UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTO DOMINGO

UASD

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

Instituto de Sexualidad Humana



Prevalencia de Abuso Sexual en Mujeres Adventistas Con Disfunción Sexual que Acudieron al Departamento De Hogar y Familia de la Misión Dominicana del Sureste de los Adventistas del Séptimo Día. Periodo Enero-Agosto 2010

Tesis para optar por el titulo de:

Maestro en Sexualidad Humana y Terapia de Pareja

Presentado por:

 Bianel Lara

Asesor

Lic. Ramón Almanzar M.A

Santo Domingo

Agosto 2011

***Índice***

Págs.

Capítulo I. Introducción

1

4

8

12

15

16

17

17

19

22

25

26

29

31

32

32

33

34

38

39

39

40

41

42

43

44

45

45

47

48

50

50

50

51

53

54

54

Introducción**………………………………….………………………..…** Antecedentes**……………………………….…………………………....**

 Planteamiento del problema**…………….…………………………….…**

Justificación**………………………….…………………………….…….**

Objetivos**………………………….………………………………….….**

Operacionalización de las variables**………………………………….….**

Capítulo II. Marco teórico

Abuso Sexual**……………………………………………………………**

Definición e incidencia del abuso sexual**…………………………….….**

Historia y Cultura del Abuso Sexual**……………………………………**

Tipos de abusos sexuales**……………………….……………………..…**

Características demográficas y Epidemiología del abuso sexual**…….…**

Características del abuso sexual**………………………………………....**

Relación del agresor con la victima**………………………………….….**

Género, edad y características del agresor**…………………………..…..**

Características del abusador y de la familia en que se produce

el abuso sexual**……………………………………………………………**

Fases del abuso sexual**…………………………………………………..**

Detección del abuso sexual**……………………………………………...**

Indicadores físicos y de comportamiento del abuso sexual**……….…….**

Principales Indicadores físicos, comportamentales y de tipo sexual**……..**

Secuelas emocionales en las víctimas de abuso sexual**………………….**

Consecuencias psicológicasacorto plazo del abuso sexual**…………….**

Principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual**………..…….**

Consecuencias psicológicasalargo plazo del abuso sexual**…………….**

Prevalencia de abuso sexual en la mujer**………………………………...**

Principales consecuencias psicológicas en victimas adultas de abuso

sexual en la infancia**………..……………………………………………..**

Efectos del abuso sexual sobre la sexualidad en la edad adulta**…………**

Respuesta sexual femenina**………………………………………….…….**

Deseo**……………………………………………………………………...**

Excitación**………………………………………………………………...** Orgasmo**………………………………………………………………….**

Resolución**………………………………………………………………..**

Principales disfunciones sexuales femeninas**……………………………**

Disfunción sexual general**………………………………………………**

Vaginismo**…………………………………………………………………**

Dispareunia**…………………………………………………………….…**

Aversión alsexo**…………………………………………………………...**

Anestesia sexual**…………….………………………………………….…..**

Deseo sexual inhibido**…………………………………………………….**

54

56

56

57

57

58

59

64

64

66

71

75

76

79

81

81

81

81

82

82

83

107

108

110

Deseo sexual hipoactivo**…………………….…………………………….**

Trastornos de la excitación femenina**….……………….…………..……..**

Disfunción orgásmica**….……………….……………….………………..**

Tipos de disfunciones orgásmica**….……………….……………….……………**

Causas de las disfunciones sexuales**…………….……………….……….**

Factores psicológicos asociados a la Anorgasmia**…………………………..**

La Iglesia Adventista y el abuso sexual**…………………………………………**

Postura oficial de la Iglesia Adventista contra el abuso sexual**………………**

Como prevenir el abuso infantil**…………………………………………..**

Qué hacer ante un abuso sexual**……………………………………………**

Capítulo III. Diseño metodológico

 Tipo de estudio**………………………………………………………………**

 Población**……………………………………………………………….......**

 Muestreo y procedimiento**………………………………………………….**

 Descripción de los procedimientos**……………………………………….**

 Instrumento**……………………………………………………………….**

 Análisis**……………………………………………………………………**

 Limitaciones de la investigación**..............................................................**

Capítulo IV. Resultados**………………………………………………………….**

Capitulo V. Discusión, conclusión y recomendaciones

 5.1 Discusión**……………………………………………………….……**

 5.2 Conclusión**………………………………………………………….**

 5.3 Recomendaciones**…………………………………………………..**

Bibliografía**…………………………………………………………………………**

Anexos

**DEDICATORIA**

**A Dios**

Porque es el mejor amigo y Salvador que tengo y sin él mi vida no tiene sentido.

**A mi esposa e hijas**

 Por su amor y apoyo incondicional, en todo momento de mi vida, en la alegría y en la tristeza.

**A mis padres y hermanos**

Por la vida y el apoyo que siempre me han dado.

**AGRADECIMIENTOS**

**A Dios**

Por darme la sabiduría y la ayuda de utilizar los conocimientos para ayudar a los demás.

**Al instituto de Sexualidad Humana**

Por hacer de mi un hombre y un profesional diferente. Gracias a todos los maestros y maestras que me entregaron su saber y motivarme a compartirlos con la humanidad y hacer de este mundo, un mundo mejor.

**A los maestros**

Dr. Rafael García, Dra. Rosario Fadul, Dra. Josefina Romero y a la Dra. Soraya Sepúlveda, por el impacto e influencia positiva que ejercieron en mi vida.

**A mí asesor Ramón Almanzar**

Por su apoyo incondicional

**A las secretarias**

Leída, Cándida y María

**A Héctor A. Valera**

Porque aunque te conocí hace poco, me apoyaste como profesional y como persona.

**A Indira Gell**

Por tu amistad incondicional, tú apoyo con esta investigación y porque siempre estuviste presente.

**RESUMEN**

Teniendo como objetivo determinar la prevalencia de abuso sexual en mujeres adventistas con disfunciones sexuales, se realizó un estudio descriptivo- cuantitativo a partir de una recolección de datos prospectiva. En el mismo se selecciono una muestra de 48 pacientes de un total de 76 mujeres que asistieron al departamento de Hogar y familia, de la Misión Dominicana del Sureste de los Adventistas del Séptimo Día, durante el periodo enero-agosto del 2010. Para el mismo se utilizó un formulario, previamente diseñado para recolectar la información pertinente al estudio.

 *Resultados:* los resultados obtenidos indican que, un alto índice de pacientes (87.5%) fueron sexualmente abusadas y de las mismas un (11.0%) fueron abusada en más de una ocasión. La edad en la que fueron víctimas de abuso sexual con mayor frecuencia fue entre los 5 a 16 años.

En cuanto al tipo de abuso sexual, no obstante haber encontrado todos los tipos de abusos sexuales, encontramos que las caricias en los genitales (52.1%) y la penetración con pene, dedo u otro objeto en el ano o la vagina (35.4%) fueron el tipo de abuso sexual de mayor frecuencia y porcentaje.

En cuanto al abusador sigue siendo una persona conocida por la victima. El 88 % de los abusadores sexuales son personas conocidas por la víctima. Respecto a las disfunciones sexuales más frecuentes, en este estudio se determino que las anorgasmias en todas sus formas: Secundaria (33.3), Situacional (18.8), Primaria (12.5%) fueron las disfunciones sexuales más frecuentes (64.6%), seguidas por el deseo sexual inhibido (14.6%). Con relación a los años congregándose en la Iglesia Adventista, el 77.1% de las pacientes tenía igual o menor de 5 años en la iglesia Adventista.

*En conclusión:* en todos los casos evaluados se noto un gran impacto emocional, pero fue mayor donde el abusador era un familiar cercano. La mayoría de las pacientes y familias nunca denunciaron el caso a las autoridades, con excepción de una. El abuso sexual se produjo entre la niñez y la adolescencia, las caricias y la penetración siguen siendo el tipo de abuso sexual más comunes, las anorgasmias fueron las disfunciones sexuales de mayor frecuencia y las mayoría de las pacientes fue abusada cuando aun no profesaba la fe Adventista. No obstante, el abuso sexual es prevalente en mujeres Adventistas con disfunciones sexuales.

*CAPITULO I*

*Introducción*

 El tema de abuso sexual es un tópico, no solo que está en aumento sino, que ha llegado a preocupar a las naciones unidas, las autoridades gubernamentales, civiles, las Iglesias, las instituciones especializadas en la protección infantil, a las familias, y a todo aquel que busca proteger la niñez. Esta preocupación ha venido no solo por los daños físicos y psicológicos inmediatos, sino por los terribles daños psicológicos a largo plazo que luego se podrían manifestar en una conducta antisocial, trastornos de la personalidad y traumas sexuales.

 Las conductas abusivas, que no suelen limitarse a actos aislados, pueden incluir un contacto físico (genital, anal o bucal) o suponer una utilización del menor como objeto de estimulación sexual del agresor (exhibicionismo o proyección de películas pornográficas) Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000).

No es fácil determinar la incidencia real de este problema en la población, porque ocurre habitualmente en un entorno privado -la familia- y los menores pueden sentirse impotentes para revelar el abuso (Noguerol, 1997).

En el caso especial del abuso sexual a menores se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor. Más que la diferencia de edad -factor, sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida-, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción -explícita o implícita-. No deja, por ello, de ser significativo que el 20% del abuso sexual infantil está provocado por otros menores. (Echeburúa, y Guerricaechevarría, 2000)

La mayoría de los estudios revelan que la mayor cantidad de abusos sexuales se dan entre los 5 y 18 años y el perpetrador, en un 90% de los casos, sigue siendo un miembro de la familia, hermanos, padres, tíos, amigos, vecinos, esposos. Un amigo de la familia, etc. (García M., 1991; OPS, 1988).

En la mayoría de los casos el abuso sexual trae consecuencias futuras muy negativas a la vida sexual de la mujer.

Entre las consecuencias a largo plazo del abuso sexual podemos encontrar ansiedad, depresión, autoestima baja, TEPT, trastornos de personalidad, desconfianza y miedo a tener pareja, dificultad para expresar, o recibir sentimientos de ternura o intimidad, y por otro ladofobias o aversiones sexuales, falta de satisfacción sexual, promiscuidad, alteraciones en la motivación sexual, trastornos de la activación sexual y del orgasmo, creencia de ser valorado por los demás únicamente por el sexo (Serrano, Corzo, y Chaskel 1995).

Sepúlveda y de León (2002) en una investigación sobre prevalencia de abusos sexuales en mujeres con trastornos sexuales, descubrieron que entre las pacientes que asistieron del 1 de enero al 31 de diciembre del 1995 un 25% fueron abusadas sexualmente y un 18.9 manifestó más de una disfunción sexual. Siendo la anorgasmia, la falta de deseo sexual y el vaginismo las disfunciones sexuales más frecuentes en mujeres abusadas.

 Se ha realizado la actual investigación con la intención de establecer: (1) la frecuencia con que las mujeres que acudieron al departamento de hogar y familia de la Misión Dominicana del sureste, por alguna disfunción sexual, han sido objeto de abuso sexual; (2) los tipos de abusos de que han sido objetos; y (3) la influencia de estos en la aparición de la disfunción. (4) la edad en la que se produjo el incidente y (5) la relación del abusador con la víctima.

*Antecedentes*

Entre 1983 y 1991, de 979 casos de maltrato infantil diagnosticados en el Servicio de Urgencia del Hospital Ezequiel González Cortés, el 30% correspondió a abuso sexual. Según información del SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer), entre un 75 y un 80% de los casos de violencia sexual no llegan a ser denunciados. Se estima que esta cifra es mayor en el caso de niñas menores de 18 años. De acuerdo a los informes de peritaje médico del Servicio Médico Legal, las edades más frecuentes de las víctimas de agresiones sexuales se ubican en los grupos de edad de 10 a 14 años y, en segundo lugar, de 5 a 9 años. El 100% de los casos de incesto denunciados afectan a niñas menores de edad. La violencia sexual de parte de familiares y conocidos de la víctima representa más del 70% de casos denunciados. La violación o abusos realizados por el padre o conviviente de la madre suele ser reiterada en el tiempo y no siempre se acompaña de agresión física severa. Según los sistemas de información de SERNAM, el 90% de los casos de abuso sexual corresponde a menores.

Según la ONU, en África durante el conflicto congolés, entre octubre de 2002 a marzo de 2003, en la República Democrática del Congo especialmente en la provincia sureña de Kivu se registraron más de 32.000 casos de violación y otras formas de abuso sexual.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1988), 30% de las mujeres a nivel mundial han sido abusadas sexualmente.

 Las disfunciones sexuales forman parte de las consecuencias psicológicas del abuso sexual. Algunos investigadores que han realizado estudios sobre esta problemática (Luciano, 1988; García, 1991; Kolodny, 1982; Bartress, 1993; Master, 1982), han reportado la falta de deseo sexual, la anorgasmia, el miedo a las relaciones sexuales, la aversión al sexo, el vaginismo, anomalías en la lubricación y dispareunia como las disfunciones sexuales más frecuentes en mujeres abusadas.

Con mucha frecuencia el abuso sexual trae consecuencias negativas en la vida futura de las víctimas. Dentro de éstas están: imposibilidad o dificultad para reiniciar la vida sexual, sentimientos de culpa y depresión, entre otras, (Alma de Ruiz: 1994).

Las víctimas de abuso sexual suelen ser más frecuentemente mujeres (58,9%) que hombres (40,1%) y situarse en una franja de edad entre los 6 y 12 años, si bien con una mayor proximidad a la pubertad. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior (7-8 años), y un mayor número de niños en el abuso intrafamiliar (pederastia), con una edad de inicio posterior (11-12 años) (Vázquez, 1995).

Según la primera encuesta nacional de Estados Unidos, llevada a cabo en adultos, sobre la historia de abuso sexual, un 27% de las mujeres y un 16% de los hombres reconocían retrospectivamente haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia (Finkelhor, 1999).

Sepúlveda y Rivas (2000) en un importante estudio sobre prevalencia de abuso sexual en pacientes con disfunción sexual que asistieron al ISH, seleccionaron una muestra de 147 pacientes de un total de 1,054 y encontraron que un número importante de pacientes (25.2%) fueron abusadas sexualmente y de estas un 8.1% fueron abusadas en más de una ocasión. La edad del abuso fue parecida en todos los rangos alcanzando mayor número las edades de 4 a 20 años (51.3%). El sentimiento de culpabilidad luego del abuso fue elevado (67.6%) esto fue similar en las mujeres que no comunicaron la disfunción a la pareja. El abusador sigue siendo una persona conocida, en especial la pareja, y el tipo de abuso más frecuente fue la penetración y caricias.

Los porcentajes obtenidos en los distintos tipos de abusos (caricias, besos y penetración) fueron similares. La anorgasmia, la falta de deseo sexual y el vaginismo fueron las disfunciones sexuales más frecuentes tanto en mujeres abusadas como no abusadas. El número de anorgasmias fue similar en ambos grupos de pacientes. De las pacientes abusadas, el 18.9% presentó más de una disfunción sexual. No se encontró diferencias entre mujeres abusadas y no abusadas en la fase de la respuesta sexual afectada ni en el tipo de disfunción sexual. El abuso sexual es altamente prevalente en mujeres con disfunción sexual.

Los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más borrosos que las secuelas iníciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas. Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual -disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente-, la depresión. (Mas, y Carrasco, 2005).

Esta investigación busca determinar la prevalencia de abuso sexual en mujeres Adventistas con disfunciones sexuales que asistieron al departamento de Hogar y Familia de la Misión Dominicana del Sureste de los Adventistas del Séptimo Día, en el periodo enero-agosto 2010.

*Planteamiento del Problema*

El abuso sexual, especialmente el relacionado con los menores, es uno de los problemas que más ha afectado a la humanidad, por largo tiempo.

En este sentido, funcionarios de la ONU, enfatizaron que este flagelo social es un obstáculo para la paz y para el desarrollo económico mundial. Por su parte el ex secretario general de Naciones Unidas, Ban Ki-moon, destaco que hace 8 años se había tomado una resolución (1352) para tratar de enfrentar este mal, y sin embargo el creciente número de mujeres y niñas que son víctimas de la violencia sexual es "alarmante".

 La Comisión especial para el parlamento de la Unión Europea al pasar revista a la legislación contra el abuso sexual infantil, destaco que aunque es un campo en el que no abundan las estadísticas fiables, algunos estudios aluden al aumento de algunas formas de violencia y abuso sexual infantil en Europa. También señalaron la existencia de un porcentaje significativo de europeos (10%-20%) que son víctimas de agresión sexual durante la infancia.

Según un estudio de UNICEF en América Latina, Cada minuto 4 menores son víctimas de abuso sexual. Al menos tres, son niñas. La mayoría de las cuales no se recuperará, nunca, de ese trauma.

Acorde un estudio de la OPS (1988), entre un 20% y un 30% de la población general de las mujeres han sido víctimas de abuso sexual.

En la República Dominicana la situación no es tan diferente a la realidad mundial. Un estudio, basado en las denuncias policiales, reveló que cada una hora se efectúa un abuso sexual (CIPAC, 1981).

A nivel de las iglesias, en esta última década todas las demandas contra líderes religiosos por abusos sexuales contra niños y niñas han ido en aumento. En nuestro país, uno de los casos más publicado fue el de octubre del 2004, cuando 12 personas fueron acusadas de haber abusado de por lo menos 29 niños en un albergue de Higuey.

Sepúlveda y Rivas (2000) en un importante estudio sobre prevalencia de abuso sexual en pacientes con disfunción sexual que asistieron al ISH, seleccionaron una muestra de 147 pacientes de un total de 1,054 y encontraron que un número importante de pacientes (25.2%) fueron abusadas sexualmente y de estas un 8.1% fueron abusadas en más de una ocasión.

