



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) EN MUJERES CON
DISFUNCIÓN SEXUAL**

MARIA DE JESUS SIQUEIRA DE ALMEIDA CORREA

Directora: Dra. Alejandra Daniela Calero

2023

DEDICATORIA

A mi esposo **LUIS RONDON**, por el cariño, apoyo en todos los sentidos para que yo pudiera concretar este sueño. Te Amo, mil gracias por todo.

A mis hijos: Luiz Junior, Livia Quissini y genro Rodrigo Quissini y nieto Lucas Quissini por apoyarme en este trayecto.

A la profesora **Dra. Alejandra Daniela Calero**, por la orientación con esfuerzo, cariño y paciencia en el transcurso de esta investigación.

A todas las mujeres que participaron en este estudio, por la paciencia y disponibilidad de ustedes.

Desde el fondo de mi corazón les envío a todos una eterna amistad y un sincero gracias.

AGRADECIMENTOS

A Dios, que no me desamparó en ningún momento, y me dio fuerzas para seguir adelante.

¡Si usted está leyendo esta tesis es porque gané! “Quien me ve así feliz, no se imagina lo que pasé, quien me ve sonriendo ahora no sabe cuanto lloré”

Fue un largo camino cruzado. Camino el cual muchas veces daba ganas de rendirme. Nada fue fácil! Mis pies todavía están sucios del polvo de la carretera, mis ojos todavía contemplan las noches oscuras detrás de una ventana empañada con días fríos y lluviosos. Mi cuerpo todavía siente la dura silla que en cierta altura ya no tenía más posición. En mis oídos retumban todavía las risas, los lloros y las conversaciones de los niños. Como las paradas o subidas de pasajeros que demoraban una eternidad para alguien que quería llegar en casa de los suyos, y los trayectos en el transporte público acompañada solamente por los pensamientos y las ganas de ganar.

Tuve que faltar a fiestas familiares, a los almuerzos de domingos, dejar de dormir mientras todos dormían en el silencio de las noches entre sueños y sueños, yo escribía, leía y estudiaba.

En el salón de la clase, entre las diversas formaciones, a veces quedaba pérdida en el bastidor de aquel universo de pensadores. Muchas veces me sentí en un bosque sin salida, pero los sabios doctores al percibir nuestros sueños nos mostraban posibilidades. Tuve que enfrentar mis miedos, secar mis lágrimas y sanar mis inseguridades.

Tuve que poner a prueba mi soledad, para no sentirme sola en medio de una multitud.

Aprendí que las dificultades y luchas que tuviera que enfrentar, no podrían quitarme el ánimo y ni siquiera mi esperanza, porque cada amanecer tengo una nueva oportunidad de empezar de nuevo. He ganado, gané porque fui a la pelea, gané porque tenía grandes maestros que me ayudaron.

Gané porque nunca estuve sola, en el momento en que pensé que más creí estar perdida fue exactamente cuando Dios me cargo. Yo gane!

“ El actuar de Dios es hermoso, en la vida de los fieles, al principio hay pruebas amargas, pero al final la victoria, la victoria tiene el sabor de miel“

Sumario

_Toc124693950

INTRODUCCIÓN	16
1.1 INTRODUCCIÓN	17
1.2 PROBLEMA	19
OBJETIVOS	23
1.3 OBJETIVOS	24
1.3.1 Objetivo general	24
1.3.2 Objetivos específicos	24
1.4 JUSTIFICACIÓN	25
1.5 ESTADO DEL ARTE	26
2.1 MARCO TEORICO	32
2.2 TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL EN EL ENFRENTAMIENTO DE LA DSF	32
2.2.1 Terapia cognitiva comportamental	32
2.2.2 Definiciones y características de la TCC	38
2.2.3 La TCC en el tratamiento de DSF	43
2.2.4 Técnicas del TCC en el tratamiento de la DSF	48
2.2.5 ¿Como las intervenciones clínicas pueden ayudar a las mujeres que fueron diagnosticadas con una disfunción sexual?	53
2.2.6 Aspectos de la TCC en grupo	55
3.1 MARCO CONCEPTUAL	57
3.1 MARCO EPISTEMOLÓGICO	577
3.2 SEXUALIDAD Y MENOPAUSIA FEMENINA	59
3.3 LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS (DSF) ENTRE MUJERES EN LA MENOPAUSIA	60
3.4 DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	653
3.5 LA SEXUALIDAD DESDE OTRAS TEORÍAS	80
METODOLOGÍA	87
4.1 METODOLOGÍA	886
4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	886
4.3 MUESTRA	886
4.4 EVIDENCIA	897
5.1 Instrumentos de medición	920
5.2 Cuestionario de índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF)	93

