaciones sexuales frecuentemente reduce los celos hacia mi pareja				
	15.El no tener un buen rendimiento sexual incrementa la posibilidad de la infidelidad				
	16.Entre mas encuentros sexuales tenga con mi pareja mejor es mi relación				
	17.Tener relaciones sexuales frecuentes y satisfactorias mejora la comunicación con mi pareja				
	18.Es muy importante conocer lo que le gusta a mi pareja durante el acto sexual				
	19.La vida sexual activa mejora la convivencia con mi pareja				
	20.Tener relaciones sexuales incrementa la confianza hacia la pareja				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
CREENCIAS ERRONEAS SOBRE RELACIONES SEXUALES	1.Para desempeñarse bien sexualmente debe haber un compañero sexual permanente				
	2.Para llevar a cabo interacciones sexuales el Ser Humano debe estar siempre dispuesto				
	3.Cualquier mujer que lleva iniciativa en las relaciones sexuales, en general es considerada inmoral				
	4.Las reglas sociales no deben influir en el comportamiento sexual de las personas				
	5.La vida sexual debe ser tratada con reserva				
	6.El único fin de la sexualidad es la reproducción, por lo que solo sirve para tener hijos				
	7.Existen ciertas reglas absolutas y universales acerca de lo que es normal y anormal en el sexo				
	8.Las sociedades en las que sus miembros mantienen una vida sexual activa presentan menores niveles de violencia				
	9.Las sociedades en las que sus miembros mantienen una vida sexual activa presentan menores niveles de pobreza				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
CREENCIAS ERRONEAS SOBRE RELACIONES SEXUALES	10.Las sociedades en las que sus miembros mantienen una vida sexual activa presentan menor prevalencia de alteraciones de la salud mental				
	11.Las sociedades en las que sus miembros mantienen una vida sexual activa son más productivas				
	12.Las sociedades en las que sus miembros mantienen una vida sexual activa presentan mayores niveles de felicidad				
	13.Las sociedades en las que sus miembros mantienen una vida sexual activa son más tolerantes				
	14.Las sociedades en las que sus miembros mantienen una vida sexual activa son desarrolladas cultural y tecnológicamente				
	15.No es necesario amar a alguien para tener satisfacción sexual				
	16.El interés sexual del hombre es estrictamente genital				
	17.El interés sexual de la mujer está basado en el romanticismo				
	18.La relación sexual solo es para los jóvenes				
	19.La sexualidad es algo natural, ni se aprende ni se enseña ni se debe hablar sobre ella				
	20.La relación sexual sin penetración no es satisfactoria				
	21.Los senos grandes incrementan la excitación sexual				
	22.Tras la menopausia la mujer deja de tener interés en el sexo				
	23.La mujer debe esperar a que el hombre le proporcione el orgasmo				
	24.El alcohol es un potenciador del deseo y erección sexual				
	25.La relaciones sexuales solo deben tenerse después del matrimonio				
	26.Una buena figura corporal garantiza placer sexual en la pareja				
	27.Sin orgasmo el sexo no tiene sentido				
	28.El ser humano está siempre dispuesto y desea llevar a cabo interacciones sexuales				
29.Todo hombre sabe cómo dar placer a una mujer					

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
CREENCIAS ERRONEAS SOBRE RELACIONES SEXUALES	30.El sexo debe suceder solo por iniciativa del hombre				
	31.Se debe tener relaciones sexuales solo con personas a las cuales se ama				
	32.El hombre siempre se excita cuando se encuentra en una situación sexual a diferencia de la mujer				
	33.La maternidad disminuye el deseo sexual.				
	34.Es importante ser fiel para tener satisfacción sexual				
	35.El tamaño del pene influye en el placer sexual de la mujer				
	36.Las mujeres tienen menos necesidades sexuales que el hombre				
	37.El uso de preservativo disminuye el placer sexual				
38.La masturbación es físicamente dañina y moralmente sucia y destructora para quien la practica					