Según el departamento de estadísticas de la fiscalía de la provincia Santo Domingo Este (2010), demarcación geográfica donde está ubicada la Misión Dominicana Sureste de los Adventistas Del Séptimo Día, en el 2009 se reportaron 3835 casos de abuso sexual (un caso de abuso sexual cada 2 horas). De estos, un 35% fue efectuado contra mujeres, mientras que un 23% fue perpetrado en contra de niñas menores, para un total de un 58%. En el periodo enero-junio 2010 ya se han reportado 1252 casos de abusos sexuales (un abuso sexual cada 3 horas), de los cuales entre un 55 a 65% correspondía a mujeres y niñas y el resto, 35%, a hombres y niños menores. Del total de los casos (5087) ,1248 corresponde al 2009 y 470 son pertenecientes al 2010, para un total 1718, no volvieron a dar seguimiento al caso. En un 85% de los casos el perpetrador era un familiar o conocido de la familia.

Al analizar que las iglesias Adventista de la Misión del Sureste, es una institución que se nutre de personas de la provincia de Santo Domingo Este y ver esta realidad antes descrita, y el número de mujeres que asistieron al departamento de hogar y familia, de la Misión Dominicana del Sureste, a solicitar ayuda debido a algunas disfunciones sexuales, esta investigación busca determinar ¿Cuál es la prevalencia de abusos sexuales en mujeres Adventistas con disfunciones sexuales que asistieron al departamento de Hogar y Familia de la Misión Dominicana del Sureste de los Adventistas del Séptimo Día, en el periodo enero-agosto 2010?

Ninguna, o aun no encontrada, han sido las investigaciones en la Iglesia Adventista, en República Dominicana, sobre este flagelo social y sus efectos sobre la vida sexual de la víctima luego del abuso y la repercusión de tal suceso, para que surja una disfunción sexual.

La disfunción sexual femenina puede involucrar una disminución en el impulso sexual, repugnancia por la actividad sexual, dificultad para excitarse, incapacidad para lograr un orgasmo o dolor con la actividad o relaciones sexuales.

Las disfunciones sexuales, entre ellas, las anorgasmias, son unas de las quejas más frecuentes de las mujeres. Tomando en cuenta la incidencia y frecuencia con que se dan los abusos sexuales, hoy día, sus consecuencias negativas sobre la respuesta sexual de la mujer y por ende a la familia, hay que plantear las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la prevalencia de abuso sexual en mujeres Adventistas, con disfunciones sexuales, que asistieron al departamento de Hogar y Familia de la Misión Dominicana del Sureste de los Adventistas del Séptimo Día, en el periodo enero-agosto 2010?
2. ¿En qué edad, de las mujeres en estudio, se perpetro el abuso sexual con mayor frecuencia?
3. ¿Qué relación existe entre la víctima de abuso sexual y el abusador?
4. ¿Cuál es el tipo de abuso sexual más frecuente?
5. ¿Cuál es el tipo de disfunción sexual más frecuente en las mujeres Adventistas sexualmente abusadas?
6. ¿Cuántos años tienen las mujeres en estudio, en la iglesia Adventista, al momento de abuso sexual?

*Justificación*

El abuso sexual infantil es uno de los flagelos, que mas está afectando a la sociedad. Se calcula que una de cada cuatro niñas y uno de cada ocho niños serán sexualmente agredidos antes de cumplir 16 años. En el 90 por ciento de las veces el abusador es un hombre y en más de un 80 por ciento de los casos será un conocido. Los porcentajes indican un aumento sostenido, año tras año, alcanzando cifras preocupantes.

En EE.UU. la cifra de abuso sexual infantil paso de 325,000 denuncias en 1995(0,46%) a 500,000 en el 2002. (Méndez y Checo, 2007).

Por otro lado la ONU destaco que cada minuto, 4 menores son víctimas de abusos y explotación sexual en América Latina. Al menos tres, son niñas. La mayoría no se recuperará nunca de ese trauma. (Heredia, 2008)

Son muy graves y duraderos los efectos del abuso sexual sobre la personalidad y la futura vida sexual de la niña, luego mujer. Siendo así, esta investigación pretende aportar un granito de arena, a la sociedad y a la iglesia, con el fin de hacerle frente a este terrible mal.

Como consecuencia, las mujeres víctimas de abuso sexual presentan traumas que se manifiestan en un período no determinado después del hecho, que se conoce como estrés post-traumático. Este estrés aparece de diferentes formas o manifestaciones ya sean éstas agudas, crónicas o demoradas. Las consecuencias de sufrir un abuso son además de mentales, físicas ya que la mayoría de veces las mujeres son maltratadas y golpeadas antes de que el agresor sexual proceda a abusar de la víctima.

 La mayoría de las víctimas de abuso sexual experimentan una o varias de las siguientes reacciones como consecuencia del trauma:

1. Sentimiento de pérdida de control en la vida.
2. "Flashbacks" o el hecho de experimentar de nuevo el asalto de manera mental.
3. Dificultad de concentración.
4. Sentimiento de culpa.
5. Percepción negativa de la imagen de sí mismo.
6. Tristeza o depresión.
7. Desbalance en las relaciones interpersonales.
8. Pérdida de la libido.

Entre los problemas relacionados con la Sexualidad más frecuentes del abuso sexual se encuentran el Miedo a las relaciones sexuales, insatisfacción sexual, dificultades en el ajuste sexual, deseo sexual inhibido, incapacidad de relajarse y disfrutar de la relación sexual, culpabilidad sexual, bajos niveles de autoestima sexual, evitación de las relaciones sexuales, frigidez, anorgasmia, promiscuidad sexual, vaginismo, dificultades en la fase de la excitación, flash back con la experiencia del abuso sexual. (Mas, y Carrasco, 2005).

Al ser este es un problema que afecta no solo a la sociedad secular, sino también a las iglesias, incluyendo a la adventista, hay que hacer un acercamiento científico al tema y así poder aportar para la prevención y solución de este fenómeno social.

*OBJETIVOS*

*Objetivo General*

Determinar la prevalencia de abuso sexual en mujeres adventistas con disfunción sexual que acudieron al departamento de hogar y familia de la Misión Dominicana del Sureste en el periodo enero-agosto 2010.

Objetivos Específicos

1. Describir las características socio demográficas de las pacientes en estudio (edad, ocupación, escolaridad, estado civil).
2. Describir la edad más frecuente en que se produce el abuso sexual.
3. Establecer la relación del abusador con la víctima.
4. Determinar el tipo de abuso sexual más frecuente en las mujeres Adventistas sexualmente abusadas.
5. Determinar el tipo de disfunción sexual más frecuente en las mujeres Adventistas sexualmente abusadas.
6. Determinar los años que tiene la paciente, en la Iglesia Adventista, al momento de ser abusada.

*Operacionalización de las Variables*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Variables* | *Definición**Operacional* | *Indicadores* |
| Edad | Años pasados desde el nacimiento hasta la fecha | Numérica |
| Estado civil | Su estado legal | Soltera, Casada, Divorciada, Viuda, Unión Libre |
| Ocupación | El trabajo que realiza | Empleada, Ama de casa, Empresaria |
| Escolaridad | Nivel académico Alcanzado | Primaria, Secundaria, Profesional |
| Años en la IASD | Desde su nacimiento o bautismoa la fecha | 1-55-1010-20 Otro |
| Abuso sexual | Exposición de un menor a experiencias sexuales inapropiadasPara su nivel de desarrollo físicoo emocional | Haber sido objeto de coito, caricias, manoseo, toque de los genitales, besos penetración vaginal o anal, otros. |
| Disfunción sexual | Según el diagnostico del terapeuta del dpto. de hogar y familiade la MIDOSE | Tipo de Disfunción sexual:Vaginismo, Anorgasmia. Tipos Dispareunia,Inhibición del deseo sexual, etc. |
| Abusador | Búsqueda del placer sexual, por medio de las relaciones sexuales con niños  | Padre, hermano, tío, primo, novio, vecino, amigo de la familia, desconocido  |

*Capítulo II*

*Marco Teórico*

*Abuso Sexual*

Es un mal que afecta a la humanidad desde tiempos antiguos. Siendo los niños (as), los más afectados. Lo más lamentable de esto, es que las consecuencias de estos episodios tan traumáticos tienden a manifestarse en la edad adulta.

*Definiciones del Abuso Sexual*

Según el abusador y la victima las instituciones mundiales y los autores tienen distintas definiciones.

Finkelhor (1984) lo define como encuentros sexuales entre niños menores de trece años y personas por lo menos cinco años mayores que ellos y encuentros de niños mayores de trece años a dieciséis con personas por lo menos diez años mayores que aquellos.

El abuso sexual es la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares.(1. Kempe HC, 1978)

El National Center and Neglect de los E.U.A, lo define como contactos o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona. (Paradíse JE 1990)

Un menor (cualquier niño menor de dieciocho años) es abusado sexualmente cuando otra persona, que es sexualmente madura, involucra al niño en un acto que esa otra persona espera conduzca a la excitación sexual de ambos. Baker y Duncan (1985).

Se define el abuso sexual como la participación de niños dependientes o niños de desarrollo inmaduro y adolescentes en actividades sexuales que no son capaces de comprender ni de prestar un consentimiento informado o que violan los tabúes sociales de los roles familiares. Schecher y Roberge (1976).

El abuso sexual es la práctica sexual con un menor por un adulto, para su propia gratificación sexual y sin consideración del desarrollo psicosexual del niño. David y Patricia Mrazek. (1981).

La práctica sexual con un niño(a) por un adulto, para su propia gratificación sexual, sin consideración del desarrollo psicosexual del niño, niña o adolescente. Fraser, Beezley y Kemper. (1981).

Una definición común del abuso sexual, es el contacto sexual de una persona que está debajo de cierta edad normalmente los 13 0 14 años, con otra que tiene por lo menos cinco años más. Otra definición es que el abuso sexual es cualquier contacto físico o actividad que el niño no entiende o a la que no puede dar consentimiento consciente, o que se lleva a cabo sólo para placer del adulto. Boletín de Salud de Harvard (1993).

En estas definiciones mediante su análisis podemos encontrar que:

1. La práctica sexual puede ser verbal, próxima o distante, con o sin violencia física, heterosexual u homosexual y extra o intrafamiliar.
2. Con un menor por un adulto: Menor si tiene menos de 12 años y adulto más de 18 años. Cuando se trata de un menor y un adolescente (13/17) este último será de 5 años mayor por lo menos. Si se trata de un adolescente y un adulto, este último será, por lo menos 10 años mayor.
3. Para su propia gratificación sexual: esta es la motivación básica de la acción, a pesar de que se la pueda disfrazar con sugerencias de beneficiar engañosamente al menor.
4. Sin consideración del desarrollo psicosexual del niño: esta dimensión del proceso de desarrollo que vive el niño delimita la gravedad del trauma y el desconcierto que puede reflejar la víctima al descubrir en esos momentos o después de cierto tiempo, el significado del abuso.

*Historia y Cultura del Abuso Sexual.*

El abuso sexual a menores en sus diversas manifestaciones se remonta a tiempos muy lejanos y civilizaciones primitivas, ha existido a través de la historia y de una cultura a otra, aun cuando el que hubiese sido reconocido y definido como tal, estuviese supeditado a los valores sociales de un periodo particular”. (Beezley y Kempe, 1981).

A este respecto, Beezley y Kempe opinan que los cambios de actitudes con relación a ciertas prácticas sexuales, en ocasiones han ocurrido en un ciclo continuo que dependiendo del periodo histórico, define una conducta sexual (determinada como normal, inmoral, criminal o psicopatológica). Agregan que aunque pueden coexistir puntos de vista alternos, usualmente existe una actitud predominante en una sociedad particular y en un momento histórico específico.

Describen como en Grecia y Roma, existía la prostitución infantil con burdeles de niños, principalmente de varones, en casi todas las ciudades. La castración de niños pequeños era común como también lo era el coito anal entre profesores y alumnos. Los niños esclavos particularmente los varones, eran utilizados para la gratificación sexual de los hombres, contando con la aprobación de la comunidad.

En otras civilizaciones antiguas, como la Inca y la Hawaiana, ciertos tipos de incesto eran permitidos en clases aisladas y privilegiadas (Beezley y Kempe, 1981). La mitología incaica atribuye la fundación del imperio de Manco Capac y su esposa Mam Ocllo, que personifican al Sol y a la Luna, y de ellos derivan los incas su dinastía. Por eso el Inca debía tomar por esposa a su hermana mayor que era la encarnación de la luna. Normalmente, en ocasiones especiales como la coronación de un nuevo inca, se practicaba el sacrificio de niños y de doncellas (Rodríguez Lapuente, 1968).

En “Tótem y Tabú”, Freud señala que en las tribus australianas, en las que imperaba el sistema totémico, en virtud del cual estas se dividían en clanes, cada uno bajo el nombre de un tótem especifico (el tótem podía ser un animal, planta u objeto sagrado), las relaciones sexuales entre personas pertenecientes al mismo tótem eran castigadas con la muerte.

En los casos en que el tótem se trasmitiera por línea materna, los hijos se hallaban impedidos de tener relaciones incestuosas con su madre y hermanas pertenecientes al mismo tótem. Sin embargo, al padre, que perteneciera a un tótem distinto, no le estaba prohibido tener relaciones sexuales con sus hijas.

Las actitudes relacionadas a las prácticas sexuales entre adultos y niños, niñas y adolescentes han sido percibidas como inmorales en determinados grupos y momentos históricos. A este respecto la actitud de los judíos era bastante inconsistente pese a la prohibición de Moisés con relación a la corrupción de los niños. En aquella época, la pena de sodomía con niños mayores de nueve años consistía en morir apedreados; sin embargo, el sostener relaciones sexuales con niños menores de esta edad no se consideraba un acto sexual y apenas se castigaba con latigazos (Beezley y Kempe, 1981).

Con el advenimiento del cristianismo afloró la concepción de la inocencia infantil. Esta actitud incidió en que la Iglesia Católica en el siglo XVIII, tomara una actitud severa en contra de las relaciones sexuales entre adultos y niños (as), incluyendo el incesto padre-hijos y entre hermanos (Breezley y kempe, 1981).

A través del tiempo, las sanciones contra el involucramiento de niños, niñas y adolescentes en actividades sexuales pasaron a ser asunto de los sistemas jurídicos, percibiéndose dichas prácticas como criminales. La percepción de tales actividades ha variado nuevamente, en los últimos 50 años, siendo éstas consideradas producto de condiciones psicopatológicas. “Freud fue uno de los primeros autores que propusieron tal percepción con sus revolucionarias teorías sobre la sexualidad infantil, contrarias a la noción cristiana de la inocencia de los niños”.

*Tipos de Abusos sexuales*

En cuanto a la diversidad de conductas sexuales implicadas en los abusos, podríamos decir que se produce abuso sexual en los siguientes casos:

**En formas de contacto físico con**

1. Penetrar ano o vagina con cualquier objeto, los dedos o el pene.
2. Exhibir los órganos sexuales al menor de una manera inapropiada.
3. Tocar o acariciar los genitales del menor.
4. Forzar al menor a masturbar al adulto.
5. Hacer que el niño mantenga conductas sexuales con personas de su mismo sexo.
6. Pedir al niño que estimule oralmente los genitales del adulto.
7. Obligar al niño a que se involucre en contactos sexuales con los animales.
8. Obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas o escenas pornográficas.

**En manifestaciones de explotación sexual como:**

1. Implicar al menor en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía.
2. Promover la prostitución infantil.

Hay que tener en cuenta que lo más corriente es que durante un abuso se produzcan, a la vez, varias de las conductas expuestas en las listas anteriores.

 **En este mismo orden** López (1999) señala que el abuso sexual infantil según la categoría se podría expresar en cuatro tipos:

***Incesto:*** Si el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona de consanguineidad lineal o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto está cubriendo de manera estable el papel de los padres.Podríamos decir que es:

1. Relaciones sexuales entre los miembros de una misma familia cuyo matrimonio estaría prohibido por la ley o las buenas costumbres.

2. Sexualización del afecto entre miembros más cercanos de la familia.

 ***Violación:*** Cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior.

***Vejación sexual:*** Cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o para forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las mismas zonas del adulto.

Abuso sexual sin contacto físico**:** Se incluirán los casos de seducción verbal explícita de un niño, la exposición de los órganos sexuales con el objeto de gratificación o excitación sexual con ello y masturbación en presencia del niño con el objeto de buscar gratificación sexual.

*La explotación sexual:* Utilización de los niños (as) para la satisfacción sexual por los adultos a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución.

*Otras formas de abuso sexual son:*

*Prostitución infantil:*Es la utilización de un niño (a) en actividades sexuales a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución.

*Pornografía infantil:* Es toda presentación por cualquier medio de un niño dedicado a actividades sexuales explícitas, reales o simuladas o toda representación de las partes genitales de un niño con fines primordialmente sexuales.

*El abuso sexual por Internet:*Es la solicitud de mantener una actividad o una conversación sexual o de dar información sexual personal no deseada por un adulto a un menor aunque éste lo hubiera solicitado.

*El abuso sexual institucional*:Cuando el abuso es cometido por una persona viviendo o trabajando en estructuras de substitución, de educación o de ayuda médico-psico-social.

*Características Demográficas y Epidemiología del abuso sexual*

1. *Edad de la victima*

La mayoría de las investigaciones coinciden en que la preadolescencia es la etapa de los niños en que hay más riesgo de abuso sexual. Finkelhor (1993) analizó seis estudios al respecto llevados a cabo en seis países diferentes y demostró que se producía un aumento del riesgo a los 10 años de edad, precedido por otro incremento entre los 6 y 7 años de edad. Mientras que López et al, (1995) encontró que los mismos se daban con mayor frecuencia entre los 12 y 13 años de edad.

1. *Sexo de la victima*

El abuso sexual de los niños y adolescentes está generalizado en todas las sociedades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que la prevalencia general es de un 25% respecto a las niñas y el 7% respecto a los niños y que el padre u otro pariente del sexo masculino es el perpetrador más común, pero también hay abuso por parte de los compañeros, maestros, encargados del cuidado de los niños, amigos de la familia, líderes religiosos y vecinos. Los niños y niñas entre 7 y 13 años son los que corren más riesgo (Drug, Dahlberg, Mercy, et al. 2002).

Se calcula que una de cada cuatro niñas y uno de cada ocho niños serán sexualmente agredidos antes de cumplir 16 años. En el 90 por ciento de las veces el abusador es un hombre y en más de un 80 por ciento de los casos será un conocido.