5.3 Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD).....	94
5.4. INDICADORES DE CONFIABILIDAD DE LA MUESTRA	96
6.1 DESARROLLO DEL PROTOCOLO Y PERSPECTIVA	98
6.1.2 Descripción de las sesiones del grupo examinado	98
7.1 RESULTADOS.....	106
7.2 ANÁLISIS CUALITATIVO.....	106
7.2.1 Categoría I, experiencia de la sexualidad en la post menopausia	106
7.2.3 Categoría II, la visión sobre sí misma en el periodo de la menopausia	109
7.2.4 Categoría III, preocupación y dificultades con la pareja.....	110
7.2.5 Categoría IV – sentimientos de la mujer con disfunción sexual en la post menopausia	112
8. ANÁLISIS CUANTITATIVO	117
8.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS.....	117
8.2. PREPARACIÓN DE LA MUESTRA.....	117
8.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS	117
8.4 Índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF)	118
8.5 Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD).....	126
8.6 Modelo General	140
8.6.1 Índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF).....	140
8.6.2 Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD).....	142
8.6.3 Índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF) X Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD).....	144
CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	146
9 CONCLUSIONES	147
9.1 OBJETIVOS ALCANZADOS	147
OBJETIVO 1: IDENTIFICAR LA NATUREZA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS PRESENTES EN EL PERÍODO DE LA MENOPAUSIA	147
OBJETIVO 2: ESTRUCTURAR UN ENFOQUE DEL TCC PARA LA CONDICIÓN ESPECÍFICA DE LA MUJER EN ESTA FASE DE LA VIDA (MADUREZ) EN UN ENFOQUE COLECTIVO (GRUPO)	147
OBJETIVO 3: DISCUTIR LOS PUNTOS FUERTES Y FRÁGILES DE LA APLICACIÓN DE LA TCC PARA LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS.....	147
10.DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	149
10.1 CONCLUSIÓN.....	1552
10.1 LIMITACIÓN.....	1554
10.1 PERSPECTIVA FUTURA	1556
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	160

ANEXO A	179
ANEXO B	182
ANEXO C	190
ANEXO D	199
<u>ANEXO E</u>	190
<u>ANEXO F</u>	203
<u>ANEXO G</u>	209

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Sequência dos Oito Estágios do Desenvolvimento Psicossocial da Teoria de Erik Erikson	24
Cuadro 2 – Protocolo final del grupo de intervención	185
Cuadro 3 – Cuestionario de creencias sexuales - subescala para mujeres	191
Cuadro 4 – Índice de funcionamiento sexual femenino-IFSF	195

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 – Estadística descriptiva de las puntuaciones del índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF), incluyendo el valor mínimo, máximo, la media, la mediana, la desviación estándar de la media (DSM), el error estándar de la media (ESM) y el coeficiente de variación (CV).....	117
Tabla 2 – Comparación de las puntuaciones del índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF).....	123
Tabla 3 – Estadísticas descriptivas de las puntuaciones del índice del Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD), incluyendo el mínimo, máximo, media, mediana, Desviación Estándar Media (DEM), Error Estándar Medio (EEM) y Coeficiente de Variación (CV).....	130
Tabla 4 – Comparación de las puntuaciones del índice del Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCCD).....	135

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Etapa de la vida reproductiva y no reproductiva de la mujer	56
Figura 2: Pontuación del índice de funcionamiento sexual femenino do índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF)	118
Figura 3 – Promedio de los valores del índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF) antes y despúes de la aplicación de la TCC	120
Figura 4 – Distribución de la edad de las mujeres que participaron de la TCC .para mujeres con disfunción sexual	125
Figura 5 – Distribución de la religion de las mujeres que participaron de la TCC .para mujeres con disfunción sexual	126
Figura 6 – Distribución de las carreras de las mujeres que participaron de la TCC .para mujeres con disfunción sexual	128
Figura 7 – Puntuaciones del índice del Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD)	131
Figura 8 – Promedio de los valores del Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD) antes y despúes de la aplicación de la TCC	133
Figura 9 – Modelo de funcionamiento do índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF) antes y despúes de la aplicación de la TCC	138
Figura 10 – Modelo de funcionamiento del Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD) antes y despúes de la aplicación de la TCC	140
Figura 11: Índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF) X Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCDS)	142