LISTADO DE CHEQUEO DE ACRS

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
DESEO SEXUAL HIPOACTIVO	1.No me interesa mantener una vida sexual activa				
	2.No tengo deseos de tener relaciones sexuales de ninguna manera				
	3.No tengo deseo sexual hacia mi pareja pero si hacia otras personas				
	4.He tenido problemas con mi pareja por mi desinterés sexual				
	5.No he tenido fantasías de tipo sexual				
	6.Me siento mal por no desear sexualmente a mi pareja				
	7.La frecuencia de mis experiencias sexuales es baja				
	8.Nada me motiva para tener deseo sexual				
	9.No tengo iniciativa para tener una relación sexual				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
DESEO SEXUAL HIPOAC	10.No me interesa ningún tipo de estímulos sexuales (videos, ropa, imágenes, olores etc.)				
	11.*Mi nivel de deseo sexual es				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
AVERSIÓN AL SEXO	12.He evitado de forma repetitiva el contacto genital con mi pareja				
	13.Evito el contacto sexual solo con mi pareja no con otras personas				
	14.Repetidas veces rechazo a mi pareja sexualmente				
	15.He tenido problemas con mi pareja por el rechazo sexual				
	16.Siento temor a la hora de intentar una relación sexual				
	17.Siento repugnancia de tener una relación sexual				
	18.Siento repugnancia de los besos de mi pareja				
	19.Siento repugnancia de las caricias de mi pareja				
	20.Siento asco de tener una relación sexual				
	21.Evita que su pareja estimule, toque o acaricie sus genitales				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
ACRS EXITACION MUJER	22.No puedo obtener excitación durante la relación sexual				
	23.Es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual				
	24.Es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la relación sexual				
	25.La falta de excitación ha traído como consecuencia el no tener una relación sexual satisfactoria				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
ACRS EXITACION MUJER	26.El no poder obtener excitación ha traído problemas con la pareja				
	27.Me siento mal por no poder obtener una excitación sexual				
	28.No puedo obtener excitación sexual con mi pareja pero si con otras personas				
	29.*Mi nivel de excitación sexual durante la relación sexual es				
	30.*La frecuencia con que siento lubricación o humedad vaginal durante la relación sexual es				
	31.*La frecuencia de mantener lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la relación sexual es				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
ACRS EXITACION HOMBRE	32.No puedo obtener excitación durante la relación sexual				
	33.Para mi difícil tener una erección durante la actividad sexual				
	34.Es difícil mantener la erección hasta finalizar la relación sexual				
	35.La falta de excitación ha traído como consecuencia el no tener una relación sexual satisfactoria				
	36.El no poder obtener excitación ha traído problemas con la pareja				
	37.Me siento mal por no poder obtener una excitación sexual				
	38.Pierdo la erección durante la penetración				
	39.Pierdo la erección al intentar la penetración				
	40.No puedo obtener excitación sexual con mi pareja pero si con otras personas				
	41.*Mi nivel de excitación sexual durante la relación sexual es				
	42.*La frecuencia con que siento erección durante la relación sexual es				
	43.*La frecuencia de mantener la erección hasta finalizar la relación sexual es				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
ACRS ORGASMO MUJER	44.No he tenido orgasmo durante la actividad sexual				
	45.Me es muy difícil alcanzar el orgasmo				
	46.Estoy satisfecha por la capacidad que tengo de alcanzar el orgasmo				
	47.No siento satisfacción de las relaciones sexuales porque no puedo llegar al orgasmo				
	48.No siento orgasmo con mi pareja pero si con otras personas				
	49.El hecho de no tener orgasmos ha traído conflictos con mi pareja				
	50.*La frecuencia con la cual alcanzo el orgasmo es				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
ACRS ORGASMO HOMBRE	51.No he tenido orgasmo durante la actividad sexual				
	52.Me es muy difícil alcanzar el orgasmo				
	53.Estoy satisfecho por la capacidad que tengo de alcanzar el orgasmo				
	54.No siento satisfacción de las relaciones sexuales porque no puedo llegar al orgasmo				
	55.No siento orgasmo con mi pareja pero si con otras personas				
	56.El hecho de no tener orgasmos ha traído conflictos con mi pareja				
	57.*La frecuencia con la cual alcanzo el orgasmo es				
	58.Eyaculo antes de la penetración				
	59.Su pareja se queja por la corta duración de la relación sexual				
	60.Eyaculo poco tiempo después de la penetración				
	61.Eyaculo cuando no lo deseo				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
ACRS ORGASMO HOMBRE	62.Eyaculo antes de 30 movimientos coitales				
	63. La corta duración de la relación sexual ha creado conflictos con mi pareja				
	64.Siento malestar por no dar satisfacción a mi pareja por la corta duración de las relaciones sexuales				
	65.*El nivel de eyaculación precoz es				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
DISPAREUNIA	66.Experimento dolor genital asociado a la relación sexual				
	67.Siento dolor genital durante la penetración				
	68.Siento dolor genital después de la penetración				
	69.Siento dolor genital antes de la penetración				
	70.Me siento mal por no poder obtener satisfacción sexual a causa del dolor genital				
	71.El dolor genital frecuente me ha traído conflictos en la relación con mi pareja				
	72.*Como califica su nivel de dolor durante la penetración				
	73.*Como califica su nivel de dolor después de la penetración				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
VAGINISMO	74.Tengo incapacidad para relajar los músculos de la vagina y permitir una penetración				
	75.Los músculos de la vagina se encogen en el momento de introducir elementos como tampones o espéculos				
	76.Los músculos de la vagina se encogen en el momento de introducir los dedos				
	77.Los músculos de la vagina se encogen en el momento de la penetración durante la relación sexual				

