



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

---

**UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL TEJUPILCO**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**PERSPECTIVA DE LOS HOMBRES HACIA LA NINFOMANIA  
EN TEJUPILCO.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN**

**GALLEGOS VILLA ELIDEIDI**

**NO. DE CUENTA**

**1629420**

**HERNANDEZ AYLLÓN JACQUELINE**

**NO. DE CUENTA**

**1629436**

**DIRECTOR DE TESIS**

**Dr. en Ed. DANIEL CARDOSO JIMÉNEZ**

**TEJUPILCO, ESTADO DE MÉXICO; OCTUBRE 2022.**

## **RESUMEN**

En la presente investigación se planteó como objetivo general identificar la perspectiva que tienen los hombres de Tejupilco, México hacia la mujer que podría o padece el trastorno ninfomaniaco, se utilizó un tipo de estudio descriptivo pues lo que se pretende es identificar y conocer la perspectiva que estos sujetos mantienen respecto a la variable considerada como ninfomanía.

La población con la que se realizó el presente trabajo fue con 30 hombres del municipio de Tejupilco, México que tuvieran una edad de entre 22 a 27 años, que presenten una vida sexual activa, sepan leer, escribir y tuvieran conocimiento acerca del tema.

La técnica utilizada fue grupos focales, ya que esta, es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, además, es sensible para el estudio de actitudes y experiencias, por tal motivo es el más indicado para examinar cómo se desarrollan las ideas en un determinado contexto.

Los resultados indican, la adicción al sexo que incluye varios factores y en su mayoría son negativos puesto que la adquisición de conocimiento acerca del tema es escasa. Se concluye que, en el caso de los varones, la perspectiva de que la mujer sea una ninfómana es negativo en la mayoría de los casos, puesto que en el padecimiento de la misma se descuidan diversos aspectos de la vida diaria.

Palabras clave: ninfomanía, sexualidad, perspectiva.

## **ABSTRACT**

In the present investigation, the general objective was to identify the perspective that the men of Tejupilco, Mexico have towards the woman who could or suffers from nymphomaniac disorder, a type of descriptive study was used because what is intended is to identify and know the perspective that these subjects maintain respect to the variable considered as nymphomania.

The population with which the present work was carried out was with 30 men from the municipality of Tejupilco, Mexico, who were between 22 and 27 years old, who had an active sexual life, knew how to read, write and had knowledge about the subject.

The technique used was focus groups, since this is particularly useful to explore the knowledge and experiences of people in an interaction environment, in addition, it is sensitive for the study of attitudes and experiences, for this reason it is the most indicated to examine how ideas develop in a given context.

The results indicate, the addiction to sex that includes several factors and are mostly negative since the acquisition of knowledge about the subject is scarce. It is concluded that, in the case of men, the perspective that the woman is a nymphomaniac is negative in most cases, since various aspects of daily life are neglected in suffering from it.

Keywords: nymphomania, sexuality, perspective.

## **INTRODUCCIÓN**

La mujer ninfómana no es un término que sea escuchado con tanta frecuencia pues es un término muy sonado en el ambiente psicológico, pero poco conocido ya que su expresión no es muy gratificante ante una sociedad que carece de información sexual y que a su vez es machista. Pues cuando se habla de una mujer ninfómana existe cierto rechazo y una connotación negativa ante el papel que la mujer emplea en la sociedad.

Torres (2008) menciona que la ninfomanía es una palabra arcaica que se utilizaba para denominar específicamente la hipersexualidad femenina, pero ha pasado a ser un sinónimo coloquial de adicción al sexo. La hipersexualidad es el concepto oficial para hacer referencia a las alteraciones de este tipo, como el incremento frecuente, excesivo e incontrolable del deseo y de la actividad sexual.

Grijalva (2010) señala a la hipersexualidad psicógena que está vinculada con situaciones de tipo emocional, habrá casos donde exista la creencia errónea de que la manera de tener afecto es a través de las relaciones sexuales, en tales casos, éstas se concentran en un fin de tipo afectivo más que en un objetivo de satisfacción sexual. Además, refiere el término ninfomanía no se encuentra dentro de los desórdenes específicos descritos en el DSM-IV y es más bien relacionada con el término hipersexualidad. En un principio la adicción al sexo es una conducta mantenida por el refuerzo de creencias tales como que el "sexo es lo más importante en la vida"; sus signos y síntomas por lo general son: enfermedades venéreas, tendencias impulsivas-agresivas, insatisfacción, escaso control interno, desadaptación social.

En su acción, el adicto al sexo establece la estrategia de relacionarse con personas cada vez más desconocidas intentando su anonimato. Esta actividad va obsesionando su vida y el devenir de esta conducta empieza a tornarse un poco más repetitiva, apresurada, obsesiva en pensamientos y fantasías. El ciclo se transforma en ansioso, aparece la tensión, la preocupación, la irritabilidad y los

primeros esfuerzos por reducir o controlar el ritual y terminan fracasando. (Sanz *et al.*, 1999).

Es por eso que el presente proyecto mostrará, cual es la perspectiva del varón ya se negativa o positiva hacia la mujer ninfómana, se quiere lograr esto con la técnica de grupos focales, donde se unirán con el propósito de recabar información a partir de sus vivencias, creencias, incluso su moralidad y sus perspectivas acerca de la mujer ninfomaníaca, todo eso para poder tener un mejor enfoque enriqueciéndolo de todas las maneras posibles.

## **ANTECEDENTES**

La vulgarización del concepto y su aplicación indiscriminada, han determinado que incluso algunos hayan llegado a negar que exista la ninfomanía, y que ultra feministas afirmen que es una invención más de los hombres. Sin embargo, cuidadosos estudios realizados sobre el tema, permiten concluir que la ninfomanía no es algo que se pueda tomar a la ligera y que, aunque por fortuna muy poco común, es una realidad y se presenta como síntoma de profundos trastornos mentales (Hollander, 1993).

El doctor Jacques Waymberg, fundador del Instituto de Sexología de Francia, ha realizado un intento para definir el verdadero significado del concepto de ninfomanía en los siguientes términos: El sentido de la palabra ninfómana no es gratificante. El público designa con este término una actitud de bulimia sexual, ignorando que ella no supone ni placer real savoir-faire. Pero científicamente, la palabra no significa lo mismo.

Aquella a quienes los científicos llaman ninfómana es una mujer víctima de un problema psiquiátrico extremadamente grave, que consiste en una demanda de amor y de excitación sexual completamente desordenada e irracional (Arterburn, 2003).

La ninfomanía presenta tres síntomas característicos: una necesidad obsesiva de actividad sexual repetida, una insatisfacción sexual permanente y fuertes remordimientos y auto recriminación subsecuente. Una típica ninfómana podría ser aquella secretaria que, al ser solicitada por su jefe para que le tome un dictado, queda convencida de que la está deseando como un loco. Cree ser constantemente solicitada y, al mismo tiempo, intenta seducir a su jefe. En lugar de ser un delirio de persecución, es un delirio de seducción que se produce a pesar de ella (Romero, 2008).

López (2021) refiere que muchas veces la ninfómana no tiene vida sexual activa. Habla de sexo todo el tiempo, incluso alardea de él, pero no pasa al acto. Es un delirio, es una composición intelectual, es un frenesí erótico. Pero el problema más grave es que generalmente obedece a un desorden mental del mismo calibre del que podría llevar a alguien a sentirse Napoleón o Jesucristo, y eso hace que no se encuentren a menudo verdaderas ninfómanas fuera de las áreas de competencia de los psiquiatras.

Estudios adelantados en esta materia, permiten distinguir tres tipos de ninfómanas. Existen las que no logran gozar de su sexualidad, pues no logran llegar al orgasmo. Más que frías, entonces, son anorgasmias. Sus relaciones se multiplican en busca del hombre que logre algún día permitirles llegar al orgasmo. Un segundo tipo serían aquéllas que se dedican a la sexualidad de grupo, siempre en períodos cortos de sus vidas. En muchos casos, llega a establecerse que son casadas y fieles a sus esposos, y que además son madres de familia modelos. Finalmente están aquéllas que viven una sexualidad desordenada a causa de un estado depresivo, que constituye el caso más frecuente de ninfomanía. Este tipo de mujeres manifiestan su padecimiento fisiológico por medio de comportamientos aberrantes (Irons, 1997 pp 27-29).

Sin embargo, lo anterior no excluye la posibilidad de que lo que puede considerarse un desordenado apetito sexual se deba a otras causas distintas a las psicológicas. A veces la presencia intempestiva del síndrome de la ninfomanía puede ser asociada con causas fisiológicas. No deben descartarse, entonces, problemas de origen hormonal que pueden manifestarse también en cambios como hipertrofia litoral, desarrollo de acné, crecimiento de los ovarios. También es posible que los síntomas de la ninfomanía se presenten a causa de enfermedades infecciosas de los órganos geniales, o como reacción a ciertas drogas como en el caso de la ingestión de esteroides anabólicos que pueden cambiar el tempo y los requerimientos sexuales de algunas mujeres (Irons, 1997).

Pocas mujeres se acercan algún profesional por su apetito sexual, en ocasiones los médicos o psicólogos se sorprenden o alertan por aquellas que mantienen una libido más elevada de lo normal. Algunas buscan reafirmar que su apetito sexual no es ni excesivo ni patológico, mientras que otras lo hacen con el pretexto de hablar de los problemas que tienen con su pareja o de sus necesidades afectivas. Generalmente, en los casos clínicos que causan el síndrome de la ninfomanía, éste va acompañado de otros síntomas que son característicos de trastornos graves de la personalidad. En la historia clínica de una paciente que acusa hiperactividad sexual, acompañada de insatisfacción y auto recriminación, el médico incluye detalles sobre edad del despertar sexual, duración de los síntomas de la libido excesiva, cambios recientes de comportamiento y potencial orgásmico. Pero el médico generalmente descarta la ninfomanía cuando la paciente que experimenta ese aumento del apetito sexual no presenta los síntomas clásicos de remordimientos y auto recriminación, porque lo más probable es que más bien se trate de una mujer que vive su sexualidad sin sentimiento de culpa alguno (Singer, 1995).

López (2021) describe que la ninfómana clásica, la actividad sexual repetida tiende a neutralizar sentimientos de falta de autoestima. Pero ocasionalmente los contactos sexuales repetitivos son sustituidos por comportamientos agresivos, hostiles y desafiantes, que no son otra cosa que la manifestación del profundo estado de depresión que, en la mayoría de los casos, se esconde en la psiquis de una ninfómana.

Las mujeres ninfómanas que se deciden a consultar el problema con su médico lo hacen casi siempre en el momento en el que toman conciencia de que ya no controlan los eventos, sino que son víctima de ellos. Como los alcohólicos, los drogadictos, los anoréxicos, los jugadores, las ninfómanas tratan inútilmente de modificar su comportamiento negando inicialmente el problema, y luego desesperándose ante la pérdida casi total de control (Willingham, 1999).

## INDICE

PRESENTACIÓN .....	vi
RESUMEN .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	1
ANTECEDENTES .....	3
Sexualidad, sexo y placer .....	2
1.1 Actitudes sexuales .....	8
1.1.1 La sexualidad y la religión .....	11
1.2 La sexualidad femenina ante la sociedad .....	20
1.2.1 Trastornos sexuales .....	27
2.0 Ninfomanía como trastorno sexual .....	31
2.1 ¿Qué es la ninfomanía? .....	33
2.1.1 La Hipersexualidad .....	38
2.2 La adicción al sexo como un problema .....	39
2.3 Salud y sociedad .....	50
2.4 Búsqueda incesante del placer: del orgasmo a la insatisfacción .....	52
Objetivos .....	55
Objetivo general: .....	55
Objetivos específicos .....	55
Planteamiento del problema .....	55
Pregunta de investigación .....	56
Hipótesis .....	56
Variables .....	56
Variable conceptual .....	56
Tipo de estudio .....	57
Diseño de investigación .....	57
Instrumento .....	57
Población .....	58
Muestra .....	58
Captura de la información .....	58
Procesamiento de la información .....	59
Dificultades previstas .....	59
Análisis de resultados .....	59

Discusión .....	89
Conclusión.....	92
Referencias.....	93
Anexos.....	98

# **PRIMERA PARTE**

# **MARCO TEORICO**

## **Sexualidad, sexo y placer**

### **1.0.1 ¿Qué es la sexualidad y el placer?**

La sexualidad es una dimensión de la persona que acompaña al ser desde el momento de la fertilización hasta el nacimiento, y de ahí hasta la muerte. Durante el transcurso de la vida, sobre la base de la cotidianidad, a los factores ya mencionados se le sumarán otros de orden ético, moral, político, de comunicación, de género, y los relacionados con el erotismo y la reproducción; por lo que, el término sexualidad se refiere al conjunto de convenciones, roles asignados y conductas vinculadas a la cultura y que suponen expresiones del deseo sexual, emociones disímiles, relación de poder, mediadas por el sistema de creencias, valores, actitudes, sentimientos y otros aspectos referentes a nuestra posición en la sociedad, tales como la raza, grupo étnico y clase social (Weeks,1998).

Bantman (1998) refiere que la sexualidad es innata al ser humano, una parte de su desarrollo es instintivo y la otra es aprendida. Distinguir entre los aspectos naturales y los condicionamientos sociales que nos imponen determinadas metas y conductas, a menudo, resulta muy difícil. Toda persona en las distintas etapas de su vida enfrenta la contradicción entre la necesidad innata de liberar su energía sexual y las necesidades culturalmente aprendidas que orientan su sexualidad. La contradicción entre ambas fuerzas marca el desarrollo sexual del individuo. De acuerdo con la manera en que vaya manejando ambos aspectos, y logremos integrarlos con otras esferas de nuestra individualidad, es lo que, sin dudas, definirá la forma de vivir nuestra sexualidad. En dicho ámbito esto traduce la capacidad de establecer y mantener relaciones, de comunicar nuestras necesidades, gustos y conflictos, el tipo de pareja que se desea establecer, el nivel de aceptación de nuestra imagen corporal, así como la intensidad del disfrute sexual.

Al abordar la sexualidad Barbera (2000) menciona los tres componentes básicos: el biológico o sexo biológico del individuo que anatómicamente lo representará

toda su vida; el psicológico, el cual surge gracias al proceso de interpretación del yo; y finalmente el social. Los tres interactúan a lo largo de toda la existencia humana, y de esta misma manera repercutirán sobre las diversas etapas de nuestro ciclo vital.

La sexualidad está estrechamente asociada con la realización personal, el estilo de interrelaciones con nuestros semejantes, el proceso de formación de pareja y de familia, así como con los afectos. La afectividad, la identidad y la personalidad van de la mano junto con el desarrollo de la sexualidad (Weeks, 1998).

La personalidad determina la expresión de la sexualidad que adoptará diferentes caracteres individualizados que reflejan las particularidades de cada persona y su historia. En el modelo de personalidad del ser humano interviene lo sociocultural unido a la amplia gama de elementos motivacionales que acontecen en su entorno natural y social. A través de la personalidad se cristalizan importantes valores que definen rasgos esenciales en el individuo, como la identificación del sexo psicológico (Pérez, 2007).

La combinación de los términos sexualidad y senectud pudiera generar, en muchos de nosotros, frustración, hostilidad, desaprobación, ya que erróneamente, la palabra sexualidad suele identificarse con juventud, sensualidad, fertilidad, procreación. Sin embargo, aunque es justo señalar que la sexualidad implica cosas muy variadas para distintas personas y diversas etapas de la vida, en particular, en la edad geriátrica, la sexualidad requiere de mayor capacidad de diálogo, demanda más amor, ternura, confianza, afecto en la relación de pareja y entre compañeros, evoca compartir placer, con o sin actividad sexual. En la vejez la concepción de la sexualidad descansa fundamentalmente en una optimización de la calidad de la relación, más que en la cantidad de esta (Pérez, 2007).

Weeks (1998) indica que en la sexualidad describe tres fines: reproducción, comunicación y placer. Durante siglos se relacionó la sexualidad únicamente con la reproducción, negándosele, dada su infertilidad, el disfrute de la sexualidad a las personas de avanzada edad. Se considera que la sexualidad continúa siendo un área de la conducta humana en la que, frecuentemente, predomina lo anecdótico sobre el

conocimiento científico, lo que cobra particular relevancia en las personas de la tercera edad. Los escasos datos, sobre la actividad sexual de nuestros senescentes, recogidos en sus historias clínicas, y en ocasiones, el reflejo de concepciones erróneas y falsas creencias, así lo corroboran. Inclusive, no son pocos los profesionales de la salud que consideran que el anciano es un "ser asexual".

Los conflictos en el campo sexual son de tal complejidad que a veces optamos porque cada cual encuentre una solución espontánea, en ocasiones, errónea o alejada de lo racional. El hecho de no ocuparnos de nuestra propia sexualidad de forma responsable, coherente y organizada, constituye el reflejo del evidente desconocimiento o confusión que exhibe gran parte de la población sobre los aspectos inherentes a esta importante temática, íntimamente vinculada a nuestra calidad de vida (Pérez, 2007).

Asimismo, gran parte de la sociedad, históricamente, ha rechazado, negado u obstaculizado, las relaciones, sentimientos, intereses y necesidades sexuales que, por suerte, aún perduran en sus hombres y mujeres. Para caracterizar de manera adecuada la sexualidad en cualquier etapa de la vida, aspecto válido para la labor de promoción y prevención de los especialistas de la atención primaria de salud, debemos ser capaces de despejar las interrogantes siguientes: vínculo conyugal o de pareja, existencia de deseo e interés por el sexo, frecuencia de realización del acto sexual, formas preferidas de actividad sexual, orientación sexual, principales quejas o disfunciones sexuales, entre otras variables vinculadas al funcionamiento sexual de nuestros adultos mayores (Weeks,1998)

Desde hace dos siglos el pensamiento de la igualdad es uno de los nudos esenciales de la conciencia. El planteamiento racionalista rompió los modelos aceptados sometiendo toda realidad a un nuevo tribunal, la razón, que se manifiesta como conocimiento dirigido por leyes y como argumentación fundamentada por principios. Descartes mismo confiaba en la igualdad de los ingenios y el reparto ecuánime del buen sentido (Pérez, 2007).

Poulain señala que en el siglo XVIII la herida presente contra cualquier pretensión de imparcialidad: el sexo castiga a la mirada de la especie a una perpetua minoría de edad.

El sexo ha sido descubierto como construcción normativa por el racionalismo. Sin embargo, cada nueva generación ha debido de enfrentarse al tema y contraste a través de él con mayor o menor virulencia. Por lo demás el pensamiento del sexo suele enmascararse bajo construcciones totales de lo humano. El varón no se auto concibe como sexo, sino que a lo masculino lo considera propio de la especie y solo a lo femenino característico.

El interés por el tema y la necesidad de investigar sobre el mismo está sobradamente justificado, si tenemos en cuenta los importantes cambios socioeconómicos y culturales que han acontecido, la importancia que tiene la sexualidad en la salud y el desarrollo adolescente y que el comportamiento sexual no es algo estático, sino que existen una multiplicidad de factores influyentes (la familia, los padres, la educación sexual, la equidad, el consumo de sustancias...). En nuestra revisión sobre estos estudios hemos observado que en la mayoría se señalan diferencias en el comportamiento sexual de los adolescentes en función del sexo (Fernández, 2010).

La sexualidad ha sido ubicada desde los discursos modernos dentro del ámbito de la naturaleza; Más aún, bisexualidad se ha visto generalmente como el último reducto de la naturaleza en el ser humano, como lo más indiscutiblemente presocial que hay en él. Concebido como energía, impulso, verdad íntima, sentimiento, etc., lo sexual es a la vez límite o frontera y substrato o fundamento último de la identidad social de los seres humanos. Este emplazamiento ha articulado todos los discursos sobre la sexualidad sobre el espacio discursivo más amplio de la dicotomía sociedad-naturaleza, y en tanto que posicionada en el segundo de sus términos, adoptará de él toda la ambigüedad con el que éste opera dentro de la articulación de tal dicotomía. Por un lado, la naturaleza se constituye como lo otro de la sociedad, como su exterior absoluto sobre y contra el cual ésta se edifica. El orden social implica para la modernidad una ruptura fundamental y fundacional con la naturaleza. Por otro lado, la naturaleza también desempeña un papel de base legitimadora del orden social en tanto que, siguiendo un paradigma más o menos explícitamente evolucionista, la sociedad se define como actualización de la naturaleza humana. La naturalización de las diferencias/desigualdades sociales, y por tanto su

legitimación sobre la base de su origen natural e innato, ha sido uno de los dispositivos discursivos más ampliamente utilizados en los discursos modernos (Stolcke, 1992).

El psicoanálisis efectuó el primer gesto de ruptura respecto a este marco naturalista de la sexualidad. Laplanche y Pontalis (1964) mencionan el descubrimiento de una sexualidad infantil activa hace abandonar a Freud la teoría de la seducción que suponía un estado de inocencia. Presexual infantil en la cual irrumpiría la sexualidad adulta para generar, en un segundo tiempo, una elaboración, ya en la adolescencia, que inauguraría el momento de la sexualidad propiamente humana marcada por la represión. Ante la evidencia de actividad sexual infantil, Freud se decanta hacia una posición neutralizadora de la sexualidad. Esta se desarrollaría de forma endógena siguiendo unos estadios evolutivos hacia su propio fin la vida sexual normal del adulto. en la cual la consecución de placer entra al servicio de la función reproductora, habiendo formado los instintos parciales bajo la primacía de una única zona erógena (los genitales) una firme organización para la consecución de! fin sexual en un objeto sexual exterior.