En EE.UU., la cifra de abuso sexual infantil paso de 325000 denuncias en 1995 (0,46%) a 500,000 en el 2002. (Méndez y Checo, 2007). No es fácil determinar la incidencia real de este problema en la población porque ocurre habitualmente en un entorno privado -la familia- y los menores pueden sentirse impotentes para revelar el abuso (. Noguerol, 1997)

En la República Dominicana se realizó una investigación en 1987, con una muestra de 279 adolescentes de 14 a 17 años, esta reportado 26.6% de relaciones sexuales en el grupo de escuelas públicas y 14% en colegios privados. La mayoría de las víctimas eran varones y asistían a las escuelas públicas.

 *Causas del Abuso Sexual.*

Son varias las causas que generan el abuso sexual. Entre las más importantes están:

 *Personalidad o modelo psiquiátrico-psicológico.* Cantón y Cortés, (1997) postulaba una relación entre el abuso-abandono infantil y la presencia de enfermedades mentales o de algún síndrome o desorden psicológico específico, en la actualidad varios autores admiten que sólo entre un 10 y un 15% de los de los padres abusivos ha sido diagnosticado con un síntoma psiquiátrico especifico. Estudios que se han hecho, indican que los padres abusivos tienen dificultades para controlar sus impulsos, presentan una baja autoestima, escasa capacidad de empatía, así mismo, se ha encontrado que el abuso infantil se relaciona con la depresión y con la ansiedad de los padres, entre otras características y rasgos de responsabilidad como el alcoholismo y la drogadicción.

 *Económicas.* Esto es a partir de la crisis que prevalece en nuestro mundo y el desempleo que trae consigo que los padres que se encuentran en esta situación desquiten sus frustraciones con los hijos y los maltraten ya sea física o psicológicamente, el abuso sexual se presenta en mayor medida en los estratos de menores ingresos, aunque se ha encontrado en diversas investigaciones que esta conducta no es propia de determinada clase social y se suele dar en todos los grupos socioeconómicos.

 *Culturales.* En este se incluye a las familias donde los responsables de ejercer la custodia o tutela de los menores no cuentan con orientación y educación acerca de la responsabilidad y la importancia de la paternidad y consideran que los hijos son objetos de su propiedad. A estos tutores les falta criterio para educar a sus hijos. La sociedad ha desarrollado una cultura del castigo, en la cual al padre se le considera la máxima autoridad en la familia, con la facultad de normar y sancionar al resto de los miembros.

  *Sociales.* Cuando entre los padres se produce una inadecuada comunicación entre ellos y sus hijos, se da pie a la desintegración familiar. En la mayoría de los casos esta causa va paralela al nivel socioeconómico de los padres y el ambiente que rodea a la familia. Los conflictos que son ocasionados por el nacimiento de los hijos no deseados.

 *Emocionales.* La incapacidad de los padres para enfrentar los problemas, su inmadurez emocional, su baja autoestima, su falta y su inseguridad extrema motivan que desquiten su frustración en los hijos y no les proporcionen los requerimientos básicos para su formación y pleno desarrollo de expectativa. Se ha comprobado que en los lugares donde existen agresión y violencia entre el padre y la madre suele haber también abuso sexual, esto produce a su vez incapacidad de socialización en los padres con el medio en que se desenvuelven.

 *La historia del maltrato de los padres***.** De acuerdo con múltiples estudios, es muy alto el promedio de padres abusadores que sufrieron abuso sexual en su infancia. Además la mayoría progenitores no recibieron una adecuada intervención psicológica cayendo de nuevo en la misma forma que lo trataron a ellos.

 *Biológicas.* Se trata del daño causado a los menores que tienen limitaciones físicas, trastornos neurológicos o malformaciones. En estas circunstancias, el daño que se ocasiona a los menores con discapacidad es mayor, pues arremete a un ser indefenso que no puede responder en forma alguna.

*Relación del agresor sexual, con la victima*

Si bien no más del 20 por ciento de los casos denunciados de incesto hacen referencia a los contactos padre-hija, éstos son los más traumáticos por lo que suponen de disolución de los vínculos familiares más básicos (Herman, Russell y Trocki, 1981). El incesto entre padrastro e hija da cuenta del 15-20 por ciento de los casos. El 65 por ciento restante implica a hermanos, tíos, hermanastros, abuelos y novios que viven en el mismo hogar (McCarthy, 1992). Sin embargo, el incesto madre-hijo es mucho menos frecuente y se limita a aquellos casos en que la madre carece de una relación de pareja, presenta una adicción al alcohol o a las drogas y cuenta con un historial de abusos sexuales en la infancia (Lawson, 1993).

Se valora el parentesco del violador, teniendo datos previos concluyentes de autores que afirman que las violaciones sexuales tienen lugar entre personas conocidas tales como: miembros de la familia, hermanos, padres, tíos, amigos, vecino, esposos. etc. (García M., 1991).

En otros casos los agresores son desconocidos. Este tipo de abuso se limita a ocasiones aisladas, pero, sin embargo, puede estar ligado a conductas violentas o amenazas de ellas, al menos en un 10-15 por ciento de los casos (Lanyon, 1986).

En la mayor parte de los casos el abuso sexual infantil suele ser cometido por familiares (padres, hermanos mayores, etc.) -es el incesto propiamente dicho- o por personas relacionadas con la víctima (profesores, entrenadores, monitores, etc.). En uno y otro caso, que abarcan del 65% al 85% del total y que son las situaciones más duraderas, no suelen darse conductas violentas asociadas (Echeburúa, y Guerricaechevarría, 2000).

En un estudio realizado en República Dominicana. Por Ruiz (1987) se concluyo que los perpetradores del abuso sexual eran personas conocidas o amigas en un 75.9% y con más frecuencia de sexo diferente a la víctima. Estas, en su mayoría, no fueron obligadas a participar en las caricias y/o relaciones sexuales y el 10% las reporta como dolorosas.

La situación habitual incestuosa suele ser la siguiente: un comienzo con caricias; un paso posterior a la masturbación y al contacto buco genital; y, solo en algunos casos, una evolución al coito vaginal, que puede ser más tardío (cuando la niña alcanza la pubertad). En otros casos los agresores son desconocidos. Este tipo de abuso se limita a ocasiones aisladas, pero, sin embargo, puede estar ligado a conductas violentas o a amenazas de ellas. No obstante, la violencia es menos frecuente que en el caso de las relaciones no consentidas entre adultos porque los niños no ofrecen resistencia habitualmente. (Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. 2000))

Por otra parte, los niños con mayor riesgo de ser víctimas de abuso sexual son aquellos con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como son los que todavía no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y discapacidades físicas y psíquicas. Asimismo son también sujetos de alto riesgo los niños que se encuentran carentes de afecto en la familia, que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objeto, al margen de que este placer con el tiempo acabe produciendo en ellos un profundo sentimiento de culpa (Madansky, 1996; Milner, y Crouch (2004).

Investigaciones realizadas en República Dominicana muestran claramente el círculo de reincidencia y aumento del abuso sexual en la infancia si consideramos las características socio-económicas de las familias de clase media y baja en nuestro país. Cada día, el ingreso económico de la madre es más necesario en el hogar, de manera que la madre sale a trabajar fuera de la casa y frente a la estrategias adecuadas para dejar a sus hijos, bien cuidados, los deja como puede, o sea como quiera. Los niños semi-abandonados buena parte del día son de alto riesgo para el abuso sexual y en general para todo tipo de abuso. Brugos y García.1988).

*Género, Edad y Características de los abusadores sexuales*

Los estudios que se han realizado en este orden señalan que entre el 90 y 95% de los abuso son cometidos por hombres. Mientras que las investigaciones de Finkelhor y Russell (1991) arrojaron que un 5% de niñas y un 20 de niños fueron abusados por mujeres. En este ultimo tenor los estudios presentan que las mujeres abusadoras con mucha frecuencia son víctimas de maltrato, incluyendo el sexual, están solas y con problemas emocionales y con muy baja frecuencia psicótica (Lewis y Stanley, 1998).

 Según algunos estudios la edad promedio de las abusadoras es de 26 años, con un rango mayor de mayor frecuencia entre 16 y 36 años. Los hombres comienzan sus conductas abusivas a más temprana edad prosiguen mas tardíamente y que las mujeres (Intebi l, 1998).

*Características del abusador y de la familia en que se produce el abuso Sexual*

 Echeburúa, y Guerricaechevarría, (1999) señalaron como las principales características, del abusador y de la familia en que se perpetra el abuso sexual, las siguientes:

|  |  |
| --- | --- |
| *Características del abusador* | *Características de la familia* |
| Extremadamente protector o celoso del niño. | Familias monoparentales o reconstituidas |
| Víctima de abuso sexual en la infancia. | Familias caóticas y desestructuradas. |
| Dificultades en la relación de pareja.Aislado socialmente. | Madre frecuentemente enferma o ausente. |
| Abuso de drogas o alcohol. | Madre emocionalmente poco accesible. |
| Frecuentemente ausente del hogar. | Madre con un historial de abuso sexual infantil. |
| Con baja autoestima o con problemas psicopatológicos. | Problemas de hacinamiento. |
|  | Hijas mayores que asumen las responsabilidades de la familia |

*Fases del abuso sexual*

Galdós (1999), en Méndez y Checo (2007), afirma que es posible detectar tres fases principales en el desarrollo del abuso sexual infantil, a saber:

1. *Fase de inicio o ¨enganche*¨: es cuando el abusador logra un acercamiento con la víctima y se asegura que este no comentara a nadie lo sucedido. Por lo general el niño no entiende lo que ocurre.
2. F*ase de continuidad:* ya asegurado el silencio de la victima el abusador buscara más ocasiones para estar juntos, aumentando el número de abusos hasta llegar a la penetración. En esta fase es posible que el niño evite la presencia del abusador.
3. *Fase de evidencia o confirmación:* se produce de manera abrupta, y es cuando el abusador es sorprendido o porque la victima cuenta lo sucedido. Es la etapa de mayor tensión para la familia y más confusión para el niño.

*Detección del abuso sexual:*

Las conductas incestuosas tienden a mantenerse en secreto. Existen diferentes factores que pueden explicar los motivos de esta ocultación: por parte de la víctima, el hecho de obtener ciertas ventajas adicionales, como regalos, o el temor a no ser creída, junto con el miedo a destrozar la familia o a las represalias del agresor; y por parte del abusador, la posible ruptura de la pareja y de la familia y el rechazo social acompañado de posibles sanciones legales (Horno, Santos, y Molino, 2001).

A veces la madre tiene conocimiento de lo sucedido. Lo que le puede llevar al silencio, en algunos casos, es el pánico a la pareja o el miedo a desestructurar la familia; en otros, el estigma social negativo generado por el abuso sexual o el temor de no ser capaz de sacar adelante por sí sola la familia. De ahí que el abuso sexual pueda salir a la luz de una forma accidental cuando la víctima decide revelar lo ocurrido -a veces a otros niños o a un profesor- o cuando se descubre una conducta sexual casualmente por un familiar, vecino o amigo. El descubrimiento del abuso suele tener lugar bastante tiempo después (meses o años) de los primeros incidentes.

*Indicadores físicos y de comportamiento del abuso sexual*

 *Físicos:* Pueden existir indicadores físicos que muestran que un niño, niña o un o una adolescente ha sido víctima de abuso sexual:

* 1. Infecciones recurrentes en el tracto urinario.
	2. Enfermedades de transmisión sexual.
	3. Ropa interior inexplicablemente manchada o rota.
	4. Sangrados alrededor de la boca, el ano o la vagina (también fisuras).
	5. Aumento general de trastornos somáticos tales como: dolores de estómago, cabeza.
	6. Regurgitación o vómito de alimentos (especialmente si el ofensor ha introducido su pene en la boca del niño, niña o del o la adolescente: felattio).
	7. Tono de voz o lenguaje propio de un niño o niña más pequeño
	8. Dolor en el área de la vagina, el pene o el ano.
	9. Mojarse en la cama (enuresis).
	10. Ensuciarse en la ropa (encopresis).
	11. Brotes o rasguños inexplicables.
	12. Privarse voluntariamente de alimentos.
	13. Comer y luego provocarse el vómito.
	14. Picazón anormal en el pene o la vagina.
	15. Olor extraño en el área genital.
	16. Hallazgo de objetos pequeños en el ano o la vagina del menor.
	17. Embarazo temprano de 9 a 14 años particularmente.
	18. Dificultad para caminar o sentarse.
	19. Vergüenza de su propio cuerpo y resistencia a cambiarse en frente de otros.
	20. Los jóvenes varones pueden sentirse atraídos por el fuego y podrían iniciar incendios.
	21. Comerse las uñas, los dedos, los labios, hasta romperlos, infectarlos o hacerlos sangrar.
	22. Fugarse de los hogares.
	23. Adolescentes mujeres involucradas en pornografía o prostitución.
	24. Promiscuidad.
	25. Adolescentes mujeres que desean casarse jóvenes para salir de sus hogares o situaciones abusivas.
	26. Comportamiento muy seductor u obsesivo en relación al sexo, en conversaciones, dibujos, televisión, bromas, películas.
	27. Masturbación excesiva.
	28. Tendencia a abusar sexualmente de parientes o amigos menores en edad.
	29. Depresión, pensamientos o tentativas de suicidio.
	30. Sentimientos de disociación, es decir, el o la adolescente tiene la sensación de que se está viendo a sí mismo (a) como en un sueño.
	31. Temor a la homofobia en los adolescentes varones (miedo a ser considerados homosexuales, temor y odio hacia los homosexuales)

*Comportamiento*

* 1. Dejar de comer o comer demasiado.
	2. Problemas al dormir.
	3. Pesadillas muy frecuentes. (Especialmente con el incidente)
	4. Llanto o lamentos sin razón aparente.
	5. Temor hacia los adultos en general.
	6. Comportamiento mucho más tímido de lo normal.
	7. Comportamiento más dependiente de los padres de lo usual.
	8. Hiperactividad.
	9. Incapacidad de concentrar la atención en algo por mucho tiempo.
	10. Comportamiento regresivo,  propio de un niño o niña de menos edad.
	11. Comportamiento sexual inadecuado para la edad, en su relación con otros niños o niñas o en sus juegos.
	12. Conversación sobre temas sexuales en términos poco adecuados para su edad.
	13. Rendimiento académico peor de lo usual.
	14. Incapaz de relacionarse bien con otros niños o niñas y compañeros o compañeras de clase de su edad.
	15. Comportarse en forma muy agresiva generalmente, llega a pelear con otros (as).
	16. Temeroso (a) de alguien en particular, o por el contrario quiere pasar demasiado tiempo con esa persona en especial.
	17. Comportamiento como si nada en el mundo le interesara.
	18. Temor a la oscuridad.
	19. Muy somnoliento (a) en la escuela.
	20. Ticks nerviosos en la cara.

*En los y las adolescentes:*

Algunos de los indicadores anteriores para niños (as) se aplican también a los y las adolescentes, además de los siguientes:

1. Mantenerse aislado (a) a los demás.
2. Evitar llegar a casa.
3. Evade a una persona en especial o quiere estar a solas con esa persona en particular.
4. Malas relaciones con compañeros (as) de clase y amigos (as).
5. Mala auto-imagen, habla de sí mismo (a) en forma despectiva.
6. Con problemas de higiene o arreglo personal, usa algunas veces doble ropa interior.
7. Baja autoestima, dificultad para aceptar un cumplido.
8. Rendimiento académico demasiado bajo de lo usual.
9. Ausentismo en la escuela, vagancia.
10. Consumo de alcohol o drogas.
11. Hace todo lo que dicen los demás, falta de asertividad.
12. Actitud hostil y enojo por encima de lo normal.
13. Peleas con compañeros (as) de clase, amigos (as) y/o hermanos (as).
14. Ansiedad, nervios y tensión.
15. Dificultad para confiar en otros (as).
16. Aislado (a) de los (as) demás compañeros (as), amigos (as) o hermanos (as).
17. Sentimiento de suciedad y necesidad de ducharse varias veces al día.

*Principales indicadores físicos, comportamentales y de tipo sexual en los menores víctimas de abuso.*

Echeburúa, y Guerricaechevarría, (1998**),** señalaron que los principales indicadores físicos comportamentales y sexuales del abuso sexual son:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Indicadores físicos* | *Indicadores comportamentales* | *Indicadores en la esfera sexual* |
| Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal. | Pérdida de apetito. | Rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico. |
| Cérvix o vulva hinchadas o rojas. | Llantos frecuentes, sobre todo en referencia a situaciones efectivas o eróticas. | Conductas seductoras, especialmente en niñas. |
| Semen en la boca, en los genitales o en la ropa. | Miedo a estar sola, a los hombres o a un determinado miembro de la familia. | Conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad. |
| Ropa interior rasgada, manchada y ensangrentada. | Rechazo al padre o a la madre de forma repentina. | Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos. |
| Enfermedades de transmisión sexual en genitales, ano, boca u ojos. | Cambios bruscos de conducta. | Agresión sexual de un menor hacia otros menores. |
| Dificultad para andar y sentarse. | Resistencia a desnudarse y bañarse. | Confusión sobre la orientación sexual. |
| Enuresis o encopresis | Aislamiento y rechazo de las relaciones sociales. |  |
|  | Problemas escolares o rechazo a la escuela. |  |
|  | Fantasías o conductas agresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama). |  |
|  | Tendencia al secretismo. |  |
|  | Agresividad, fugas o acciones delictivas. |  |
|  | Autolesiones o intentos de suicidio. |  |

*Secuelas Emocionales en las Víctimas de Abuso Sexual:*

Los menores muy pequeños pueden no ser conscientes del alcance del abuso sexual en las primeras fases, lo que puede explicar la compatibilidad de estas conductas con el cariño mostrado al adulto por el menor.