FACTOR	ITEM	CLARIDAD	PERTINENCIA	UNIDIMENSI.	DIRECCION
VAGINISMO	78.El ser incapaz de permitir la penetración en la relación sexual me causa malestar				
	79.El ser incapaz de permitir la penetración en la relación sexual me ha traído conflictos con mi pareja				
	80.*La frecuencia con la que no puedo relajar los músculos de la vagina y permitir la penetración es				

OBSERVACIONES

ANEXO 3.

Formato de consentimiento informado



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
Avenida Panamericana Norte
Ipiales-Nariño
Tel. 734878 -733949 telefax 733899
Email: hoscipial@hotmail.com



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____
acepto mi participación en la investigación denominada: *Creencias sobre Relaciones Sexuales y Alteraciones en el Ciclo de Respuesta Sexual en el personal vinculado laboralmente al Hospital Civil de Ipiales.*

Declaro que he leído o (se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la investigación, el procedimiento, los participantes, sus limitaciones y riesgos que conlleva esta investigación y que entiendo su contenido.

Ha recibido asesoría (actividad realizada por el equipo de investigación) para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos acerca de la investigación.

Entiendo que la participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento de la investigación. Fui informado (a) de las medidas que se tomarán con respecto a la confidencialidad de la información.

Firma de la persona que da el consentimiento

Nombre: _____

Cédula de Ciudadanía No: _____ de _____

ANEXO 4.

Documento de consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El diligenciamiento de los siguientes instrumentos de medición psicológica: Escala de Creencias sobre Relaciones Sexuales y la Lista de Chequeo sobre Alteraciones en el Ciclo de Respuesta Sexual hace parte de la investigación denominada: ***Creencias sobre Relaciones Sexuales y Alteraciones en el Ciclo de la Respuesta sexual de personal vinculado laboralmente al Hospital Civil de Ipiales*** desarrollada por Betty Montenegro identificada con cedula de ciudadanía No. 1085898206 de Ipiales y Lina Marcela Guerrero identificada con cedula de ciudadanía No. 1085911641 de Ipiales.

Propósito:

El propósito de la investigación es Identificar y describir la relación entre creencias sobre las relaciones sexuales y el reporte de alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual en personas vinculadas laboralmente al Hospital Civil de Ipiales.

Beneficio:

Esta investigación además de fortalecer el conocimiento sobre el tema de sexualidad desde una óptica psicológica permitirá identificar elementos psicológicos para construir una propuesta de prevención tendiente a minimizar los posibles riesgos asociados a la aparición de las alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual humana contribuyendo de esta manera a la salud del individuo y de la pareja.