Se ve obligado a sostener entonces, y sobre esto se ha hablado largamente en otros textos, que los dos tiempos de la sexualidad humana no corresponden a dos fases de una misma sexualidad, sino a dos sexualidades diferentes: una desgranada de los cuidados precoces, implantada por el adulto, productora de excitaciones que encuentran vías de ligazón y descarga bajo formas parciales (siempre de carácter "frustro", ya que se olvida con demasiada facilidad que aún la masturbación genital infantil no logra carácter orgásmico, no siendo por ello equivalenciable a la sexualidad adulta, salvo en ciertos casos que han sido convocados precozmente a su ejercicio), y otro con primacía genital, establecido en la pubertad y ubicado en el camino madurativo que posibilita el ensamblaje genital, no constituyendo entonces una simple reedición del acmé de la sexualidad infantil, sino un modo de recomposición ordenado y guiado por la existencia de una primacía de carácter genital. Pero la paradoja consiste, diría Laplanche, en que el "instinto sexual", si es que algo queda de ello, la maduración puberal, encuentra todo el campo ya ocupado por la sexualidad para genital: los primeros tiempos han marcado fantasmática y erógenamente un camino que si no encuentra vías de articulación establece que el recorrido se oriente bajo formas fijadas, las cuales determinan, orientan

u obstaculizan, los pasajes de un modo de goce a otro. Sin embargo, y he aquí otra cuestión que se plantea como compleja, estos movimientos pulsionales son en principio anteriores, o más bien tienen su origen en tiempos previos, al reconocimiento del niño de que hay un modo de bipartición de la especie humana que está determinado por el sexo. La diferencia entre hombres y mujeres con las cuales se establece la bipartición marcada por signos de cultura no remite de origen, necesariamente, a masculino-femenino. Está articulada por la diversidad de signos, y no por la diferencia anatómica, y en función de ello, no tiene incidencia en la orientación del deseo sexual-pulsional del niño, sino en los modos con los cuales se determina su pertenencia a uno u otro género. La sexualidad no es un camino lineal que va de la pulsión parcial a la asunción de la identidad, pasando por el estadio fálico y el edipo como mojones de su recorrido, sino que se constituye como un complejo movimiento de ensamblajes y resignificaciones, de articulaciones provenientes de diversos estratos de la vida psíquica y de la cultura, de las incidencias de la ideología y de las mociones deseantes, y es necesario entonces darle a cada elemento su peso específico (Laplanche y Pontalis, 1964)

Se ha dedicado los primeros párrafos de este escrito a demostrar que la sexualidad, en términos del psicoanálisis, no se reduce a los modos de ordenamiento masculino-femenino, y mucho menos a las formas con las cuales la función sexual establece los ensamblajes de la genitalidad una vez dadas las condiciones para que el sujeto pueda acceder a ella. Vayamos ahora a la diferencia necesaria a establecer entre los movimientos deseantes, anárquicos, pulsionales, que atraviesan la sexualidad a lo largo de la vida (genitales o pregenitales, en razón de que no constituyen un "pre" destinado a armonizarse), y aquello que es del orden de la identidad sexual, vale decir, de los modos con los cuales el sujeto se reconoce como perteneciendo a uno u otro sector en el cual, no sin dificultad, se ubican la mayoría de los seres humanos. Es desde esta perspectiva que se hace necesario señalar, haciendo una afirmación que no por sabida es menos olvidada, que la identidad sexual tiene un estatuto tópico, como toda identidad, que se posiciona del lado del yo. En tanto tal, ésta, sea cual fuera, es del orden de la defensa, en razón de que los enunciados que articulan la identidad yoica se caracterizan por la exclusión, no sólo de los elementos de diferenciación respecto al exterior, sino también

al externo-interno del inconsciente. Toda afirmación: "soy mujer", "soy hombre", "soy argentino", "soy generoso", operan al modo de un centramiento que deja inevitablemente, del lado de afuera, los elementos que intenta excluir, jugando en particular una función en el establecimiento de la denegación. El "soy mujer" o el "soy hombre", núcleo de la identidad sexual, no sólo recoge los atributos del género sino que funciona como contrainvestimento, en particular, de los deseos homosexuales sepultados a partir de la represión los elementos que acostumbramos a considerar, siguiendo a Freud, como del orden del Edipo invertido (Laplanche y Pontalis, 1964)

García, Fernández y Rico (2005) indagaron sobre la posible influencia del sexo y el género en la sexualidad, a partir de lo cual indicaron que las mujeres tendían a vincular las conductas sexuales con un erotismo afectuoso concreto y orientado hacia el otro, donde el romanticismo se presentaba como un elemento central; mientras los hombres se orientaban a ser más autónomos e independientes en la satisfacción de una sexualidad hedonista promovida por el contexto cultural. Estas características suponen marcadas diferencias entre las formas de experimentar la sexualidad en hombres y mujeres, lo cual se relaciona con las prácticas, comportamientos y significados atribuidos a lo femenino y a lo masculino. Por ejemplo, se asocia la femineidad con la naturaleza, el cuerpo de la mujer, la afectividad y la pasividad, mientras la masculinidad se relaciona comúnmente con la racionalidad, la objetividad y la actividad. Así, se evidencia mayor permisividad en el ejercicio de su sexualidad para los hombres, en tanto las mujeres la expresan en un contexto más restringido

### **1.1 Actitudes sexuales**

Las actitudes son predisposiciones aprendidas para actuar selectivamente y conducirse de determinada manera en la interacción social ante un objeto, como puede ser la sexualidad. Indican direccionalidad, haciendo referencia a un objeto frente al cual la persona toma posición; generan polaridad afectiva, esto es, implican la aceptación o rechazo del objeto; operan como parte de un sistema de representación de la realidad; se adquieren en la interacción y, una vez incorporadas, regulan la conducta. Son

estables, pero pueden ser modificadas por influencias externas, variando en permeabilidad a estas influencias (Breckler & Wiggins, 1992).

Las representaciones sociales son esquemas cognitivos que articulan significados, creencias y actitudes; pertenecen a un grupo con su historia e identidad; son respecto a un objeto relevante en la vida social de ese grupo y se forman en procesos de comunicación verbal y no verbal (Jodelet, 2002).

Existen varios métodos para estudiar su estructura; uno consiste en distinguir el núcleo central de los elementos periféricos. El núcleo central tiene características rígidas que lo hacen muy resistente al cambio, con una determinación grupal fuerte, que resulta relativamente independiente del contexto social específico. La periferia es flexible, dinámica y más permeable al cambio, tiene una determinación más personalizada y contextualizada, y permite un anclaje psicológico a la realidad mediata (Abric, 2003).

La identidad social es aquella parte del autoconcepto de un individuo que se deriva del conocimiento de su pertenencia a un grupo o grupos sociales, en conjunción con el significado valorativo y emocional asociado con esta pertenencia (Fishbein, 2005).

Así, la identidad social es un referente importante para entender el significado de las conductas, ya que las representaciones sociales se vuelven activas cuando se elaboran dentro de una identidad social, como puede ser la religiosa. El salto entre el discurso verbal (lo que se dice, aunque sea por conveniencia), el afecto (lo que se siente, aunque uno se lo calle) y la acción (lo que se hace, aunque sea a escondidas), muy evidente en la sexualidad, lo cierra la identidad (Duveen, 2000), sin restar peso a los aspectos biológicos de la motivación, así como al balance de costos y beneficios (Fishbein, 2005).

Uno de los fenómenos en los que se hace explícito el reconocimiento del "otro" a partir del contacto subjetivo y emocional es la sexualidad, pues el sujeto dirige sus acciones hacia el encuentro para darle continuidad y disfrute a su existencia. No obstante, su naturaleza parece atentar repetidamente contra sus deseos, en la medida en que sus acciones van en contravía de la posibilidad de extender su tiempo de permanencia en el mundo, pues la relación sexual, una de las tantas fuentes de placer que media la

expresión emocional en una relación con el “otro”, se ha convertido en un núcleo de amenaza (Tobos, 2014).

El comportamiento sexual se considera una práctica por el hecho de ser construido y compartido socialmente, lo que remite a la elaboración de las imágenes, sentidos y significados atribuidos al ejercicio de la sexualidad. En este sentido, las prácticas sexuales se definen como “patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles” (Lanantuoni, 2008, p. 48). En los estudios es común encontrar que se emplean como sinónimos los términos de prácticas y conductas sexuales, no obstante, para efectos del presente artículo es preciso establecer que las conductas sexuales, a diferencia de las prácticas y, por ende, del comportamiento sexual, incluyen la masturbación y conductas homosexuales o heterosexuales, como el inicio del coito o actividad sexual. Así, las conductas tienen una connotación más individual y las prácticas se enmarcan en lo común o compartido (López, 2003).

Una vez definidos estos conceptos, es necesario enfatizar en las consecuencias negativas que conllevan tanto las prácticas como las conductas sexuales de riesgo. Se puede señalar que el interés sobre el tema ha transitado de lo estético a lo académico y científico, lo cual se hace explícito en las cifras, que son cada vez menos alentadoras, pues la tasa de prevalencia de personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (vih) y de las que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en el ámbito mundial fue de 35,6 millones (Informe del Programa de Naciones Unidas sobre el sida, onu sida, 2012). Respecto a los datos de mortalidad en Colombia relacionados con el vih, para el año 2011, se notificaron 546 muertes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), frente a 3.938 nuevos casos reportados hasta la semana 28 del año 2012, de los cuales 3.679 se encontraban en estadio de vih y sida y 259 habían fallecido (Instituto Nacional de Salud, 2012).

Las conductas sexuales de riesgo han despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones sexuales sin condón o habiendo consumido licor (Fina, 2009; Rivera, Caballero, Pérez & Montero,

2013), o la promiscuidad, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas. Diferentes autores se han interesado por comprender las conductas sexuales de riesgo, debido a que a pesar de existir un adecuado conocimiento de las consecuencias negativas que ello puede acarrear a mediano y largo plazo, su nivel de prevalencia continúa siendo alto. En el caso de los adolescentes, dicha situación se agudiza debido a las condiciones físicas, emocionales y psicológicas de desarrollo y elaboración, que los hacen más vulnerables.

### **1.1.1 La sexualidad y la religión**

La familia, así como las instituciones educativas y religiosas controlan la conducta sexual a través de la vigilancia, el castigo y la estigmatización. En el proceso de socialización, estos controles son internalizados como normas y se convierten en criterios de autorregulación (Ellingson, Van Haitsma, Laumn & Tebbe, 2004).

Las tasas crecientes de conducta sexual prematrimonial y liberalización de las actitudes a lo largo del siglo XX sugieren que estos controles de la religión y la familia han perdido fuerza. No obstante, las variables religiosas siguen constituyendo predictores importantes de conductas y actitudes sexuales (Davidson, Moore, Earle & Davis, 2008; Davidson, Moore & Ullstrup, 2004)

Meier, (2003) señala qué en una muestra de 155 estudiantes de una universidad cristiana estadounidense, Rosik, Griffith y Cruz (2007) estudiaron las actitudes frente al celibato y las personas con conducta homosexual. Hallaron que el énfasis de la distinción persona-conducta (un tema aceptado en la ideología cristiana conservadora) generaba una actitud de mayor rechazo hacia la mujer lesbiana, pero de mayor aceptación hacia el hombre homosexual, siendo esta relación significativa tras parcializar el efecto del género en la varianza de las actitudes.

Así, los autores remarcaban la importancia de considerar las creencias religiosas al estudiar las conductas y actitudes sexuales, por los matices explicativos que introducen. Davidson (2008) también realizaron, en una población de universitarios estadounidenses, un estudio de actitudes, pero centrado en relaciones sexuales

prematrimoniales y conductas sexuales de riesgo. Los autores investigaron el impacto de la religión en la conducta y en las actitudes sexuales. Integraron una muestra de 1,915 mujeres y 1,111 hombres solteros. Observaron que ante actitudes más liberales aparecían conductas sexuales prematrimoniales con más frecuencia.

Los varones afroamericanos, las personas que procedían de familias monoparentales y los que se declaraban sin religión eran los que presentaban las actitudes más liberales e incurrían más en prácticas sexuales de riesgo y relaciones prematrimoniales. Los latinos, las personas pertenecientes a las confesiones cristianas y católicas y que procedían de familias tradicionales, mostraban una actitud menos liberal y menor actividad sexual.

Por otra parte, Joffe y Bettega (2003) estudiaron la representación social del SIDA entre adolescentes de Zambia. En la representación se destacaron elementos religiosos (un castigo de Dios por conducta disoluta o perversa) e ideológicos (un mal traído por Occidente), en los que los varones adolescentes y adultos deben hacerse responsables, siendo las mujeres las víctimas, lo que daba finalmente un bajo sentido de vulnerabilidad personal. De estos estudios, se colige que la religión constituye un aspecto de creencias y de identidad social de gran peso en la sexualidad, de ahí que el estudio de la conducta sexual, sin considerar la religión, cae en una limitación importante. La convicción (fe) y la frecuencia con que se siguen los rituales religiosos (práctica) son las variables religiosas más estudiadas, siendo la práctica religiosa la variable más relacionada con una actitud más conservadora hacia la sexualidad y una menor frecuencia de conductas sexuales de riesgo.

Lefkowitz, Gillen, Shearer y Boone (2004) observaron que los cristianos conservadores que asisten con más frecuencia a la iglesia tienen una actitud de mayor rechazo a la sexualidad que los católicos y cristianos de las corrientes dominantes en Estados Unidos de América, siendo equivalentes los promedios de actitudes entre católicos y protestantes de las corrientes dominantes. Davidson *et al.* (2004) y Moral, Álvarez e Ibarra (2009) observaron que, a mayor religiosidad y práctica religiosa, se reporta mayor culpa y vergüenza ante conductas sexuales. La sexualidad incluye al erotismo, pero va

más allá de éste; se manifiesta en afectos y es parte de las relaciones sociales; sus diversas formas de ejercicio ubican a los sujetos en distintas posiciones simbólicas, y les otorgan recompensas y castigos, desde los más terrenales hasta los más trascendentes, representados por las instituciones religiosas y sus promesas de acceso a los bienes de salvación.

Hablar de sexualidad implica enmarcarse dentro de la noción de género, es decir, de una categoría social, cultural e histórica impuesta sobre cuerpos sexuados y producida mediante actos performativos hasta convertirse en creencia, organizada mediante un sistema binario formado por dos esferas mutuamente excluyentes, complementarias y asimétricas: feminidad y masculinidad. Ambas esferas son analizables a partir de ejes que influyen en la configuración identitaria de hombres y mujeres, pero que simultáneamente se ven condicionados por el género, puesto que a partir de éste se asignan roles y rasgos deseables para unos u otros, y la forma en que éstos son performados pueden llevar al reconocimiento o a la precariedad, es decir, la "condición inducida en la que una serie de personas quedan expuestas al insulto, la violencia y la exclusión, con riesgo a ser desprovistas de su condición de sujetos reconocidos" (Butler, 2009).

La sexualidad posee un carácter político, tiene que ver con el reconocimiento como sujeto, por lo que Rubin (1989) explica que la sexualidad es tan producto humano como lo son las dietas, los medios de transporte, los sistemas de etiqueta, las formas de trabajo, las diversiones, los procesos de producción y las formas de opresión. La sexualidad occidental, además, ha sido producida dentro de un marco social punitivo, considerando al sexo como algo peligroso, destructivo, como una fuerza negativa, por lo que se le mira siempre con sospechas. Así, éste sólo se justifica a través de ciertas excusas como el matrimonio, la reproducción y el amor.

De igual forma, Rubin (1989) señala la existencia de un sistema jerárquico de valor en que se evalúan los actos sexuales y se les asigna una posición, etiquetándolos como "buenos": normales, naturales, saludables y sagrados; o "malos": anormales, antinaturales, dañinos, pecaminosos y extravagantes, en cuya cima se ubican los

heterosexuales reproductores casados, seguidos por una multiplicidad de prácticas cuyo valor va disminuyendo hasta llegar al fondo.

Por consiguiente, el carácter político de la sexualidad deviene que ésta se encuentre organizada "en sistemas de poder que alientan y recompensan a algunos individuos y actividades, mientras que castigan y suprimen a otros y otras. En otros términos, la sexualidad forma parte de una serie de normas asignadas a mujeres y hombres cuya performatividad los ubica como sujetos valiosos o no, de acuerdo con las instituciones y los grupos a los que se adhieren (Rubin, 1989).

A pesar de ello, aunque el matrimonio heterosexual y reproductor sigue siendo uno de los paradigmas que da sentido a la sexualidad dentro de una extensa parte de la sociedad, convive con otra tendencia emergida a partir del siglo XVIII, la sexualidad plástica, una sexualidad descentrada en la que, gracias a la difusión de la contracepción y las nuevas tecnologías reproductivas, surge la revolución sexual de las décadas pasadas, la reproducción deja de ser el fin primario, y la satisfacción sexual de las mujeres es el único determinante (Giddens, 1998).

Dentro de las instituciones religiosas, que en muchos casos se caracterizan por buscar la permanencia del orden establecido, la implantación de sus normas se sustenta en el carácter ordenador que posee la religión, pues ésta "legitima las instituciones sociales otorgándoles una jerarquía ontológica supremamente válida, esto es, ubicándolas en un marco de referencia sagrado y cósmico" (Berger, 1969, p. 49). Así, una de las funciones de la religión consiste en ayudar a los sujetos a trascender sus vidas, ubicándolos en una "trama omnímoda de significados" y proveyéndoles de teodiceas de las que pueden apropiarse para verse correctamente dentro de las coordenadas de realidad que han sido definidas por la sociedad de la que forman parte.

Analíticamente, las normas pueden ser examinadas separándose en dos dimensiones: los discursos y las prácticas. Los primeros pueden definirse como un conjunto regular de hechos lingüísticos y juegos estratégicos de lucha que funcionan como mecanismos para

ejercer el poder; y las segundas, como el discurso puesto en acción, incorporado y performado por los sujetos, o las maneras de hacer cotidianas" (De Certeau, 2000).

En conjunto, estas normas conforman un orden social, cuyo arbitrario origen y funcionamiento descansan en el desconocimiento, elemento primordial de la violencia simbólica, esa "violencia amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento ejercida en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado" (Bourdieu, 2000).

El aspecto fundamental de esta categoría consiste en el hecho de que los dominados mismos reproducen su dominación al percibirla como natural y al haber asimilado estas relaciones de poder. No obstante que en la *Biblia* se encuentran alabanzas a la *mujer virtuosa* y los personajes que la ejemplifican, también aparece una serie de mujeres cuyas características no son consideradas positivas, como la esposa de Potifar, que intenta seducir a José y, al no lograrlo, lo denuncia por "deshonrarla" (*Génesis*, 39:7-20); o la reina Jezabel, quien mandaba asesinar a quien se atravesara en su camino y fue comida por los perros. (Reyes, 16-21:2 Reyes 9)

Cabe señalar que, al leer los relatos sobre ellas, es posible afirmar que los rasgos que las clasifican como malas mujeres generalmente tienen que ver con la gestión de su corporalidad y el ejercicio de su sexualidad. Esto es, asimismo, visible en la descripción de la mala mujer, presente también en los Proverbios, extensa fuente de advertencias que la califican de "extraña", "ajena" y "ramera". La postura que la Iglesia Apostólica sostiene respecto a la sexualidad tiene como base las dos perspectivas bíblicas principales que se construyen sobre el cuerpo y que se encuentran en tensión: por un lado, éste se considera templo del Espíritu Santo (1 Corintios 6:19), y por otro, es carne y pasiones pecaminosas (Romanos 7:5). En relación con esto, Romanos 8:1-14 señala la necesidad de andar conforme al Espíritu y no conforme a la carne.

Estos mandatos permean el lenguaje apostólico, y así sus miembros, al hablar de la sexualidad, señalan al "templo" como algo que hay que cuidar, pero también al cual es necesario negar y cuyos deseos se deben controlar, puesto que "el diablo es puerco", "el diablo en todos lados está", "el diablo es diablo y en cualquier momento te puede entrar la calentura", "para fornicar no se ocupa más que tres minutos", "hormona mata neurona", "el abrir una puertita te lleva a una puertota" y el apetito sexual "no es delito, es deleite"<sup>7</sup> en otras palabras, la sexualidad en sí no se define como pecado, sino que se considera que todo debe ser "a su tiempo, en su momento y en su lugar".

Esto último lleva a que el hincapié en la gestión corporal vaya dirigido especialmente a las parejas de novios y particularmente a las mujeres. Susana narra los consejos que al respecto le han dado sus padres:

Tienes que cuidar el testimonio y [...] la forma en que Dios te mire, tu templo, porque tu cuerpo es tu templo [...] Date a respetar, acuérdate que tú eres una hija de Dios y que tu cuerpo es tu templo y el hombre llega hasta donde la mujer quiere. (Entrevista, Susana, estudiante de psicología, 23 años. Tijuana, 3 de septiembre de 2013).

El énfasis, entonces, se hace en que la mujer "se dé a respetar" frente a los hombres, por lo cual a ellas se les marcan límites para que, a su vez, éstas los marquen a su pareja, y aunque se considera que la conducta de recato debe caracterizar a ambos, las enseñanzas hacia el hombre llegan a ser obviadas, o inclusive algunos miembros del ministerio oficial asignan la mayor carga de responsabilidad a las mujeres:

Si la mujer permite contacto del hombre con ella, vulgarmente diríamos que la manosea, o sea, pierden el control totalmente, por eso es que ahora en la iglesia hay tantas muchachitas dentro de la iglesia, tal vez crecidas en el evangelio o recién llegadas, pero que salen embarazadas, porque han permitido. Yo sigo en la idea de que "el hombre llega hasta donde la mujer quiere". (Entrevista, Marcos [ministro], Tijuana, 19 de marzo de 2014).

De esta manera, aunque el discurso apostólico habla de una igualdad espiritual entre los creyentes, por lo que el género no debería producir distinciones en las enseñanzas

respecto a la autogestión corporal, éstas se dirigen en especial a las mujeres, debido a que no se deja de considerar al varón como un sujeto más sexual que la mujer, con un mayor deseo y un menor autocontrol.

