

Deseo y actitudes sexuales en mujeres entre 18-35 años
Centro de salud San Antonio de Pichincha-Ecuador
Desire and sexual attitudes in women between 18-35years
San Antonio de Pichincha Health Center-Ecuador

Kathy Ayde Champutiz Quintana¹, Santiago Bryan Bastidas Champutiz², Jeny Patricia Valencia Coloma³.Elena Elizabeth Sánchez Pérez⁴

¹ *Obstetrix, Master en Ciencias de la Sexología, Universidad de Almería, Almería, España, <https://orcid.org/0000-0002-6242-3645.org/> kathyayde@hotmail.com*

² *Estudiante de Medicina, Universidad de las Américas, Quito, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-3350-8199> bryansant_12@hotmail.com*

³ *Obstetrix, Magister en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-5759-6074> jenypat08@yahoo.com*

⁴ *Obstetrix Docente Investigadora del Instituto Tecnológico Superior Libertad, <https://orcid.org/0000-0001-5028-9015> elena.sanchez@itslibertad.edu.ec*

Resumen: Objetivo: Relacionar el Deseo y actitudes sexuales, en mujeres de 18 a 35 años, Centro de Salud San Antonio de Pichincha. Material y Método: 132 mujeres que acudieron a la consulta externa del Centro de Salud. Los instrumentos administrados fueron el *Inventario de Deseo Sexual* (Spector, Carey y Steinberg, 1996) (Adaptación de Ortega, Zubeidat y Sierra, 2006), que presenta 13 ítems. Los ítems del 1 al 9 corresponde al deseo sexual diádico, y del 10 al 13 deseo sexual solitario. También se aplicó el cuestionario EROS que consta de 20 preguntas, de las cuales, 11 tienen ítems inversos y 9, ítems directos. En el análisis estadístico se utilizó SPSS versión 22, ANOVA, Kruskal-Wallis, Chi Cuadrado, Pearson y Alpha de Cronbach. Resultados: Edad media 29,91años, predomina un estado civil unión libre (55,3 %), la ocupación se centra en quehaceres domésticos (62 %) y la mayoría cuenta con una educación primaria (61,4 %). La frecuencia de relaciones sexuales es de más de 3 veces por semana (40,9 %), e iniciaron su vida sexual activa 17,48 años. Las únicas variables sociodemográficas estadísticamente significativos fueron la edad y relaciones sexuales ($p < 0,05$), la correlación del deseo sexual y las actitudes sexuales fueron estadísticamente significativas en todas sus dimensiones ($p < 0,05$). Conclusiones: La sexualidad es un factor fundamental en la vida sexual de las personas, y esta a su vez en la calidad global de la vida, los resultados de este estudio afianzan la necesidad de intervención en la comunidad de mujeres, para trabajar sobre sus actitudes sexuales y el conocimiento de la sexualidad.

Palabras clave: deseo, erotofobia, erotofilia, actitudes sexuales.

Abstract: Objective: Relate desire and sexual attitudes in women aged 18 to 35, San Antonio de Pichincha Health Center. Material and Method: 132 women who attended the external consultation of the Health Center. The instruments administered were the Inventory of Sexual Desire (Spector, Carey and Steinberg, 1996) (Adaptation of Ortega, Zubeidat and Sierra, 2006), which presents 13 items. Items 1 to 9 correspond to dyadic sexual desire, and 10 to 13 solitary sexual desire. The EROS questionnaire consisting of 20 questions was also applied, of which 11 items are inverse and 9 items are direct. In the statistical analysis, SPSS

version 22, ANOVA, Kruskal-Wallis, Chi Square, Pearson and Cronbach's alpha were used. Results: Average age 29.91 years, a free union civil status predominates (55.3%), the occupation focuses on household chores (62%) and most have a primary education (61.4%). The frequency of sexual intercourse is more than 3 times per week (40.9%), and they began their active sexual life 17,48 years. The only statistically significant sociodemographic variables were age and sexual relations ($p = <0.05$), the correlation of sexual desire and sexual attitudes were statistically significant in all its dimensions ($p = <0.05$). Conclusions: Sexuality is a fundamental factor in the sexual life of people, and this in turn in the overall quality of life, the results of this study strengthen the need for intervention in the community of women, to work on their attitudes sexual and knowledge of sexuality.