*Consecuencias psicológicas a corto plazo:*

Cantón, y Cortés, (1996) y (2001) al analizar los Malos tratos y las consecuencias psicológica a corto plazo del abuso sexual infantil, señalaron que al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos

Respecto a la edad, los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido. En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa. No son por ello infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos de suicidio. (Roa, et al. 1998)

 *Principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual*

Echeburúa, E. y Guerrita Echevarría, C. (1998**)** señalaron como las principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes las siguientes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tipos de efectos* | *Síntomas* | *Periodo evolutivo* |
| Físicos | * Problemas de sueño (pesadillas)
* Cambios en los hábitos de comida
* Pérdida del control de esfínteres
 | Infancia y adolescenciaInfancia y adolescenciaInfancia |
| Conductuales | * Consumo de drogas o alcohol
* Huidas del hogar
* Conductas autolesivas o suicidas
* Hiperactividad
* Bajo rendimiento académico
 | AdolescenciaAdolescenciaAdolescenciaInfanciaInfancia y adolescencia |
| Emocionales | * Miedo generalizado
* Hostilidad y agresividad
* Culpa y vergüenza
* Depresión
* Ansiedad
* Baja autoestima y sentimientos de estigmatización
* Rechazo del propio cuerpo
* Desconfianza y rencor hacia los adultos
* Trastornos de estrés postraumático
 | InfanciaInfancia y adolescenciaInfancia y adolescenciaInfancia y adolescenciaInfancia y adolescenciaInfancia y adolescenciaInfancia y adolescenciaInfancia y adolescenciaInfancia y adolescencia |
| Sexuales | -Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad* Masturbación compulsiva
* Excesiva curiosidad sexual
* Conductas exhibicionistas
* Problemas de identidad sexual
 | Infancia y adolescenciaInfancia y adolescenciaInfancia y adolescenciaInfanciaAdolescencia |
| Sociales | * Déficit en habilidades sociales
* Retraimiento social
* Conductas antisociales
 | InfanciaInfancia y adolescenciaAdolescencia |

 *Consecuencias a largo plazo del abuso sexual:*

Los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más borrosos que las secuelas iníciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas. Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual -disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente-, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas (Mas, y Carrasco, (2005).

En otros casos, sin embargo, según Finkelhor (1999), el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño, a menos que se trate de un abuso sexual grave con penetración) si la víctima no cuenta con otras adversidades adicionales, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave, etc. Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (por ejemplo, romperse la familia, poner en duda el testimonio del menor, etc.)

 *Prevalencia del abuso sexual en la mujer.*

 Conforme un estudio de la. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1988), entre un 20% y un 30% de la población general de las mujeres han sido víctimas de abuso sexual.

En este mismo tenor Finkelhor, (1999), quien realizo la primera encuesta nacional de Estados Unidos, llevada a cabo en adultos, sobre la historia de abuso sexual, encontró que un 27% de las mujeres y un 16% de los hombres reconocían retrospectivamente haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia.

Las víctimas suelen ser más frecuentemente mujeres (58,9%) que hombres (40,1%) y situarse en una franja de edad entre los 6 y 12 años, si bien con una mayor proximidad a la pubertad. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior (7-8 años), y un mayor número de niños en el abuso familiar (pederastia), con una edad de inicio posterior (11-12 años) (Vázquez, 1995).

En la República Dominicana se han realzado estudios de prevalencia del abuso sexual en poblaciones del Distrito Nacional en los años 1986, 1987 y 1988. Uno realizado a 893 universitarios del Distrito Nacional, el 32% explicó haber participado durante su infancia en caricias y/o relaciones sexuales con un adulto.

De cada 100, 33 universitarios han sufrido abuso sexual en su niñez más varones que hembras fueron víctimas de caricias sexuales y el 71% tenían de 6 a 11 años cuando sucedió. (Ruiz 1986). En nuestro país se comete un abuso sexual cada una hora, según los estudios y denuncias policiales (CIPAC).

*Principales Consecuencias Psicológicas en Víctimas Adultas de Abuso Sexual en la Infancia.*

Las consecuencias de abuso sexual a corto plazo son devastadoras para el funcionamiento psicológico de la víctima, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la misma familia y cuando se ha producido una violación. Las consecuencias a largo plazo son más inciertas, si bien hay una cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta.

Echeburúa, y Guerrita Echevarría, (1998**)** en un estudio sobre las secuelas psicológicasen víctimas adultas de abuso sexual en la infanciadestacaron, como siguen a continuación las siguientes:

|  |  |
| --- | --- |
| *Tipos de secuelas* | *Síntomas* |
| Físicas: | Dolores crónicos generales Hipocondría y trastornos de somatización Alteraciones del sueño (pesadillas) Problemas gastrointestinales Desordenes alimenticios, especialmente bulimia. |
| Conductuales:  | Intentos de suicidioConsumo de drogas y/o alcoholTrastorno disociativo de identidad (personalidad Múltiple). |
| Emocionales: | Depresión, Ansiedad y Baja autoestimaEstrés postraumático y Trastornos de personalidadDesconfianza y miedo a los hombresDificultad para expresar o recibir Sentimientos de ternura y de intimidad. |
| Sexuales:  | Fobias o aversiones sexuales Falta de satisfacción sexual Alteraciones en la motivación sexual Trastornos de la activación sexual y del orgasmo. Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo. |
| Sociales:  | Problemas en las relaciones interpersonalesAislamientoDificultades en la educación de los hijos. |

Tucker (2002), señala que la culpa resultante del abuso sexual infantil puede interferir con el desarrollo de la personalidad y la sexualidad futura del niño o la niña. Si la víctima de abuso infantil no resuelve su trauma, la sexualidad puede llegar a ser un motivo de conflicto en la edad adulta.

*Efectos del abuso sexual sobre la sexualidad en la edad adulta*

El abuso sexual ejerce mucha influencia sobre la sexualidad futura de la mujer. En este sentido Méndez y checo (2007) destacan que entre los efectos a largo plazo del abuso sexual infantil se encuentran:

*Las Emocionales*: Depresión, ansiedad y tensión, auto concepto negativo, culpabilidad, miedo y fobia, etc. *Los de relación***:** hostilidad hacia la madre, ansiedad ante las situaciones de intimidad.

*Problema Relacionado con la Sexualidad*:Miedo a las relaciones sexuales, insatisfacción sexual, dificultades en el ajuste sexual, deseo sexual inhibido, incapacidad de relajarse y disfrutar de la relación sexual, culpabilidad sexual, bajos niveles de autoestima sexual, evitación de las relaciones sexuales, frigidez, anorgasmia, promiscuidad sexual, vaginismo, dificultades en la fase de la excitación, flash back con la experiencia del abuso sexual.

*Respuesta Sexual Femenina y Posible Trastorno en cada Fase*

Master y Johnson (1960), pioneros del estudio de la sexualidad humana, dividieron la respuesta sexual en las siguientes fases: Fase de excitación, meseta, orgasmo y resolución, mientras que Helen Sirzger Kaplan (1970), más delante la divide en tres fases: deseo, excitación y orgasmo.

*Deseo:* son las fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo (DSM IV, 1995). Se caracteriza por el inicio de sensaciones eróticas y por la obtención de la lubricación vaginal. La tensión sexual incluye: vasocongestión, miotonia y aumento de presión arterial.

 Esta fase es la necesidad de actividad sexual. La persona se siente sexual de una manera espontánea y movida abuscar una experiencia de esta naturaleza. Algunas veces, aunque la persona no esté especialmente interesada por la sexualidad, la presencia de un individuo atractivo o de una situación determinada puede provocar su apetito sexual. Todos los apetitos, como el hambre, la sed, la fatiga, la necesidad de dormir, incluido el deseo sexual, tienen su origen en el cerebro. El apetito sexual surge en una zona especial del cerebro, que está compuesta por complicados circuitos y centros neutrales que cuando se activan la persona siente deseo sexual. En la pubertad aumenta la producción de andrógenos en ambos sexos. Esta afluencia de andrógenos activa los centros sexuales del cerebro y así es como nos hacemos capaces de experimentar deseo sexual.

Los datos epidemiológicos de los trastornos del deseo sexual oscilan según fuentes del 17-30 por ciento en las mujeres y del 6-10 por ciento en los hombres. En las consultas sexológicas se sabe muy bien que el 52% de las consultas femeninas son por alteraciones en el interés sexual y que en el caso de los hombres es del orden del 13 por ciento y la tendencia es de incremento, sobre todo en los hombres (Enciclopedia de la Sexualidad, 1997). .

 Diferentes fuerzas físicas y psíquicas-pueden afectar los centros sexuales y el deseo sexual de una persona. Si alguien está enfermo, deprimido o angustiado, estimulado o abatido por ciertas drogas, o bien, si ha recibido el mensaje de que la sexualidad es algo malo, o si ha sido herido o rechazado, es probable que no sienta intensos deseos sexuales. Por otra parte, si alguien está en buena forma física, si su estado de ánimo es bueno, si considera que la sexualidad es algo positivo y, sobre todo, si está enamorado o en compañía de una persona que le atrae, es probable que se sienta muy sexual. (Sapena, 2001).

Se podría enumerar una larga lista de las causas o factores etiológicos: como abuso de drogas o fármacos, el estrés, las depresiones**,** la absorción del trabajo y la competitividad, cambios en las concepciones sobre el sexo, y en la función femenina, hábitos sexuales poco gratificantes, exceso de presión “erótica” en los medios de comunicación (lo cual no ha sido demostrado), causas que, además, se combinan entre sí para dar lugar a diferentes tipos de patrones del deseo sexual hipoactivo. Pero los trastornos del deseo no son debidos solamente a esta visión de transformaciones deshumanizadoras en lo social. Como veremos, los hay más sutiles, más concretos, incluso de base orgánica o tóxica y otros más difusos (Enciclopedia de la Sexualidad, 1997; Kaplan, 1982; Kolodny y Masters, 1982).

*Excitación:* Es la sensación subjetiva de placer sexual que va acompañada de cambios fisiológicos como vasocongestión, lubricación y expansión de la vagina y tumefacción de los genitales externos (DSM IV, 1995). Es el estado de la fase de la respuesta sexual más avanzada, inmediatamente anterior al orgasmo. La respuesta vasocongestiva local de los órganos sexuales primarios, alcanzan su máximo; hinchazón y coloración de los labios menores y formación de la lámina espesa de tejido congestionados, que Masters & Johnson denominan “plataforma orgásmica”, dentro de esta etapa, pueden aparecer inhibiciones del aspecto de a excitación general de la respuesta sexual (Enciclopedia de la Sexualidad, 1997).

En el nivel sociológico se da: carencias de sentimientos eróticos y en los fisiológicos se dan: bloqueo del componente vasocongestivo de la respuesta sexual. La mujer no lubrica y la vagina no se expande y no se forma la plataforma orgásmica estas mujeres manifiestan una inhibición sexual general que varía en el nivel de gravedad (Kaplan, 1982; Enciclopedia de la Sexualidad, 1982; Kolodny y Masters, 1982)

El trastorno dentro de la fase consiste en la incapacidad persistente y repetida para obtener- mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de la respuesta sexual hasta la finalización del acto sexual. El trastorno provoca malestar evidente y malestar en las relaciones interpersonales, el trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (eje 1) puede ser general o situacional, y los factores pueden ser psicológicos, orgánicos o combinados (DSM IV, 1995)

*El Orgasmo:*

Esta es la etapa mas más placentera del acto sexual, contracciones rítmicas reflejas, a intervalos de 0.8 segundos de los músculos circunvaginales y del perineo, así como de la plataforma orgásmica En esta etapa puede ocurrir la inhibición específica del reflejo orgásmico. Es la más frecuente de las quejas de las mujeres. El orgasmo es la tercera fase de la respuesta sexual (Enciclopedia de la Sexualidad Humana, 1997).

 Cuando la mujer ha alcanzado un grado de excitación elevado (meseta), si la estimulación se mantiene y es adecuada, en cualquier momento pueden aparecer las contracciones rítmicas e involuntarias de la musculatura vaginal que se acompaña de intensa sensación de placer. Al contrario que en el hombre, es bien sabido que la mujer puede tener más de un orgasmo sin pasar por el periodo refractario; puede experimentar un orgasmo intenso o una larga sensación de orgasmos de pequeña intensidad o bien un orgasmo seguido de otro (Kaplan, 1978; Enciclopedia de la Sexualidad, 1997; Kolodny & Masters, 1982).

Anteriormente se creía que el orgasmo femenino lo provocaba la estimulación de la vagina. En la actualidad hay datos que contradicen esta teoría. Kaplan (1989) en el libro “El sentido del sexo” apunta que: La penetración en la vagina es extremadamente placentera y gratificadora para la mayoría de las mujeres, pero el orgasmo suele desencadenarse por estimulación rítmica del clítoris. Esto se sustenta sobre la base de que el clítoris se forma a partir del mismo tejido embriológico que el pene y tiene el mismo tipo de nervios y de conexiones reflejas con el sistema nervioso central. La estimulación directa del clítoris o de la zona inmediatamente circundante puede dar lugar a un orgasmo sin penetración en la vagina. El orgasmo es considerado como el período que produce la mayor cantidad posible de placer. Se pierde el control voluntario, y como oposición lógica a esta situación, aparecen contracciones involuntarias y espasmos musculares, se elevan al paroxismo, el ritmo respiratorio, los latidos del corazón y la tensión arterial.

El orgasmo es el punto culminante del placer sexual con la eliminación de la tensión sexual y las contracciones rítmicas de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. Dentro de esta fase encontramos los trastornos orgásmicos, como inhibición orgásmica femenina, que no es más que la ausencia o retraso persistente o recurrente tras una fase de excitación normal, las mujeres muestran una variabilidad en el tipo de estimulación que desencadena el orgasmo que provoca malestar acusado y malestar en las relaciones interpersonales, el trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (eje 1) excepto otro trastorno sexual y no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (DSM IV 1995).

*Resolución*

Etapa final del ciclo de la repuesta sexual; disminuyen las respuestas fisiológicas locales específicas del sexo y todo el soma regresa a su estado pasado. La resolución es la fase que consiste en una sensación de relajación muscular y bienestar general (DSM IV, 1995).

 Heiman & Lopiccolo (1989), en Ochoa y Rivas (2002, señalan en su libro “Para alcanzar el orgasmo”, que una vez alcanzado el orgasmo el cuerpo vuelve a un estado de no excitación, los pechos, el clítoris y la vagina recuperan su tamaño normal, el ritmo cardiaco disminuye, el útero desciende y la vagina vuelve a su estado anterior y forma normales. Las manchas en la piel y los cambios en el color de los labios desaparecen. Estos cambios se producen en pocos minutos, pero durante media hora o más puede seguir habiendo hinchazón en los genitales. En algunas mujeres, reiniciar la estimulación casi inmediatamente después del primer orgasmo da por resultado un segundo orgasmo o incluso más. Es lo que se llama tener orgasmos múltiples.

*Principales disfunciones sexuales femeninas*

La disfunción sexual femenina, se refiere a todas las formas de inhibición de la respuesta sexual femenina (Kaplan, 1978).

*Disfunción sexual general*

Se caracteriza por una inhibición del aspecto de excitación general de la respuesta sexual. En el nivel psicológico se da una carencia de sentimientos eróticos, en el nivel fisiológico, un bloqueo del componente vasocongestivo de la respuesta sexual: l mujer no lubrica, su vagina no se expande, y no se forma la plataforma orgásmica. La mujer manifiesta una inhibición sexual universal que varía en el grado de gravedad (Enciclopedia de la Sexualidad. 1997; Kolodny, 1982).

*El vaginismo*

No incluye ninguno de los componentes de la respuesta sexual femenina y se considera que constituye una identidad clínica discreta. Se caracteriza por un espasmo condicionado de la entrada de la vagina. La vagina se cierra involuntariamente cuando se intenta la entrada, la cual impide, por tanto, el acto sexual. La aparición del trastorno provoca malestar acuciado y en las relaciones interpersonales. Las pacientes con vaginismo, suelen ser capaces de responder sexualmente y alcanzar el orgasmo con estimulación clitoridia (Kaplan, 1984; Enciclopedia de la Sexualidad, 1997; DSM IV, 1995).

 En general, el vaginismo resulta más alarmante para la mujer, ya que le
impide realizar un comportamiento que desea, mientras que en la dispareunia,
aunque con dolor, no resulta imposible realizar la penetración. Estas disfunciones
afectan aproximadamente a un 8% del total de las mujeres, siendo una tres veces
más frecuentes las consultas por vaginismo que por dispareunia. Resulta curioso
comprobar que las parejas donde la mujer sufre de vaginismo, tardan un promedio
de cuatro años en consultar un especialista, decidiéndose sólo en el momento
que deseen tener un hijo, en muchos de los casos. Durante todo ese tiempo
han mantenido una sexualidad habitualmente sana y variada, alcanzando el orgasmo a través de la heteromasturbación (Enciclopedia de la Sexualidad, 1997).

Al explicar sus razones para aplazar tanto la demanda de ayuda, muchas
de estas mujeres explican:

* Se consideraban un caso excepcional,
* Mucho miedo de ser anormales,
* Que se Descubriera que su vagina era defectuosa o inexistente
* Les daba mucha vergüenza hablar con alguien del tema,

El hecho de que el problema se resuelva a través de técnicas conductuales y cognitivas hace pensar que lógicamente las causas son de tipo psicosocial. Constituyendo un claro ejemplo de alteración psicosomática (Enciclopedia de fa Sexualidad, 1997).

Aunque no se han reconocido causas concretas, las siguientes situaciones se han asociado a menudo con estas disfunciones:

 *1. Factores Educativos***:** haber recibido una educación restrictiva, culpabilizada, que transmite ideas erróneas acerca de la sexualidad, o simplemente la ausencia de información favorece la ansiedad sexual: Temor a perder la virginidad, al embarazo, al cáncer, a ETS.

*2. Factores Traumáticos:* incluyen cualquier experiencia de violencia sexual vivida de cerca o personalmente). . La causa psicofisiológica inmediata del vaginismo es el espasmo reflejo involuntario de los músculos que rigen la acción del introito vaginal. Cabe la posibilidad también de la presencia de un trauma especifico desencadenante como el incesto, violación o el intento doloroso de realizar el coito, entre otros (Ochoa y Riva 2002)

*3. Factores Relacionales:* conflictos conyugales, déficit de estimulación, coito sin preámbulo.