Ahora, si bien el discurso no es totalmente específico respecto a qué actividades se pueden llevar a cabo o no durante el noviazgo, hay reglas en las que hay mayor coincidencia, como el que la pareja no ande sola, "en lo oscurito", que no se "manoseen" o que no hagan "cosas buenas que parezcan malas"; mientras que en el caso de abrazos y besos existe cierta permisión, no sin que sean vistos como un riesgo, por lo que el ideal es tener el menor contacto físico posible

Esto, que puede interpretarse como diversidad o ambigüedad, se presenta también entre las creyentes, quienes ubican a diversas prácticas como válidas, entre ellas el coito con fines procreadores, las posiciones sexuales o los juegos previos; enseguida es posible identificar algunas actividades sobre las que no hay consenso, como el uso de juguetes sexuales, el sexo oral o las relaciones fuera del espacio privado; y por último, aquellas definidas como fornicación, adulterio o bajas pasiones, donde se incluye a las relaciones prematrimoniales, el sexo anal, la pornografía, los *swingers*, los tríos, las orgías, el sadomasoquismo, los fetichismos y la zoofilia.

En otras palabras, los feligreses ubican a los diversos actos en un sistema jerárquico en el que se les asignan distintas etiquetas de acuerdo con sus deseos y su conocimiento sobre las recompensas y castigos que pueden recibir por parte del sistema de poder religioso. Por tanto, resulta esencial recalcar que, aunque en el esquema que prosigue a este se está presentando la información en forma de tres agrupamientos generales, no todas las prácticas ubicadas dentro de la misma categoría son calificadas con el mismo valor, sino que es necesario entenderlas como organizadas a la imagen de una escalera en la que conforme se desciende, cada práctica es considerada más "pecaminosa".

Respecto a la sexualidad dentro del matrimonio, se puede decir que entre las casadas, la mayor parte reproduce el discurso señalado al inicio del apartado. Aunque, según la respuesta de los ministros entrevistados, no hay nada en la *Biblia* que condene ciertas

prácticas, únicamente una entrevistada, casada por 18 años, declaró haber experimentado con una actividad como el sexo oral, ya que considera que la satisfacción sexual es un aspecto importante para el matrimonio:

Como el sexo oral, que supuestamente lo tienen dentro de algo... Yo lo he experimentado, no te voy a echar mentiras, sí lo experimentado, no he leído en la *Biblia* si dice que no, no he descubierto nada. Pero como yo conozco a mi esposo, cómo es él, pues llegamos hasta cierto punto nada más [...] Entonces es mi esposo, que he estado mucho tiempo con él y buscamos la manera, y él pues me pregunta qué es lo que me satisface, qué es lo que tiene que hacer, yo le digo, ¡pues es mi esposo! (Entrevista, Julia, enfermera, 48 años. Tijuana, 12 de septiembre de 2013).

En cuanto al rechazo de esta actividad sexual, hay quienes señalan que "Dios hizo cada cosa para cada cosa", pero también manifiestan una aversión con un origen simplemente personal, es decir, su pareja lo intentó y a ellas no les agradó; otras, aunque han recibido pláticas en las que se les mencionó que no era incorrecta, consultaron a alguien que les dio la opinión contraria y no lo pusieron en práctica.

Sin embargo, todas las entrevistadas ponen límites para decidir hasta qué posición en la escala de valor asignada a las prácticas sexuales van a llegar. Así, la anterior afirmación de la entrevistada se refiere únicamente a las actividades sexuales dadas dentro del matrimonio, pues, aunque ella comenta que una de sus fantasías sexuales es tener relaciones con su esposo y una tercera persona, también señala que no está dispuesta a llevarla a cabo, ya que lo considera un pecado:

Yo siempre le digo a mi esposo: "A mí me gustaría como hacerlo contigo y con alguien más [...] yo siempre he tenido como esa fantasía. Claro que por lo mismo de la iglesia me da mucho miedo, digo como "esto es un pecado, no voy a estar con alguien que no sea mi esposo" [...] Pero en ese tipo de cosas, orgías, los dobles no me atrevería a entrar más que nada por lo que dice la *Biblia*, que el adulterio es pecado, la fornicación es pecado. Pero de que sí lo pienso, sí lo pienso. (Entrevista, Esperanza, vendedora, 26 años. Tijuana, 28 de enero de 2014).

El análisis de lo que se practica o no entre las apostólicas deja claro que el acuerdo de pareja no es en la realidad lo que norma la vida sexual matrimonial, sino que las escalas de valor construidas mediante el consenso y el conflicto tienen fuertes repercusiones en la vida privada que, pese a ser privada, siempre tiene algo de social debido a la incorporación de los mandatos que convierte a las mujeres en sus propios sargentos. De esta manera, la plasticidad sexual posible parece desarrollarse dentro de la zona de ambigüedad o indeterminación, sin embargo, ésta puede tensarse sólo hasta cierto límite: este punto es —como señala el testimonio de Esperanza— el lugar donde comienza aquello que las creyentes consideran pecado.

En los tiempos actuales, con tanta tentación e información al alcance de la mano, es muy difícil seguir las enseñanzas recibidas y son muchas las mujeres que deciden explorar otras alternativas de vida sexual.

Con el despertar hormonal y al ir relacionándose con un otro, comienza a despertar el deseo sexual, la atracción química y las ganas de experimentar. Es entonces cuando se produce el gran conflicto de lo moral, espiritual, religioso con la intención de iniciar la vida sexual.

Muchas de ellas viven su sexualidad con culpa, con pensamientos pecaminosos, con incapacidad de sentir placer, con mucho pudor, produciendo en muchas ocasiones disfunciones sexuales, tales como:

- Anorgasmia (dificultad o ausencia de poder experimentar un orgasmo).
- Dificultad en la excitación y lubricación.
- Falta de deseo sexual.
- Dolor o imposibilidad de lograr el coito.

La mujer al sentirse culpable y pecadora frente a un encuentro sexual, no será capaz liberarse de estos pensamientos, estará siempre monitoreándose, sintiéndose evaluada,

juzgada y observada por sus padres y guías espirituales y no logrará soltar el control, vivir el momento presente y disfrutar de su sexualidad.

El cerebro es el gran órgano sexual que controla los permisos que nos damos para el disfrute. Si nuestros pensamientos eróticos están restringidos, será muy difícil que se genere el deseo sexual, muy por el contrario, evitaremos cualquier acercamiento, lo que podría terminar con un rechazo o aversión al sexo.

Para que exista lubricación y excitación, se debe producir una respuesta sexual en nuestro cuerpo, como efecto de la interacción de los juegos sexuales, pero esto podría no ocurrir de esta manera si estamos desconectadas de nuestra sensación y lo que estamos experimentando, pues nuestros pensamientos y culpas nos están distrayendo.

Dada esta estrecha relación entre religión y sexualidad, es muy importante educarse, informarse y atreverse a preguntar y aclarar dudas para lograr compatibilizar cualquier opción religiosa con una sexualidad sana y placentera.

## **1.2 La sexualidad femenina ante la sociedad.**

La sexualidad femenina Según Blumel (2002), La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social, por lo que resulta imposible considerar a la sexualidad en un contexto diferente de la salud integral de la mujer (p. 21)

Las DSF son frecuentes, diferentes estudios realizados a escala mundial coinciden en afirmar que la prevalencia oscila entre el 41.0% - 47.0%, en EU es del 43% en mujeres menores de 60 años (Blúmer, 2002 p 8).

El 21% de las mujeres entre los 18 y los 29 años asegura que sufre algún tipo de dolor durante la relación sexual, mientras que el 27% habla de experiencias poco placenteras.

Según la Red Latinoamericana para la investigación del Climaterio y la Menopausia (Redlinc) la tasa de prevalencia de las mujeres latinoamericanas de entre 40 y 50 años

es del 58.6% con destaque bajo para la ciudad de Cartagena, Colombia (21,0%) y alto para Quito, Ecuador (98.5%) (Stoller, 1975 p 10).

Autores como del Pilar Muñoz (Chile, 2016) reporta una prevalencia entre el 5.5% - 73.2%, en mujeres mayores de 18 años distribuyéndola de la manera siguiente: deseo (10,4%-52%); excitación (3,5%-91,3%); lubricación (2,5%-96%); orgasmo (2%- 82,6%); dolor (3%-64,4%). Entre las mujeres que mantienen relaciones sexuales existe un aumento de la prevalencia de trastornos durante el climaterio, que afecta a una de cada cinco mujeres (22,2%) de entre 40 y 44 años, y a una de cada tres (66,6%) entre 60 y 64 años (Stoller, 1975 p 10).

En cuanto a su vínculo de pareja este mismo autor expresa: las mujeres que no han tenido sexo durante los últimos 12 meses, 7 de cada 10 (68,2%) están casadas, mientras que el resto están separadas (22%), viudas (4,3%), viven con su pareja (3,3%) y un (2.3%) permanecen solteras (Stoller, 1975 p 10).

Desde la tradición occidental del cuño judeocristiano más ortodoxo (siempre las ortodoxias vienen a matar la creatividad) era común considerar la sexualidad femenina como un objeto oscuro, lleno de represiones y suciedades, que debía ser destinado eminentemente al fin procreador y por ende a la satisfacción y desahogo del guerrero; pero, muy especialmente, esta sexualidad era considerada, como tantas otras categorías, desde una perspectiva profundamente masculina y patriarcalista, como si la sexualidad femenina fuera casi una burda, incompleta y embrionaria imitación de la sexualidad masculina.

Es decir, el clítoris de la mujer era un 'pene' en miniatura, anhelante y deforme en su pequeñez. El orgasmo en la mujer prácticamente no existía - o no debía hacerlo -, en tanto que el proceso orgásmico femenino es sencillamente distinto al masculino y, por tanto, invisible a aquellos ojos. El deseo de la mujer era menor o era nulo... más un largo etcétera bien conocido (y ya criticado hoy, por fortuna).

Y la alternativa a todo esto, por ejemplo, en su versión medieval y posmedieval de la persecución a las brujas, (pero también en la decimonónica de la Inglaterra victoriana)

era la completa y (aún peor en sus consecuencias) antítesis: la malvada mujer representante del demonio, ninfómana por definición, transmisora de enfermedades y embaucadora con su inicua lascivia a no se sabe qué terribles pactos con el maligno y 'el sendero de la mano izquierda'.

Aquí pretendo entrar en discusión en torno a la sexualidad femenina desde una perspectiva bien distinta, a saber, desde su concepción como un tipo de sexualidad holística y compleja, superando la mera genitalidad (tanto en lo femenino como en cuanto al falocentrismo preponderante aún hoy) y recuperando ciertas enseñanzas de culturas y tradiciones que, junto a aquellas ortodoxas mayoritarias, mucho más visibles e influyentes en el statu quo de sus épocas, han persistido desde la disidencia, acaso al modo de corrientes subterráneas y bien liberadoras.

Así, emplearé principalmente la concepción de la sexualidad femenina desde el pensamiento tántrico o tantrismo, y ofreceré también algunas pinceladas sobre de la noción de la mujer y el erotismo femenino enraizada en espiritualidades antiguas y medievales, visible hoy en determinados restos artísticos y arquitectónicos.

La sexualidad, ese potente e invencible nudo gordiano del ser y la vida, es de hecho uno de los fenómenos donde, primordialmente en su versión femenina, nos hallamos con más interesantes manifestaciones de la idea de holismo de la que hablamos, de integración, complejidad y pensamiento en red, incluso, opuesto a un más masculino pensamiento 'por pasos' (Fisher, 2000.)

El tantrismo, tantra o doctrina del sexo tántrico, ancestral espiritualidad enraizada en la India, pone en efecto en la mujer el acento de la mayor potencia sexual: ella puede tener múltiples orgasmos, acumulando más y más energía durante su sucesión, en lugar de perderla de golpe como sucede con la explosión de la eyaculación masculina. Así, el tantrismo promueve enseñar a los hombres - esa parte yang de la unión sexual - a escindir orgasmo y eyaculación, a través de ejercicios de respiración y control físico-corporal, para emular el proceso orgásmico femenino: La mujer es el polo receptivo - tiene que serlo, porque tiene que ser madre, necesita más energía (Osho, 2003).

La sexualidad se va construyendo junto con la identidad de género, asimilando las reglas que con respecto a la sexualidad se otorgan de manera diferente a hombres y mujeres. Por influencia judeo-cristina (católica) se ve a la mujer en forma dual, la buena y la mala (María y Eva), y esto ha influido en el disfrute y placer sexual de las mujeres. Si las mujeres se apoderan de su sexualidad a través del autoconocimiento y autodeterminación, los cambios que esto genera pueden ser benéficos para ellas como para sus parejas.

La sexualidad es una construcción social que involucra diversos aspectos del ser humano, de acuerdo a la última convención de la Organización Panamericana de Salud (ops) realizada en la Ciudad de Antigua, Guatemala en el año 2002 para obtener por consenso la definición de sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, culturales, socioeconómicos, éticos y religiosos o espirituales.

La asignación de roles se aprende desde temprana edad y es un proceso que se da a lo largo de la vida de acuerdo a la sociedad, cultura, nivel económico o contexto histórico. Se refuerzan a través de las instituciones socializadoras como son la escuela, los medios de comunicación, las leyes, la familia o la iglesia, entre las más importantes.

La identificación con el género se va dando paulatinamente en un proceso donde las niñas y los niños, al ir viendo y aprendiendo los roles, estereotipos y comportamientos, comienzan a repetir lo que la sociedad valora de cada uno de ellos y es así como incorporan los roles socialmente valorados de acuerdo a su género y rechazan los del género opuesto.

Estos procesos, en su conjunto, forman e integran la identidad de género con sus diferencias para hombres y mujeres. Respecto a la sexualidad las mujeres y hombres

tienen reglas, creencias, mitos, comportamientos, permisos, etc., diferentes en cada sociedad, momento histórico, cultural o nivel económico. Menciona Sanz (1999) “los pueblos pertenecen a tradiciones culturales cuyo conjunto de mitos, tabúes y valores constituyen una filosofía que se mantiene a lo largo de generaciones como si fuera el inconsciente colectivo de ese pueblo”.

Por otro lado, también en la tradición judeo-cristiana (católica) se enaltece el dolor y el sufrimiento como una virtud, retomando la doctrina de los estoicos romanos y su principal representante histórico Séneca, cuya filosofía y fundamentos eran: “mantener siempre la fuerza de voluntad”, “es natural la inclinación a la heterosexualidad y reproducción”, “el cuerpo es tentación porque es la cárcel del alma”. Séneca hijo decía que las mujeres no podían tener virtud porque estaban “crudas”, no se cocieron bien y por tanto eran pasivas por naturaleza, en cambio los hombres estaban bien cocidos y completos, y por ello eran activos. Esta filosofía fue retomada por los cristianos que se encargaron de popularizar el estoicismo y hacerlo parte de sus doctrinas.

Además, según la tradición judeo-cristiana, el papel de la mujer es doble, por un lado, está la mujer que envolvió y engañó al hombre haciéndolo caer en la tentación de los placeres carnales, Eva, y por otro lado está el ideal de la mujer, la virgen, madre, recatada, abnegada, bondadosa, María. Estas dos figuras configuran una serie de mandatos sociales para que las mujeres “buenas” busquen identificarse con la segunda. Sin embargo, el primer tipo de mujer es la que se “usa” en la vida cotidiana de diferentes formas, por ejemplo, para vender sus servicios sexuales, o para vender artículos diversos, mostrando sus atributos físicos y de seducción como estrategia publicitaria (coches, aceites para coches, licores, cigarrillos, etc.).

Menciona Amauchástegui (2001) citando a Aires, Bejin, Foucault y otros, que la religión ha sido una institución que controla la sexualidad a través del pecado y la culpa. Posteriormente, el control se compartió con la medicina, cambiando la noción de “pecado” por la de “salud” a finales del siglo xviii. Ya en el siglo xix se generó en la sociedad una súbita avalancha de fabricación de angustias (Confort 1987) en donde las prácticas sexuales generaban enfermedades, locuras, histerias, etc.

Dentro de la cultura y los aprendizajes sociales del comportamiento de hombres y mujeres queda como parte del inconsciente colectivo que la fortaleza, actividad, agresividad y rapidez pertenece a los hombres en contraposición con la debilidad, pasividad, lentitud y ternura, entre otros calificativos más, a las mujeres. Trasladado esto a la sexualidad, se siguen repitiendo patrones dentro de la vida erótica y sexual en general, además de esperar estos comportamientos en ambos sexos para cumplir con las expectativas.

Las niñas van descubriendo su genitalidad de 3 formas, según Sanz (1999):

1. Espontánea
2. A través de juegos
3. Masturbación consciente

a) La forma espontánea es encontrar el placer genital al apretar los muslos, al sentarse en la orilla de una silla, en el juego de sube y baja entre otras, etc. La niña va descubriendo sensaciones agradables en su zona genital.

b) A través de los juegos más elaborados como son “mamá y papa”, el “doctor”, en donde se cumple con roles y da sentido a nuevos permisos y sensaciones.

c) La masturbación consciente que se da en el tocamiento de los genitales propositivamente con la intención de sentir placer.

Pasando por estas etapas, las mujeres van otorgando a sus genitales la erotización y la asimilación e integrando sensaciones placenteras en el área genital.

Tanto hombres como mujeres tenemos órganos de los sentidos que tienen el mismo desarrollo embrionario, las mismas terminaciones, fisiología en general, sin embargo, sexualmente hablando damos más importancia a un sentido que otro, dependiendo del sexo. Por ejemplo, el olfato está más desarrollado en las mujeres por las labores que se le asignan como la necesidad de captar los olores del bebé cuando está sucio, los olores

de la comida, detectar algo en mal estado para que no vaya a enfermar a la familia, asumiendo que ellas son las responsables de la alimentación.

El tacto está más desarrollado por el tipo de labores que se le asignan, como es peinar, lavar niños, preparación de alimentos, hechura de ropa, etc. El oído también se va a agudizar más en las mujeres debido al cuidado del bebé, siendo capaz de captar cualquier ruido aun estando dormida. La vista también se agudiza con la finalidad de encontrar cualquier situación que pueda poner en peligro al hijo o a la familia y por último el gusto, que está muy relacionado con el olfato, se educa para la preparación de alimentos y detectar si algún alimento no se encuentra en buenas condiciones. Todos estos aprendizajes de agudización de los órganos de los sentidos, por una parte, aunados además a los permisos sociales que se les dan a las mujeres de poder jugar desde temprana edad a través del contacto físico con las amigas (besos, caricias), lo que le permite también aprender a tener sensibilidad en todo el cuerpo, eróticamente hablando se va a reflejar en la *totalidad* de la que se hablará más adelante. Socialmente el cuerpo femenino ha sido una construcción histórica que incluye una serie de creencias de inferioridad hacia la mujer (López 2007).

La sexualidad de las mujeres es vivida en forma diferente que la de los hombres, con esto no se quiere decir que se pueda sentir diferente respecto a sensaciones como la atracción, el deseo, la excitación o el orgasmo, sin embargo, los permisos sociales para vivir y disfrutar de las sensaciones y el placer no son los mismos, lo que hace la diferencia de cómo se vive y cómo se permite manifestarse. Algunos autores como Alberoni, Sanz e Hite coinciden en que el erotismo femenino está puesto en la globalidad, a diferencia del varón que está puesto en la genitalidad, esto es un aprendizaje socio-cultural que lleva a percibir las sensaciones corporales de diferente manera.

Dice Alberoni (2006) si la mujer no se siente deseada y amada, su esfuerzo renovado de seducción sufre de decepción y tiene entonces una sensación de vacío, de inutilidad, de desesperación. El erotismo femenino llaga a tal grado de globalidad que hasta la preparación de la casa forma parte integrante del acto de atraer y seducir.

Para poder entender, vivir y gozar una sexualidad plena, es importante que las mujeres entiendan y asuman que el placer nadie lo otorga, el placer es personal y puede compartirse con quien ellas quieran. Para reconocer el placer requiere de un autoconocimiento, disponibilidad y autodeterminación. El autoconocimiento para el placer radica en algo tan elemental como conocer el propio cuerpo incluyendo, obvio, los genitales. A pesar de no ser tan sencillo es factible con ayuda de un espejo. Conocer los diferentes colores, textura, olores, consistencia e incorporar las sensaciones que da cada uno de sus elementos en su percepción. Posteriormente aprender diversas formas de estimularlos, conocer el propio mapa erótico y no el que el varón decida o haya aprendido con otras mujeres o en la pornografía, sino el mapa erótico personal. La mujer debe responsabilizarse de su propia sexualidad (De Béjar 2006).

Disponibilidad es poderse dar el tiempo para sí misma y no pensar y darles el tiempo a los demás en labores que no necesariamente le tienen que corresponder a ella por el hecho de ser mujer. La autodeterminación se refiere a tener en cuenta las propias ganas y deseo sexual y no dejarse presionar o influenciar por el temor a perder o herir a la pareja o a no pertenecer a un grupo determinado. Saber decir “no” si no quiere y también aprender a decir “sí” y buscar encuentros sexuales con la pareja si así lo desea. Cuando la mujer asuma el placer erótico como propio, sepa cómo encontrarlo y buscarlo dentro de sí misma, no tendrá necesidad de fingir orgasmos e iniciará un nuevo modelo de Sexualidad Femenina desde la perspectiva femenina sin tener que repetir estereotipos y roles sexuales heredados de cientos de generaciones atrás (De Béjar 2006).