Participantes

Personal del Hospital Civil de Ipiales

Limitaciones y Riesgos

Es probable que la aplicación de instrumentos de medición psicológica evidencie que algunas personas presentan algún tipo de alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual, por lo cual en el informe final no se publicaran resultados individuales sino grupales. Por otra parte TODA LA INFORMACIÓN DE CARÁCTER PERSONAL suministrada exclusivamente para efectos de la presente investigación (por ejemplo los correspondientes a la información personal) y la información arrojada por los instrumentos de medición psicológica NO SERA REVELADA O PUBLICADA Y SERA SOLAMENTE CONOCIDA POR LAS DOS PERSONAS QUE DESARROLLAN LA INVESTIGACION, ello obedece al principio de confidencialidad expuesto en el Código Deontológico del Psicólogo (art 45. Cap. V: de la obtención y uso de la información en la investigación en psicología). LOS RESULTADOS GRUPALES SERAN CONOCIDOS POR ALGUNAS INSTANCIAS DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO (asesor de trabajo de grado, jurados y algunos estudiantes)

Agradecemos la atención y el tiempo concedidos.

Atentamente.

BETTY MONTENEGRO P.
C.C 1085898206

LINA GUERRERO M.
C.C 1085911641

ANEXO 5.

Formato final de cuestionario y lista de chequeo para Hombres

El siguiente cuestionario tiene fines exclusivamente investigativos, por favor responda de la manera más honesta, sus respuestas serán completamente confidenciales.

1. Edad: ____		2. Género: F ____ M ____		3. Lugar de Nacimiento: _____		4. Nivel Educativo: Primaria ____ Secundaria ____ Téc ____ Profesional ____	
5. Área en que desempeña: Asistencial ____ Administrativa ____				6. Religión: Católico(a) ____ Cristiano(a) ____ Otro ¿Cual? _____			
7. Estado Civil: Soltero(a) ____ Casado(a) ____ Unión Libre ____ Viudo(a) ____ Divorciado(a) ____		8. N. de Hijos: _____					
9. Edad de la primera relación sexual: Antes de 14 años ____ 14-18 años ____ 18-22 años ____ después de 22 años ____							
10. Con quien tuvo la primera relación sexual: Pareja ____ Amigo ____ Familiar ____ Otro ¿Cuál? _____							
11. La primera relación sexual fue una experiencia: Agradable ____ Desagradable ____							
12. ¿Usted Planifica?: No ____ Si ____ Método _____							
13. ¿Usted padece de alguna enfermedad?: No ____ Si ____ ¿Cuál? _____ Consume medicamento para su control _____							
14. Como catalogaría sus relaciones sexuales: Activa ____ Poco Activa ____ Pasiva ____ Nula ____							
15. Frecuencia de relaciones sexuales: Cada 2 meses o más ____ Cada mes ____ Cada 15 días ____ Una vez por Semana ____ Todos los días ____							
16. ¿Con que frecuencia toma la iniciativa en la relación sexual: Siempre ____ Casi siempre ____ Pocas Veces ____ Nunca ____							
17. La educación sexual que usted recibió fue: Satisfactoria ____ Restrictiva (Restringida) ____							

A continuación encontrara una serie de enunciados, marque con una X la casilla que mejor describa su comportamiento, no existen respuestas buenas ni malas, solo apreciaciones.

Enunciado	Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1. Tener relaciones sexuales mejora el estado de animo				
2. Tener relaciones sexuales reduce el estrés				
3. Tener una vida sexual produce sentimientos de culpa				
4. Tener relaciones sexuales incrementa el autoestima				
5. Tener relaciones sexuales mejora la apariencia física				
6. Mantener una vida sexual activa mejora la salud física				
7. Mantener una vida sexual activa mejora la salud mental				