*4. Factores Personales:* (Problema de ansiedad, depresión). Tanto en el caso de vaginismo, como de la Dispareunia, hay que añadir que en algunas mujeres el problema se inicia repentinamente después de un funcionamiento sexual totalmente normal. En esos casos de disfunción secundaria es más probable encontrar una causa concreta que cuando el problema es primario. A veces empieza a sufrir dolor debido a una infección, por ejemplo, y se condiciona éste manteniéndose incluso cuando la infección que lo provocó había desaparecido (Kaplan, 1978; Enciclopedia de la Sexualidad, 1997; Kolodny, 1982).

*Dispareunia:*

Es un dolor genital que aparece al principio o durante la realización del coito, en la mayoría de las relaciones sexuales. EL DSM-IV la define como: dolor genital recurrente y persistente asociado a relación sexual, tanto en mujeres como en varones. El trastorno provoca malestar en las relaciones interpersonales (DSM IV, 1995). Entre sus posibles causas se destacan la infección genital, la irritación vaginal o la malformación de la vagina. En muchas ocasiones se debe a una lubricación deficiente que puede resolverse con el empleo de lubricantes con base de agua o glicerina.

*Aversión al sexo:*

Es un miedo irracional que lleva a las personas a evitar o huir de cualquier situación erótica para no caer en un estado de ansiedad al que pueden acompañar síntomas como temblor, sudoración intensa, palpitaciones, sensación de ahogo o simplemente en el estado psicológico propio de las personas aterrorizadas, durante el cual es evidentemente imposible el placer, aunque en ocasiones si logran vencer el pánico inicial, pueden llegar a comportarse con cierta naturalidad durante la relación sexual. Este problema puede afectar a ambos sexos. Las causas pueden ser: violencia sexual, conflictos conyugales graves (cónyuge muestra conducta sexual demandante y exigente), una educación que transmite ideas erróneas o sobre evaluadas respecto a las parte negativas de la sexualidad (Enciclopedia de la Sexualidad, 1997; Kaplan, 1978).

 *Anestesia sexual*

Falta de sensación o placer en presencia de estimulación sexual (Kaplan,
1978). Se caracteriza por la no percepción de sensaciones de contacto, y la estimulación clitoridia no evoca sentimientos eróticos; apenas pueden decir sí el pene ha entrado o no en su vagina, se quejan de que no sienten nada cuando se les estimula sexual mente.

*Deseo sexual inhibido*

El DSM IV lo define como ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y deseo de la actividad sexual de forma persistente o recurrente: puede provocar malestar acusado o malestar interpersonal. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno de eje (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a efectos fisiológicos directos de una sustancia (como drogas o fármacos, o una enfermedad médica) puede ser de toda la vida o adquirida; general o situacional (DSM IV, 1995).

El deseo sexual inhibido (DSI) es el desinterés por las cosas sexuales, no solamente por el coito o el juego sensual, sino, también, por otras conductas, como la masturbación, la ausencia o aparición muy esporádica de pensamientos, ensoñaciones o fantasías sexuales; la escasa motivación por el material erótico. Todo ello forma gran parte del cortejo sintomático de este trastorno. Los sujetos afectados de DSI disminuyen o inhiben su iniciativa sexual, no parecen tener percepción del atractivo de las personas, son menos receptivas a las reclamaciones sexuales y demoran todo lo que puedan la frecuencia de sus relaciones, que disminuyen de forma notable. EL DSI puede ser primario, cuando la falta de interés sexual ha estado siempre presente, secundario, cuando surge después de un periodo de funcionamiento normal. El DSI situacional o selectivo es aquel que se limita a algunas situaciones o parejas pudiendo haber interés, sexual por otras personas.

Las mujeres que presentan el trastorno primario del interés sexual suelen haber tenido experiencias a edades tempranas que han actuado como factores causales. Las alteraciones orgánicas, o sea, enfermedades e intervenciones quirúrgicas, son algunas de las causas más frecuentes de la presencia del DSI. También hay que tener en cuenta los factores psicológicos que acompañan cualquier enfermedad, así como miedo a las consecuencias de la actividad sexual (recaída en casos de infarto).

 Otras causas pueden ser: aspectos educativos; educación familiar y escolar rígida, puritana y antisexual, ausencia de educación sexual, hábitos sexuales no gratificantes, problemas de pareja y dificultad de comunicación. Además, haber sido víctima de abuso sexual, miedo a la intimidad. Naturalmente estos factores pueden combinarse entre sí y dar lugar a diferentes patrones y fases de presentación del DSI (Enciclopedia de la Sexualidad, 1997; Kaplan. 1978).

*Deseo sexual hipoactivo:*

La falta de deseo sexual conocida por autores como deseo sexual hipoactivo, deseo sexual inhibido dependiendo si hay predominio de la ausencia de interés sexual y conocido como aversión cuando hay miedo insuperable a las relaciones sexuales.

También se habla de disminución de fantasías y del deseo de actividad sexual el cual persiste o recurre, ocasionando dificultad en las relaciones interpersonales y siempre que no se deba a efectos fisiológicos directos del uso de algunas sustancias o alguna enfermedad médica. En esta alteración de aversión sexual la mujer evita todos los contactos sexuales genitales con la pareja sexual (DSMIV, 1995).

*Trastorno de la excitación femenina:*

Es la ausencia o persistencia parcial o total de lubricación vaginal durante la excitación sexual, o bien ausencia o persistencia de la sensación de placer durante la actividad sexual. Las causas pueden ser: educación restrictiva, desconocimiento del propio cuerpo, menopausia, lactancia, disminución de niveles de hormonas sexuales, DSI, efectos de algunos antihipertensivos, depresión, diuréticos, y antisicoticos (Enciclopedia de la sexualidad, 1997).

*Disfunción orgásmica:*

Se trata de una especie de impotencia femenina, caracterizada por la incapacidad de alcanzar el orgasmo pese a la presencia de excitación sexual. En la mayor parte de los casos se debe a problemas psicológicos, aunque cerca de un 5% responde a causas orgánicas derivadas de problemas neurológicos o enfermedades ginecológicas (Ochoa y Riva, 2002). La anorgasmia puede ser de carácter orgánico o psicógeno, siendo la primera el menos frecuente. Del total de anorgasmias solo se encuentra causa orgánica que las justifique en un 5% de los casos. La mayoría de las razones son de tipo conductuales y cognitivo (Enciclopedia de la sexualidad, 1978)

*Tipos de disfunción orgásmica:*

La anorgasmia es una de las disfunciones sexuales más frecuentes y conocidas. Kaplan (1974) y Masters, Johnson (1982) dividen la anorgasmia en tres clases: la disfunción orgásmica *primaria,* caracterizada por no haber experimentado nunca el orgasmo, (aproximadamente el 10% del total de las mujeres). Disfunción orgásmica *secundaria,* cuando el trastorno aparece tras un periodo en el que sí era capaz de alcanzar el orgasmo, ya sea inducido por el coito o por estimulación clitoridia, o sea, en ninguna circunstancia, y disfunción orgásmica *situacional, o Selectiva* sí puede alcanzar el orgasmo, pero sólo en determinadas situaciones específicas. ej.: Con estimulación al clítoris oauto estimulación. La sufre aquella mujer que, tras una época de haber tenido orgasmo con normalidad, deja de experimentarlo, de forma sistemática (Enciclopedia de la Sexualidad, 1993).

*Causas de las disfunciones sexuales*

Ochoa y Riva (2002) declaran en este orden que la cantidad de causas aducidas como responsables o facilitadoras de la aparición de las disfunciones sexuales es amplia y esta amplitud, junto con la variedad de conductas abarcadas en las disfunciones, hace difícil que pueda desarrollarse un modelo explicativo preciso de estas y menos aún único. Es raro que se atribuya a un solo factor la aparición de una disfunción; en la mayoría de los casos pueden analizarse diferentes factores que con mayor o menor importancia contribuyen al desarrollo de la disfunción. Dos categorías básicas de las causas subyacentes a las disfunciones sexuales:

*1. Psicológicas*

*2. Físicas.*

Otra forma de agrupar las causas de las disfunciones hace referencia al momento temporal en el que parecen intervenir:

**Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento**

*Factores psicológicos asociados a la anorgasmia*

Generalmente, el síndrome a orgásmico tiene su origen en factores psicógenos. La prueba más ostensible es que alrededor del 90 por ciento de las mujeres con disfunción orgásmica responde de manera muy favorable a la terapia sexual. (Master y Johnson, 1970) en Ochoa y Rivas (2002

La causa de la disfunción orgásmica en la mujer según Kaplan (1982), es la angustia. Esta puede resultar de profundos conflictos inconscientes de la primera infancia, o ser el producto de un simple miedo al desempeño o temor al rechazo. Por lo general, se pueden invocar factores de educación restrictiva, tan frecuentes en las mujeres. Es casi habitual que padres, preocupados porque sus hijas no tengan actividad sexual temprana, les inculquen ideas sexo fóbicas. De otra parte, experiencias familiares desagradables, abuso sexual, desamor y agresividad en los progenitores, entre otras, pueden terminar por producir en estas mujeres una gran inseguridad, temor y angustia por su futuro desempeño sexual, para terminar casadas con fines pro creativos solamente, o resignándose a tener las obligatorias relaciones sexuales maritales, los que pueden ser factores que en un futuro interferirán con una adecuada respuesta sexual. Muchas mujeres ante la presión que ejercen los patrones educativos son incapaces de desarrollar comportamientos espontáneos que las lleven a tener un ciclo completo de respuesta sexual. Para funcionar bien sexualmente es preciso que la mujer se abandone a la experiencia erótica.

Master y Cols. (1989), en Ochoa y Rivas (2002), distinguen entre factores personales e interpersonales:

*Factores personales*

1. La falta de información sobre la sexualidad.
2. La aceptación de mitos culturales irracionales.
3. El miedo anticipado a la relación sexual.
4. El miedo al embarazo.
5. El miedo a enfermedades venéreas.
6. El miedo al rechazo.
7. El miedo a la pérdida de control.
8. El miedo al dolor.
9. El miedo a la intimidad.

*Factores impersonales*

1. Deficiente comunicación.
2. Luchas por el poder en el seno de la pareja.
3. Hostilidad hacia la pareja.
4. Desconfianza.
5. Falta de atracción física.
6. Diferencias en actitudes hacia el sexo o preferencias sexuales.

Sería excesivo considerar todas las posibles causas psicológicas. De forma ilustrativa se propone la tabla de Hawton (1988), en que se enumeran las principales causas psicológicas, distinguiéndose en función del momento en que parecen actuar:

*a) Factores que predisponen:*

1. Educación moral y religiosa restrictiva.
2. Relaciones deterioradas entre padres.
3. Educación sexual inadecuada.
4. Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia.
5. Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años.

*b) Factores que precipitan:*

1. Parto. Problemas generales de relación de la pareja.
2. Infidelidad.
3. Expectativas poco razonables.
4. Disfunción en la pareja con la que se interacciona.
5. Algún fallo esporádico.
6. Reacción a algún trastorno orgánico.
7. Edad (y cambio en la respuesta sexual como consecuencias de esta).
8. Depresión y ansiedad.
9. Experiencias sexuales traumáticas.
	* + - 1. *Factores que mantienen la disfunción:*
10. Ansiedad ante la interacción sexual.
11. Anticipación de fallo o fracaso.
12. Sentimientos de culpabilidad.
13. Falta de atracción entre los miembros de la pareja.
14. Comunicación pobre entre los miembros de la pareja.
15. Problemas generales en la relación de pareja.
16. Miedo a la intimidad.
17. Deterioro del auto imagen.
18. Información sexual inadecuada.
19. Escaso tiempo dedicado al galanteo o caricias antes de pasar al coito.
20. Trastornos comportamentales (depresión, alcoholismo, anorexia, ansiedad)

En esta amplia gama, cabe destacar 4 factores presentes en la mayor parte de las disfunciones sexuales:

1. Ansiedad o angustia asociada a interacciones sexuales y Depresión.
2. Falta de habilidades y conocimientos sexuales propios y de la pareja.
3. Adopción del rol de espectador.
4. Experiencias sexuales traumáticas e Inadecuada información sexual
5. Las suposiciones incorrectas alrededor de la sexualidad son una de las barreras más importantes que es necesario derribar.

*La Iglesia Adventista y el Abuso sexual*

La iglesia Adventista del séptimo día nació a partir del 1831 cuando Guillermo Miller interpreto que a raíz del cumplimiento de los 2300 días de Daniel 8:14 Cristo vendría a la tierra; fecha que los pioneros de esta iglesia establecieron para 1844. Al interpretar correctamente la profecía y darse cuenta que en lugar de venir a la tierra Cristo comenzaría su juicio investigador en cielo, ellos comenzaron a predicar al mundo entero. En 1846 aceptaron la verdad del sábado bíblico y desde entonces estas han sido las principales características de esta iglesia. La Iglesia Adventista del Séptimo Día es una denominación cristiana distinguida por su observancia del sábado, el séptimo día de la semana judeocristiana, como el día de reposo (*Shabbath*), y por su énfasis en la inminente segunda venida de Jesucristo. Es el octavo mayor organismo internacional cristiano.

La Iglesia Adventista del Séptimo Día posee tres áreas principales en las cuales trabaja, dicha iglesia trabaja en las tres cosas que hizo Jesús en la Tierra, Predicar, Enseñar y Sanar.

La iglesia mundial se rige por una «asociación general», con regiones más pequeñas administradas por divisiones, uniones, misiones/asociaciones y distritos. Actualmente cuenta con una membresía de más de 17 millones de personas, tiene presencia misionera en más de 200 países y territorios y se diversifica étnica y culturalmente. La iglesia administra numerosas escuelas, universidades, hospitales y casas editoriales en todo el mundo, así como una destacada organización humanitaria conocida como la ADRA (Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales).

Los adventistas del séptimo día presentan un mensaje de salud que recomienda el vegetariasmo y se espera la abstinencia de carne de cerdo, sangre, crustáceos, y otros alimentos proscritos como «animales inmundos» en Levítico 11, al igual que la abstinencia de alcohol y tabaco u otras drogas. Muchos adventistas se abstienen de estos alimentos como deseo de mantener un estilo de vida saludable además de progresar y escuchar lo que dice la Ley

El artículo de tapa del número de noviembre de 2005 de la *National Geographic Magazine* y el reconocido programa de CNN AC360, dirigido por Anderson Cooper, trata sobre la longevidad de los adventistas (de 8 a 10 años más que los no adventistas). Junto con los nativos de Okinawa y Cerdeña, los adventistas son las personas que más viven en el mundo, una característica que se adjudica a las prácticas de salud y al sábado semanal como desestresante.

La Iglesia Adventista del Séptimo Día está organizada con una estructura jerárquica bien definida, que concede poderes y responsabilidades a representantes y oficiales. Cuatro niveles definen la estructura de la Iglesia, desde el creyente individual hasta la organización mundial.

1. La *Iglesia local* está compuesta de creyentes individuales.
2. El D*istrito* está compuesto por una o varias iglesia o filiales que son dirigidas por un pastor.
3. El C*ampo o misión/asociación*, se compone de varios distritos en un territorio definido que puede abarcar toda una región o parte de ella.
4. La *Unión* se compone de campos y misiones/asociaciones dentro de un territorio mayor (frecuentemente un grupo de regiones o un país entero).
5. La *División* se compone de las uniones, abarca un determinado número de países. Cabe resaltar que la Iglesia adventista no considera las divisiones como un nivel de la organización ya que son una representación de la Asociación General en un determinado territorio.
6. La *Asociación General*, es la unidad más extensa de la organización, se compone de todas las Divisiones de todas partes del mundo. Estas Uniones están agrupadas en divisiones de la asociación general, con responsabilidad administrativa para áreas geográficas particulares, que abarcan normalmente continentes enteros o gran parte de ellos (en wikkipedia).

*Unión dominicana*

Desde 1907 cuando llego el mensaje adventista al país con la persona de charles Moltom (Núñez 2005) la iglesia ha crecido de una manera extraordinaria. Ya hemos alcanzado el estatus de Unión-misión, que es el campo rector de la asociación general en República Dominicana y está compuesta por seis campos misioneros, distribuidos en todo el país. Ellos son:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Institución* | *Iglesias* | *Bautismos* | *Miembros* | *Pastores Ord.* |
| Asociación Central Dominicana, ACD | 180 | 1,893 | 47,749 | 44 |
| Asociación Dominicana del Norte, ADN | 89 | 2,059 | 28,092 | 32 |
| Asociación Dominicana del Este, ADE | 112 | 2,456 | 56,270 | 34 |
| M. Dominicana del Sur, MDS | 48 | 1,497 | 15,340 | 21 |
| M. Dominicana del Sureste, MDSE | 246 | 795 | 56,856 | 33 |
| M. Dominicana del Nordeste, MDNE | 121 | 3,862 | 44,708 | 32 |
| Unión Dominicana | 607 | 12,512 | 227,061 | 182 |

*Asociación Central Dominicana*, ACD está ubicada en el Distrito Nacional
Santo Domingo, R. D. cuyas oficinas están ubicadas en la calle Juan Sánchez Ramírez esquina máximo Gómez.

*Asociación Dominicana del Norte,* campo que abarca las provincias de Santiago, Puerto Plata, Montecristi, Dajabón, Mao, Moca. C/Juan Pablo Duarte, esq. México, Santiago, R. D

*Asociación Dominicana de Este, ADE:* campo misionero que abarca las provincias del este del país como : San Pedro de Macorís, La Romana, La Altagracia, Higuey, Hato Mayor, y El Seíbo; y cuyas oficinas están ubicadas enla Av. Mauricio Báez No. 2, esq. Independencia, San Pedro de Macorís, R. D.

*Misión Dominicana del Sur,* esta comprende la obra adventista en todo en el sur de Rep. Dom. Sus oficinas están ubicadas en Azua en laCarretera Sánchez Km. 11/2, Azua, R. D. y abarca las provincias de Baní, Azua, Barahona, Pedernales, Neiba, San Juan.