### **1.2.1 Trastornos sexuales**

El sexo genético de un individuo está determinado en el momento de la concepción, pero su desarrollo a partir de ese momento está influido por muchos factores. En las primeras semanas de gestación, las gónadas no están todavía diferenciadas. Si en el embrión está el cromosoma Y, las gónadas se diferenciarán en testículos. Una sustancia denominada antígeno H - Y es la responsable de esta transformación. Si el cromosoma Y o el antígeno H - Y no se encuentran en el embrión, las gónadas se diferenciarán en ovarios según Ehrhardt y Meyer-Bahlburg (1981):

En un principio, y de forma similar a las gónadas, las estructuras genitales internas y externas tampoco están diferenciadas en el feto. Si las gónadas se diferencian en testículos, se secreta el andrógeno fetal testosterona y estas estructuras se convierten en los genitales masculinos (epidídimo, conductos deferentes, canal eyaculatorio, pene y escroto). En ausencia de andrógeno fetal, estas estructuras se convierten en genitales femeninos (trompas de Falopio, útero, clítoris y vagina).

Es importante destacar que el desarrollo de la estructura embrionaria genital en útero depende de la presencia o ausencia de andrógenos fetales, cualquiera que sea su procedencia. Así pues, si hay andrógenos fetales (p. ej., hiperplasia adrenogenital), se desarrollarán unos genitales masculinos, aunque existan unos ovarios, y el feto nacerá con unos genitales ambiguos o masculinos. Asimismo, si no hay andrógenos fetales (p. ej., deficiencia enzimática) o si los receptores androgénicos son defectuosos (p. ej., feminización testicular), se desarrollarán genitales femeninos incluso cuando el individuo posea un cromosoma Y, y testículos. El desarrollo psicosexual también está influido por una interacción compleja de factores, tanto prenatales como postnatales. Antes de tratar estos factores, es importante desglosar la conducta psicosexual en diferentes componentes.

La identidad sexual es la percepción individual y la propia conciencia de ser hombre o mujer. El rol sexual es la conducta que el individuo muestra y que lo identifica ante los otros como hombre o mujer (p. ej., llevar vestidos/maquillaje). La orientación sexual es la atracción erótica que siente un individuo (p. ej., excitación por los hombres, las mujeres, los niños, los objetos no sexuales, etc.). Las hormonas prenatales ejercen una influencia sobre la diferenciación cerebral de los mamíferos. Sin embargo, no se ha descrito su efecto específico sobre el desarrollo psicosexual de los humanos. Parece ser que estas hormonas contribuyen al desarrollo de las conductas del rol sexual y de la orientación sexual, pero no parecen influir en la diferenciación de la identidad sexual.

La identidad sexual se desarrolla en los primeros años de vida y generalmente se establece a los 3 años de edad. Depende en mayor medida del sexo con el que se educa al sujeto, que de los factores biológicos. Este hecho se observa en los estudios de niños nacidos con genitales ambiguos u opuestos al sexo genético (Money y Ehrhardt, 1974). Estos niños desarrollan su identidad sexual de forma congruente con el sexo que se les asigna al nacer, tan pronto como sus padres lo deciden y los someten a las pertinentes correcciones hormonales y quirúrgicas necesarias. Por este motivo, un niño con feminización testicular crecerá con una identidad sexual femenina, incluso cuando ella tenga testículos, si se le ha asignado el papel de niña y se la ha educado como a tal y se cumplen las condiciones anteriores.

De forma similar, un niño de sexo genético femenino y con genitales a m b i g u o s debido a una hiperplasia adrenal congénita desarrollará una identidad sexual masculina, si se le educa como a un niño, o femenina si se le educa como a una niña. Una vez adquirida, la identidad sexual es muy resistente al cambio. Por ejemplo, si a un neonato de sexo genético femenino (p. ej., debido a la exposición a andrógenos fetales) se le educa como a un niño y, de repente, en la pubertad le crecen mamas y desarrolla otras características secundarias femeninas, su identidad sexual permanecerá masculina y deseará corregir estos cambios. Sin embargo, si la apariencia física de un niño es ambigua o si las personas que lo educan son contradictorias en la visión que tienen de él como hombre o como mujer, la identidad sexual no se desarrollará de forma marcada y, es posible, que más adelante se dé un cambio en su identidad sexual. Si la identidad sexual se desarrolla entre el nacimiento y los 3 años de edad y depende de la educación sexual. Puede que haya factores biológicos, todavía no descubiertos, que influyan en el desarrollo de la identidad sexual y hay casos en los que se ha sugerido que los factores biológicos pueden anular la asignación sexual en el momento del nacimiento (Ehrhardt y Meyer-Bahlburg, 1981).

De acuerdo con el modelo teórico del aprendizaje, la identidad sexual inicia su desarrollo cuando el niño imita o se identifica con modelos de su mismo sexo. Entonces, se refuerza al niño por su identificación y se le encamina hacia las conductas apropiadas del rol sexual. Según la teoría psicoanalítica, la identidad sexual se desarrolla como parte de la

formación general de la identidad, en la fase de separación e individualización y depende en gran medida de la calidad de la relación madre-hijo. Posteriormente, en la fase edípica, se modela el rol y la orientación sexual. Criterios para el diagnóstico de trastornos de la identidad sexual Los trastornos de la identidad sexual se caracterizan por una identificación sexual acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales). En los niños, el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

1. Un deseo repetido de ser, o insistencia en que uno es, un miembro del sexo opuesto.
2. En los niños, preferencia por el travestismo o simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en vestir ropa típicamente masculina.
3. Una preferencia marcada o persistente por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Un deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del sexo opuesto.
5. Una preferencia marcada por compañeros del sexo opuesto. En los adolescentes o adultos, los síntomas son:
  - Un deseo firme de pertenecer al sexo opuesto.
  - Ser considerado como del sexo opuesto.
  - Un deseo de vivir o ser tratado como las personas del sexo opuesto.
  - Tener la convicción de que uno experimenta las reacciones y sensaciones típicas del sexo opuesto.
  - Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol. El diagnóstico se establece cuando además no existe ninguna patología intersexual.

Por último, entra en consideración el que la alteración cause un malestar significativo, o alteraciones en el área social, ocupacional o en cualquier otro aspecto importante del funcionamiento. En el DSM-IV, los trastornos de la identidad sexual se agrupan en una sola y amplia categoría. No obstante, en este capítulo se revisa el trastorno de la identidad sexual en el adulto (transexualismo) y en la niñez.

## **2.0 Ninfomanía como trastorno sexual**

Etimológicamente, la palabra ninfomanía deriva de “ninfa” (divinidad femenina de la mitología y también labios menores de la vulva) y de “manía” (que en latín significa locura).

En el diccionario de la RAE (Real Academia Española), la definición que aparece de ninfomanía es un “deseo violento e insaciable en la mujer de entregarse a la cópula”, pero en psicología cuando hablamos de ninfomanía esta definición va más allá, ya que hablamos de un trastorno sexual en la mujer.

Cualquier trastorno relacionado con las relaciones sexuales en la mujer con implicación más o menos variable del deseo, excitación, orgasmo, presencia de dolor y generación de estrés personal con impacto negativo en su calidad de vida es define como disfunción sexual femenina (Mellody, 1997 p 14).

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM V) de la Asociación de Psiquiatría de EE.UU. La disfunción sexual femenina ha sido conceptuada al “Trastorno de interés/excitación sexual femenino” por lo que la define como el desinterés persistente o recurrente de deseo de actividad sexual y fantasías sexuales, que causan notable angustia o dificultades interpersonales.

La sexualidad representa una interacción de valores y prácticas socioculturales compleja, la actividad sexual comprende los aspectos biológicos y sociales de los individuos, involucra la percepción y control corporal, el juego de la satisfacción placentera y rechazo, como también las limitantes culturales y religiosas. (Mellody, 1997 p 14).

Para Hyde y cols, El deseo sexual femenino no siempre se encamina hacia el encuentro sexual, como resultado de múltiples factores que afectan las necesidades emocionales de la mujer (amor y afecto) por lo tanto este deseo sexual disminuye.

Las DSF son frecuentes, diferentes estudios realizados a escala mundial coinciden en afirmar que la prevalencia oscila entre el 41.0% - 47.0% (8). El 21% de las mujeres entre los 18 y los 29 años asegura que sufre algún tipo de dolor durante la relación sexual, mientras que el 27% habla de experiencias poco placenteras. Pilar Muñoz (Chile, 2016) reporta una prevalencia entre el 5.5% - 73.2%, en mujeres mayores de 18 años distribuyéndola de la manera siguiente: deseo (10,4%-52%); excitación (3,5%-91,3%); lubricación (2,5%-96%); orgasmo (2%-82,6%); dolor (3%-64,4%). (Stoller, 1975 p 10).

La disfunción sexual femenina aunque es un término acuñado hace 15 años no es infrecuente encontrar alusiones en la literatura del siglo XVI, cuando en la época victoriana, se dejó de lado la satisfacción femenina, y se resaltó la función primordial de la mujer para la reproducción (Stoller, 1975 p 18).

También es necesario recordar, el caso del diagnóstico de ninfomanía, durante el siglo XIX los trabajos de Freud, Hirschmann y Bergler citados por el Dr. Tomislav Meštrović comienzan a hacer referencias a determinadas disfunciones sexuales que en pleno siglo XX, países como Estados Unidos e Inglaterra la consideraron (DSF) como un fenómeno social amplio para ser estudiado (Stoller, 1975 p 19).

No es hasta la década de 1980 que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM III dedica un capítulo general a los trastornos psicosexuales de disfunciones psicosexuales, y en 1987 cambia a disfunciones sexuales, incluyendo: trastorno del deseo sexual, trastorno de la excitación sexual femenina, trastorno del orgasmo femenino, dispareunia, vaginismo, de otra manera a lo que se ha agregado a partir de la DMS IV la disfunción sexual debido a una condición médica general y disfunción sexual inducida por sustancias (Romero, 2008 p 20).

La disfunción sexual es más común en las mujeres, y la prevalencia más alta se encuentra entre la edad adulta y la vejez, su etiología es compleja y puede enmarcar amplios factores biológicos, psicológicos y sociales de la mujer. (Romero, 2008 p 28).

La ninfomanía, también conocida como hipersexualidad femenina, es una dependencia que no cesa, una adicción al sexo que afecta todas las áreas de la vida y que genera una insatisfacción constante.

Las mujeres ninfómanas experimentan un deseo sexual demasiado intenso e insaciable que genera una obsesión por el sexo, incluso aunque mantengan relaciones sexuales de forma habitual.

La libido y la actividad sexual no siguen una línea constante a lo largo de la vida, hay etapas en las que estas aumentan, pero eso no significa que ocurra algo anormal, sin embargo, la ninfomanía no es un simple aumento del deseo sexual, es un problema mucho más complejo que puede catalogarse como una enfermedad.

Se estima que aproximadamente el 3% de las mujeres sufren ninfomanía, aunque solo el 0,8% admiten haber buscado ayuda para controlar ese deseo sexual.

## **2.1 ¿Qué es la ninfomanía?**

Cuando se habla de deseo sexual, es difícil establecer límites entre lo normal y lo patológico. Aun así, se hace referencia a la ninfomanía cuando los pensamientos sobre el sexo dominan la mente de la mujer. A la ninfómana le resulta difícil pensar en otra cosa que no sea el sexo y a menudo le confiere implicaciones sexuales a situaciones cotidianas que no las tienen.

Por otra parte, al igual que ocurre con el resto de las adicciones, para que la persona pueda hallar cierta satisfacción debe pasar cada vez más tiempo involucrada en las experiencias sexuales o buscándolas, lo cual hace que el resto de las esferas de su vida se vean relegadas a un segundo plano o incluso desaparezcan por completo.

Desgraciadamente, las mujeres ninfómanas que desarrollan una adicción al sexo tardan mucho en reconocer que tienen un problema, por lo que cuando solicitan ayuda el trastorno psicológico ya lleva años instaurado. De hecho, durante las primeras fases a la

mayoría de las mujeres no les resulta preocupante ese estado permanente de excitación. Es más tarde, cuando la ninfomanía se agudiza, que los pensamientos sobre el sexo y los signos fisiológicos de excitación sexual resultan agobiantes, inoportunos e indeseables.

La ninfomanía se caracteriza por el deseo compulsivo de tener relaciones sexuales. De acuerdo a la Clínica de Sexualidad de Estados Unidos se considera una patología si el sexo domina los pensamientos de una persona y si afecta otras áreas de su vida.

La también conocida hipersexualidad, es una manifestación de problemas psicológicos y biológicos que tienen origen en el sistema límbico debido a la presencia de tumores, también puede ser un síntoma de enfermedades psiquiátricas como los estados psicóticos y esquizofrenia. Entre las principales causas de la ninfomanía son los cambios hormonales, abuso sexual, trastorno bipolar y uso de drogas como anfetaminas y opiáceos. Algunas mujeres consideran al sexo como la única forma de tener cariño y afecto. Es una actividad que consiste en llenar vacíos emocionales.

Entre los principales síntomas destaca la necesidad incontrolable de tener sexo de todo tipo, desde relaciones sexuales con desconocidos hasta el consumo de pornografía. Se producen sentimientos de culpa y en ocasiones se recurre a la prostitución para satisfacer la necesidad sexual.

La ninfomanía debe ser tratada por un especialista para que te proporcione un tratamiento integral, tanto médico como psicológico. De esta forma te puede ayudar a reconocer la raíz del problema y solucionarlo.

Hipersexualidad es el aumento repentino o la frecuencia extrema en la libido o en la actividad sexual. Aunque la hipersexualidad puede presentarse debido a algunos problemas médicos, al consumo de algunos medicamentos y a la ingesta de drogas, en la mayoría de los casos la causa es desconocida. Trastornos de la salud tales como el trastorno bipolar pueden dar lugar a la hipersexualidad, y el consumo de alcohol y de algunas sustancias adictivas puede afectar el comportamiento sexual en algunas personas.

Se han usado varios modelos teóricos para explicar o para tratar la hipersexualidad. El más común, en particular en los medios de comunicación, es el enfoque que presenta a la hipersexualidad como una adicción, pero los sexólogos no han llegado aún a un consenso. Hay explicaciones alternativas como, por ejemplo, la de un comportamiento obsesivo y la de un comportamiento compulsivo.

La hipersexualidad se caracteriza por una frecuente estimulación visual que hace que el individuo exacerbe su natural sexualidad hasta la adicción. Esto provoca que se auto estimule genitalmente, y una vez alcanzado el orgasmo o bien escale en mayores grados de placer. La hipersexualidad se manifiesta en individuos que fueron reprimidos sexualmente en su infancia o en su adolescencia; y en los de mayor edad, el sentimiento de perder el vigor sexual (especialmente en hombres) y desear mantener la libido consumiendo pornografía.

En ocasiones, la hipersexualidad va acompañada de sentimientos de malestar y de culpa. Se piensa que esta insatisfacción es la que alienta la elevada frecuencia de estimulación sexual, así como síntomas psicológicos y psiquiátricos adicionales.

Desde el siglo XIX, prominentes sexólogos como Richard von Krafft-Ebing (1840–1902), Havelock Ellis (1859–1939) y Magnus Hirschfeld (1868–1935) han descrito múltiples comportamientos sexuales persistentes y no normativos, así como innumerables ejemplos de hombres y mujeres cuyo apetito sexual era excesivo e inadecuado (sin llegar a ser una parafilia como lo son la pedofilia, el exhibicionismo, las prácticas sadomasoquistas, entre otros) (Kafka, 2010).

Los ejemplos clínicos descritos por estos investigadores fueron los precursores del “Don Juanismo” (Stoller, 1975) o “satiriasis” (Allen, 1969) en hombres y de “ninfomanía” (Ellis & Sagarin, 1965) en mujeres. Lo anterior terminó impactando en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, que incluye una categoría de “impulso sexual excesivo”, subdividida nuevamente en ninfomanía (para mujeres) y satiriasis (para hombres), sin otra descripción asociada (World Health Organization, 2007).

En 2010, Kafka propuso los criterios diagnósticos de una nueva entidad clínica (el trastorno de hipersexualidad), con algunas características definitorias propias de las conductas adictivas, lo que ha replanteado la posible existencia de una adicción al sexo.

Si bien su propuesta no fue finalmente incorporada en el DSM-5, como se mencionó previamente, la misma ha servido de base de diversas investigaciones y es utilizada por psiquiatras y sexólogos en su trato diario con los pacientes.

#### Criterios diagnósticos para el Trastorno de Hipersexualidad (Kafka, 2010)

A. Durante al menos seis meses, fantasías sexuales recurrentes e intensas y deseo sexual apremiante, así como conductas sexuales asociadas a cuatro o más de los siguientes cinco criterios:

Cantidad de tiempo excesiva invertida en fantasías y deseos sexuales, así como en la planificación y realización de conductas sexuales.

Fantasías, deseos y conductas sexuales repetidas en respuesta a estados de ánimo disfóricos (p. ej., ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad).

Fantasías, deseos y conductas sexuales repetidas en respuesta a situaciones vitales estresantes.

Intentos persistentes pero infructuosos para controlar o reducir significativamente las fantasías, deseos y conductas sexuales.

Implicación repetida en conductas sexuales ignorando el riesgo físico, psíquico o emocional que pueda suponer para sí mismo o para otras personas.

B. La frecuencia o intensidad de las fantasías, deseos y conductas sexuales provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

C. Las fantasías, deseos y conductas sexuales no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a episodios maníacos.

D. El sujeto es mayor de 18 años.

Especifíquese si el problema planteado es: masturbación, pornografía, conducta sexual con adultos que consienten, ciber sexo, sexo telefónico, clubs de “striptease”, otros problemas.

La respuesta sexual humana (RSH) consta de las cuatro fases descritas por W. Master y V. Johnson (excitación, meseta, orgasmo y resolución); ya en 1979 H. Kaplan planteaba un modelo alternativo que incorporaba una nueva fase, el deseo (Romero, Pág. 18, 2008)

Deseo: Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo (6). Para la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales V, versión publicada en mayo de 2013, conceptualiza al bajo deseo sexual como la pérdida de interés en los encuentros sexuales, ausencia de pensamientos eróticos, disminución en la iniciativa de conductas eróticas o a la baja respuesta ante la misma. (Romero, Pág. 23,2008).

Excitación: Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. La mayoría de problemas de la excitación femenina, hacen hincapié en la incapacidad recurrente y persistente para alcanzar o mantener una adecuada lubricación durante un encuentro sexual, provocando malestar y dificultad con la pareja lo que genera disconfor personal e interpersonal. (Romero, 2008 p 23).

Orgasmo: Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, y en donde intervienen, el ámbito psicológico y fisiológico. La dificultad para alcanzar un orgasmo, se entiende como la ausencia, disminución en la intensidad de la sensación o retraso para llegar al orgasmo a pesar de tener un estímulo erótico y excitación adecuados. (Romero, 2008 p 23)

Resolución: Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente, suele darse un periodo de calma y confort. (Romero, 2008 p 24).

### **2.1.1 La Hipersexualidad**

La hipersexualidad cuyo origen no es debido a una patología neurológica, consumo de sustancias o fármacos o episodios maníacos, ha sido entendida desde diversas perspectivas psicopatológicas como un comportamiento impulsivo, compulsivo, adictivo, aprendido o de dependencia. La DSM-5 propone el Trastorno Hipersexual (THS) como un nuevo diagnóstico, caracterizado por el aumento en la frecuencia e intensidad de fantasías, excitación, impulsos y conductas sexuales no parafilicas, asociadas a un componente de impulsividad, que provocan un malestar significativo o un deterioro social u ocupacional.

Las personas con hipersexualidad presentan con mayor frecuencia alteración de la dinámica de pareja y familiar, mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, problemas laborales derivados del consumo de pornografía en las horas de trabajo y presencia de malestar personal como consecuencia de su conducta sexual (Kaplan, 2010).

Diversos factores pueden dificultar el diagnóstico, adecuado tratamiento del THS y que los pacientes consulten a los profesionales, lo que ayudarían a perpetuar el problema (Kafka, 1999). Unos factores pueden radicar en el profesional, que considere de forma errónea que esta sintomatología es poco frecuente, que el diagnóstico es muy cuestionable, que se deje llevar por el mito de que “en sexo todo vale”, que no realice la historia clínica completa por falta de tiempo u otras circunstancias o que evite preguntar por la sexualidad al considerarlo un tema tabú o sin relevancia clínica.

Si bien puede haber mujeres con conductas adictivas relacionadas con el sexo, la idea clásica de la ninfomanía responde a imaginarios contradictorios sobre lo femenino. Dichos imaginarios oscilan entre la hiperfeminidad y la hipersexualidad, y la infantilización o el buenísimo.

En según qué contexto se valoran o se penalizan unos y otros imaginarios. Por decirlo de otra manera, las manifestaciones del deseo sexual y las conductas relacionadas con la sexualidad no se consideran trastornos en todos los contextos.

## **2.2 La adicción al sexo como un problema**

Intentar definir la adicción al sexo es un problema, puesto que no existe consenso general en la comunidad científica sobre lo que es y, en consecuencia, sobre cómo debe ser tratada (Barrilleaux, 2016). Además, como entidad clínica categorial no ha sido incluida en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5).

Esta decisión se basó, principalmente, en la preocupación sobre falsos positivos y en el potencial riesgo de patologizar comportamientos sexuales que salen de la norma pero que no por ello deberían ser considerados patológicos (Reid & Kafka, 2014).

Aunque no haya logrado un lugar dentro del DSM-5, la presencia de personas con adicción al sexo en la práctica clínica diaria ha hecho que numerosos médicos, sexólogos y psicólogos continúen investigándola, habida cuenta del sufrimiento que genera en los pacientes.

La adicción al sexo supone el desarrollo de conductas sexuales irrefrenables utilizadas para producir auto gratificación. Se trata de conductas estereotipadas que escapan del control del individuo, que interfieren en su vida diaria, pero que no puede dejar de practicar pese a los aspectos negativos implicados.