Keywords: desire, erotophobia, erotofilia, sexual attitudes.

Introducción

A lo largo de la historia, el deseo sexual, ha sido influenciado por diversos factores, mitos, tabúes, normas y ritos implícitos en la sociedad, enfocando este tema hacia un punto biologicista, conductual y genitalizado. Las conductas que son manifiestas en la sexualidad, como la actitud hacia la masturbación, el sexo oral o conductas encubiertas como las fantasías sexuales, conceptúan un miedo hacia temas de sexualidad, haciéndolo muy complejo (Moral y Ortega, 2008).

Desde la mitología griega Eros era considerado como Dios de la atracción sexual, de la fertilidad, el amor, representado por un joven con un arco con dos clases de flechas, una que provoca el amor instantáneo y otra la indiferencia explicándose los diferentes aspectos del amor (Coronado, 2012). El deseo se difunde en el cristianismo con el amor cortés, el amor romántico apoyado en tres pilares. En el primero, el deseo es falta y es una energía que reconquista la unidad perdida, en el segundo, la pareja es la unidad recobrada, y, por último, la división de dos formas, el sexo como pura materia, sucio e impío y el amor sentimental limpio (Hernández, 2012).

En el siglo XIX, el deseo sexual era considerado muy peligroso en las mujeres. Este se curaba con cinco tratamientos médicos que frenaban el deseo sexual (Peña, 2016). Los síntomas de descarga de deseo sexual eran curados con un masaje en los genitales dado por los galenos, al estar prohibida la masturbación en ese entonces. El Médico Británico Joseph Mortimer Grabville, en el año 1880, inventa el primer vibrador a pilas, para satisfacer el deseo sexual a las mujeres que acudían a la consulta, y al provocar una gran demanda de masajes dada por los médicos, más tarde el ginecólogo más importante del siglo XIX Isaac Baker Brown propone cortar el glande del clítoris, arrancando el problema de raíz, según el galeno. Esta barbarie no duró mucho en Gran Bretaña, pero Estados Unidos se siguió practicando hasta mediados del siglo XX. Otro de los tratamientos era terminar con los terribles sueños libidinosos que confesaban las mujeres, siendo un suicidio vaginal. Se cuenta la historia de una joven victoriana que en 1856 se atrevió a confesar a su médico sus deseos sexuales con su pareja y con otros hombres, sometiéndola a un tratamiento agresivo, para que no tuviera relaciones sexuales con su pareja y alejándola de él, entre los que se menciona: enemas, baños helados y limpiar su vagina con una solución de bórax, solución médica que acabó con todos sus sueños sexuales, cumpliendo el objetivo de alejarla de su pareja.

Desde tiempos remotos, la menstruación ha sido considerada como una parte impura de la mujer, una maldición. Por ejemplo, los franceses pensaban que un niño concebido en ese

momento estaría sujeto a enfermedades como lepra, sífilis, úlceras (Delaney, 1988).

Otro paradigma de esto se encuentra en el estudio realizado en Nueva Guinea a la cultura Baruya, donde las jóvenes que tenía su primera menstruación eran recluidas en una cabaña durante tres o cuatro días, privándoles de sus necesidades básicas (Lucas, 2009), y si llegaran a desobedecer, las mujeres adultas las golpean recordándoles la dominación masculina, afirma el autor. Por último, en la Grecia clásica, para Hipócrates y sus seguidores, la histeria tenía relación con el útero errante, en la que este órgano se desplazaba por el interior del organismo y producía esta enfermedad, encontrándose una cura poco apetecible para las mujeres. Según el médico romano Areteo de Capadocia "El útero se deleita con los olores fragantes y avanza hacia ellos, tiene una aversión a los olores fétidos y huye de ellos" (Ramos, 2016), basándose la cura de esto en la aromaterapia, con la aplicación de olores agradables en la vagina para que el útero bajara y se quedara en su posición habitual.