*Misión Dominicana del Nordeste MDNE* tiene sus oficinas en la calle Av. Libertad # 2, salida de Tenares, San Francisco de Macorís, R.D. y su territorio comprende La Vega, Bonao, Cotuí San Francisco, Samana, salcedo

*Misión Dominicana del Sureste.* La Misión del Sureste está compuesta por el conjunto de iglesias Adventistas de la provincia Santo Domingo este y la provincia Monte Plata con sus respectivos municipios y distritos municipales. Fue establecida en el año 1998 y en la actualidad tiene sus oficinas administrativas en la calle Gastón deligne numero 54. Actualmente tiene un total de 56,856 miembros, 246 congregaciones, 31 distritos de iglesias (grupos de iglesia asignadas a un Pastor), 20 pastores ordenados y 13 aspirantes al ministerio.

 A nivel educativo la Misión cuenta con 3 escuelas de media y 6 de básica y un total de 2893 estudiantes.

 Entre los departamentos que tiene la iglesia local y las oficinas se encuentra el departamento de jóvenes y Hogar y familia. Estos tienen como objetivos proteger, educar, formar e instruir a los jóvenes y a las familias. A partir del 2008, se establece el programa de educación sexual por las iglesias locales (sobre la Biblia y la sexualidad, los trastornos sexuales.) y ofrecer a dicha feligresía asistencia sobre terapia sexual en el departamento de Misión Dominicana del Sureste. Todo esto, trajo como consecuencia que muchas parejas con conflictos decidieron buscar ayuda. Entre enero y agosto 2010 setenta y seis parejas han buscado ayuda, entre las cuales 48 han revelado tener dificultades sexuales. Dichas informaciones se guardan bajo archivos especiales y es responsabilidad del departamental de hogar y familia dar seguimiento a cada caso, a través del especialista correspondiente.

Es a partir de estos expedientes, correspondientes a estas pacientes que revelaron tener disfunciones sexuales, es que se busca determinar cuántas de ellas fueron abusadas sexualmente.

*Postura oficial de la Iglesia Adventista contra el abuso sexual*

La educación preventiva, adecuadamente adaptada a cada nivel de desarrollo, es esencial.

 El abuso sexual de menores ocurre cuando una persona mayor o más fuerte que el menor usa su poder, autoridad, o posición de confianza para envolver a un menor en alguna actividad sexual. Cualquier actividad sexual entre un menor y uno de los padres, un hermano, algún otro miembro de la familia, padrastro, madrastra, o un tutor legal es incesto.
 Los abusadores sexuales son generalmente hombres, de todas las edades, nacionalidades, o posición socio-económica. Frecuentemente son hombres casados que tienen hijos, empleos respetables, y hasta pueden ser asiduos asistentes a la iglesia. Es común que nieguen vehementemente su conducta abusiva, recusándose a ver sus acciones como un problema, y racionalizando su comportamiento, o colocando la culpa sobre alguna otra persona.

Muchos le echan la culpa al estrés, a su profunda necesidad de sentir apoyo y afecto, a una relación sexual inadecuada e indiferente con su esposa, a los efectos del alcohol, y/o a un lapso en su estabilidad mental. Sin embargo, la mayoría de las autoridades concuerdan en que el problema real del abuso sexual de menores está más relacionado con el deseo de poder y control que con el sexo. Aunque es verdad que muchos de los abusadores muestran inseguridades enraizadas en una baja auto-estima, estos problemas nunca deben ser aceptados como una excusa para el abuso sexual de un menor. Es un mito que la conducta insinuante o seductora de un menor lleve al agresor a abusar.

El abuso sexual de menores tiene un efecto devastador sobre las víctimas porque influye profundamente en la manera cómo piensan, sienten, y se conducen durante y mucho después de que el abuso cesa. Frecuentemente produce una amplia serie de dificultades emocionales, de la conducta, y en las relaciones que impiden el desarrollo normal del menor. Las víctimas del abuso pueden desenvolver dolencias sicosomáticas, perturbaciones de la personalidad o comportamientos autodestructivos, y/o sentimientos de baja autoestima, temor, aislamiento, ira, culpa, vergüenza, y depresión. A menudo tienen dificultad para formar relaciones estrechas o íntimas, y frecuentemente desarrollan una visión distorsionada sobre Dios y sobre los demás. A largo plazo, el abuso sexual puede llevar a romper con el matrimonio y la familia, a la vagancia, la droga-dependencia, la promiscuidad, la prostitución, la enfermedad mental, y el suicidio.

La educación preventiva, adecuadamente adaptada a cada nivel de desarrollo, es esencial. Luego que el abuso ocurre, la intervención temprana de profesionales debidamente entrenados es la clave para la recuperación de este trauma. Los efectos a corto y a largo plazo pueden reducirse cuando se busca el consejo profesional para ayudar a las víctimas a manejar sus sentimientos en relación al abuso.

Cuando Dios creó la familia humana, comenzó con un matrimonio basado en el amor y la confianza mutua entre un hombre y una mujer. Este tipo de relación es todavía el fundamento básico para una familia estable y feliz, en la cual la dignidad, el valor, y la personalidad de cada uno de sus miembros es protegida y enaltecida. Cada hijo, sea hombre o mujer, debe considerarse como un don de Dios. A los padres se les da el privilegio y la responsabilidad de alimentar, proteger, y cuidar físicamente de los hijos que Dios les confió. Los hijos deben poder honrar, respetar, y confiar en sus padres sin correr el riesgo del abuso.

La Biblia condena el abuso sexual en los términos más fuertes y considera como un acto de traición y una violación brutal de la personalidad, cualquier intento de confundir, empañar, o denigrar los límites personales, generacionales, o de sexo a través de un comportamiento sexual abusivo. La Biblia también condena abiertamente el abuso del poder, de la autoridad, y de la posición de responsabilidad porque todo ello impacta en el corazón de los sentimientos más íntimos y profundos de las víctimas acerca de sí mismas, de los demás, y de Dios, y destruye su capacidad de amar y confiar. Jesús usó un lenguaje muy fuerte para condenar las acciones de cualquier persona que, a través de palabras o acciones, llevase un niño a tropezar.

 La Iglesia tiene la obligación moral de envolverse activamente en la prevención del abuso sexual de menores. Cree también estar comisionada para asistir, tanto a la víctima del abuso como al abusador y a sus familias, en su proceso de curación y recuperación, y para exigir que los agresores, principalmente si son obreros o líderes laicos, se responsabilicen de mantener un comportamiento digno de personas en posición de líderes y confianza espiritual.

Como Iglesia, cree tener la responsabilidad de:

1. Escuchar y creer en aquellos que sufrieron abuso sexual. Los estudios indican que sólo en un porcentaje muy pequeño de casos lo niños fabrican una historia. En la mayoría de los casos, los niños no tienen la experiencia ni el lenguaje para inventar mentiras acerca del comportamiento sexual.
2. Informarse adecuadamente acerca del abuso sexual y su impacto en nuestra propia congregación.
3. Ayudar a los ministros y laicos a reconocer las señales de advertencia del abuso sexual de menores y saber cómo reaccionar apropiadamente cuando se sospecha de abuso, o cuando un niño informa que está siendo abusado sexualmente.
4. Establecer, con el objeto de remitirles las víctimas directas e indirectas del abuso sexual, relaciones apropiadas con consejeros profesionales cristianos y con las oficinas locales de protección al menor a quienes se puedan enviar los informes correspondientes ya que son ellos quienes pueden, con su entrenamiento profesional, asistir a las víctimas del abuso y a sus familias.
5. Establecer pautas/reglamentos para ayudar a los líderes de la iglesia responsables de hacer que los agresores den cuenta de sus actos y de administrar la disciplina apropiada.
6. Apoyar la educación y la preparación de las familias y de sus miembros. Como:

 Modificar aquellas creencias religiosas y culturales populares que puedan ser usadas en algunos países para justificar o encubrir el abuso sexual de menores. Ayudando a cada niño a alcanzar un saludable sentido de su propio valor que lo capacite para respetarse a sí mismo y a los demás. Fomentando el establecimiento de relaciones cristianas entre hombres y mujeres tanto en el hogar como en la iglesia.

1. Desarrollando un ministerio redentor y de apoyo dentro de la comunidad de la iglesia para las víctimas y los agresores del abuso y, al mismo tiempo, animándolas a recurrir a la red disponible de profesionales cristianos y otras oficinas especializadas de la comunidad.
2. Animando la preparación de más profesionales del área de la familia, especializados en el proceso de cura y recuperación de las víctimas y los agresores del abuso.

(Este documento está basado en los principios expresados en los siguientes pasajes bíblicos: Gen 1:26-28; 2:18-25; Lev. 18:20; 2 Sam 13:1-22; Mat. 18:6-9; 1 Cor. 5:1-5; Efe. 6:1-4; Col 3:18-21; 1 Tim. 5:5-8).

*Como Prevenir el Abuso Sexual Infantil.*

Los Guías y Scout de chile prepararon un documento titulado Abusos sexuales: cómo proteger a los niños de esta pesadilla, donde se presentan algunos ejes de trabajo para la prevención de la pedofilia. He aquí sus valiosas sugerencias:

1. Educar al niño para que el pueda reconocer aquellas situaciones que pueden llevar a ser víctima de abuso sexual.
2. Trabajar para que el niño sea capaz de contarle a un adulto cuando le pase algo como esto y confiar en que se tomaran las medidas correctivas.
3. Trabajar para que el niño sepa que tiene derecho a defenderse frente al agresor.

En el mismo documento ellos señalan que si es al padre, a quien el niño eligió para contarle esta situación, este debiera reaccionar de la siguiente manera:

1. Reaccionar con calma, dejando que el niño cuente sin presionarlo, ayudando que el niño se sienta cómodo y comprendido.
2. No criticarlo ni decirle que no ha entendido la situación.
3. Respetar la privacidad del niño llevándolo a un lugar donde puedan hablar tranquilamente.
4. No culpar al niño de lo ocurrido, asegurándole que se le va ayudar en esta situación.
5. Motivar al niño para que lo pueda contar a las autoridades.
6. Consultar con un especialista sobre el tema.

*Qué hacer ante el abuso sexual*

Cuando se descubre el hecho o la víctima cuenta lo ocurrido, lo esencial es asegurarle que no tiene la culpa. En caso de daño físico, buscar ayuda médica y asegurarle que se hará todo lo necesario para que ella esté bien y que el abusador será sancionado.

Existe la tendencia en la familia a tratar de "olvidar" el asunto, creyendo que así la víctima estará mejor y que con el tiempo olvidará lo ocurrido, en especial si es pequeña.

Las investigaciones muestran que estos hechos no se olvidan y si no son tratados adecuadamente tienen profunda repercusión en la vida futura de la persona. De no ser posible la ayuda especializada, hay que recurrir a alguna persona de confianza que sabemos será una buena consejera.

 Galdos (1995) da algunas sugerencias vitales a tener en cuenta:

*1. Crea lo que la niña o niño le cuenta.* Los niños y las niñas no inventan casos de abuso sexual. Es importante que sienta que cuenta con una persona que le cree y lo escucha. Hágala saber que ha hecho muy bien en contarlo, que es bueno vencer el temor y que no le va a pasar nada.

*2. Asegúrele que él o ella no es culpable.* Recuerde que el abusador ha hecho todo lo posible para que guarde el secreto. Lo peor que le puede pasar a la víctima es que sea cuestionada como si fuera la culpable. En este sentido, hay que tener en claro que se trata de una persona que aún no tiene la madurez física ni mental para entender a cabalidad lo que ha pasado. En ningún caso la víctima es culpable.

*3. Asegúrese que recibirá atención médica y se sienta protegido.* Trate de explicarle que hay personas que causan daño y que serán castigadas. Para los niños y niñas pequeñas la violencia sexual es percibida sólo como ataque físico. Por eso, cuide que sus preguntas se dirijan al daño físico y no al contenido sexual.

*4. Asegúrele que lo que el adulto ha hecho es incorrecto.* Explíquele que es abusivo y que debería ser castigado. Al mismo tiempo, trate de darle seguridad.

*5. En caso de violencia sexual haga la denuncia ante la delegación policial.* Ellos estarán obligados a recibir la denuncia. Muchas veces, con la tensión y angustia no se hace presión para ejercer nuestros derechos. Si se conoce el nombre del abusador es necesario decirlo para que quede sentado en la denuncia; así como las señas y direcciones que hagan posible su detención. Recuerde siempre que el silencio protege al agresor.

*6. Debemos exigir que la víctima sea examinada por el médico legista.* Sólo con la constancia del médico legista se puede establecer la dimensión del daño físico o psicológico para los efectos legales. Posteriormente, el trámite tiene que continuar y tanto el agresor como la víctima serán citados.

*7. Acuda a algún servicio de atención de estos casos.* Afortunadamente, en nuestro país aún existen organizaciones especializadas para atender estos casos. Igualmente, puede asistir a los servicios de salud, colegios o parroquias. Si no se consigue sancionar al agresor, por lo menos la víctima tiene la seguridad de que existen personas que lo quieren y protegen, y que la persona que abusó merece sanción y castigo. Lo peor que le puede pasar a la víctima es que duden de su palabra o que se dé cuenta que el hecho es callado y que se trata al abusador como si no hubiera pasado nada. Callar o dejar pasar por alto es permitir el abuso; es negar los derechos humanos del niño o de la niña.

*Capítulo III*

*Diseño Metodológico*

 *Tipo de Estudio*

Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo a partir de una recolección de datos prospectivos, en la que el objeto de estudio fue la prevalencia de abuso sexual en mujeres adventistas con disfunciones sexuales que asistieron al departamento de Hogar y Familia, de la Misión Dominicana de los Adventista del Séptimo Día en Santo Domingo, durante el periodo enero-agosto del 2010. Para el mismo se utilizó un cuestionario previamente diseñado para los fines.

 *Población*

El universo de estudio estuvo constituido por 76 mujeres que fueron en busca de ayuda al departamento de Hogar y Familia de la Misión del Sureste de los Adventistas del Séptimo Día, en la provincia Santo Domingo Este, en el periodo enero – agosto del año 2010.

.

*Muestreo y procedimiento*

Por ser una población pequeña, el muestreo estuvo constituido por 48 pacientes del total del universo de mujeres en estudio. Estas constituyeron el 100% del muestreo ya que fueron de las que se tienen todos los datos requeridos en la investigación.

*Descripción de los procedimientos*

 Se creó una base de datos para llevar registro de las pacientes con sus datos generales, motivos de consultas, diagnósticos y fichas. De los cuales 48 de estos records fueron tomados como muestra de investigación.

Se revisaron los expedientes de dichas pacientes para conocer los tipos de disfunciones sexuales, ausencia o presencia de abuso sexual y la relación del abusador con la víctima, y cuantos años tenían en la iglesia al momento del abuso. Esta revisión de expedientes fue estrictamente confidencial.

*Instrumento*

La información se obtuvo a través de un formulario que se preparó previamente, evaluado y validado por especialistas en el área, del departamento de familia y sexualidad de Misión del Sureste. El mismo fue aplicado, a manera de plan piloto, a un grupo de 15 jóvenes del sexo femenino, en edades entre 20 y 24 años, de las aldeas SOS de la ciudad de Santo Domingo, ubicadas en el sector los jardines. Este, tuvo los itemes suficientes que permitieron abarcar las siguientes variables:

1. Características sociodemográficas.
2. Edad en que se produjo el abuso sexual.
3. La relación del abusador con la víctima.
4. Identificación del tipo de abuso sexual.
5. Identificación de la disfunción sexual.
6. Años en la Iglesia Adventista.

*Análisis*

Inmediatamente se aplicaron los formulario, fueron procesados en un software estadístico llamado SPSS versión 14 en español. Luego se paso al análisis de los resultados de manera cuantitativa, utilizando las técnicas de frecuencia y porcentajes. Los resultados fueron analizados y presentados mediante tablas y gráficos, con el fin de realizar las conclusiones y recomendaciones de lugar.

 CAPITULO IV

*Resultados*

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de pacientes según la edad.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Edad (en años )*  | *Frecuencia*  | *%* |
| ≤ 15 | 5 | 10.4 |
| 16-20 | 16 | 33.3 |
| 21-25 | 5 | 10.4 |
| 26-30 | 1 | 2.1 |
| 31-35 | 11 | 22.9 |
| 36-40 | 4 | 8.3 |
| ≥ 41 | 6 | 12.5 |
| Total | 48 | 100.0 |

Fuente: Entrevista realizada a las pacientes.

 En la tabla No. 1 se observa que el índice mayor de las pacientes en estudio, 16 en total, tenía una edad entre 16-20 años equivalente al 33.3%, seguidas por las que tenían una edad entre 31-35 años para un 22.9 %, la edad mayor o igual a 41 años alcanzo un 12.5% (6 pacientes), el renglón de las menores o igual a 15 años ocuparon un rango de 10.4% (5 pacientes) igual que las que tenían 21-25 años. Mientras que las pacientes con edades entre 26 a 30 años ocuparon un rango de 2.1% (1 paciente) y las de 36-40 ocuparon el 8.3% (4 pacientes).

Tabla *2.* Frecuencia y porcentaje *de pacientes según estado civil*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Estado civil*  | *Frecuencia*  | *%* |
| Casada | 13 | 27.1 |
| Soltera | 25 | 52.1 |
| Unión libre | 7 | 14.5 |
| Divorciada | 3 | 6.3 |
| Total | 48 | 100.0 |

Fuente: Entrevista realizada a las pacientes.

En la Tabla No. 2 se valora la distribución de Frecuencias y porcentajes de pacientes según estado civil. 25 mujeres de la muestra, correspondiente al 52.1% de las pacientes al momento del estudio eran solteras, seguidas por las que tenían status de casadas con un 27.1% (13 pacientes), unión libre 14.5% (7 pacientes) y divorciadas con 6.3% (3 pacientes).

Tabla No 3*.* Frecuencia y porcentaje *de pacientes según profesión u oficio*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Profesión u oficio*  | *Frecuencia*  | *%* |
| Ama de casa | 16 | 33.3 |
| Estudiante  | 24 | 50.0 |
| Maestra | 2 | 4.2 |
| Médico | 3 | 6.3 |
| Cosmetóloga | 1 | 2.1 |
| Contable | 1 | 2.1 |
| Comerciante | 1 | 2.1 |
| Total | 48 | 100.0 |

Fuente: Entrevista realizada a las pacientes.