Así pues, la hipersexualidad se define como un aumento repentino y recurrente de la libido, que puede expresarse mediante fantasías sexuales intensas, deseo sexual apremiante, o conductas sexuales repetidas (desencadenadas como respuesta a eventos estresantes).

Entre ellos están: sentimientos de culpa, inminente ruptura de pareja, daño ocasionado a la familia, temor a enfermedades de transmisión sexual, problemas económicos o amenaza de pérdida de empleo (Echeburúa, 2012).

Implica además conductas, pensamientos y fantasías sexuales recurrentes, y una urgencia por llevar a cabo conductas sexuales. Echeburúa insiste en que “el adicto al sexo es como un alcohólico que se caracteriza por una hipersexualidad que, al no saciarse, está permanentemente presente en el sujeto, que prescinde por completo de

la ternura en la relación íntima y que manifiesta una pérdida de control” (Echeburúa, 1999).

En cuanto a su etiología, las causas de este trastorno no están del todo definidas. Algunas personas con adicción al sexo presentan antecedentes de abuso sexual infantil y de infancias complicadas. No obstante, en otras personas es el fracaso de una relación afectiva en la vida adulta lo que actúa como desencadenante. Entre las personas de riesgo se encuentran aquellas con autoestima baja, que muestran insatisfacción con su autoimagen, que presentan disfunciones o alteraciones sexuales o que tienen antecedentes de relaciones de pareja insatisfactorias (Echeburúa, 2012).

Es de destacar que el conocimiento de la adicción al sexo en mujeres es todavía particularmente limitado (Kafka, 2010; Reid & Kafka, 2014), lo que nuevamente termina por generar mayor discriminación, estigma y desigualdad en la atención sanitaria hacia las mujeres afectadas, perpetuando estereotipos que no deberían tener cabida.

En un principio la adicción al sexo es una conducta mantenida por el refuerzo de creencias tales como que el "sexo es lo más importante en la vida"; sus signos y síntomas por lo general son: enfermedades venéreas, tendencias impulsivas-agresivas, insatisfacción, escaso control interno, desadaptación social.

En su acción, el adicto al sexo establece la estrategia de relacionarse con personas cada vez más desconocidas intentando su anonimato. Esta actividad va obsesionando su vida y el devenir de esta conducta empieza a tornarse un poco más repetitiva, apresurada, obsesiva en pensamientos y fantasías. El ciclo se transforma en ansioso, "aparece la tensión, la preocupación, la irritabilidad" y los primeros esfuerzos por reducir o controlar el ritual terminan fracasando. (Sanz at., 1999)

A todo esto, se suma la percepción de un placer más acotado, fragmentado, vacuo, cuyo reflejo son los encuentros rápidos y casuales. Aparecen las mentiras, el alejamiento de las personas cercanas y, a pesar de todo, se continúa con dicha conducta que finaliza en culpa, en remordimientos que se entremezclan más intensamente con su vida mental y relacional. Se ignoran las obligaciones y las responsabilidades, se cae en la desesperación (Echeburúa, 2003).

Como en otras adicciones, se observa un fallo en el control de la conducta y aunque sea perjudicial, no cesa. Pierden a su pareja, suelen tener ideas recurrentes de suicidio, así como problemas laborales, y riesgo de contraer enfermedades (Mellody, 1997).

Estas personas descubren la posibilidad de apoyarse en ciertos mecanismos compensatorios, es decir, esta conducta no sólo proporciona placer, sino que puede cumplir otras funciones como la de evitar y "escapar de estados disfuncionales aversivos como el dolor, la tensión o reducir el malestar". Autores como Mellody y Echeburúa señalan que las razones por las cuales las personas realizan este movimiento que podemos llamar compensatorio, sustitutivo, son tantas como sujetos: "cada persona de alguna manera inventa su síntoma" (Martin, 2003)

Para algunos podrá ser una sucesión angustiosa y agotadora por probarse a sí mismos hasta la extenuación. Para otros podrá ser un exceso de goce y una no resolución del placer; un estado de fijación entre la dependencia y la separación del otro. Otros elegirán a personas que no los conocen, como en un simulacro simbólico y huirán antes de ser conocidos, y nuevamente irán a otro lugar para colmar lo que ellos llaman "necesidades", "Una especie de anestesia, perpetua, repetida"(Rivas, 1999 pp 245-248)

#### *Factores Psicologicos:*

Para García y cols. La violencia a la mujer no solo es considerada una violación de sus derechos sino también un problema de salud pública. Y así la definen como cualquier comportamiento que dentro de una relación íntima o de pareja, causa daño físico, psíquico o sexual, sin importar el tiempo de relación o la formalidad social que adopte dicha relación (cónyuges, enamorados, novios, etc.). (Barrilleaux, 2016 p 31)

**VIOLENCIA FISICA:** Se estima que un 30% de las mujeres han sufrido violencia física por parte de su pareja, en varios países de América Latina se reveló que la violencia física varía del 7,7% al 53,35%. Mientras que en Ecuador el 31% de las mujeres estarían expuestas a violencia física lo que resalta la violencia intrafamiliar como un tema que atañe una gran importancia biológica, psicológica y social en relación a temas de salud sexual. ((Barrilleaux, 2016 p 32).

VIOLENCIA PSICLOGICA: se define por todas aquellas conductas, actitudes de comunicación basados en la humillación, el control, así como la dominación e intimidación, destacando dos tipos frecuentes: La violencia psicológica manifiesta caracterizada por comportamientos de control, dominación e indiferencia, con un estilo agresivo y dominante. La violencia psicológica sutil son las acciones para subestimar y aislar a la pareja, que son definidas como sutiles, confundidas con actitudes de cariño. Y que de manera directa influyen en las conductas sexuales de la mujer. (Kafka,1999 p 33).

Provocando alteraciones psíquicas relacionadas a la depresión Johnson,Phelps y Cottler hallaron que las personas con depresión eran 5,3 veces más propensos a tener deseo sexual inhibido (30)(15) y la ansiedad es el gran enemigo de los placeres y por tanto de la sexualidad, se expresa con miedos, malas relaciones de pareja, relaciones esporádicas, o las ideas irracionales frente a lo que creemos. (Kafka,1999 p 15).

#### *FACTORES SOCIALES Y DEMOGRAFICOS*

Una propuesta interesante sobre sexualidad es aquella que la define como una categoría histórica y sociocultural. Basada en la construcción social de la sexualidad, proceso por el cual se interpretan y se dan significados complejos a los pensamientos y conductas sexuales: de la persona y de la sociedad, sobre el cuerpo, el erotismo, en relación con las ideas culturales acerca de masculinidad y feminidad (Kafka,1999 p 33).

Si bien es cierto muchas de estas variables culturales se apropian de respuestas ligadas a la vida sexual del ser humano, pero sobre todo el significado que la mujer le da a la misma.

La Disfunción Sexual femenina (DSF) en nuestra sociedad no es considerada un verdadero problema de salud, y que se complica aún más ya que las mujeres afectadas la aceptan como un estilo de vida, resultado de múltiples factores ya sea por la educación, la religión, o la idiosincrasia.

Aunque no se expone de manera abierta, estudios realizados denotan la importancia de este problema, enmarcado en una red biopsicosocial, que deriva de factores de riesgo q

varían de acuerdo a la edad, sumadas a estas los diferentes contextos que las mujeres interponen a los mismos.

### *FACTORES DE RIESGO*

Según la OMS: “un factor de riesgo, es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”

La presencia de factores de riesgo depende de factores individuales, culturales y sociales por lo que podrían tener variabilidad significativa según regiones geográficas, nivel de escolaridad, religión, acceso a información, dificultades de comunicación con la pareja, violencia, estado civil (Mujeres casadas o en unión libre), abuso de sustancias tóxicas, entre otros

De cualquier manera, cada factor influye en el desarrollo de una vida sexual plena en la mujer, la sociedad y la mujer comprenden parte del estado de complejidad de la naturaleza.

"La adicción no sigue la regla del todo o nada". Existen diferentes hipótesis acerca de las causas: la teoría de los andrógenos, teorías sobre el lóbulo temporal, tumores, y sobre todo las explicaciones sobre el sistema cerebral de recompensa. También se esgrimen otras interesantes razones como la educación punitiva, estricta, rígida, represiva, junto a una visión de la sexualidad culpabilizadora y sucia.

Los estadounidenses Earle y Earle (1995) afirman claramente en sus investigaciones que el adicto no nace, se hace. Por tal motivo de Estados Unidos llegan libros como: Adictos al amor, Las mujeres que aman demasiado o Sex Addiction Case Studies and Managemet; incluso la Nacional Council of Sexual Addiction, emplea explicaciones o apoya las tesis de los acontecimientos traumáticos los abusos como origen de esta dependencia. (NCSA, 2003).

De la misma manera que ocurre con otros muchos trastornos psicológicos, no hay una sola causa que lleve a que la mujer padezca ninfomanía. Hay varios factores que sí pueden influir.

- Haber pasado por situaciones estresantes e incluso traumáticas que desencadenan la obsesión.
- Haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia.
- Baja autoestima, cuando esto pasa, la mujer busca ganar seguridad y reconocimiento a través de sus conductas sexuales. Sólo el mero hecho de sentirse deseada hace que ella se sienta mejor, se sienta valorada y pone así un parche equivocado a sus problemas de autoestima, confianza en ella misma y vacío emocional.
- Reciente ruptura de pareja. El sentimiento de soledad y la falta de afecto provocada por la ruptura la busca en sus comportamientos sexuales.
- Componente biológico, de la misma manera que pasa en el Trastorno Obsesivo Compulsivo, en la ninfomanía no se descarta que pueda existir un desequilibrio en los neurotransmisores a nivel cerebral y también actividad epiléptica en el lóbulo temporal, área que, junto al lóbulo frontal, desempeña una labor imprescindible en el control y regulación del deseo sexual.

Al no ser considerada oficialmente un trastorno, la adicción al sexo no tiene criterios diagnósticos propios. No obstante, los expertos han identificado diferentes signos y síntomas característicos de la hipersexualidad.

La masturbación y la práctica de sexo excesivas son el síntoma principal de la adicción al sexo. La persona ocupa la mayor parte de su tiempo en la búsqueda de gratificación sexual, por ejemplo, visitando páginas pornográficas e intentando encontrar parejas sexuales (incluyendo profesionales de la prostitución), y es incapaz de abandonar estas actividades a pesar de que lo intente en múltiples ocasiones.

Las personas con ninfomanía descuidan sus obligaciones y responsabilidades en favor de su adicción, y mantienen sus conductas compulsivas a pesar de las consecuencias negativas que estas tienen para su vida; entre otras, es habitual que quienes tienen hipersexualidad sean infieles de forma repetida a sus parejas o que les resulte difícil conectar de forma íntima con ellas.

La adicción al sexo facilita la aparición de parafilias, es decir, la obtención de placer sexual a partir de fuentes atípicas (como el dolor u objetos específicos), y de conductas

clasificables como acoso, sobre todo si el deseo sexual se focaliza en personas concretas.

En suma, vemos que los principales síntomas de la hipersexualidad son la masturbación compulsiva y la búsqueda ansiosa de relaciones sexuales sucesivas (con una misma persona o con distintas personas).

Todo ello se considera una disfunción sexual siempre y cuando provoque un malestar clínicamente significativo en la persona e interfiera con sus actividades cotidianas o con sus relaciones interpersonales más cercanas. Así mismo puede generar problemas legales derivados de acoso sexual repetido.

Además, las conductas sexuales pueden estar relacionadas con otras conductas adictivas, como el consumo de sustancias psicoactivas: en ocasiones, el consumo de sustancias psicoactivas es lo que desencadena la búsqueda obsesiva de encuentros sexuales.

Y, al contrario, las conductas sexuales pueden provocar un malestar emocional, que es posteriormente canalizado mediante el consumo de sustancias.

En sentido general, los síntomas más comunes de la ninfomanía son:

- Sentir un deseo sexual demasiado intenso, incansable e insaciable. Deseo que se tiene que satisfacer a través de la búsqueda continua de relaciones sexuales, a través del acto sexual, la masturbación o incluso la pornografía.
- Pensamientos recurrentes y obsesivos relacionados con el sexo. Estos pensamientos o fantasías sexuales son no deseados, involuntarios y provocan malestar e incapacidad para poder prestar atención y mantener la concentración en otras cosas.
- Vida sexual aparentemente plena, pero con una sensación de insatisfacción sexual constante por parte de la mujer.
- Dedicar más tiempo de lo habitual en experiencias sexuales, lo que conlleva a relegar a un segundo plano el tiempo dedicado a la vida laboral, familiar,

amistades y otros hobbies y/o aficiones. De esta manera el sexo pasa a ser lo más importante de todo.

- Sentimiento de vergüenza y arrepentimiento al finalizar las conductas sexuales, pero incapacidad para poder frenarlas y decir “NO” en las siguientes ocasiones y oportunidades.
- Aumento desmedido del deseo sexual. La persona experimenta una necesidad incontrolable de mantener sexo, ya sea a través de las relaciones sexuales, la masturbación o el consumo de pornografía.
- Obsesiones sexuales. Se trata de pensamientos no deseados que provocan un malestar significativo o fantasías sexuales que aparecen reiteradamente y le impiden a la persona concentrarse en otras actividades.
- La ninfómana no solo piensa en el sexo sino que experimenta una pulsión difícil de dominar que la impulsa a la búsqueda constante de relaciones sexuales, que suelen terminar en conductas de riesgo.
- Insatisfacción sexual permanente. Aunque la mujer mantiene relaciones sexuales que podrían calificarse como satisfactorias, no encuentra en ellas la satisfacción sexual o emocional que buscaba, lo cual perpetúa el círculo vicioso de la ninfomanía.
- Excitación sexual persistente. Las propias obsesiones sexuales hacen que estímulos que no tienen ninguna connotación sexual, sean excitantes para la mujer.
- Vergüenza y sensación de inadecuación. Estos sentimientos suelen estar provocados por la incapacidad para controlar los deseos. Como resultado, después del acto sexual, la mujer suele avergonzarse o arrepentirse.

Si entendemos la ninfomanía o hipersexualidad como una adicción al sexo, podemos explicar el desarrollo de este trastorno a partir de la actividad dopaminérgica cerebral. La dopamina es un neurotransmisor implicado en el placer y el refuerzo; nuestro organismo la secreta cuando comemos, cuando consumimos algunas sustancias o cuando tenemos un orgasmo.

El componente biológico de las adicciones se atribuye a la búsqueda de las sensaciones asociadas a la dopamina. Cuando una persona se vuelve adicta a una conducta o estímulo, adquiere una dependencia de tipo físico y/o psicológico y desarrolla también tolerancia al objeto de adicción; esto significa que para obtener el mismo efecto fisiológico requiere una dosis cada vez mayor.

La hipersexualidad también puede darse como consecuencia del consumo de fármacos agonistas de la dopamina, como los que se usan para tratar la enfermedad de Parkinson, así como de lesiones en los lóbulos frontal y temporal del cerebro, que se ocupan de regular el impulso sexual.

En muchos casos la ninfomanía aparece como un síntoma secundario de otros trastornos psicológicos. En particular destacan las demencias, el trastorno límite de personalidad, el autismo, el trastorno bipolar y los síndromes de Klüver-Bucy y de Kleine-Levin. La adicción al alcohol y otras drogas también puede facilitar el desarrollo de hipersexualidad.

Las causas de la hipersexualidad no son claras, pero, tal como ocurre con otras disfunciones sexuales, suele deberse a elementos de tipo psicosocial -por ejemplo, la socialización relacionada con el género y con cómo se vive la sexualidad, y también puede haber elementos psicológicos relacionados con experiencias sexuales pasadas.

Entre estas últimas se encuentran desde las experiencias de abusos sexuales hasta el de rechazo o fracaso de la vida sexo afectivo posterior. Por otro lado, la hipersexualidad ha sido definida también como una situación relacionada con el poco control sobre los impulsos.

Por otro lado, la hipersexualidad también se ha relacionado con el uso de sustancias agonistas de la dopamina, que pueden prescribirse en algunos trastornos neurodegenerativos como el Parkinson. Esto último se ha relacionado especialmente con varones jóvenes.

Las mujeres de menos de 30 años, con una historia familiar o personal matizada por la existencia de trastornos mentales y que hayan vivido experiencias de vida traumáticas, son más propensas a desarrollar la ninfomanía.

Al igual que la mayoría de los trastornos psicológicos, las causas de la ninfomanía están determinadas por una multiplicidad de factores.

Al tener varios puntos en común con el trastorno obsesivo-compulsivo, no se descarta que pueda existir en su base un componente biológico, dado por un desequilibrio en los neurotransmisores.

De hecho, a lo largo de la historia la ninfomanía se ha relacionado con estados maníacos y la presencia de daños a nivel cerebral. En algunas investigaciones también se ha podido apreciar que el 90% de los casos de orgasmos espontáneos están provocados por una actividad epiléptica en el lóbulo temporal, un área que, junto al lóbulo frontal, desempeña un papel fundamental en la regulación de la libido. Desde esta perspectiva, se hipotetiza que la ninfomanía sería una ruptura del equilibrio cerebral entre la excitación y la inhibición sexual.

Sin embargo, los aspectos biológicos no son sino un factor predisponente. A menudo la ninfomanía está vinculada a situaciones estresantes, que son las que realmente desencadenan esa obsesión por el sexo. Una situación vital que haya sido vivida de forma traumática puede dejar profundas huellas emocionales y la mujer puede pretender curarlas recurriendo al sexo. A veces estos traumas tienen su origen en un abuso sexual sufrido en el pasado.

En muchos casos, detrás de la ninfomanía se esconde la pérdida de la pareja o una ruptura amorosa particularmente dolorosa. Entonces la mujer intenta suplir la falta de afecto a través de las relaciones sexuales, busca en la masturbación o en el sexo lo que no encuentra en el terreno afectivo. Sin embargo, estas experiencias normalmente no suelen satisfacerla, por lo que termina sumida en un círculo vicioso que la conduce a la adicción al sexo.

En otras ocasiones, la mujer busca el sexo como forma de reconocimiento, para ella el hecho de sentirse deseada es una manera de sentirse valorada, una manera de tapar un vacío emocional y la falta de autoestima.

Un estudio realizado recientemente por investigadores de la Johannes Gutenberg-University Mainz también ha sugerido que el aumento de los casos de ninfomanía que

se ha producido en los últimos años puede estar relacionado con lo que se conoce como la “new porn culture”, un fenómeno que se ha generalizado entre las nuevas generaciones. Estos psicólogos encuestaron a casi 1.000 mujeres y hallaron que a más consumo de pornografía, mayores probabilidades de desarrollar comportamientos típicos de la hipersexualidad.

Dificultades para concentrarse. Los problemas para concentrarse suelen aparecer como resultado de la monopolización de la mente por parte de la sexualidad. A la persona que sufre una obsesión le resulta difícil dirigir su atención hacia temas ajenos a esta, en este caso, la sexualidad.

Problemas en las relaciones interpersonales. A menudo, el estilo de vida que siguen las ninfómanas no es aprobado por sus amigos o familiares, lo cual suele provocar discusiones y un distanciamiento que termina recluyendo a la mujer de su entorno social.

Comportamientos sexuales de riesgo. La ninfomanía, en tanto adicción sexual, puede hacer que la mujer tenga sexo desprotegido, lo cual, unido a la promiscuidad, aumenta considerablemente el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como el sida (VIH) o el HPV.

Síntomas depresivos. En muchos casos, la ninfomanía está asociada a trastornos del estado de ánimo, fundamentalmente la depresión ya que la soledad, el aislamiento social y la falta de sentido de la vida se convierten en problemas que el sexo no logra ocultar.

Incapacidad para realizar normalmente otras actividades. El hecho de que la mujer necesite dedicarle cada vez más tiempo al sexo, hace que descuide otras actividades, como el trabajo. Por eso, no es extraño que termine perdiéndolo.

Disminución de la atención y de la concentración, lo que interfiere en la productividad laboral y/o rendimiento académico. Y es que a través de los pensamientos obsesivos, la mujer sólo piensa en sexo, sexo y más sexo.

Conflictos en las relaciones sociales interpersonales. Se alejan de sus amistades, se aíslan, aumento de las discusiones familiares.

Conductas sexuales de riesgo, esto es, practicar sexo sin ningún tipo de protección con desconocidos, promiscuidad, lo que lleva a una alta probabilidad de embarazos no deseados y el riesgo a poder contraer enfermedades de transmisión sexual: VIH, HPV.

Depresión y problemas del estado de ánimo.

La adicción al sexo es más frecuente en hombres que en mujeres. Su prevalencia global es alta y se estima que solo en Estados Unidos existen 17 a 37 millones de personas afectadas. Este número es mayor que el total combinado de estadounidenses adictos a los juegos de azar (ludopatía) o que tienen trastornos de la conducta alimentaria (Barrilleaux, 2016).

Algunos investigadores estiman que entre el 3% y 6% de la población general de Norteamérica sufre de alguna forma de adicción al sexo (masturbación compulsiva, múltiples affairs extramaritales, excesivo uso de pornografía) (Weinstein, 2014).

Internet no ha hecho más que complicar la situación. No se trata sólo de las webs de pornografía, sino de la práctica desinhibida del sexo con personas desconocidas, facilitada por contactos que se establecen a través de las redes sociales y sitios de citas (Echeburúa, 2012). Lo anterior se traduce en que hasta un 8% de los estadounidenses podrían estar experimentando adicción a Internet, incluidas adicciones sexuales “en línea” (Ahmad *et al.*, 2015).

### **2.3 Salud y sociedad**

Actualmente, las estrategias de tratamiento de personas con adicción al sexo incluyen farmacoterapia, psicoterapia cognitivo-conductual, enfoques de 12 pasos y terapia basada en la solución de problemas (Wilson, 2010). Lo más importante para el terapeuta es lograr establecer una buena alianza terapéutica con el paciente, desarrollar una escucha activa, no sermonear ni profetizar y evitar caer en discusiones sobre la moralidad.