En este contexto, Kaplan (1977), define el deseo como las sensaciones o motivaciones que motivan a un individuo a responder frente a un estímulo sexual, lo que involucra a su vez la influencia de factores biológicos o pensamientos y estimulación externa a través de la vista, es una motivación más de igual importancia que la excitación, orgasmo, meseta y resolución que el tradicional modelo de Masters y Johnson.

Asimismo, uno de los primeros autores en la época moderna del desarrollo de la sexología clínica, describe el deseo sexual como una dimensión diferente de la excitación y el orgasmo. Fue Lief (1977), quien define: "El deseo sexual es un aspecto de la vida humana, extraordinariamente complicado, y requiere una aproximación multifactorial para su comprensión". Es de interés precisar que "El deseo es una experiencia que debía ser contemplada desde una perspectiva triple; afectiva, cognitiva y biofisiológica, debiendo ser visto como un concepto referido a la experiencia" (Bancroft, 1988).

Dentro de la complejidad, se presenta un modelo tridimensional, con tres ejes, la intensidad del deseo, el nivel de excitación y el tiempo (Schnarch, 1991). En este mismo orden de ideas, el deseo sexual tendría tres componentes: 1) el deseo sexual es lo que precede y acompaña a la excitación, 2) la tendencia psicobiológica a buscar satisfacción sexual y 3) es la energía que conduce al comportamiento sexual.

Levine (1987), afirma que el deseo sexual integra tres elementos: El impulso, que es una acción que es manifestada a través de acciones específicas en la activación sexual, el anhelo como una representación independiente del impulso, que sería el deseo de desear y el motivo siendo este el más complejo de los componentes, es la disposición hacia la actividad sexual inducida por el impulso, que está condicionado por la identidad de género, la calidad de relaciones sexuales, no sexuales y transferencia de vínculos del pasado.

El deseo sexual sería algo más complicado, con tres dimensiones: el deseo de la descarga de la tensión sexual, es la dimensión más sensible a la fisiología humana en el que la dopamina y los andrógenos son los mediadores químicos que conforman el principio básico del deseo sexual humano, el deseo de ser deseados fundamentada en la necesidad de autoafirmarnos en los demás, muy arraigados en las mujeres y hombres y, por último, el deseo del encuentro mutuo es el deseo de estar en sincronía, de comunicarnos con la otra persona, de fundirnos, muy presente y no lo tenemos en cuenta, una intensa sed de piel desde que nacemos hasta que morimos (Lucas, 2009).

Al indagar sobre el estado de este tema en el mundo, se destaca un estudio realizado sobre la Valoración del Deseo Sexual, en pacientes con baja por accidentes laborales, aplicado a una población conformada por 71,6 % hombres y 28,4 % mujeres, refiere que el nivel de

deseo sexual era bueno y satisfactorio antes de su accidente laboral para el 100% de la población, manifiesta el autor, que hay una variación en el deseo sexual en un 40,2 % del total de la población, disminuyendo el deseo sexual en los primeros días de baja (Nuño, 2013).

En otro estudio para valorar el trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH) con 2 cuestionarios de función sexual, en una muestra de mujeres con menopausia quirúrgica y su comparación con mujeres normales, se observó que el 82,69 % de mujeres no estaba satisfecha con su vida sexual, un 69,23 % tuvo disminución en el deseo sexual y la disminución de sensaciones placenteras se presentó en un 55,76 % de mujeres (López, 2010).

De acuerdo con estas investigaciones, se concuerda en que "Las actitudes son creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto a actuar" (Rokeach, 1968). Pero en un estudio realizado de actitudes y conductas sexuales, se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las actitudes hacia la sexualidad y diferentes prácticas sexuales, realizadas por primera vez y última, en solitario y en compañía, como masturbarse, haber tenido actividad sexual, primera experiencia no coital, primer coito, su grado de satisfacción y la consecución del orgasmo eran estadísticamente significativas (Diéguez, 2009).