Enunciado	Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
8.Con una vida sexual activa se reconocen las habilidades sexuales de cada uno				
9.Mantener relaciones sexuales puede generar preocupaciones con la posibilidad de fracasar en el desempeño sexual				
10.La vida sexual activa proporciona estabilidad emocional				
11.La vida sexual activa reduce sentimientos de tristeza				
12.Tener relaciones sexuales mejora la calidad del sueño de una persona				
13.Tener relaciones sexuales hace sentir seguridad del amor de la pareja				
14.Las relaciones sexuales son una forma de expresar sentimientos a la pareja				
15.Experimentar orgasmos simultáneos fortalece la relación de la pareja				
16.El tener una vida sexual gratificante fortalece la relación de pareja				
17.En una relación de pareja el sexo es indispensable				
18.Los problemas de pareja podrían estar siempre relacionados con las relaciones sexuales				
19.Dar placer a la pareja es más importante que el propio placer				
20.Se debe hablar sobre las necesidades sexuales con la pareja				
21.Tener relaciones sexuales frecuentemente reduce los celos hacia mi pareja				
22.El no tener un buen rendimiento sexual incrementa la posibilidad de la infidelidad				
23.Para desempeñarse bien sexualmente debe haber una pareja estable				
24.Cualquier mujer que lleva iniciativa en las relaciones sexuales, en general es considerada inmoral				
25.las reglas sociales deben influir en el comportamiento sexual de las personas				
26.La vida sexual debe ser tratada con reserva				
27.El único fin de la sexualidad es la reproducción, por lo que solo sirve para tener hijos				
28.existen ciertas reglas absolutas y universales acerca de lo que es normal y anormal en el sexo				
29.No es necesario amar a alguien para tener satisfacción sexual				
30.El interés sexual del hombre es estrictamente genital				
31.El interés sexual de la mujer está basado en el romanticismo				
32.La relación sexual solo es para los jóvenes				
33.La relación sexual sin penetración no es satisfactoria				
34.Los senos grandes incrementan la excitación sexual				
35.Tras la menopausia la mujer deja de tener interés en el sexo				
36.La mujer debe esperar a que el hombre le proporcione el orgasmo				
37.El alcohol es un potenciador del deseo y erección sexual				
38.La relaciones sexuales solo deben tenerse después del matrimonio				

Enunciado	Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
39.Una buena figura corporal garantiza placer sexual en la pareja				
40.Sin orgasmo el sexo no tiene sentido				
41.Todo hombre sabe cómo dar placer a una mujer				
42.El sexo debe suceder solo por iniciativa del hombre				
43.Se debe tener relaciones sexuales solo con personas a las cuales se ama				
44.La maternidad disminuye el deseo sexual.				
45.Es importante ser fiel para tener satisfacción sexual				
46.El tamaño del pene influye en el placer sexual de la mujer				
47.Las mujeres tienen menos necesidades sexuales que el hombre				
48.El uso de preservativo disminuye el placer sexual				

Enunciado	Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1.No me interesa mantener una vida sexual activa				
2.No tengo deseos de tener relaciones sexuales de ninguna manera				
3.No tengo deseo sexual hacia mi pareja pero si hacia otras personas				
4.He tenido problemas con mi pareja por mi desinterés sexual				
5.No he tenido fantasías de tipo sexual				
6.La frecuencia de mis experiencias sexuales es baja				
7.Nada me motiva para tener deseo sexual				
8.No me interesa ningún tipo de estímulos sexuales (videos, ropa, imágenes, olores etc.)				
9.He evitado de forma repetitiva el contacto genital con mi pareja				
10.Evito el contacto sexual solo con mi pareja no con otras personas				
11.Repetidas veces rechazo a mi pareja sexualmente				
12.He tenido problemas con mi pareja por el rechazo sexual				
13.Siento temor a la hora de intentar una relación sexual				
14.Siento repugnancia de tener una relación sexual				
15.Siento repugnancia de las caricias de mi pareja				
16.Siento asco de tener una relación sexual				
17.No puedo obtener excitación durante la relación sexual				
18.Para mi difícil tener una erección durante la actividad sexual				

Enunciado	Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
19.La falta de excitación ha traído como consecuencia el no tener una relación sexual satisfactoria				
20.El no poder obtener excitación ha traído problemas con la pareja				
21.Me siento inútil por no poder obtener una excitación sexual				
22.Pierdo la erección durante la penetración				
23.Pierdo la erección al intentar la penetración				
24.No puedo obtener excitación sexual con mi pareja pero si con otras personas				
25.No he tenido orgasmo durante la actividad sexual				
26.Me es muy difícil alcanzar el orgasmo				
27.No siento satisfacción de las relaciones sexuales porque no puedo llegar al orgasmo				
28.No siento orgasmo con mi pareja pero si con otras personas				
29.Eyaculo antes de la penetración				
30.Eyaculo poco tiempo después de la penetración				
31.Eyaculo cuando no lo deseo				
32.La corta duración de la relación sexual ha creado conflictos con mi pareja				
33.Experimento dolor genital asociado a la relación sexual				
34.Siento dolor genital durante la penetración				
35.Siento dolor genital después de la penetración				
36.Siento dolor genital antes de la penetración				
37.Me siento mal por no poder obtener satisfacción sexual a causa del dolor genital				
38.El dolor genital frecuente me ha traído conflictos en la relación con mi pareja				

MIL GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO 6.