Finalmente, la frase “más investigación es necesaria” es claramente aplicable a la adicción al sexo. No obstante, mientras los científicos e investigadores de todo el mundo se ponen de acuerdo en los aspectos teóricos de la adicción al sexo.

Los terapeutas, al fin y al cabo, deben enfocarse en lograr que el paciente establezca un equilibrio entre sus conductas sexuales y su contexto, individual (íntimo) y colectivo, a fin de que pueda restablecer una sexualidad plena, sin prejuicios de índole alguna, no discriminativa y sobre todo, responsable, sana para sí mismo y para los demás.

En algunos casos el tratamiento para la ninfomanía demanda el uso de medicación, generalmente se suele recurrir a los antidepresivos o ansiolíticos. De hecho, el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ha mostrado una gran eficacia en los casos más graves.

En El Prado Psicólogos asumimos una perspectiva integradora por lo que, si necesitas una ayuda adicional durante las primeras fases del tratamiento, contamos con la asistencia de un psiquiatra.

No obstante, el tratamiento psicológico es fundamental para superar la ninfomanía. De hecho, la terapia cognitiva es muy útil para cambiar las creencias irracionales que se encuentran en su base.

El tratamiento de la ninfomanía es similar al que se realizaría en adicciones de otro tipo, tanto conductuales como relativas a sustancias. Así, el foco principal es la abstinencia, al menos de forma temporal, así como la adquisición de hábitos saludables.

### 1. Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual es la orientación dominante en el tratamiento psicológico de las adicciones. Se centra en la interrelación entre la conducta, el pensamiento y la emoción. En los casos de adicción, la TCC consiste sobre todo en aumentar la motivación para el cambio y en el desarrollo de actividades gratificantes alternativas.

### 2. Terapia dialéctica conductual

La terapia dialéctica conductual, desarrollada por Marsha Linehan, es uno de los tratamientos que conocemos como ‘terapias cognitivo-conductuales de tercera

generación'. Se diferencia de la TCC clásica en su énfasis en las emociones y en la meditación mediante Mindfulness, así como en el entrenamiento en habilidades de manejo de los problemas.

### 3. Grupos de apoyo

Este tipo de terapia grupal es dirigida por expertos, que pueden ser psicoterapeutas o bien adictos recuperados. Los grupos de apoyo son muy útiles para las personas hipersexuales o con adicciones de otro tipo porque les ayudan a compartir sus problemas y posibles estrategias para manejarlos. Son especialmente eficaces para que la persona confronte sus negaciones y racionalizaciones con respecto a la adicción.

Muchos de estos grupos se basan en el esquema de los 12 pasos desarrollado por la comunidad Alcohólicos Anónimos, que fue uno de los primeros grupos en identificar la hipersexualidad como trastorno adictivo.

### 4. Terapia de pareja y marital

En casos de adicción al sexo, la terapia de pareja puede ser muy beneficiosa para mejorar la comunicación, la confianza y la satisfacción sexual entre la persona con ninfomanía y su compañera o compañero.

### 5. Medicación

Los fármacos antidepresivos pueden ser eficaces para reducir la hipersexualidad derivada del malestar emocional. Si la ninfomanía se da como consecuencia del trastorno bipolar o de alteraciones hormonales, en ocasiones se recetan estabilizadores del estado de ánimo y terapias hormonales (en particular antiandrogénicas), respectivamente. Sin embargo, el uso de fármacos solo debe ser iniciado por indicación médica.

## **2.4 Búsqueda incesante del placer: del orgasmo a la insatisfacción**

En las personas con adicción al sexo, éste se convierte en un remedio para reducir el malestar emocional, mientras que la actividad sexual se transforma en algo morboso y obsesivo. De este modo, se utiliza el sexo como una estrategia de afrontamiento del malestar psicológico (Reid, Harper, & Anderson, 2009).

La adicción al sexo puede manifestarse de múltiples formas: desde la masturbación compulsiva, las relaciones promiscuas breves con múltiples parejas heterosexuales u homosexuales, los encuentros sexuales con personas desconocidas o la frecuentación habitual de prostíbulos, hasta el uso de pornografía (vídeos, revistas, ciberporno) o de líneas telefónicas eróticas, en donde se intentan satisfacer fantasías sexuales de toda índole.

La persona afectada pierde varias horas todos los días en la búsqueda del objetivo sexual. El orgasmo genera insatisfacción y éste, a su vez, la búsqueda compulsiva del placer (Echeburúa, 2012).

Finalmente, la persona adicta se enfrenta a consecuencias negativas en su vida diaria: pérdida de la pareja, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, problemas legales, y trastornos mentales comórbidos (como la depresión y el intento de suicidio).

Todo esto se ve asociado a una alteración del cuidado general de la salud de la persona y a un detrimento en su funcionamiento social, académico, familiar o laboral (Miles, Cooper, Nugent, & Ellis, 2016).

# **SEGUNDA PARTE**

## **METO**

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

- Analizar la perspectiva que tienen los hombres de Tejupilco, México hacia la mujer que padece el trastorno ninfomaniaco.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar la ideación que tiene el hombre hacia la ninfomanía
- Conocer la actitud negativa hacia la mujer ninfomaniaca.
- Conocer la actitud positiva hacia la mujer ninfomaniaca.

## **Planteamiento del problema**

Intentar definir la adicción al sexo es un problema, puesto que no existe consenso general en la comunidad científica sobre lo que es y, en consecuencia, sobre cómo debe ser tratada (Barrilleaux, 2016).

La adicción al sexo supone el desarrollo de conductas sexuales irrefrenables utilizadas para producir auto gratificación. Se trata de conductas estereotipadas que escapan del control del individuo, que interfieren en su vida diaria, pero que no puede dejar de practicar pese a los aspectos negativos implicados. Entre ellos están: sentimientos de culpa, inminente ruptura de pareja, daño ocasionado a la familia, temor a enfermedades de transmisión sexual, problemas económicos o amenaza de pérdida de empleo.

Implica además conductas, pensamientos y fantasías sexuales recurrentes, y una urgencia por llevar a cabo conductas sexuales. Echeburúa (2008) insiste en que el adicto al sexo es como un alcohólico que se caracteriza por una hipersexualidad que, al no saciarse, está permanentemente presente en el sujeto, que prescinde por completo de la ternura en la relación íntima y que manifiesta una pérdida de control.

Desde el siglo XIX, prominentes sexólogos como Richard von Krafft-Ebing (1840–1902), Havelock Ellis (1859–1939) y Magnus Hirschfeld (1868–1935) han descrito múltiples comportamientos sexuales persistentes y no normativos, así como innumerables ejemplos de hombres y mujeres cuyo apetito sexual era excesivo e

inadaptado (sin llegar a ser una parafilia como lo son la pedofilia, el exhibicionismo, las prácticas sadomasoquistas, entre otros) (Kafka, 2010).

La adicción al sexo incluye un patrón repetitivo las fantasías sexuales en respuestas a los estados de ánimo, el sadomasoquismo está dentro de aquel patrón pues dentro de este trastorno forma una relación sexual incluye diversas prácticas consensuadas entre los miembros de la pareja, las cuales se relacionan con el poder, los juegos de sumisión y el dolor por placer.

Se elabora con el fin de enriquecer un poco el tema de la sexualidad y el exceso de libido en la mujer, ya que esto se ve constantemente reprimido e incluso ignorado, creyendo que solo es un mal hábito haciendo un lado los factores que influyen más allá que el simple término de una mujer promiscua. Creando conciencia que se trata de un trastorno donde el cual por falta de educación sexual e información se tiene una perspectiva negativa por el hecho de que sea mujer.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la perspectiva de los hombres hacia la mujer ninfomaníaca del municipio de Tejupilco, México?

### **Hipótesis**

H0: La perspectiva del hombre hacia la mujer ninfomaníaca es negativa.

H1: La perspectiva del hombre hacia la mujer ninfomaníaca es positiva.

### **Variables**

#### **Variable conceptual**

#### **Ninfomanía**

Faria (2009) menciona que la ninfomanía, también llamada deseo sexual hiperactivo, es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por un exceso de apetito sexual, deseo

compulsivo o adicción por el sexo, esto ocurre sin haber alteraciones a nivel de las hormonas sexuales que puedan justificar este problema.

### **Tipo de estudio**

La presente investigación fue de tipo descriptivo, ya que se identificó y conoció la perspectiva que tienen los hombres de Tejupilco, México hacia las mujeres que padecen el trastorno de ninfomaniaco, de esta manera tener un punto más confiable a la hora de analizar cuáles son las características y las formas de conducta más destacables.

### **Diseño de investigación**

La investigación fue de tipo cualitativo-descriptivo, pues la finalidad de dicha investigación estuvo orientada a conocer más a profundidad sobre este tema, pero esto basándose en la comunidad de origen, centrándose en características o situaciones de diferentes sujetos en un momento concreto, compartiendo todos los sujetos en el mismo momento.

### **Instrumento**

La técnica de grupos focales es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos (Ver anexo).

Kitzinger (1995) lo define como una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información.

Para Martínez (2012) menciona que el grupo focal es un método de investigación colectivista, más que individualista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto.

La técnica es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera. El trabajar en grupo facilita la discusión y activa a los participantes a comentar y opinar aún en aquellos temas que se consideran como tabú, lo que permite generar una gran riqueza de testimonios. El grupo focal es particularmente sensible para el estudio de actitudes y experiencias, están más indicados para examinar cómo se desarrollan y operan las ideas en un determinado contexto cultural así también explora cómo se construyen estas opiniones (Kitzinger, 1995)

### **Población**

Se tomó en cuenta a hombres del municipio de Tejupilco, México que tuvieran una edad entre 22 a 27 años, que mantengan una vida sexual activa, que sepan leer y escribir y tuvieran estudios de licenciatura.

### **Muestra**

Se realizó con 30 hombres que fueran originarios del municipio de Tejupilco, México, que tuvieran disposición en participar en esta investigación, específicamente en la técnica mencionada.

### **Captura de la información**

Para llevar a cabo la investigación se realizó un grupo focal en tres diferentes ocasiones y con diferentes sujetos, pero con el mismo tema en común, en la mencionada práctica se les explicó a los sujetos que las opiniones expuestas en el mismo son únicamente para fines de la investigación y serán confidenciales.

En esta técnica se les realizó un esquema de 28 preguntas previamente estructuradas con las cuales se logró recabar la información necesaria para poder llevar a cabo la realización de la descripción concreta del tema.

### **Procesamiento de la información**

Una vez que se obtuvo la información requerida se continuo con la elaboración de una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 20, con el cual se llegó a una conclusión acerca de la actitud favorable o desfavorable hacia la mujer ninfómana desde la perspectiva del hombre, posteriormente se tomaron en cuenta las ideas descritas para así poder realizar la descripción pertinente y de esta forma lograr dicho objetivo de la investigación.

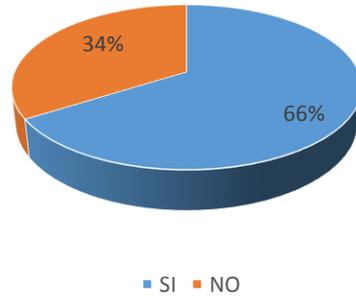
### **Dificultades previstas**

Una de las dificultades previstas es la integración del marco teórico pues que el tema en si no es muy rico en información sustentos y o fuentes de búsqueda, esto además de que la comunidad con la que se trabajara es un tanto cerrada a compartir opiniones certeras respecto a la temática sexual.

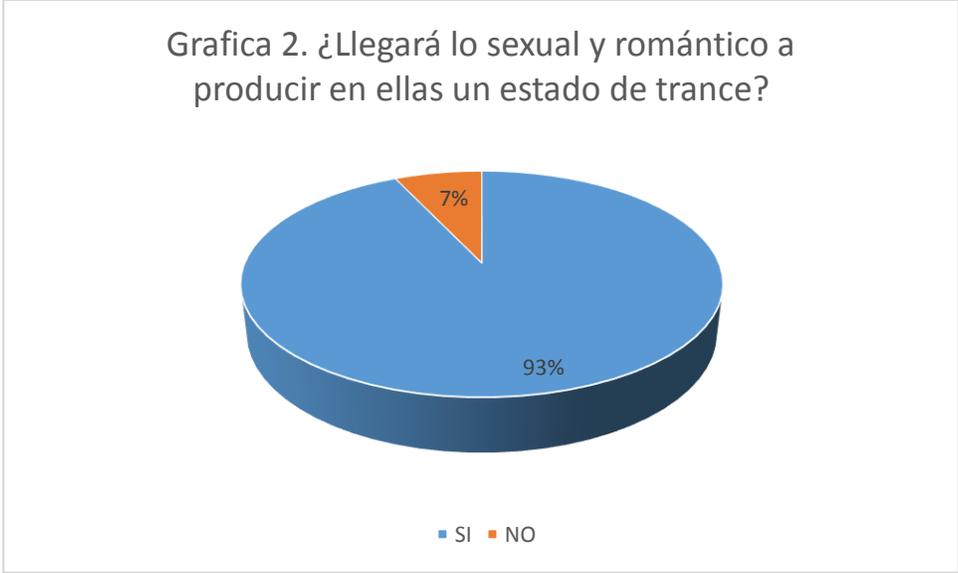
### **Análisis de resultados**

La perspectiva hacia la sexualidad femenina se considera relativamente negativa tras señalar a las mujeres como promiscuas, sin embargo, hablando como una enfermedad la adicción al sexo también conocido como ninfomanía, la perspectiva del hombre debe ser considerada puesto que se habla acerca de un trastorno sexual según el DSM-V. Es por ello que los resultados a los que se llegaron en esta investigación son los siguientes:

Grafico 1. ¿Consideras que las personas ninfómanas han tratado alguna vez de poner un límite a sus actividades sexuales o a la frecuencia con la que ven a alguien?

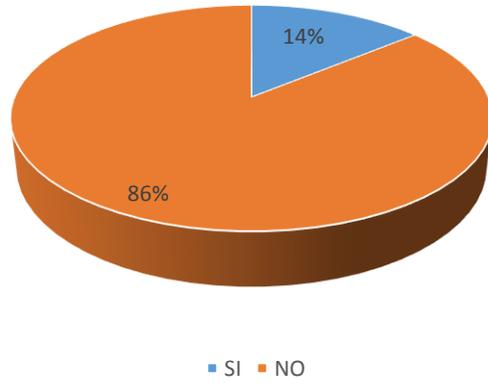


La grafica 1 indica que el 66% de sujetos considera que las mujeres ninfómanas si ponen límites a sus actividades sexuales, mientras el 34% comentan que las mujeres ninfómanas no ponen límites.



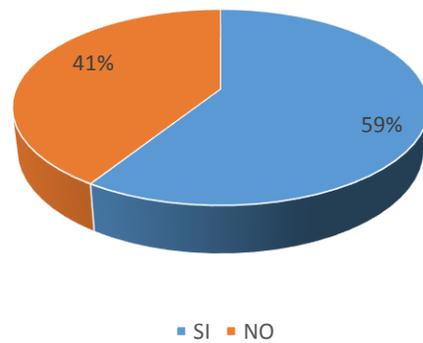
La grafica 2 indica que el 93% de los hombres mencionan que las mujeres ninfómanas si llegara lo sexual y lo romántico a producir en ellas un estado de trance, por otro lado, el 7% indican que no llegan las mujeres ninfómana a lo sexual y lo romántico a producir en ellas un estado de trance.

Grafico 3. ¿Se habrán sentido alguna vez “obligadas” a mantener relaciones sexuales?



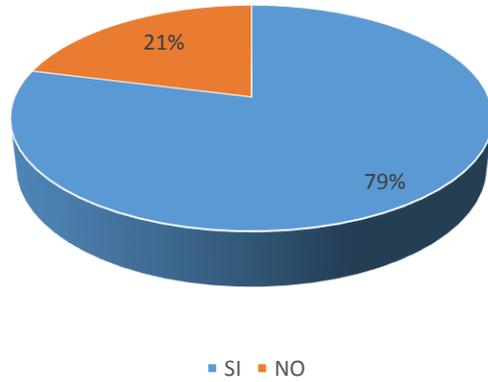
En la gráfica 3, indica que el 14% la mujer ninfómana si habrá sentido alguna vez obligadas a mantener relaciones sexuales, mientras que el 86% refieren que la mujer ninfómana no se habrá sentido obligada a mantener relaciones sexuales.

Grafico 4. ¿Tendrán una lista escrita o de cualquier otra forma, con el número de parejas que ha tenido?



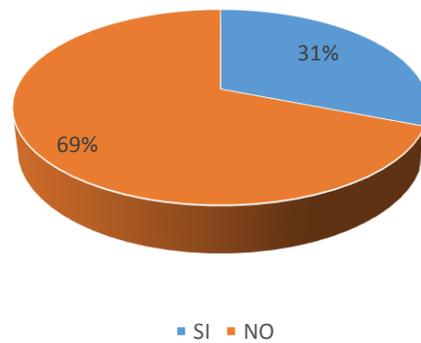
La grafica 4 indica que el 59% de los sujetos menciona que la mujer ninfómana si mantiene una lista de las parejas sexuales, alude que el 41% de las mujeres ninfómanas no tienen ninguna lista de sus parejas que han tenido.

Grafica 5. ¿Reincide una y otra vez en relaciones sexuales que no les convienen?



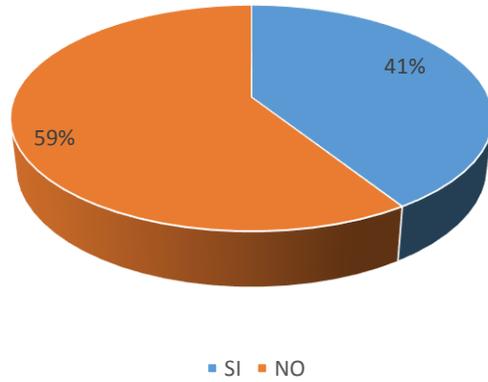
En la gráfica 5 muestra que el 79% los hombres refieren que las mujeres ninfómanas si reincide una y otra vez en las relaciones sexuales que no les convienen, mientras que el 21% indican que no reinciden una y otra vez en relaciones sexuales que no les convienen.

Grafico 6. ¿Crees que no se siente vivo “de verdad” a menos que se encuentre en compañía de su pareja sexual?



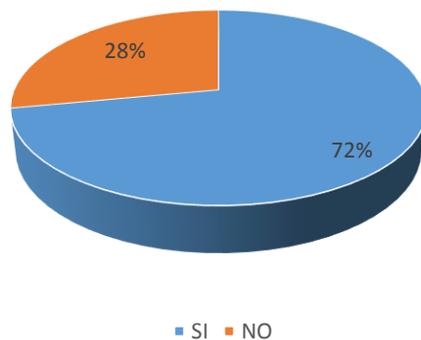
La grafica 6 induce que el 31% de los sujetos considera que las mujeres ninfómanas si se siente vivo de verdad a menos que se encuentre en compañía de su pareja sexual, mientras que el 69% no se siente vivo de verdad a menos que se encuentre en compañía de su pareja sexual.

Grafica 7. ¿Crees que tienen un derecho especial a disfrutar del sexo?



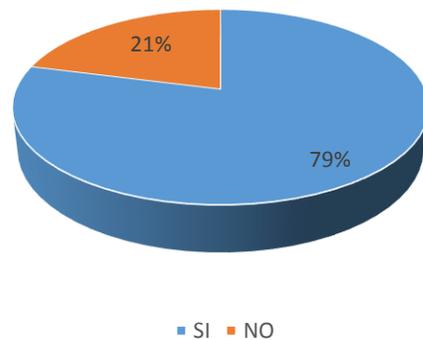
La grafica 7 refiere que el 41% de los hombres creen que las mujeres ninfómanas si tienen derecho especial a disfrutar del sexo, mientras el 59% mencionan que no tienen derecho especial a disfrutar del sexo.

Grafica 8. ¿Crees que los problemas que experimentan en su vida amorosa se deben a que no disfrutan del tipo de relación sexual?



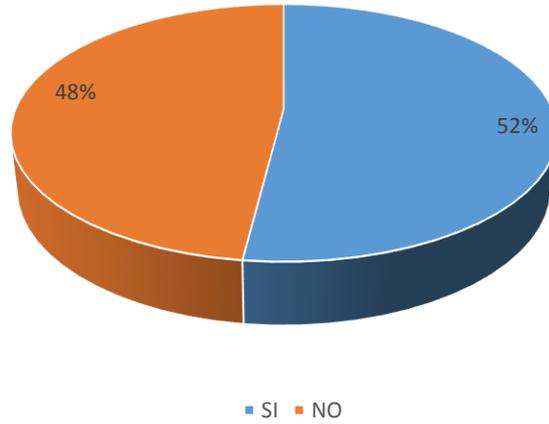
En la gráfica 8 indica que el 72% de los sujetos refiere que si creen que los problemas que experimentan en su vida amorosa se deben a que disfrutan del tipo de relación sexual, por otro lado, el 28% creen que los problemas que experimentan en su vida amorosa no se deben a que no disfrutan del tipo de relación sexual.

Grafica 9. ¿Habrán destruido o puesto en peligro por sus aventuras alguna relación seria en alguna ocasión?



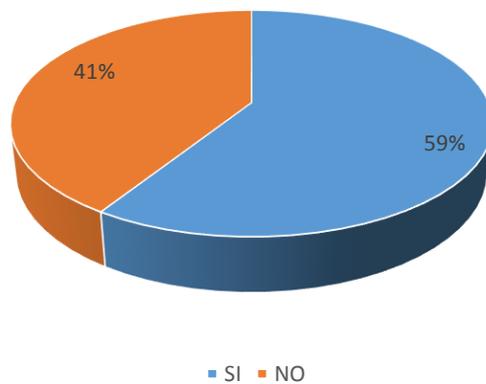
En la gráfica 9 indica que el 79% de los hombres mencionan que las mujeres ninfómanas si habrá destruido o puesto en peligro por sus aventuras alguna relación seria en alguna ocasión, mientras que el 21% refiere que las mujeres ninfómanas no habrán destruido o puesto en peligro por sus aventuras alguna relación seria en alguna ocasión.