En la Tabla No.3 relativa a las frecuencias y porcentajes según la profesión u oficio. Se aprecia que el 50% (24 pacientes) eran estudiantes, seguidas por las amas de casa con un 33.3% (16 pacientes), tres pacientes eran médico (para un 6.3%), dos eran maestras (4.2%) y en las profesiones de contable, comerciante y cosmetóloga tenían un rango de una paciente cada una, para un 2.1%.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de pacientes según nivel académico

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Escolaridad*  | *Frecuencia*  | *%* |
| Primaria  | 12 | 25.0 |
| Secundaria  | 16 | 33.3 |
| Universitaria  | 20 | 41.7 |
| Total | 48 | 100.0 |

Fuente: Entrevista realizada a las pacientes.

En la tabla No. 4 se observan los datos relativos al nivel académico. 20 de las pacientes (41.7%.) son universitarias alcanzando el rango más alto, seguidas por las secundarias con un 33.3% (16 pacientes) y las primaria alcanzaron un 25.0% (12 pacientes).

Tabla *5.* Frecuencia y porcentaje  *de pacientes según años en la iglesia Adventista del Séptimo Día al momento del estudio.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Años en la iglesia* | *Frecuencia*  | *%* |
| 1 años  | 10 | 20.8 |
| 2 años | 13 | 27.1 |
| 3 años | 7 | 14.6 |
| 4 años | 4 | 8.3 |
| 5 años  | 3 | 6.3 |
| ≥ 6 años | 11 | 22.9 |
| Total  | 48 | 100.0 |

Fuente: Entrevista realizada a las pacientes.

Se aprecia en la tabla No. 5 la distribución de frecuencias y porcentajes, según los años que tenia la paciente, en la iglesia Adventista del Séptimo Día al momento del estudio. En cuanto a los años congregándose en la iglesia Adventista al momento del estudio, 13 pacientes ocuparon el mayor porcentaje (27.1%), seguidas por las que tenían 6 o más años con 22.9% (11 pacientes), un 20.8% (10 pacientes) revelo tener un año en la Iglesia Adventista, un 14.6% (7 pacientes) tenían 3 años, un 8.3% (4 pacientes) por 4 años eran miembros de la Iglesia Adventista y 6.3% (3 pacientes) tenían 5 años.

Tabla *6.* Frecuencia y porcentaje *de pacientes según abuso sexual recibido*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Abuso sexual recibido* | *Frecuencia*  | *%* |
| Si | 42 | 87.5 |
| No | 6 | 12.5 |
| Total  | 48 | 100.0 |

Fuente: Entrevista realizada a las pacientes.

La tabla No. 6 revela que el 87.5% (42 pacientes) de las pacientes que revelo tener alguna disfunción sexual, fue sexualmente abusada y de las mismas un (11.0%) fueron abusada en más de una ocasión. Por otro lado un 12.5% (6 pacientes) tiene algún trastorno sexual debido a conflictos de pareja, disfunción sexual de la pareja o pocos juegos sexuales durante la relación sexual.

*Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de pacientes según edad en la que fue víctima de abuso sexual.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Edad en la recibió abuso sexual (en años)* | *Frecuencia*  | *%* |
| 5-8 | 15 | 34.8 |
| 9-12 | 17 | 39.5 |
| 13-16 | 16 | 37.2 |
| 17-20 | 10 | 23.2 |
| ≥ 21  | 5 | 11.6 |

Fuente: Entrevista realizada a las pacientes.

La tabla No. 7 permite conocer la Frecuencia y porcentaje de pacientes según la edad en la que fueron víctimas de abuso sexual. En la misma se aprecia que 17 pacientes (39.5%) fueron abusadas sexualmente entre los 9 y 12 años, seguidas por la edad entre 13 a 16 con un 37.2% (16 pacientes). Estas fueron seguidas por 15 pacientes (34.8%) las cuales fueron abusadas sexualmente en edades de 5 a 8 años. En el renglón de 17-20 años se aprecio que 10 pacientes (23.2%) fueron víctimas de abuso sexual y mayor o igual a 21 años con 11.6% (5 pacientes). Es importante resaltar que un 11.0% (5 pacientes) fueron abusadas sexualmente en más de una ocasión.

 Tabla *8. Distribución de frecuencias y porcentajes de pacientes según tipo de abuso sexual.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tipo de abuso a la menor* | *Frecuencia*  | *%* |
| Besos por seducción o fuerza | 12 | 25.0 |
| Caricias en los genitales | 25 | 52.1 |
| Penetración con pene, dedo u otro objeto en el ano o la vagina | 17 | 35.4 |
| Hacer que la niña lo masturbara | 5 | 10.4 |
| Masturbación en presencia de la niña | 3 | 6.3 |
| Hacer que la niña se masturbara | 3 | 6.3 |
| Hacer que la menor participara actividades sexuales | 4 | 9.3 |
| Mostrar foto o película pornográfica | 9 | 18.8 |
| Hacer que la niña le hiciera el sexo oral  | 3 | 6.3 |
| Hacer que la niña posara para foto o película pornográfica | 2 | 4.6 |
| Prostituir a la menor por dinero | 1 | 2.1 |
| Mostrarse desnudo delante de la menor  | 7 | 14.5 |

Fuente: Entrevista realizada a las pacientes.

En la tabla No. 8 relativa al tipo de abuso sexual, se observa que las caricias en los genitales fueron el tipo de abuso sexual de mayor frecuencia y porcentaje con un 52.1% (25 pacientes), seguidas por penetración con pene, dedo u otro objeto en el ano o la vagina, 35.4% (17 pacientes). Un 25.0% (12 pacientes) aseguró haber sido besada por la fuerza o seducción, mientras que un 18.8% (9 pacientes) certificó que el abusador les mostro fotos o películas pornográficas y el 14.5% (7 pacientes) revelo que el abusador se mostro desnudo delante de ella. . El 10.4% (5 pacientes) fue forzada a masturbar al abusador y un 9.3% (4 pacientes) afirmó que las hicieron participar en actividades sexuales. Un 6.3% (3 pacientes) respectivamente, aseguró que el abusador se masturbo en frente de ella, hizo que la paciente se masturbara y que la menor le practicara el sexo oral. Finalmente una paciente (2.1%) afirmo fue prostituida por dinero.

Tabla *9. Distribución de pacientes según parentesco del abusador*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Parentesco del abusador* | *Frecuencia*  | *%* |
| Novios | 16 | 33.3 |
| Vecino  | 12 | 25.0 |
| Primo | 8 | 16.7 |
| Desconocido  | 6 | 12.5 |
| Amigo de la familia | 5 | 10.4 |
| Esposo | 5 | 10.4 |
| Padrastro | 4 | 8.3 |
| Hermano  | 3 | 6.3 |
| Hermano de crianza | 3 | 6.3 |
| Tío | 3 | 6.3 |
| Cuñado | 2 | 4.1 |
| Padre | 2 | 4.1 |

Fuente: Entrevista realizada a las pacientes.

La tabla No.9 muestra la relación del parentesco del abusador y la victima. Los novios ocuparon el mayor porcentaje con un 33.3% (16 pacientes), seguidos por los vecinos con 25.0% (12 pacientes). En tercer lugar los primos ocuparon un rango de 16.7% (8 pacientes), seguidos por desconocido con 12.5% (6 pacientes) y amigo de la familia y esposo con un 10.4% (5 pacientes) respectivamente. Por otro lado los hermanos y tíos alcanzaron un 6.3% (3 pacientes) y cuñados y padres 4.1% (2 pacientes) respectivamente.

Tabla *10.* Frecuencia y porcentaje *de pacientes según situaciones presentes en su relación sexual*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Situaciones presentes en su relación sexual*  | *Frecuencia*  | *%* |
| Dificultad para excitarse. | 7 | 14.6 |
| Dolor durante la penetración | 6 | 12.5 |
| Su esposo tiene dificultad para la erección. Tiene dificultad con la lubricación | 17 | 2.114.6 |
| Solo logra el orgasmo con caricias en su clítoris o sexo oral.  | 9 | 18.6 |
| Antes lograba el orgasmo, pero ahora no. | 16 | 33.3 |
| Se excita pero nunca ha logrado el orgasmo. | 6 | 12.5 |
| No siente deseo y no tiene fantasías sexuales. | 7 | 14.6 |
| Tiene relaciones sexuales pero no siente nada. | 7 | 14.6 |
| Tiene su esposo eyaculación precoz. | 3 | 6.3 |
| Tiene su esposo eyaculación retardada. | 3 | 6.3 |
| No ha podido ser penetrada aun siendo casada. | 1 | 2.1 |
| Siente miedo o terror a las relaciones sexuales. | 5 | 10.4 |

Fuente: Entrevista realizada a las pacientes.

En la tabla No 10 se analiza las situaciones presentes en la relación sexual. Se observa que el 33.3% (16 pacientes) asevera que antes lograba el orgasmo pero ahora no, seguidas el 18.8% (9 pacientes) solo logra el orgasmo con sexo oral o caricias en el clítoris, mientras que el mismo porcentaje (12.5%) informó que se excita pero nunca ha logrado el orgasmo. Por otro lado un 14.6% (7 pacientes) respectivamente, confirma tener dificultad para excitarse, no tener deseos ni fantasías sexuales, tener dificultades con la lubricación y no sentir nada durante el coito. El 12.5% (6 pacientes) señala experimentar dolor durante el coito Y un 10.4% (5 pacientes) revelo sentir miedo a las relaciones sexuales. Tres pacientes (6.3%) respectivamente señalaron que sus parejas sufren de eyaculación precoz y eyaculación retardada; mientras que una pacientes (2.1%) destaco que su pareja tiene dificultades con la erección. Una (2.1%) paciente destaco no haber sido penetrada aun, por su esposo, en dos años de casados.

Tabla *11* Frecuencia y porcentaje *de pacientes según diagnóstico o disfunción sexual*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Diagnóstico o disfunción sexual*  | *Frecuencia*  | *Porcentaje* |
| Vaginismo | 1 | 2.1 |
| Anorgasmia primaria  | 6 | 12.5 |
| Anorgasmia secundaria  | 16 | 33.3 |
| Anorgasmia situacional | 9 | 18.8 |
| Deseo sexual inhibido  | 7 | 14.6 |
| Aversión al sexo  | 5 | 10.4 |
| Dispareunia  | 6 | 12.5 |

Fuente: Entrevista realizada a las pacientes.

En la tabla No. 11 se observa que el 33.3% (16 pacientes) fue diagnosticada con Anorgasmia secundaria, seguidas por la Anorgasmia situacional con 18.8% (9 pacientes), deseo sexual inhibido, 14.6 % (7 pacientes), Anorgasmia primaria 12.5% (6 pacientes), aversión al sexo 10.4% (5 pacientes) y un total de 12.5% (6 pacientes) padecía de Dispareunia y un 2.3% de vaginismo.

C*apitulo V*

*Discusión, conclusiones y*

 *Recomendaciones*

*Discusión*

Lapresente investigación fue diseñada con el objetivo principal de detectar la prevalencia de abuso sexual en abuso sexual en pacientes con disfunción sexual que acudieron al departamento de Hogar y Familia de de la Misión Dominicana del Sureste.

 En este estudio queda establecido que el índice mayor de las mujeres en estudio, tenía una edad entre 16 y 20 años (equivalente al 33.3%), Mientras que el 52.1% de las pacientes al momento del estudio eran solteras.

En este estudio se establece, que el 50% de las pacientes eran estudiantes al momento del estudio y que, el 41.7% son universitarias.

Se determino que el 87.5% de las pacientes, que revelo tener alguna disfunción sexual, fue sexualmente abusada. Un estudio realizado por Becker, citado en Gilbert y Tordjman (1981) deja ver que el 56% de las mujeres abusadas reporto una o dos disfunciones sexuales.

La edad en que las pacientes, en estudios, fueron abusadas con mayor frecuencia fue entre 5 a 16 años, para un 76.2 %. Siendo las de 9 a 12 años, la edad en la que estas pacientes fueron abusadas sexualmente con mayor frecuencia. Esto corrobora los resultados encontrados en un estudio realizado en el periódico “Quehaceres” (1995), citado en Sepúlveda y De León (2000) donde se encontró que el 74.0 % de la población, en estudio, había sido abusada antes de los 17 años de edad y los resultados obtenidos por García (1991) que aseveran que la mayor cantidad de abusos sexuales se dan entre los 5 y 18 años.

El tipo de abuso sexual más frecuente fueron las caricias en los genitales con una frecuencia de un 52.1%, seguidas por la penetración con pene, dedo u otro objeto en el ano o la vagina con 35.4%. Esto representa un 87 % de los tipos de abusos sexuales con mayor frecuencia en este estudio.

El parentesco del abusador es frecuentemente un conocido. Este estudio revela que un 33.3% de las mujeres, fueron sexualmente abusadas por los novios y un 10% por sus esposos o compañeros, comparándose con el 40% reportado en un estudio realizado en 1989, en Norteamérica (Programa para mujeres de habla hispana, 1994), y el 35.2% reportado por Sepúlveda y De León (2000) en un estudios sobre prevalencia de abuso sexual en pacientes con disfunciones sexuales del Instituto de Sexualidad Humana de la UASD.

Esta investigación también revela que el 88 % de los abusadores sexuales son personas conocidas, o un miembro de la familia por la víctima, comparado con el 92% obtenido en un estudio hecho por Cencel, bajo la dirección de Rondón (1991) y el 90% encontrado por García (1991) y la OPS (1988). En este mismo sentido un 86.5% fue reportado por Sepúlveda y De León (2000). Tucker (2007) destaco que la mayor parte de los casos de abuso sexual Involucran a personas cercanas o familiares.

 Respecto a las disfunciones sexuales más frecuentes, en este estudio se determino, que las anorgasmias en todas sus formas, fueron las disfunciones sexuales más frecuentes (64.6%), comparado con el 84.1% encontrado por Ochoa y Rivas (2002), seguidas por el deseo sexual inhibido (18.8%). Esto coincide con autores como Kolodny (1992) y Batres (1993) que destacan entre los efectos psicológicos del abuso sexual se puedes encontrar algunas disfunciones sexuales como: las anorgasmias, adversion al sexo, frigidez, vaginismo, Dispareunia y otras. Mas, y Carrasco, (2005) destacaron que entre los problemas relacionados con la Sexualidad más frecuentes, del abuso sexual, se encuentran el Miedo a las relaciones sexuales, insatisfacción sexual, dificultades en el ajuste sexual, deseo sexual inhibido, incapacidad de relajarse y disfrutar de la relación sexual, culpabilidad sexual, bajos niveles de autoestima sexual, evitación de las relaciones sexuales, frigidez, anorgasmia, promiscuidad sexual, vaginismo, dificultades en la fase de la excitación, flash back con la experiencia del abuso sexual.

Con relación a los años congregándose en la Iglesia Adventista, el 77.1% de las pacientes tenía igual o menor de 5 años en la iglesia Adventista. Así que, al comparar la edad presente de las pacientes, los años que tienen en la iglesia Adventista y la edad en que ocurrió el abuso sexual se determina que la mayoría de estos eventos ocurrieron cuando las paciente aun no profesaban la fe Adventista.

**C*onclusiones***

Este capítulo presenta las conclusiones emanadas del análisis de los resultados obtenidos y de las preguntas de investigación, las discrepancias del estudio, sus limitaciones y las recomendaciones consideradas convenientes como fruto de la investigación realizada de manera que después de efectuarse el análisis estadístico de los datos, la creación de las tablas que recogen dichos resultados, el contraste o comparación de las respectivas hipótesis, la etapa a seguir es interpretar dichos resultados en base al marco teórico sobre el cual se apoyó la investigación.

*Referidas a la Primera Pregunta de la Investigación*.

 Los resultados derivados al evaluar la primera pregunta de investigación integrando el objetivo uno, llevan a concluir que el 33.3 por ciento de las pacientes tenía una edad entre 16-20 años de edad. Con relación a la profesión u oficio, las estudiantes fueron las más frecuentes con un 50.0 por ciento. Con respecto a la a escolaridad, las universitarias fueron las más frecuentes con un 41.7 por ciento. Y en cuanto al estado civil el 52.1 % de las pacientes al momento del estudio eran solteras.

*Referidas a la Segunda Pregunta de Investigación*.

Los resultados obtenidos al evaluar la segunda pregunta de investigación, integrando el objetivo dos, muestra que de un total de 48 pacientes, el 87.5% fue víctima de abuso sexual; y que las edades que con mayor frecuencia las pacientes fueron abusadas sexualmente fueron entre 5 a 16 años.

*Referidas a la Tercera Pregunta de Investigación*.

Los resultados obtenidos al evaluar la tercera pregunta de la investigación, integrando el objetivos tres arrojan que regularmente existe un parentesco entre el abusador y la victima. Este abusador mayormente es un conocido, una persona a quien se le tiene confianza o un familiar cercano, padre, novio o marido, tío, primo, hermano, hermanastro, etc.

*Referidas a la cuarta Pregunta de Investigación*.

Los resultados obtenidos al evaluar la cuarta pregunta de investigación arrojo que el tipo de abuso sexual, más frecuente fueron las caricias en los genitales 52.1%, seguidas por la penetración con un 35.4%.

*Referidas a la quinta pregunta de Investigación*

 Los resultados derivados al evaluar quinta pregunta de investigación sobre la disfunción sexual más frecuente fue la anorgasmia (especialmente la secundaria y la situacional) en todas sus formas, seguida por la anestesia sexual o frigidez.

*Respecto a la sexta pregunta*

Los resultados obtenidos de la pregunta de investigación seis nos refleja los años congregándose en la iglesia Adventista, el 77.1% de las pacientes tenían igual o menos de 5 años en la iglesia Adventista. Las que tenían 2 años ocuparon la mayor frecuencia con un 27.1 por ciento. Esto permite concluir que la frecuencia de abusos sexuales es muy mínima.