LISTA DE SIGLAS

APA: American Psychiatric Association

CME: Centro Medico Especializado

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSF: Disfunción Sexual Femenina

DSM-V-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

IFSF: Índice de Funcionamiento Sexual Feminino

MT: Mato Grosso

OMS: Organización Mundial de la Salud

CCSD: Cuestionario de Creencias Disfuncionales Sexuales

RMP: Relajación Muscular Progresiva

RPD: Registro de Pensamiento Disfuncional

SOBRAC: Sociedad Brasileira de Climatério

TCC: Terapia Cognitivo Comportamental

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

TRH: Terapia de reemplazamiento de hormonas

CORREA, M. J. S. A. **Terapia cognitivo-conductual (TCC) en mujeres con disfunción sexual.** [Tesis]. Buenos Aires: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, 2022.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población se verifica en todo el mundo. Con una mayor duración de la vida y el acceso a tratamientos médicos y generales en la especialidad de envejecimiento saludable, la sexualidad humana se ha beneficiado indirectamente de una mayor longevidad. Su ejercicio cualitativo en las fases maduras de la vida es un campo de interés de las ciencias de la salud. Entre las mujeres, debido a factores de género, sociales y culturales, la sexualidad está bastante ligada a la subjetividad y a las normas internas, por lo que este estudio se dirigió a este grupo de población: la mujer que envejece y su calidad de vida sexual a través de una herramienta de intervención eficaz en la subjetividad humana: la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). **Objetivo:** Esta investigación pretende identificar cómo se puede aplicar la TCC para mitigar la disfunción sexual femenina y, a partir de este supuesto, formular y validar un protocolo piloto de tratamiento desde la perspectiva de la TCC grupal para mujeres posmenopáusicas con disfunción sexual dirigido a su aplicación en redes de salud pública. **Método:** Se trata de una investigación de intervención longitudinal, de tipo cualitativo y cuantitativo, 100 participantes de otra población de mujeres con el mismo diagnóstico en Cuiabá MT en el Centro Médico Especializado (AME). Se aplicó la Escala del Índice de Funcionamiento Sexual Femenino (IFSF) y el Cuestionario de Creencias Disfuncionales Sexuales (CCSD) al inicio y al final de la terapia de las dos etapas de aplicación del protocolo 2021. Las entrevistas aplicadas se grabaron en dispositivo de audio digital, en el que se analizaron los informes (datos cualitativos) según los objetivos de la investigación y los cuantitativos trabajados en el programa estadístico de estudio. **Resultados:** Los primeros grupos de investigación presentaron características similares en cuanto a la respuesta sexual, la autoimagen y la relación con la pareja en la entrevista inicial. Los datos sociodemográficos, también son similares, por lo tanto, no hubo una significativa estadística. El grupo de prueba presentó una elevación positiva en todos los ítems básicos relacionados con la satisfacción y el rendimiento sexual de los

participantes. Se verificó que los subgrupos de deseo, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor presentaban una mejora significativa ($P < 0,05$), y que los mayores acres de rendimiento se daban en los factores de orgasmo, deseo, lubricación y satisfacción, con una elevación considerable del dolor. **Conclusión:** El retorno de las intervenciones en los grupos de interés mostró la posibilidad y contribución de la TCC para la elevación en la calidad de la vida sexual de las mujeres participantes. El protocolo de tratamiento elaborado durante la TCC posibilitó la efectividad en todos los dominios del IFSF y DCSF discriminados por los instrumentos de evaluación utilizados en este estudio.

PALABRAS CLAVE: Terapia cognitivo-conductual; Menopausia; Disfunción sexual; Creencias sexuales.

INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos, el asunto de la sexualidad humana fue disipado y atraído por el creciente interés de médicos, psicólogos, biólogos e investigadores. Del viaje realizado por Kinsey and Participant Studies, realizado a finales de los años 1940 y los inicios de 1950, y que intentaron explicar e ilustrar el comportamiento sexual de hombres y mujeres.