Formato final de cuestionario y lista de chequeo para Mujeres

El siguiente cuestionario tiene fines exclusivamente investigativos, por favor responda de la manera más honesta, sus respuestas serán completamente confidenciales.

1. Edad: _____		2. Género: F _____ M _____		3. Lugar de Nacimiento: _____		4. Nivel Educativo: Primaria _____ Secundaria _____ Téc _____ Profesional _____	
5. Área en que desempeña: Asistencial _____ Administrativa _____				6. Religión: Católico(a) _____ Cristiano(a) _____ Otro ¿Cuál? _____			
7. Estado Civil: Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Unión Libre _____ Viudo(a) _____ Divorciado(a) _____		8. N. de Hijos: _____					
9. Edad de la primera relación sexual: Antes de 14 años _____ 14-18 años _____ 18-22 años _____ después de 22 años _____							
10. Con quien tuvo la primera relación sexual: Pareja _____ Amigo _____ Familiar _____ Otro ¿Cuál? _____							
11. La primera relación sexual fue una experiencia: Agradable _____ Desagradable _____				12. ¿Usted Planifica?: No _____ Si _____ Método _____			
13. ¿Usted padece de alguna enfermedad?: No _____ Si _____ ¿Cuál? _____ Consume medicamento para su control _____							
14. Como catalogaría sus relaciones sexuales: Activa _____ Poco Activa _____ Pasiva _____ Nula _____							
15. Frecuencia de relaciones sexuales: Cada 2 meses o más _____ Cada mes _____ Cada 15 días _____ Una vez por Semana _____ Todos los días _____							
16. ¿Con que frecuencia toma la iniciativa en la relación sexual: Siempre _____ Casi siempre _____ Pocas Veces _____ Nunca _____							
17. La educación sexual que usted recibió fue: Satisfactoria _____ Restrictiva (Restringida) _____							

A continuación encontrará una serie de enunciados, marque con una X la casilla que mejor describa su comportamiento, no existen respuestas buenas ni malas, solo apreciaciones.

Enunciado	Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1. Tener relaciones sexuales mejora el estado de ánimo				
2. Tener relaciones sexuales reduce el estrés				
3. Tener una vida sexual produce sentimientos de culpa				
4. Tener relaciones sexuales incrementa el autoestima				
5. Tener relaciones sexuales mejora la apariencia física				
6. Mantener una vida sexual activa mejora la salud física				
7. Mantener una vida sexual activa mejora la salud mental				

Enunciado	Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
8.Con una vida sexual activa se reconocen las habilidades sexuales de cada uno				
9.Mantener relaciones sexuales puede generar preocupaciones con la posibilidad de fracasar en el desempeño sexual				
10.La vida sexual activa proporciona estabilidad emocional				
11.La vida sexual activa reduce sentimientos de tristeza				
12.Tener relaciones sexuales mejora la calidad del sueño de una persona				
13.Tener relaciones sexuales hace sentir seguridad del amor de la pareja				
14.Las relaciones sexuales son una forma de expresar sentimientos a la pareja				
15.Experimentar orgasmos simultáneos fortalece la relación de la pareja				
16.El tener una vida sexual gratificante fortalece la relación de pareja				
17.En una relación de pareja el sexo es indispensable				
18.Los problemas de pareja podrían estar siempre relacionados con las relaciones sexuales				
19.Dar placer a la pareja es más importante que el propio placer				
20.Se debe hablar sobre las necesidades sexuales con la pareja				
21.Tener relaciones sexuales frecuentemente reduce los celos hacia mi pareja				
22.El no tener un buen rendimiento sexual incrementa la posibilidad de la infidelidad				
23.Para desempeñarse bien sexualmente debe haber una pareja estable				
24.Cualquier mujer que lleva iniciativa en las relaciones sexuales, en general es considerada inmoral				
25.las reglas sociales deben influir en el comportamiento sexual de las personas				
26.La vida sexual debe ser tratada con reserva				
27.El único fin de la sexualidad es la reproducción, por lo que solo sirve para tener hijos				
28.existen ciertas reglas absolutas y universales acerca de lo que es normal y anormal en el sexo				
29.No es necesario amar a alguien para tener satisfacción sexual				
30.El interés sexual del hombre es estrictamente genital				
31.El interés sexual de la mujer está basado en el romanticismo				
32.La relación sexual solo es para los jóvenes				
33.La relación sexual sin penetración no es satisfactoria				
34.Los senos grandes incrementan la excitación sexual				
35.Tras la menopausia la mujer deja de tener interés en el sexo				
36.La mujer debe esperar a que el hombre le proporcione el orgasmo				
37.El alcohol es un potenciador del deseo y erección sexual				
38.La relaciones sexuales solo deben tenerse después del matrimonio				