Otro estudio sobre la culpabilidad sexual en jóvenes demostró que este es un factor determinante en la actitud sexual (Sierra, 2011), pues se ha demostrado que las mujeres son más erotofóbicas que los hombres (Carpintero y Fuertes, 1994; Fisher, 1988; Geer, 2005; Gilbert, F.S & Gamache, M.P., 1984; Lameiras y Fernández, 1998; Lameiras-Fernández et al., 2010). Otro estudio que mide las Actitudes Sexuales (AS) en estudiantes de una universidad de Lima Metropolitana, encontró que la creencia religiosa influenciaba en las actitudes en los hombres (García, 2005), restringiendo su frecuencia y variedad y, por otro lado, que las mujeres reprimen mucho más su sexualidad. Asimismo, se ha demostrado que existe una prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo (Raigosa-Londoño, 2012).

En consecuencia, se abordaron diferentes variables sociodemográficas que se contrastaron con el mayor o menor nivel de deseo sexual concordancia con lo descrito por diversos autores, que demostraron que la erotofobia se asocia a la frecuencia de actividades sexuales (Hurlbert, Apt y Rabehl, 1993; (Sierra, 2008) o que las actitudes hacia la masturbación influyen en su práctica (Abramson y Mosher, 1975; Lo Presto, Sherman y Sherman, 1985; (Wang RJ, 2007).

En síntesis, la investigación estudia como fenómeno si la erotofobia y erotofilia influyen en el deseo sexual de las mujeres, que acuden a la consulta del Centro de Salud de San Antonio de Pichincha, y así tendremos una herramienta para crear una educación sexual en las mujeres del permitiéndoles conocer su cuerpo, sus sensaciones, emociones que la pueden llevar a un disfrute sexual placentero y sano; floreciendo un área importante y fundamental en la vida del ser humano "el deseo". En tal efecto, se desarrolla un proceso investigativo con el propósito de relacionar el deseo y actitudes sexuales, en mujeres de 18 a 35 años, Centro de Salud San Antonio de Pichincha.

Metodología

El presente trabajo es una investigación descriptiva, no experimental, transversal correlacional, con un enfoque cuantitativo.

Muestra poblacional

La selección de la muestra de este estudio se ha obtenido por un muestreo no probabilístico, método casual o incidental, representada por las mujeres de 35 a 45 años, que

acudieron a la consulta externa del Centro de Salud de San Antonio de Pichincha, desde el mes de mayo de 2015 a agosto de 2015, dando un total de 132 usuarias.

Criterios de exclusión: mujeres menores de 18 años o mayores de 35 años y mujeres embarazadas.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el comité de investigación del Distrito D17D03 Cotocollao, la participación fue libre y voluntaria por parte de las usuarias que acudieron a la consulta externa de Obstetricia del Centro de Salud San Antonio de Pichincha, con la respectiva autorización del consentimiento informado, informando del objetivo del trabajo y confidencialidad.

Instrumentos

Se aplicaron tres cuestionarios. El primero fue un cuestionario de datos generales, con variables sociodemográficas. En segundo lugar se administró una Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS), que mide la dimensión máxima de erotofilia-erotofobia o actitud aprendida frente a los estímulos sexuales, adaptación del Instituto Andaluz de Psicología y Sexología (Del Río Olvera, López Vega y Cabello Santamaría, 2013), que es aplicable a un mayor rango de población, al tener en cuenta la orientación sexual; midiendo un concepto bipolar de erotofobia- erotofilia, definido como la disposición frente a estímulos sexuales; consta de 20 ítems en el que los ítems 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 17 y 20 son directos y los ítems 2, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19 son inversos, determinando una fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0,851.

Por último, el Inventario de Deseo Sexual 13 ítems que se agrupaban en dos factores: Deseo sexual diádico (ítems 1-9) que hace referencia por mantener contactos sexuales con otra persona, y Deseo sexual solitario (ítems 10-13), o interés por la actividad sexual solitaria, como la masturbación o el material erótico. Los ítems se responden en una escala de 8-9, la adaptación española llevada a cabo por Ortega, Zubeidat y Sierra (2006), que mostró unas adecuadas propiedades psicométricas. La fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) fue 0,87 para el deseo sexual diádico y 0,88 para el solitario. La información fue analizada en el Programa SPSS 22.