Grafica 10. ¿Crees que su vida carecería de sentido sin las aventuras sexuales?



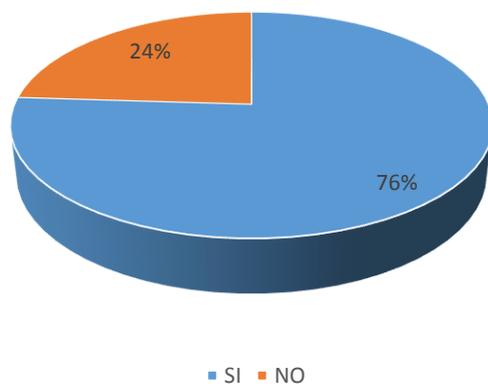
La grafica 10 muestra que el 52% de los sujetos creen que la vida de la mujer ninfómana su vida si carecería de sentido sin las aventuras sexuales, donde el 48% creen que la vida de la mujer ninfómana su vida no carecería de sentido sin las aventuras.

Grafica 11. ¿Afectara su conducta sexual o romántica a su reputación?



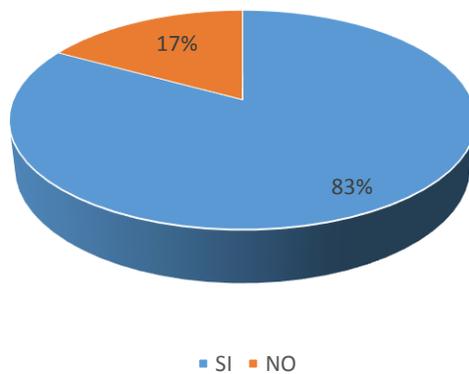
La grafica 11 señala que un 59% de las personas mencionan que a las mujeres ninfómanas su conducta sexual o romántica si les afecta en su reputación, por otro lado, el 41% señala que su conducta sexual o romántica no les afecta en su reputación.

Grafica 12. ¿Trataran de solucionar o de huir de los problemas de la vida a través del sexo?



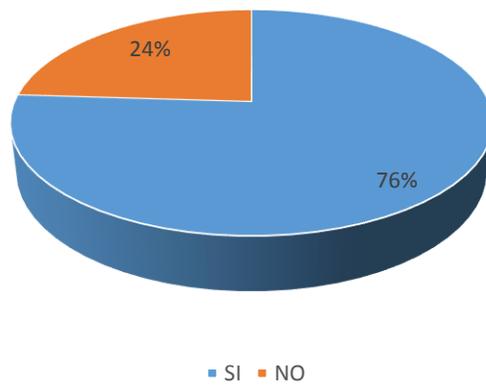
La grafica 12 señala que el 76% de los sujetos señalan que la mujer ninfómana si trata de solucionar o huir de sus problemas de la vida a través del sexo, en donde el 24% indican que la mujer ninfómana no trata de solucionar o huir los problemas de su vida a través del sexo.

Grafica 13. Para alcanzar un nivel aceptable de alivio físico y emocional, ¿necesitaran cada vez más una mayor variación en sus actividades sexuales y románticas e invertir una dosis cada vez mayor de energía y esfuerzo?



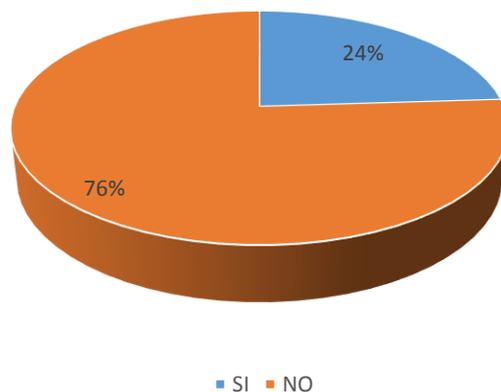
La grafica 13 indica que el 83% de las personas encuestadas señalan que para alcanzar un nivel aceptable físico y emocional si necesitan cada vez más una mayor variación en sus actividades sexuales y románticas e intervenir una dosis cada vez mayor de energía y esfuerzo, por otro lado el 17% describen que para alcanzar un nivel aceptable físico y emocional no necesitan cada vez más una mayor variación en sus actividades sexuales y románticas e intervenir una dosis cada vez mayor de energía y esfuerzo .

Grafica 14. ¿Necesitaran el sexo para sentirse más mujer?



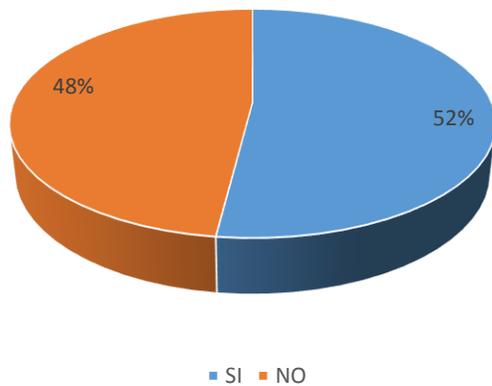
En la gráfica 14 refiere que el 76% de los hombres indican que las mujeres ninfómanas si necesitan el sexo para sentirse más mujer, mientras que el 24% de las mujeres ninfómanas no necesitan el sexo para sentirse más mujer.

Grafica 15. ¿Le resultara imposible concentrarse en otros aspectos de la vida a causa de los sentimientos o pensamientos que tiene por el sexo?



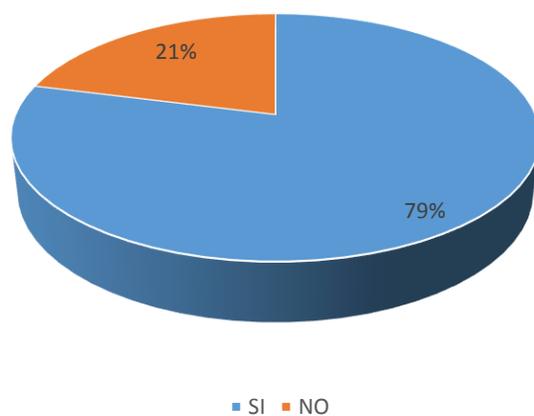
La grafica 15 señala que el 24% de los sujetos indican que a la mujer ninfómana si le resultaría imposible concentrarse en otros aspectos de su vida a causa de los pensamientos que tiene por el sexo, mientras que el 76% no le resultaría imposible concentrarse en otros aspectos de su vida a causa de los sentimientos o pensamientos que tienen por el sexo.

Grafica 16. ¿Les obsesionara alguna persona o algún acto sexual concreto aunque estos pensamientos le ocasionen dolor, ansiedad o malestar?



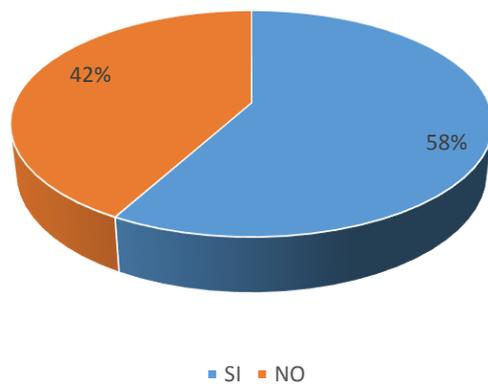
Grafica 16 indica que el 52% de los sujetos refieren que la mujer ninfómana si le llega a obsesionar alguna persona o algún acto sexual, aunque ocasionen pensamientos de ansiedad, mientras el 48% indica que la mujer ninfómana no le llega a obsesionar alguna persona o algún acto sexual, aunque ocasionen pensamientos de ansiedad.

Grafica 17. ¿Habrán sentido alguna vez deseos de interrumpir o al menos limitar sus actividades sexuales?



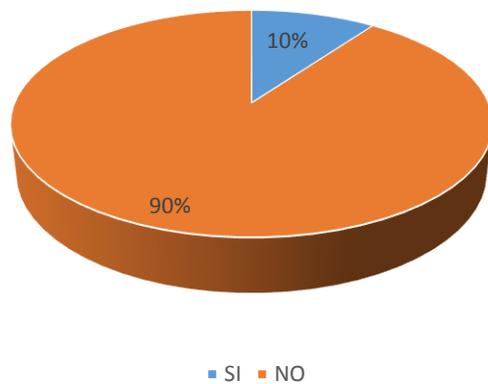
La grafica 17 señala que el 79% de los hombres refiere que la mujer ninfómana si han sentido alguna vez deseos de interrumpir o limitar sus actividades sexuales, el 21% no han sentido deseos de interrumpir sus actividades sexuales.

Grafica 18. ¿Cree en lo más profundo de su ser que nadie le va a aceptar tal como es?



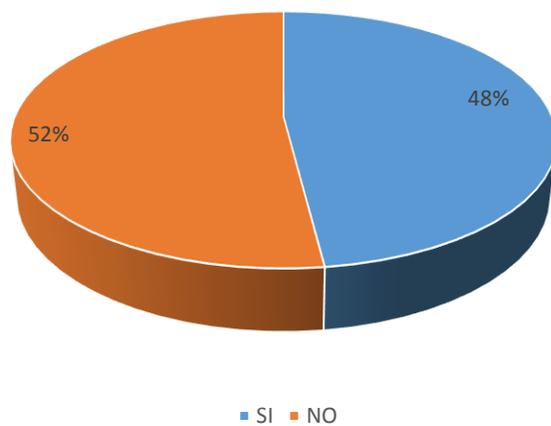
En la gráfica 18 indica que el 58% de los sujetos señalan que la mujer ninfómana si cree que nadie la va aceptar tal como es, mientras que el 42% refiere que la mujer ninfómana no cree que no la vallan aceptar tal y como es.

Grafica 19. ¿Cree que una persona ninfómana no poseé dignidad?



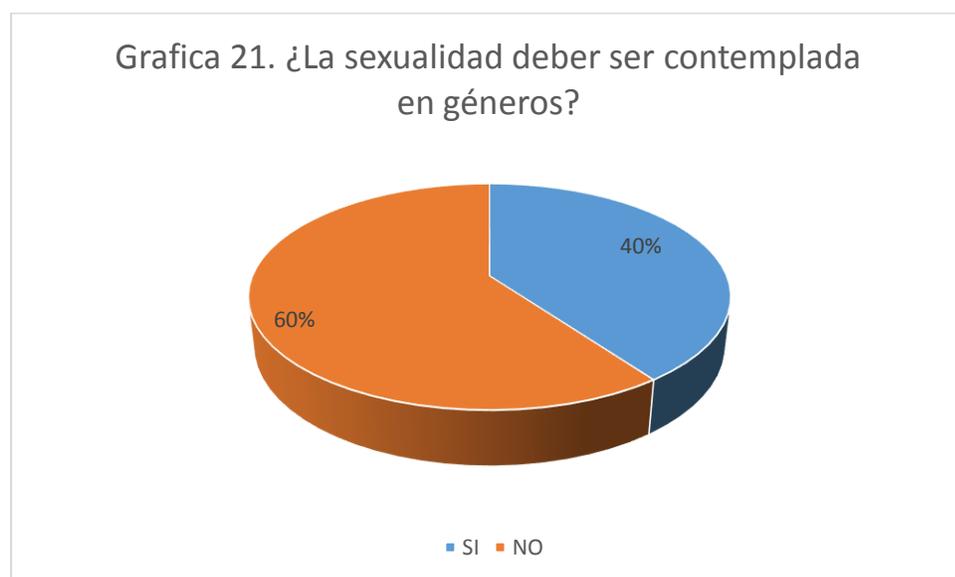
La grafica 19 señala que el 10% de los hombres creen que las mujeres ninfómanas si poseen dignidad, mientras el 90% mencionan que la mujer ninfómana no posee dignidad.

Grafica 20. ¿Cree que sus vidas es un caos a causa de su conducta sexual y romántica de sus excesivas dependencias emocionales?



La grafica 20 señala que el 48% de los sujetos creen que la mujer ninfómana su vida si es un caos a causa de su conducta sexual y romántica de sus excesivas dependencias

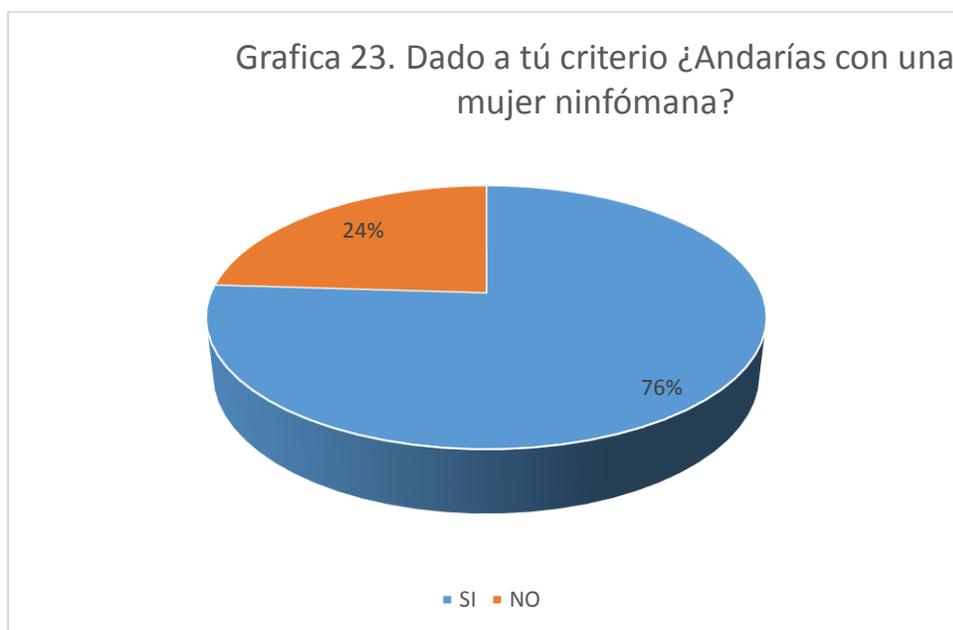
emocionales, donde el 52% no creen que su vida es un caos a causa de su conducta sexual y romántica de sus excesivas dependencias emocionales.



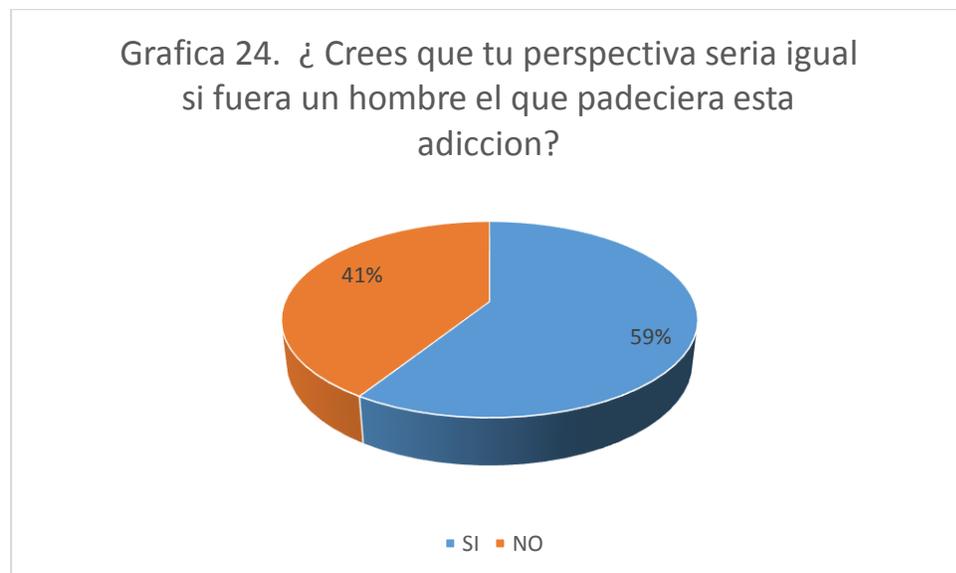
La grafica 21 señala que el 40% de los participantes refieren que la sexualidad si debe ser contemplada en género, mientras que el 60% refiere que la sexualidad no debe ser contemplada en géneros.



Grafica 22 indica que el 27% de los sujetos cree que su comportamiento sexual si es contra la moral, mientras 73% no creen que su comportamiento sexual no es contra la moral.

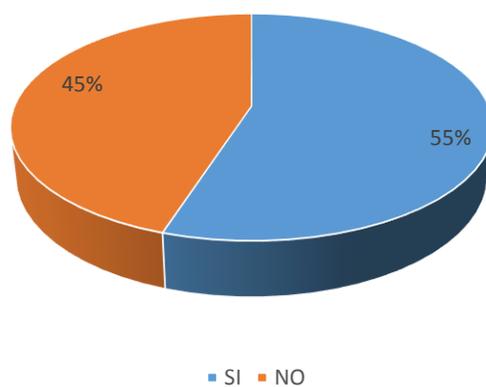


La grafica 23 indica que el 76% de los hombres mencionan que, si andaría con una mujer ninfómana, mientras un 24% no andaría con una mujer ninfómana.

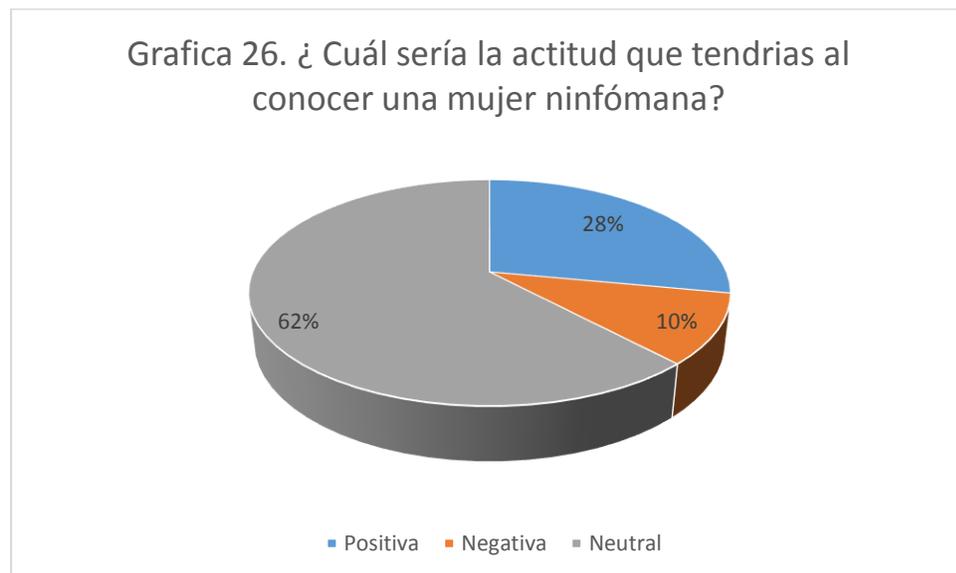


La grafica 24 señala que el 59% de los participantes si creen que su perspectiva sería igual si fuera un hombre el que padeciera esta adicción, mientras que el 34% no creen que su perspectiva sería igual si fuera un hombre el que padeciera esta adicción.

Grafico 25. ¿Crees que la ninfomanía sea un trastorno en el cual tenga solución?

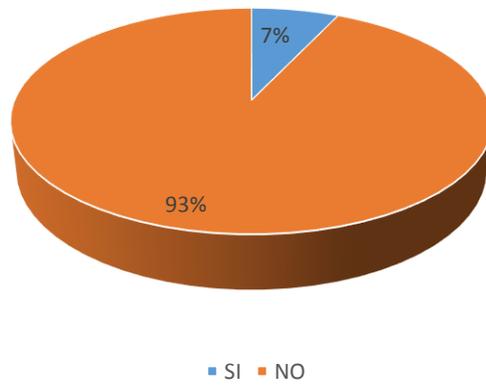


En la gráfica 25 indica que el 55% de los hombres si cree que la ninfomanía sea un trastorno en el cual tenga solución, mientras el 45% no cree que la ninfomanía sea un trastorno que tenga solución.



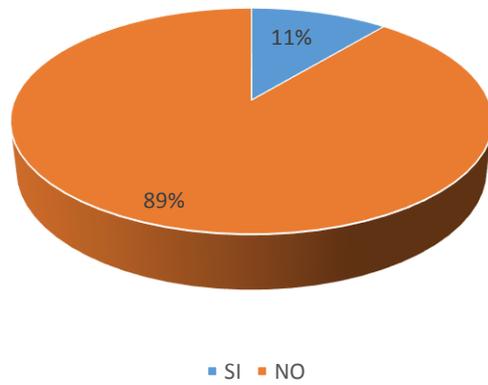
La grafica 26 indica que el 28% tendrían una actitud positiva al conocer una mujer ninfómana, mientras que el 10% su actitud seria negativa y un 62% mantendrían una actitud neutral al momento de conocer una mujer ninfómana.

Grafica 27. ¿La satisfacción sexual depende de la mujer?



En la gráfica 27 señala que el 7% de los participantes indica que la satisfacción sexual si depende de la mujer, por otro lado, el 93% menciona que la satisfacción sexual no depende de la mujer.

Grafica 28.- ¿La masturbación femenina debe ser culposa?



La grafica 28 indica el 11% de los hombres refiere que la masturbación de la mujer si debería ser culposa, mientras el 89% señala que la masturbación femenina no debería ser culposa.

## **Discusión**

En el presente análisis se lograron obtener resultados divididos en distintos grupos los cuales son:

- 1.- Límites (1, 3, 5, 15, 17 y 25)
- 2.- Romanticismo (2, 4 y 9)
- 3.- Satisfacción (6, 7 y 8)
4. Estabilidad (11, 12, 13, 14, 16, 20)
- 5.- Aceptación social (18, 19, 21, 22, 24, 27 y 28).