 **RECOMENDACIONES**

* Al gobierno Dominicano. Asignación de mas fondos estatales y privados para el desarrollo de programas socioeducativos en el área de sexualidad humana, especialmente en las comunidades pobres.
* Al gobierno Dominicano. Crear los mecanismos y procedimientos adecuados, en el área de gestión legal, para la defensa y salvaguardia de las víctimas de abuso sexual, a fin de motivar y garantizar que las victimas denuncien a los ejecutores.
* A la institución que representa la Salud Publica. Crear programas de educación sexual a padres y tutores con el objetivo de que estos les transmitan los conocimientos a sus hijos y estos a su vez identificar cualquier síntoma y tipo de abuso sexual y así poder evitarlo.
* Organizar talleres de sexualidad humana en las comunidades y barrios con la finalidad de alertar a padres y adolescentes con el objetivo de advertir sobre este flagelo social.
* Al ministerio de Educación. Incluir como parte del currículo educativo a nivel primario, secundario y universitario, programas de educación sexual y prevención del abuso sexual.
* A la Misión Dominicana del Sureste de los Adventistas del Séptimo Día, crear y mantener un programa permanente de educación sexual a pastores y líderes de iglesia para que estos, a vez, puedan educar a los miembros de iglesia de toda la provincia de Santo Domingo Este.
* Mantener un programa permanente de asistencia sexual y marital en las oficinas, de la Misión Dominicana del Sureste, donde se pueda asistir a las víctimas de abuso sexual de la iglesia y los ciudadanos de esa provincia.
* Crear y aplicar un programa constante de educación sexual para los más de 15,000 niños, adolescentes y jóvenes cristianos y no cristianos, organizados en clubes de aventureros, conquistadores y guías mayores, a fin de que estos puedan evitar cualquier tipo de abuso sexual.
* Establecer un programa de orientación y apoyo a las familias y especialmente a los niños para puedan identificar cualquier indicio de abuso y protegerse.
* Desarrollar talleres de sexualidad humana en las comunidades y barrios, donde están ubicadas las Iglesias Adventistas, con la finalidad de alertar a los padres y adolescentes de la comunidad sobre este flagelo social.
* Crear talleres y programas de educación sexual permanentes, en cada iglesia adventista de la Misión del sureste, sobre la corrección de las disfunciones sexuales.
* Realizar futuras investigaciones donde se exploren la prevalencia de abuso sexual en mujeres nacidas en la iglesia adventistas, con disfunciones sexuales.

**REFERENCIAS**

Adriana María Serrano, Paula Corzo Pérez - Roberto Chaskel. (**S.F**) Abuso Sexual. Problemas de identidad sexual, promiscuidad Sexual CCAP. Volumen 8 Número 3. Pág.37). Extraída el 23 de agosto desde

http://www.scp.com.co/precop/precop\_files/modulo\_8\_vin\_3/Abuso\_Sexual\_Reconocimiento\_y\_Manejo.pdf

Alma de Ruiz, Z., (1994). Abuso Intrafamiliar, estudios comparativos en liceos públicos y privados, Sto. Dgo., UNICEF e Instituto de la Familia, agosto. COOS, P. Sexología Médica. México.

Asociación Americana de Psiquiatría de Washington. (1995) Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) Ed Masson, Barcelona.

 Batres, G. y Claramunt; C. (1993).La violencia contra la mujer en la familia costarricense. Costa Rica: ILANUD.

Bischof, LS. (1973)Interpretación de la teoría de la personalidad. México: Trillas,

Beictchman, H., Zucher, J., Da Costa, et al. (1991) A review of the long-term effects of child sexual abuse. En Sexual Abuse and Neglect, 16, 537-556.

Caminero, N. (1996). Violación contra hombres en Santo Domingo. Estudio realizado en Santo Domingo, D.N. Periodo 111/1990 al 31/1211994. Tesis Departamento de Medicina UASD.

Cantón, J. y Cortés, M.R. (1996). Malos tratos y abuso sexual infantil. Madrid. Siglo XXI.

Cantón, J. y Cortés, M.R. (2001). Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil. En V.E. Caballo y M.A. Simón (Eds.). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid. Pirámide, pp. 293-321

Centro de Investigación para la acción Femenina (CIPAF), (1996). Estadísticas sobre la violación contra las mujeres. Boletín Quehaceres. Enero. Santo Domingo. Año XV, No.1 página #7.

De La Garza A. J. y Díaz M. E. (1997) Elementos para el estudio de la violación sexual. Salud Pública. México, 39: 339.

Dalton, Françoise. (1984) Sexualidad Femenina, libido, erotismo y frigidez. Edit. Paidos, Barcelona.

Dowdeswell, J. (1987) La violación. Hablan las mujeres. Barcelona: Grijalbo, SA.,

Drug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al., Eds (2002). World Report on Violence and health. Ginebra, Suiza: OMS.

DSM IV, López J., Liño L. (1995) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Masson, S.A., páginas 505-51 9.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (1999). Abuso sexual en la infancia: concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos. En J. Sanmartín (Ed.). Violencia contra niños. Barcelona. Ariel, pp. 81-106.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Barcelona. Ariel.

 Enciclopedia del Sexo Y de la Educación Sexual. Ed. Zamora, Colombia, 1996.

Finkelhor, D. (1999). Victimología infantil. En J. Sanmartín (Ed.).Violencia contra niños. Barcelona. Ariel, pp. 149-218.

Finkelhor (1984) abuso infantil. Extraído el 15 de septiembre desde En http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/network/v23\_4/nt2341.htm

Fisher, Seymour (1978) Estudio sobre el orgasmo femenino. Ed. Grijalbo, Barcelona

Fitch Kate. Spencer Chapman, Kathleen.Hilton Zoë (2007).Prevención del abuso sexual infantil en Europa: Mejora de la seguridad en la contratación de trabajadores en una Europa sin fronteras. En: <http://www.nspcc.org.uk/Inform/> publications/Downloads/protectingchildrenfromsexualabuseineuropeSpanish\_ w df54741.pdf

Galdos Silva, Susana. (1995) "Mi cuerpo es mi territorio. Pautas de prevención del abuso sexual hacia niños y niñas". Movimiento Manuela Ramos,

García, M. Gilbert, T. (1981) La violencia, el sexo y el amor. Barcelona: Colección Libertad y Cambio. Octubre, España. Páginas 151-306.

Glaser, D.Frosh, S. (1988) Abuso Sexual en niños. Argentina. Ediciones Paidos,

Green, A. (2001) sexualidad Humana. Interamericana, México.

La iglesia Adventista y el Abuso sexual**.** *Extraído el 18 de septiembre desde* http://www.adventistas.ec/templates/titulos/declaraciones.jpg.

Informe recibido por el Departamento de Estadística de la Fiscalia Santo Domingo Este.28/8/2010.

Intebi l: (1998). Abuso sexual infantil hasta en las mejores familias. Granica.

Haslam, M. (1999) Disfunciones sexuales. Doyma, Barcelona.

 Hawton, K. Terapia sexual (2000). Doyma, Barcelona.

Heise, L. (1997) Violencia contra la mujer: La cara oculta en salud. OPS. Washington D.C. nov.

Hejiman, Julia R y Lopiccolo, Joseph. (1990). Para alcanzar el orgasmo Ed. Grijalbo, México.

Heredia, Lourdes. (2008) La ONU Contra el Abuso sexual. BBC Mundo, Washington. En: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/international/newsid\_7464000/7464854.stm

Horno, P., Santos, A. y Molino, C. (2001). Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales. Madrid. Save the Children España.

Kempe HC, (1978): Sexual abuse, another hidden pediatric problem. Pediatrics (1978) 62: 182-8).

 Kaplan, Helen Singer. (1988) El Sentido del Sexo. Ed. Grijalbo, México.

Kaplan, Helen. Singer (1985). La Evaluación de los Trastornos Sexuales. Ed. Grijalbo, Barcelona.

Kaplan, Helen Singer. Trastornos del Deseo Sexual. Edit. Grijalbo, Barcelona, 1985.

 Kaplan, H. (1986) La Nueva Terapia Sexual. Primera edición. Madrid, editorial alianza. pág. 8.

Kljne & Graben. (2002)El orgasmo de la mujer. Picazo, Barcelona.

Kolodny, R. C.; Masters, W.H.; Johnson, V.E. Manual de Sexualidad Humana. Madrid: Pirámide, 198286, 467,54317.

Kleinmuntz, B. (1980) Elementos de Psicología Anormal. México: CECSA.

López Sánchez, Félix. (1999) La inocencia rota. Editorial Océano, Barcelona, España.

López, F. (1997). Abuso sexual: un problema desconocido. En J.Casado, J.A. Díaz y C. Martínez (Eds.) (1997). Niños maltratados. Madrid. Diaz de Santos, pp. 161-168.

Lewis C. y Stanley Ch, (1998): Women accused of sexual offenses. Behav Science Law 2000; 18: 73-81.

Mas, B. y Carrasco, M.A. (2005). Abuso sexual y maltrato infantil. En M.I. Comeche y M.A. Vallejo (Eds.). Manual de terapia de conducta en la infancia. Madrid. Pirámide, pp. 231-266

Madansky, D. (1996). Abusos sexuales. En S. Parker y B. Zuckerman (Eds.). Pediatría del comportamiento y del desarrollo. Barcelona. Masson, pp. 355-362.

Master, Wilham H, Johnson, Virginia E. Kolodny, Robert C. (1988) La sexualidad Humana. La dimensión biológica. Ed. Grijalbo, Barcelona

Masters, W. H.; Johnson, V.E.; Kolodny, RC. La Sexualidad Humana. Madrid: Grijalbo, 1982. VoI.2 uva. Edición.

Méndez Sánchez, Ana Lucia y Checo Nolasco Yaneris Antonia. (2007) Tesis Para Optar por el Título de maestro en Sexualidad. Trastornos sexuales en adolescentes.ISH. P.54

Milner, J.S. y J.L. Crouch (2004). El perfil del niño víctima de violencia. En J. Sanmartín (Ed.). El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos. Barcelona. Ariel, pp. 195-203

Noguerol, V. (1997). Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil. En J. Casado, J.A. Díaz y C. Martínez (Eds.) (1997). Niños maltratados. Madrid. Díaz de Santos, pp. 177-182.

Núñez, José. (2005). Historia de la Iglesia Adventista en la República Dominicana, Editorial Remanente.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1988) Violencia Contra la Mujer. Un estudio de salud prioritario, Programa Mujer, Salud y Desarrollo División de Salud y Desarrollo Humano. Washington. Junio. En Sepúlveda y De León (2002)

Paradíse JE (1990): Valoración médica del niño que ha sufrido abuso sexual. Clinic Pediatric North Am; 4: 889-912.

Roa, Angélica et al. (1998)Manual para la intervención en caso de abuso sexual de niñas, niños y adolescentes.; Asunción, Paraguay.

Ruiz, T. (2002) Sexo y sexualidad en América Latina. Cuba.

Sapena, L. (1999) La sexualidad de la mujer. Barcelona.

Sapena, L. (2001) La sexualidad de la mujer. Barcelona.

Sepúlveda Soraya y De León Griselda. (2000) Prevalencia de Abuso Sexual en Pacientes con Disfunción sexual que acuden al Instituto De Sexualidad Humana.

Tucker, Mike. (2009) Enamórate Bien. Miami, FL. Asociación Publicadora Interamericana. Pp. 41-42

UNICEF, (2007) En: phtt://www.unmultimedia.org/radio/spanish/detail/129109.html

Vázquez Mezquita, B. (1995). Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores. Madrid. Siglo XXI

ANEXOS

**ANEXOS**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA SANTO DOMINGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Prevalencia de abuso sexual en mujeres adventistas con disfunciones sexuales que asistieron al departamento de Hogar y Familia, de la Misión Dominicana de los Adventista del Séptimo Día en Santo Domingo, durante el periodo enero-agosto del 2010

Frecuencia y porcentaje de pacientes según la edad.

Gráfico 1.

 Fuente: Tabla 1.

Frecuencia y porcentaje *de pacientes según estado civil*

*Gráfico 2.*

 Fuente: Tabla 2.

Frecuencia y porcentaje *de pacientes según profesión u oficio*

*Gráfico 3.*

Fuente. Tabla 3 Frecuencia y porcentaje de pacientes según nivel académico

*Gráfico 4.*

 Fuente: Tabla 4.

Frecuencia y porcentaje  *de pacientes según años en la iglesia Adventista del Séptimo Día al momento del estudio.*

Grafico 5.

 Fuente: Tabla 5.

Frecuencia y porcentaje *de pacientes según abuso sexual recibido*

*Gráfico 6.*

Fuente: Tabla 6.*Frecuencia y porcentaje de pacientes según edad en la que fue víctima de abuso sexual.*

*Gráfico 7.*

 Fuente: Tabla 7.

*Distribución de frecuencias y porcentajes de pacientes según tipo de abuso sexual.*

*Gráfico 8.*

Fuente: Tabla 8.

*Distribución de pacientes según parentesco del abusador*

Grafico 9.

Fuente: Tabla 9.

Frecuencia y porcentaje *de pacientes según situaciones presentes en su relación sexual*

Grafico 10.

 Fuente: Tabla 10.

Frecuencia y porcentaje *de pacientes según diagnóstico o disfunción sexual*

Grafico 11.

 Fuente: Tabla 11.

**ANEXOS**

**UNIVERSIDAD AUTONOMASANTO DOMINGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

FORMULARIO DE RECOPILACION DE DATOS

**Record No.**

1. **Datos Generales**

Edad\_\_\_\_Estado Civil\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profesión u Oficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escolaridad\_\_\_\_\_\_\_\_ Años en la iglesia adventista\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.** **Relaciones Prematrimoniales**

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

**3.** **Abuso Sexual**

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Edad\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Tipo de Abuso a la Menor**

Besos por seducción o la fuerza\_\_\_Penetración \_\_\_Caricias en los genitales\_\_\_penetración con pene, dedo u otro objeto en el ano o la vagina\_\_\_hacer que la niña lo masturbara\_\_\_ masturbación en presencia de la niña\_\_\_frotación del pene con el cuerpo de la niña\_\_\_hacer que la niña se masturbe\_\_\_hacer que la menor participara en juego o actividades sexuales\_\_\_mostrar foto o película pornográfica\_\_\_hacer que la niña le hiciera el sexo oral\_\_\_hacer que la niña posara para fotos o película pornográfica\_\_\_prostituir a la menor por dinero\_\_\_mostrarse desnudo delante de la menor\_\_\_Otros\_\_\_

1. **Parentesco del abusador**

Padres\_\_\_Hermanos\_\_\_Tío\_\_\_Abuelo\_\_\_Primo\_\_\_Vecinos\_\_\_Amigos de la familia\_\_\_ Desconocidos\_\_\_ otros\_\_\_

1. **Edad en la que ocurrió el abuso sexual**

|  |
| --- |
|  |
| 5-8\_\_\_\_9-12\_\_\_ |
| 13-16\_\_\_ |
| 17-20\_\_\_ |
| ≥ 21\_\_\_\_  |

1. **Primera Relación Sexual**

Edad\_\_\_Voluntaria\_\_\_ Involuntaria\_\_\_\_

Traumática \_\_\_\_\_

**8. ¿Cuáles de estas situaciones están presentes en su relación sexual**

a) \_\_\_\_\_\_ Dificultad para excitarse.

b) \_\_\_\_\_\_ Dolor en la penetración.

c) \_\_\_\_\_\_ Dificultad para la lubricación

d) \_\_\_\_\_\_ dificultad para la erección

e) \_\_\_\_\_\_ Solo logra el orgasmo con caricias en su clítoris o sexo oral

f) \_\_\_\_\_\_ Antes lograba el orgasmo pero ahora no

g) \_\_\_\_\_\_ Se excita pero nunca ha logrado el orgasmo.

h) \_\_\_\_\_\_ Nunca tiene fantasías sexuales

i) \_\_\_\_\_\_ Tiene deseos y fantasía sexuales y desea tener actividad sexual

j) \_\_\_\_\_\_ no siente deseo

k) \_\_\_\_\_\_ A veces pasa mucho tiempo para tener relaciones sexuales.

l) \_\_\_\_\_\_ Tiene relaciones sexuales pero no siente nada

m) \_\_\_\_\_\_ Tiene su esposo eyaculación precoz

n) \_\_\_\_\_\_ Tiene su esposo eyaculación retardada

ñ) \_\_\_\_\_\_ No ha podido ser penetrada aun siendo casada

o) \_\_\_\_\_\_ Siente miedo o terror a la relaciones sexuales

**9.** **Diagnostico o Disfunción Sexual**

Vaginismo\_\_\_\_Anorgasmia Primaria\_\_\_\_Anorgasmia Segundaria\_\_\_\_\_\_

Anorgasmia Situacional\_\_\_deseo sexual inhibido\_\_\_\_Aversión al Sexo\_\_\_\_ deseo sexual hipoactivo\_\_\_ conflictos con la pareja\_\_\_\_

1. **Fases de la Respuesta Sexual Afectada**

Deseo\_\_\_\_\_Excitación\_\_\_\_\_\_\_Orgasmo\_\_\_\_\_\_

**11. Comunico la Paciente el abuso sexual**

Si \_\_\_ No\_\_\_\_

**12. Comunico la Paciente la difusión a la Pareja**

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**11. ¿Cree usted que su dificultad sexual ha afectado su relación de pareja**

Si\_\_ No\_\_

*Limitaciones y Dificultades de la Investigación*

Debido al tiempo, esta investigación se vio muy limitada a solo incluir una población muy pequeña, compuesta por las parejas que asistieron al departamento de Hogar y familia de la Misión del sureste de los adventistas del séptimo Día. Siendo que la muestra solo estuvo compuesta por 48 mujeres que revelaron tener dificultades sexuales, esta es una gran limitante para generalizar los resultados, como la verdadera realidad a nivel las iglesias Adventistas en la provincia Santo Domingo este. De ahí que se sugiere en el futuro realizar una investigación que incluya una población más amplia a nivel de todas las iglesia adventistas de la misión del sureste y que este compuesta por mujeres nacidas en la iglesia, con dificultades sexuales, para poder comprobar y generalizar el problema de abuso sexual a nivel de la iglesia Adventista y su incidencia en la aparición de los trastornos sexuales***.*** Algunas dificultades fueron múltiples trabajos y poco tiempo