Resultados

La media de edad fue de 25,91 años, con una desviación estándar de 5,12. El mínimo de edad fue de 18 años y el máximo de 35 años. La ocupación más frecuente fue mujeres dedicadas a los quehaceres domésticos en un 62,1 %, seguido de costureras con un 6,8%, mujeres que trabajaban en ventas en un 6,1%, estudiantes un 5,3%, empleadas domésticas en 4,5 %, secretarias en 3,8%, microartesana y obstetriz en 2,3%, mujeres que tenían negocio propio en 1,5 % y las ocupaciones de profesora, limpieza, auxiliar de enfermería, albañil, peluquería, contadora, mesera en un 0,8% cada una. En el nivel de estudio El 8,3 % no tenía instrucción, el 22,7 % tenía instrucción primaria, el 61,4 % tuvo instrucción secundaria y el 7,6 % tenía educación superior. El 1,5% de mujeres no tenían pareja.

Tabla 1. Distribución Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	12	9,1
Casada	46	34,8
Unión libre	73	55,3
Separada	1	0,8

El 9,1 % de las mujeres fueron solteras, el 34,8 % eran casadas, el 55,3 % vivían en unión libre y un 0,8 % estaba separada.

Tabla 2. Distribución edad de la pareja

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad de la pareja	132	17	50	29,32	6,62

La media de la edad de la pareja fue de 29,32, una desviación estándar de 6,62, con una edad mínima de 17 y una máxima de 50 años. La media del tiempo de realación de pareja, fue de 6,42 años, una desviación estándar de 4,57, con un mínimo de 1 año y un máximo de 18 años. El 97,7 % de mujeres tenían actividad sexual con sus parejas, y un 2,3% no la tenía.

Tabla 3. Frecuencia de las relaciones sexuales

	Frecuencia	Porcentaje
No tiene	2	1,5
Menos de una vez a la semana	2	1,5
1 a la semana	44	33,3
2 veces por semana	30	22,7
Más de 3 veces por semana	54	40,9

Un 40,9 % de mujeres tienen relaciones sexuales 3 veces o más por semana, frente a un el 1,5 % no tiene relaciones sexuales.

Tabla 4. Inicio de vida sexual activa

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Inicio de vida sexual activa	13	28	17,48	2,35

La edad media de inicio de la vida sexual activa es de 17,48. La media de compañeros sexuales fue de 1,64, con una desviación estándar de 0,94, un mínimo de 1 y un máximo de 6.

El Análisis Bivariante, realizado el Test de Kolmogorov Smirnof, demuestra que las variables cuantitativas que siguen una distribución normal son: total deseo y erotofobia, utilizándose Anova, las demás variables son no paramétricas y se utilizó la prueba de Kruskal Wallis. Al relacionar las distintas variables cualitativas dio como resultado:

Tabla 5. Frecuencia de relaciones sexuales

	Menos de una a la semana	1 a la semana	2 veces por semana	Más de 3 veces por semana	No tiene
Soltera	0	8	0	4	0
Casada	0	16	10	19	1
Unión libre	0	20	20	31	2
Separada	1	0	0	0	0

El estado civil y la frecuencia de relaciones sexuales con Prueba de Chi cuadrado (Razón de Correlación de Pearson. El total del deseo sexual se correlaciona con la homofobia, es estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Tabla 6. Correlación total deseo y homofobia

		Homofobia
Total deseo	Correlación de Pearson	0,21
	Sig. (bilateral)	0,01

Total deseo y erotofobia Correlación de Pearson. La correlación del total del deseo y la erotofobia es estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Tabla 7. Correlación Total deseo y erotofobia

		Erotofobia
Total deseo	Correlación de Pearson	0,19
	Sig. (bilateral)	0,02

Correlación de Pearson. La correlación del total del deseo y la erotofilia es estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Tabla 8. Correlación Total deseo- erotofilia

		Erotofilia
Total deseo	Correlación de Pearson	0,47
	Sig. (bilateral)	0,00

Correlación Deseo-Eros. Correlación de Pearson. La correlación de deseo sexual diádico, deseo sexual solitario, total de deseo y total eros fue estadísticamente significativo en todos ($p < 0,05$).