Se pretende objetar que, en la actualidad, en el municipio de Tejupilco, México, los hombres de acuerdo con las edades, los niveles académicos y formación académica, poseen más información sobre el tema de la ninfomanía, por tal motivo logran visualizar los casos desde otra perspectiva y de esta manera exteriorizan una opinión más respetuosa y responsable.

López (2017) refiere que muchas veces la ninfómana no tiene vida sexual activa. Habla de sexo todo el tiempo, incluso alardea de él, pero no pasa al acto. Es un delirio, es una composición intelectual, es un frenesí erótico. Pero el problema más grave es que generalmente obedece a un desorden mental del mismo calibre del que podría llevar a alguien a sentirse Napoleón o Jesucristo, y eso hace que no se encuentren a menudo verdaderas ninfómanas fuera de las áreas de competencia de los psiquiatras.

En el presente estudio se rescata que en el ámbito de los límites el 66% de los sujetos consideran que la mujer ninfómana si pone límites a su actividad sexual mientras que solo el 34% de ellos suponen que no lo hacen así, aunque cabe destacar que en el caso del 66% aún existe un límite por medio ellas no en todos los casos cumplen con este, es decir que a diferencia de cómo lo menciona el anterior autor, en la actualidad la mujer ninfómana si consume el acto sexual.

Por otro lado, Rosario (2016) opone la idea común en que la ninfómana es vista como alguien a quien nada le es suficiente, una percepción en que puede ser considerada como la suma de todas estas experiencias sexuales distintas, de modo que puede decir que ha tenido un solo amante: la promiscuidad no sería más que la insistencia de un mismo y único goce. No obstante, la definición oscila hacia otro polo cuando se sostiene que la ninfomanía era no sentir, es decir, se ubicaría tanto en la posición de una repetición que se instala en la búsqueda de una satisfacción que nunca es suficiente, como en la búsqueda de un placer que siempre está ausente, con el agregado de una sensación de soledad abrumadora.

En comparación a esto en los resultados obtenidos podemos observar que en efecto solo el 31% de los sujetos consideran que la satisfacción obtenida de una mujer ninfómana es la correcta según su criterio mientras que el 69% consideran que ellas no consiguen esa satisfacción, de la misma manera se observa que en muchos de los casos se cree que aunque el deseo de la mujer ninfómana es el acto sexual, el 93% de los sujetos consideran que la mujer ninfómana si busca una relación romántica estable, puesto que también desean la estabilidad amorosa con la pareja que eligen.

La ninfomanía supone el desarrollo de conductas sexuales irrefrenables utilizadas para producir auto gratificación. Se trata de conductas estereotipadas que escapan del control del individuo, que interfieren en su vida diaria, pero que no puede dejar de practicar pese a los aspectos negativos implicados. Entre ellos están: sentimientos de culpa, inminente ruptura de pareja, daño ocasionado a la familia, temor a enfermedades de transmisión sexual, problemas económicos o amenaza de pérdida de empleo (Echeburúa, 2012).

Implica además conductas, pensamientos y fantasías sexuales recurrentes, y una urgencia por llevar a cabo conductas sexuales. Echeburúa insiste en que “el adicto al sexo es como un alcohólico que se caracteriza por una hipersexualidad que, al no saciarse, está permanentemente presente en el sujeto, que prescinde por completo de la ternura en la relación íntima y que manifiesta una pérdida de control” (Echeburúa, 1999).

Basándonos en lo que Echeburúa menciona y en los resultados obtenidos se podría señalar que en efecto 76% de los sujetos consideran que en efecto, la mujer ninfómana utiliza el acto sexual para así poder ignorar los problemas cotidianos que se presentan en sus vidas lo que al mismo tiempo se puede ver afectado por el hecho de que el 58% de los sujetos cree que la mujer ninfómana no será aceptada por la sociedad y un 42% cree que esta misma si será aceptada, así mismo tan solo un 24% piensa que las mujeres ninfómanas no buscan en su sexualidad una ventana para evadirse de las dificultades diarias.

Por el contrario de los porcentajes que se encuentran en la descripción anterior se debe mencionar que algo que causo un poco de controversia es que aunque en la mayoría de los casos los sujetos con los que se llevó a cabo el estudio consideran que la ninfomanía en completo no es muy aceptada por toda la sociedad, es bien aceptada por ellos puesto que un 76% de los participantes mencionan que si mantendrían una relación amorosa y estable con una mujer ninfómana y tan solo un 24% de ellos no estarían dispuestos a hacerlo.

Esto nos podría ayudar a deducir que en la actualidad la ninfomanía es aún más aceptada que en otras épocas, puesto que en algún momento esta fue considerada una enfermedad.

Así como Ballano (1805) menciona que La ninfomanía era emplazada en el cuadro general de las manías, como una forma de demencia. Era delimitada respecto a otras enfermedades vecinas (histeria, erotomanía y satiriasis), apoyándose en dos sistemas complementarios: la división y los paralelismos entre el organismo femenino y el masculino, y la escisión entre cuerpo y alma. Por una parte, la ninfomanía era al sexo débil lo que la satiriasis al sexo fuerte, un deseo desenfrenado del coito y una irritación nerviosa de las partes de la generación. (pág. 38).

## **Conclusión**

Después de haber realizado toda la investigación necesaria a la ninfómana, ahora se sabe y se puede compartir que la ninfomanía extrae el objetivo de las actividades sexuales que son el placer y trae distintos problemas que a largo plazo terminarán perjudicando su vida.

La adicción al sexo incluye un patrón repetitivo las fantasías sexuales en respuestas a los estados de ánimo, el sadomasoquismo está dentro de aquel patrón pues dentro de este trastorno forma una relación sexual incluye diversas prácticas consensuadas entre los miembros de la pareja, las cuales se relacionan con el poder, los juegos de sumisión y el dolor por placer.

Se elabora con el fin de enriquecer un poco el tema de la sexualidad y el exceso de libido en la mujer, ya que esto se ve constantemente reprimido e incluso ignorado, creyendo que solo es un mal hábito haciendo un lado los factores que influyen más allá que el simple término de una mujer promiscua. Creando conciencia que se trata de un trastorno donde el cual por falta de educación sexual e información se tiene una perspectiva negativa por el hecho de que sea mujer.

Es importante conocer el punto de vista que nos ofrece el trabajo, pues la mayoría de las personas están desinformadas y tienen una equivocada concepción acerca de lo que es la ninfomanía y todo lo que esto conlleva. Al verse desde dentro el problema, se ve más allá de las apariencias, prejuicios y estereotipos, se conoce sus verdaderas características, sus causas, su tratamiento y se da cuenta de que es un problema serio, como cualquier otro, que podría sufrir cualquiera de nosotros/as.

La ninfomanía al igual que otros padecimientos o problemas sexuales, deben ser detectados lo antes posible para poder actuar sobre ellos antes de que sea incontrolable. Lo verdaderamente preocupante es que estos problemas no solo afectan a la vida sexual o de pareja de quienes lo sufren, sino que condicionan completamente su vida, que termina girando alrededor de ello. Es un tema interesante y del que existe mucha desinformación, por esto que todo el mundo debería conocerlo, pues además de esta manera se conocería un poco más como contribuir como sociedad con dichos padecimientos.

## Referencias

- Ahmad Z., Thoburn J., Perry K., McBrearty M., Olson S. & Gunn G. (2015). *Prevalence Rates of Online Sexual Addiction Among Christian Clergy*. *Sexual Addiction and Compulsivity*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/10720162.2015.1082079>
- Allen C. (1969). *A textbook of psychosexual disorders*. Oxford University Press
- Arterburn S. (2003). *Addicted to "love". Understanding dependencies of the heart: romance, relationships, and sex*. Ventura.
- Ballano A. (1805) "*Ninfomanía*". Diccionario de medicina y cirugía o biblioteca manual médico quirúrgica.
- Bantman B. (2000) *Breve historia del sexo*. Editorial Paidós Ibérica.
- Barrilleaux J. (2016). *Sexual Addiction: Definitions and Interventions*. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/1533256X.2016.1235425>
- Bleichmar, S. (1999). La identidad sexual: entre la sexualidad, el sexo, el género. Recuperado de: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43783078/La\\_identidad\\_sexual\\_SILVIA\\_BLEICHMAR.pdf?1458137417=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DLa\\_identidad\\_sexual\\_SILVIA\\_BLEICHMAR](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43783078/La_identidad_sexual_SILVIA_BLEICHMAR.pdf?1458137417=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DLa_identidad_sexual_SILVIA_BLEICHMAR).
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.
- De Certeau, M. (2000). *La invención de lo cotidiano I: Artes de hacer*. Ibero/ITESO.
- Earle R., Earle R., & Osborn K. (1995). *Sex Addictión: Case Studies and Management*. Brunner/Mazel.

- Echeburúa E. (1999). *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet)*. Desclée de Brouwer.
- Echeburúa E. (1999). “*¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet)*”. Desclée de Brouwer.
- Echeburúa E. (2012). *¿Existe Realmente La Adicción Al Sexo?* Recuperado de: <https://doi.org/10.20882/adicciones.77>
- Echeburúa E. (2012).” *¿Existe Realmente La Adicción Al Sexo? Adicciones*”. Recuperado de: <https://doi.org/10.20882/adicciones.77>
- Echeburúa, E. (2008). *La adicción al sexo ¿Una patología?* Recuperado de: [https://cienciasdelsur.com/2018/02/22/adiccion-al-sexo-es-una-patologia/#:~:text=Echebur%C3%BAa%20insiste%20en%20que%20%E2%80%9Cel,%E2%80%9D%20\(Echebur%C3%BAa%2C%201999\).](https://cienciasdelsur.com/2018/02/22/adiccion-al-sexo-es-una-patologia/#:~:text=Echebur%C3%BAa%20insiste%20en%20que%20%E2%80%9Cel,%E2%80%9D%20(Echebur%C3%BAa%2C%201999).)
- Ellis A. & Sagarin E. (1965). *Nymphomania: A Study of oversexed women*. Ortolan.
- Fernández, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. Oviedo.
- Freundlinch, O. (2015). *¿Cómo las creencias religiosas pueden influir en la sexualidad?* Recuperado de: <https://www.biobiochile.cl/noticias/2015/11/10/como-las-creencias-religiosas-pueden-influir-en-la-sexualidad.shtml>
- Grijalva, A. (2010). *El actuar sexual compulsivo y la culpa como repetición del discurso materno*. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/5646/1/1080192144.PDF>
- Groneman C. (2001). *Ninfomanía: una historia*. Fusión Press.
- Hollander E. (1993). *Sexual compulsions en Obsesive-compulsive related disorders*. American Psychiatric Press.
- Hurtado, M. (2015). *La sexualidad femenina*. Recuperado de: <https://alternativas.me/21-numero-especial-de-genero-mayo-2015/95-la-sexualidad-femenina>

- Irons R. (1997). Treatment of gambling, eating, and sex addictions. Manual of therapeutics for addictions. Recuperado de: <http://www.bibliotecapsicologia.org/articuloagosto.html>
- Kafka M. (2010). *Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>
- Kitzinger J. (1995). Qualitative Research: introducing focus group. Medline
- López A. (2017). Una terapeuta explica cómo es la vida real de los adictos al sexo. Recuperado de: [https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2017-10-18/adiccion-al-sexo-terapeuta-explica-lo-que-significa\\_1462210/](https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2017-10-18/adiccion-al-sexo-terapeuta-explica-lo-que-significa_1462210/)
- López R. (2021). *Ninfomanía: Un mito machista o realidad científica*. Recuperado de: <https://www.semana.com/ninfomania/5580-3/#:~:text=En%20lugar%20de%20ser%20un,intelectual%2C%20es%20un%20frenesi%20er%C3%B3tico.>
- Martín C. (2003). *Aspectos psicológicos de la agresividad sus fuentes y salidas*. Grupo Estudios Psicoanalíticos de Castilla y León.
- Martínez R. (2012). *Grupos focales*. Recuperado de <http://miguelmartinezm.atspace.com/gruposfocales.html>
- Massö E. (2009). *La sexualidad femenina, el holismo epistemológico y la complejidad*. Estudios Feministas Vol. 17
- May G. (1991). *Addiction and grace. Love and spirituality in the healing of addictions*. Harper Collins.
- Mellody P. (1997). *Adictos al amor*. Obelisco.
- Miles L., Cooper R., Nugent W., & Ellis R. (2016). *Sexual addiction: A literature review of treatment interventions*. Recuperado de: Journal of Human Behavior in the Social Environment. <https://doi.org/10.1080/10911359.2015.1062672>
- Norwood R. (1986). *Las mujeres que aman demasiado*. Vergara.

- Pérez, V. (2007). Sexualidad humana; Vista desde el adulto mayor. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s086421252008000100010&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s086421252008000100010&script=sci_arttext&tlng=en)
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Espasa-Calpe S.A. *reflexiones para la vida contemporánea*. Recuperado de: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2009000200009&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2009000200009&script=sci_arttext)
- Reid R., & Kafka P. (2014). *Controversies About Hypersexual Disorder and the DSM-5*. Recuperado de: Current Sexual Health Reports. <https://doi.org/10.1007/s11930-014-0031-9>
- Reid R., Harper M., & Anderson H. (2009). *Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame*. Recuperado de: Clinical Psychology and Psychotherapy. <https://doi.org/10.1002/cpp.609>
- Rivas F. (1999). *La cultura anestesiada por el tamagotchi a propósito del mal estar en la cultura*. Neuropsiquiatría. vol. XIX.
- Romero M. (2008). *Adicción Sexual y trastornos depresivos*. Recuperado de: <http://www.bibliotecapsicologia.org/articuloagosto.html>
- Romero M. (2008). *Adicción Sexual y trastornos depresivos*. Recuperado de: <http://www.bibliotecapsicologia.org/articuloagosto.html>.
- Rosario J. (2016). "Psicoanálisis y literatura." Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/MkLcP8RLDHcWnRqpUodzj9saiDGiZSDEsNAuBekx.pdf>
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En C. Vance (Comp.), *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina* (pp. 113-190). Revolución.
- Sanz O., Fuentes J., & Gándara J. (1999). *Adiciones si drogas ¿hábitos o enfermedades?*. Conserjería de Sanidad y Servicios Sociales. Agencia Antidroga.

- Schaarschmidt, T.(2018). *Sadomasoquismo, ¿un trastorno sexual?* Recuperado de: <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/personalidad-730/sadomasoquismo-un-trastorno-sexual-16177>
- Schneider J., & Irons R. (1997). *Treatment of gambling, eating, and sex addictions. Manual of therapeutics for addictions.* Recuperado de: <http://www.bibliotecapsicologia.org/articuloagosto.html>.
- Singer K. (1995). *The sexual desire disorders.* Brunner/Mazel.
- Singer K. (1995). *The sexual desire disorders.* Brunner/Mazel.
- Stoller R. (1975). *Perversion: The erotic form of hatred.* Pantheon Books.
- The American Psychiatric Press. *Tratado de psiquiatría.* segunda edición.
- Torres, A. (2008) *Ninfomanía (adicción al sexo): causas, síntomas y tratamiento.* Recuperado de: <https://psicologiymente.com/clinica/ninfomania#:~:text=Ninfoman%C3%ADa%2C%20adicci%C3%B3n%20al%20sexo%20e%20hipersexualidad&text=Tambi%C3%A9n%20se%20conoce%20la%20hipersexualidad,provocan%20alivio%20del%20malestar%20emocional>.
- Weeks J. (1998). *Sexualidad.* Editorial Paidós Mexicana.
- Weinstein A. (2014). *Sexual addiction or hypersexual disorder: Clinical implications for assessment and treatment. Directions in Psychiatry.* Recuperado de: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2015-00171-003>
- Willingham R. (1999). *Breaking free. Understanding sexual addiction and the healing power of Jesus.* Educa.
- Willingham R. (1999). *Recobra tu Intimidad.* Edaf.
- Wilson A. (1999). *Recobra tu Intimidad.* Edaf.

World Health Organization. (2007). *International classification of diseases*. World Health Organization.

### **Anexos**

- 1.) ¿Consideras que las personas ninfómanas han tratado alguna vez de poner un límite a sus actividades sexuales o a la frecuencia con la que ven a alguien?
- 2.) ¿Crees que les resulta imposible dejar a un lado sus relaciones sexuales?
- 3.) ¿Les ocasionara miedo que alguien descubra sus actividades sexuales o románticas?
- 4.) ¿Llegara lo sexual y romántico a producir en ellas un estado de trance?
- 5.) ¿Ellas mantendrán relaciones sexuales en momentos, lugares o con personas poco adecuadas?
- 6.) ¿Cree que el sexo o una relación amorosa puede hacer su vida más placentera?
- 7.) ¿Se habrán sentido alguna vez “obligadas” a mantener relaciones sexuales?
- 8.) ¿Crees que alguien puede transformar su vida y/o solucionarle sus problemas personales?
- 9.) ¿Tendrán una lista, escrita o de cualquier otra forma, con el número de parejas que ha tenido?
- 10.) ¿Cuando están separadas de su pareja sexual, les invadirán sentimientos de inquietud o desesperación?
- 11.) ¿Crees que han perdido cuenta del número de personas con el que ha mantenido relaciones sexuales?
- 12.) ¿Consideras que siente una necesidad desesperada de amante, “dosis” de sexo?
- 13.) ¿Crees que tengan presente las consecuencias de tener relaciones sexuales?
- 14.) ¿Reincide una y otra vez en relaciones sexuales que no les convienen?

- 15.) ¿Crees que su valía dentro de una relación radica en su aportación sexual o en el soporte emocional que ella proporciona?
- 16.) ¿Crees que no se siente vivo “de verdad” a menos que se encuentre en compañía de su pareja sexual?
- 17.) ¿Crees que tienen un derecho especial a disfrutar del sexo?
- 18.) ¿Habrán puesto alguna vez en peligro su estabilidad financiera o su posición social por tener relaciones sexuales?
- 19.) ¿Crees que los problemas que experimentan en su vida amorosa se deben a que no disfrutaban del tipo de relación sexual adecuada?
- 20.) ¿Crees que carecen de amor?
- 21.) ¿Habrán destruido o puesto en peligro por sus aventuras alguna relación seria en alguna ocasión?
- 22.) ¿Crees que su vida carecería de sentido sin las aventuras sexuales?
- 23.) ¿Afectara su conducta sexual o romántica a su reputación?
- 24.) ¿Trataran de solucionar o de huir de los problemas de la vida a través del sexo?
- 25.) ¿Crees que la masturbación las fantasías de que la acompaña, los objetos que usa o los lugares en que la practica sean parte de sus excitaciones?
- 26.) ¿Practicar el exhibicionismo o el fisgoneo son formas que le producen placer?
- 27.) Para alcanzar un nivel aceptable de alivio físico y emocional, ¿necesitaran cada vez más una mayor variación en sus actividades sexuales y románticas e invertir una dosis cada vez mayor de energía y esfuerzo?
- 28.) ¿Necesitaran el sexo para sentirse más mujer?
- 29.) ¿Le resultara imposible concentrarse en otros aspectos de la vida a causa de los sentimientos o pensamientos que tiene por el sexo?

- 30.) ¿Les obsesionara alguna persona o algún acto sexual concreto, aunque estos pensamientos le ocasionen dolor, ansiedad o malestar?
- 31.) ¿Habrán sentido alguna vez deseos de interrumpir o al menos limitar sus actividades sexuales?
- 31.) ¿Cree que haga lo que haga su vida es cada vez más insoportable?
- 32.) ¿Cree en lo más profundo de su ser que nadie le va a aceptar tal como es?
- 33.) ¿Cree que una persona ninfómana no posee dignidad?
- 34.) ¿Considera que la vida sexual y romántica perjudica a la vida espiritual?
- 35.) ¿Cree que sus vidas es un caos a causa de su conducta sexual y romántica o de sus excesivas dependencias emocionales?
- 36.) ¿Crees que piensen alguna vez en las cosas positivas que podrían hacer en la vida si no se dejara arrastrar por los impulsos sexuales?
- 37.) ¿La sexualidad deber ser contemplada en géneros?
- 38.) ¿El nivel de satisfacción debe depender si eres hombre o mujer?
- 39.) ¿Consideras que la persona adicta al sexo se preocupa por la actividad sexual?
- 41.) ¿La adicción al sexo interfiere en su vida diaria?
- 42.) ¿Cómo es tu perspectiva acerca de una mujer ninfómana?
- 43.) ¿Crees que su comportamiento sexual es contra la moral?
- 44.) Dado a tú criterio ¿Andarías con una mujer ninfómana?
- 45.) Si llegaras a salir con una mujer que padeciera estas características ¿Cuál sería tu postura?
- 46.) ¿Crees que tu perspectiva sería igual si fuera un hombre el que padeciera esta adicción?
- 47.) ¿El hombre y la mujer tiene el mismo derecho de ejercer su sexualidad?

- 48.) ¿Por qué crees que la sexualidad de las mujeres se reprime más que en los hombres?
- 50.) ¿Crees que la ninfomanía sea un trastorno en el cual tenga solución?
- 51.) ¿Cuál sería la actitud que tendrías al conocer una mujer ninfómana?
- 52.) ¿La satisfacción sexual depende de la mujer?
- 54.) (A tu perspectiva) Al observar a una mujer autoexplorándose ¿Es sinónimo de vulgaridad?
- 53.) ¿La masturbación femenina debe ser culposa?
- 55.) ¿Crees que la ninfomanía es sinónimo de promiscuidad?
- 56.) ¿La mujer no lleva acabo su sexualidad por la influencia religiosa?
- 57.) Visto por la religión ¿Crees que una mujer adicta al sexo tengo derecho ser considera hija de dios?