Enunciado	Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
39.Una buena figura corporal garantiza placer sexual en la pareja				
40.Sin orgasmo el sexo no tiene sentido				
41.Todo hombre sabe cómo dar placer a una mujer				
42.El sexo debe suceder solo por iniciativa del hombre				
43.Se debe tener relaciones sexuales solo con personas a las cuales se ama				
44.La maternidad disminuye el deseo sexual.				
45.Es importante ser fiel para tener satisfacción sexual				
46.El tamaño del pene influye en el placer sexual de la mujer				
47.Las mujeres tienen menos necesidades sexuales que el hombre				
48.El uso de preservativo disminuye el placer sexual				

Enunciado	Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1.No me interesa mantener una vida sexual activa				
2.No tengo deseos de tener relaciones sexuales de ninguna manera				
3.No tengo deseo sexual hacia mi pareja pero si hacia otras personas				
4.He tenido problemas con mi pareja por mi desinterés sexual				
5.No he tenido fantasías de tipo sexual				
6.La frecuencia de mis experiencias sexuales es baja				
7.Nada me motiva para tener deseo sexual				
8.No me interesa ningún tipo de estímulos sexuales (videos, ropa, imágenes, olores etc.)				
9.He evitado de forma repetitiva el contacto genital con mi pareja				
10.Evito el contacto sexual solo con mi pareja no con otras personas				
11.Repetidas veces rechazo a mi pareja sexualmente				
12.He tenido problemas con mi pareja por el rechazo sexual				
13.Siento temor a la hora de intentar una relación sexual				
14.Siento repugnancia de tener una relación sexual				
15.Siento repugnancia de las caricias de mi pareja				
16.Siento asco de tener una relación sexual				
17.No puedo obtener excitación durante la relación sexual				
18.Es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual				

Enunciado	Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
19.Es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la relación sexual				
20.La falta de excitación ha traído como consecuencia el no tener una relación sexual satisfactoria				
21.El no poder obtener excitación ha traído problemas con la pareja				
22.No puedo obtener excitación sexual con mi pareja pero si con otras personas				
23.No he tenido orgasmo durante la actividad sexual				
24.Me es muy difícil alcanzar el orgasmo				
25.No siento satisfacción de las relaciones sexuales porque no puedo llegar al orgasmo				
26.No siento orgasmo con mi pareja pero si con otras personas				
27.El hecho de no tener orgasmos ha traído conflictos con mi pareja				
28.Experimento dolor genital asociado a la relación sexual				
29.Siento dolor genital durante la penetración				
30.Siento dolor genital después de la penetración				
31.Siento dolor genital antes de la penetración				
32.Me siento mal por no poder obtener satisfacción sexual a causa del dolor genital				
33.El dolor genital frecuente me ha traído conflictos en la relación con mi pareja				
34.Tengo incapacidad para relajar los músculos de la vagina y permitir una penetración				
35.Los músculos de la vagina se encogen en el momento de introducir elementos como tampones o espéculos				
36.Los músculos de la vagina se encogen en el momento de introducir los dedos				
37.Los músculos de la vagina se encogen en el momento de la penetración durante la relación sexual				
38.El ser incapaz de permitir la penetración en la relación sexual me causa malestar				
39.El ser incapaz de permitir la penetración en la relación sexual me ha traído conflictos con mi pareja				

MIL GRACIAS POR SU COLABORACION