Tabla 9. Correlación Deseo-Eros

		Diádico	Solitario	Total Eros
Total deseo	Correlación de Pearson	0,91	0,76	0,38
	Sig. (bilateral)	0,00	0,00	0,00
Diádico	Correlación de Pearson		0,43	0,33
	Sig. (bilateral)		0,00	0,00
Solitario	Correlación de Pearson			0,32
	Sig. (bilateral)			0,00

El análisis de fiabilidad para los cuestionarios fue: Inventario de Deseo Sexual (Spector, Carey y Steinberg, 1996; Adaptación de Ortega, Zubeidar y Sierra, 2006), de 0,83, para las dimensiones del deseo sexual diádico 0,81, deseo sexual solitario 0,89 y para la Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS) fue de 0,65.

Discusión

El análisis de las variables sociodemográficas, como edad, estado civil, ocupación, tiempo de relación con la pareja, número de embarazos, inicio de vida sexual activa, las variables no fueron estadísticamente significativas con la erotofobia, la erotofilia y el deseo sexual, diferente al estudio epidemiológico de la Disfunción Sexual Femenina en la que la edad, número de embarazos, años de instrucción, tuvo relación con el deseo sexual hipoactivo que se presentó en un 32,2 % de las mujeres estudiadas (Real, 2010).

Una de las disfunciones sexuales femeninas más frecuentes en mujeres es el trastorno del deseo sexual hipoactivo, que afecta a un 10 % de mujeres (Ruiz, 2012; Cabello y Palacios, 2012). Este estudio PRESIDE (Prevalencia de los Problemas Sexuales Femeninos Asociados con el Malestar y Factores Determinantes en la Búsqueda de Tratamiento), realizado en Estado Unidos, encontró que el bajo deseo sexual en mujeres en todos los grupos de edad tuvo una prevalencia de 38,7 %, que asociada a la angustia en mujeres de 18 a 44 años fue del 8,9 %.

En el estudio el Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS), la prevalencia de bajo deseo sexual en E.E.U.U, Reino Unido, Francia, Alemania e Italia, se encontró entre el 9 al 26 % y del 6 al 26 % en Europa, en función de factores como la edad, (Barton, I.P & Rosen, Leiblum, & Koochaki, 2006), sin embargo en nuestro estudio las

variables sociodemográficas no fueron estadísticamente significativas, ($p > 0,05$) con una media para el deseo sexual de 44,65.

En el presente estudio realizado, al relacionar las dimensiones del deseo sexual, con la erotofobia y la erotofilia, arrojó un valor de $p = 0,00$ siendo estadísticamente significativos, lo cual confirma la hipótesis planteada, es decir que las actitudes sexuales intervienen en el mayor o menor grado de deseo sexual en las mujeres de 18 a 35 años que acudieron a la consulta externa del Centro de Salud San Antonio de Pichincha.

Confirmando lo observado en el estudio, en el que el deseo sexual está determinado por diversos factores en las mujeres, como la ansiedad, las fantasías íntimas y la erotofobia que explicaron un 18,7 % del deseo sexual inhibido (Ortega y Sierra, 2004).

Sin embargo no corrobora con el estudio realizado en parejas universitarias en el que los hombres y mujeres tenían altos niveles de erotofilia, sin diferencias significativas y que el número de compañeros sexuales también predisponen a una mayor erotofilia difiriendo de nuestro con un valor de ($p > 0,05$), no fue estadísticamente significativo (Lopez, 2013).

Conclusiones

Después de realizar el presente trabajo relacionando las dimensiones del deseo sexual con la erotofobia y erotofilia y a su vez con las variables sociodemográficas se puede concluir:

- El deseo sexual en una dimensión que se relaciona con diferentes variables sociodemográficas, en este estudio únicamente fueron estadísticamente significativos las variables, estado civil y la frecuencia de relaciones sexuales.
- El inicio de la vida sexual activa y la edad de la paciente no tuvo relación con las dimensiones del deseo, ni la erotofobia y erotofilia.
- El número de embarazos, el número de compañeros sexuales no tuvo relación con el deseo sexual y las actitudes sexuales.
- Las amas de casa y las mujeres que viven en unión libre, tienen relaciones sexuales con más frecuencia.
- Las mujeres estudiadas tienden a ser homofóbicas.
- Las actitudes sexuales tienden a influir en la expresión del deseo sexual.

Dado que la sexualidad en todas sus dimensiones, es un factor fundamental en la vida sexual de las personas, y esta a su vez en la calidad global de la vida, los resultados de este estudio afianzan la necesidad de intervención en la comunidad de mujeres, para trabajar sobre sus actitudes sexuales y el conocimiento de la sexualidad.

Referencias:

- Abramson, P. R. (1975). *Abramson, P. R. & Mosher, D. L.* Recuperado el 17 de Mayo de 2016, de Development of a measure of negative attitudes toward masturbation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*: https://www.researchgate.net/publication/262440389_Attitudes_Toward_Masturbation_in_Adolescents_Psychometric_Properties_of_Spanish_Version_of_Attitudes_Toward_Masturbation_Inventory.
- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems*. Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Barton, I.P & Rosen, Leiblum, S., & Koochaki, P. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women International Study of Health and Sexuality (WISHES). (T. J. Society, Ed.) *Menopause*, 13(1), 46-56.

- Cabello, F., y Palacios, S. (2012). Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino. *Prog Obstet Ginecol*, 55(6), 289-295.
- Carpintero, E y Fuertes, A. (1994). Validación de la versión castellana del "Sexual Opinion Survey". *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 31(52-61).
- Coronado, X. (2012). Eros, Afrodita y el sentimiento amoroso. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2012/01/29/sem-xabier.html>
- Delaney, J. (1988). *The Curse A Cultural History of MENSTRUATION*. Chicago, United State of America: Illini Books Edition.
- Del Río Olvera, F., López Vega, D. J., & Cabello Santamaria, F. (2013). Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: Encuesta Revisada de Opinión Sexual. *Revista Internacional de Andrología*, 11(1), 9-16.
- Dieguez JL. (2009). *Actitudes y Conductas Sexuales*. Universidad de Vigo, Facultad de Ciencias de la Educación, Ourense. Obtenido de www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/.../56.
- Fisher, W. B. (1988). Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *Journal or Sex Research*, 25, 123-151.
- García, V. (1 de Enero de 2005). Actitudes Sexuales en adolescentes y jóvenes universitarios. *Universidad de Lima Escuela de Psicología*.
- Geer, J. y. (2005). Implicit attitudes in sexuality: Gender differences. (K. J. Zucker, Ed.) *Archives of Sexual Behavior*, 34, 671-677.
- Gilbert, F.S & Gamache, M.P. (24 de Febrero de 1984). The Sexual Opinion Survey: Structure and use. *Jornal of Sex Research*, 20(3), 293-309.
- Hernández, L. D. (28 de Septiembre de 2012). *Revista Cultura*. Recuperado el 6 de Mayo de 2016, de www.revistaenie.clarin.com/edicion-impresa/deso-amor-filosofia_0_782921710.html.
- Hurlbert, D. A. (1993). *Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistrssed marriages*. Recuperado el 5 de Abril de 2015, de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8336347#>
- Kaplan, H. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and marital Therapy*.
- Lo Presto, S. y. (Mayo de 1985). Los efectos de un seminario de masturbación sobre las actitudes, las creencias falsas, la culpa y el comportamiento de los hombres de secundaria. *The Journal or sex reserarch*, 21(2), 142-156. Recuperado el 20 de Mayo de 2016, de Los efectos de un seminario de masturbación sobre las actitudes, las creencias falsas, la culpa y el comportamiento de los hombres de secundaria: https://www.jstor.org/stable/3812477?seq=1#page_scan_tab_contents
- Lameiras Fernández, M. et al. (1998). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. *Análisis y Modificación de Conducta*. 23, 27-63.
- Levine, S. (1987). More on the natura of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 35-44.
- Lief, H. (1977). Inhibited sexual desire. En *Medical Aspects of Human Sexuality* (Vol. 7, págs. 94-95).
- Lopez, J. (12 de Enero de 2010). Trastorno del deseo sexual hipoactivo: comparación de 2 cuestionarios (breve perfil de la función sexual de la mujer y salud y disfunción sexual femenina en atención primaria) en 2 grupos de mujeres (ovaariectomizadas e

- histerectomizadas, y normales). *Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia*, 37(1), 19-26.
- López, E. (2013). Deseos y Actitudes Sexuales en Parejas Universitarias. Almería, España, España.
- Lucas, M. (2009). *Sed de piel*. Madrid: Psimática.
- Moral, J., y Ortega, M. (2008). Diferencias de género en significados, actitudes y conductas sexuales. *Epoca II*, 28, 99-119.
- Nuño Rodríguez, M. d. (2013). Valoración del deseo sexual en los pacientes de baja por accidente laboral. Almería, España, España.
- Ortega, V. y Sierra, J. (2004). Evaluación de algunos factores determinantes del deseo sexual: estado emocional, actitudes sexuales y fantasías sexuales. *Revista Española de Sexología*, 30(129), 105-130.
- Ortega, V., Zubeidat, I., y Sierra J. C. (2006). Further examination measurement properties of Spanish of the Sexual Desire Inventory with undergraduates and adolescent students. *Psychological Reports*, 99, 147-165. doi:10.2466/pr0.99.1.147-165.
- Peña, P. (7 de Enero de 2016). *Historia del deseo sexual femenino: las cinco creencias más estúpidas de la historia*. Recuperado el 9 de Abril de 2016, de <http://elperiodikitodeperija.blogspot.com/2016/01/historia-del-deseo-sexual-femenino-las.html>
- Raigosa Londoño, G., & Echeverri Ramirez, M. C. (2012). Prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo en mujeres colombianas y factores asociados. (F. C. (FECOLSOG), Ed.) *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63(2), 127-133.
- Ramos Sanz, A. (Enero de 2016). El Confidencial. *Historia del deseo sexual femenino: las cinco creencias más estúpidas de la historia*.
- Real, R. (2010). Estudio epidemiológico de la Disfunción Sexual Femenina. Asociación con otras enfermedades y factores de riesgo. La Habana, Cuba, Cuba.
- Rokeach, M. (1968). A theory of organization and change within value-attitude systems. *Journal Social Issues*, 24, 13-33.
- Ruiz, R. (18 de Junio de 2012). *Disfunción sexual femenina: Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo (TDSH)*. (R. Ruiz, Productor, & <http://www.blogger.com/privacy>) Recuperado el 20 de Mayo de 2016, de Blog de un Médico de Familia sobre actividades preventivas, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud, calidad, gestión e investigación en atención primaria.lud.; <http://ricardoruizdeadana.blogspot.com/>
- Schnarch, R. C.,. (1991). *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. Nueva York, Estados Unidos: W.W. Norton & Company.
- Sierra, O. y.-Q. (2008). Recuperado el 17 de Mayo de 2016, de Un estudio psicométrico de la versión española, reducida del Hurlbert index of sexual fantasy: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N96-1.pdf>
- Sierra, J. C. (Diciembre de 2011). Culpabilidad sexual en jóvenes: influencia de las actitudes y la experiencia sexual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 73-81.
- Spector, I. C. (2011). "Sexual Desire Inventory":. En I. C. Spector, *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. New York.
- Wang RJ, H. Y. (2007). *Un estudio sobre el conocimiento y las actitudes masturbatorias y los factores relacionados entre los adolescentes de Taiwán*. Recuperado el 18 de Mayo de 2016, de <https://europepmc.org/abstract/med/17806040>