Kinsey, un biólogo entrenado, estaba interesado primero en el sexo de los pájaros y después en la sexualidad humana (Kinsey et al., 1953). La sexualidad humana es diferente de las otras especies, debido a la complejidad de su sistema nervioso y endocrino. Por eso, cuando de hablamos de sexualidad humana, no solamente podemos considerar las características biológicas, sino también entiendo el tema de las interrelaciones entre lo biológico, lo psicológico y lo social. A partir de este entendimiento, queda claro que, la sexualidad humana se manifiesta no solo en los órganos genitales, sino en múltiples niveles que hacen a la complejidad del ser humano.

En el Brasil, la cultura de la sexualidad femenina de modo general es compleja y está en constante transformación conforme el lugar social de la mujer se desenvuelve en la sociedad. Es hecha de aspectos fisiológicos, corporales y de la subjetividad femenina, pero también de una parte significativa de su medio. La relación de la mujer con el sexo ha cambiado en el transcurrir de los siglos. Ariés (1981), afirma que en el siglo XVI, la sexualidad era algo que pertenecía a los adultos y niños, habiendo una visión natural del sexo y sus imperativos, inclusive los femeninos. El cuerpo y el mundo social se relacionaban en un modo más natural y también en las charlas infantiles había un contenido sexual perceptible, sin cualquier reprensión o preconcepción.

La disfunción sexual femenina afecta de forma plural la capacidad femenina de convivir y satisfacerse con el sexo, ocurriendo con mayor frecuencia en la

postmenopausia. No es raro que, en esta fase de la vida, en que el avance de la edad choca con cambios hormonales y fisiológicos latentes, las mujeres tienen dificultades en acoger el deseo que sienten, formando conflictos pautados en la incredulidad de que el cuerpo y la edad no sienten más deseo.

Surgen aún temores, más intrínsecos que propiamente extrínsecos, de exponer su cuerpo y forma. Son presiones, tabúes, preconceptos y modelos que hacen con que la sexualidad madura encuentre dificultades para alojarse en un nuevo cuerpo y realidad, marcado por el fin de la edad reproductiva. Sin embargo, las mujeres son las mismas que antes habitaban cuerpos distintos que los que ocupan en la convivencia con la menopausia y con los cuales la sociedad no las enseñó a lidiar.

El envejecimiento no necesariamente envuelve el desgaste del deseo y de la vida sexual, pero frecuentemente agrega problemas para la exposición. Las urgencias y los compromisos de una sexualidad poca conocida y abordada es una forma emergente de conocimiento que motivó la constitución de este estudio y la problemática.

La tesis está dividida en dos capítulos que tratan sobre el uso de la Terapia Cognitiva Comportamental en el enfrentamiento de la DSF. El primer capítulo es una evaluación cualitativa obtenida durante sesiones grupales con mujeres y que se entendió como: experiencia de la sexualidad en la post menopausia, la visión sobre sí misma en el periodo de la menopausia, preocupación y dificultades con la pareja y sentimientos de la mujer con disfunción sexual en la post menopausia.

En la segunda parte está el análisis cuantitativo, donde puedes consultar que fue propuesto un Índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF), donde se valoró cuestiones como, Excitación, Deseo, Satisfacción, Dolor, Lubricación e Orgasmo.

Con relación con el Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD) fue presentado resultados acerca de Conservadurismo, Pecado, Imagen, Madurez, Edad y Afectividad, todos ellos sobre el análisis de la TCC evidenciando la importancia y eficiencia de esto para la elaboración de Creencias Disfuncionales Sexuales que como su propio nombre lo dice, traen una disfunción sexual a la mujer difícil de elaborar porque

involucra temas que traen al fondo de la vida y que son culturales y religiosos como el tema del pecado, el conservadurismo e incluso la edad, donde muchas mujeres son disciplinadas incluso en sus familias para "comportarse" de acuerdo a la edad que tienen.

1.2 PROBLEMA

El envejecimiento no necesariamente envuelve el desgaste del deseo y de la vida sexual, pero frecuentemente suma problemas para su expresión, las urgencias y los compromisos de una sexualidad poco conocida y llevada es una forma emergente de conocimiento que motivó a la constitución de este estudio y su problemática. Aunque exista numerosas investigaciones sobre esa disfunción femenina, hay una brecha teórica sobre el sexo y su convivencia en la madurez, aún con el aumento del reconocimiento de su importancia en esta etapa de la vida (habiendo condiciones físicas y emocionales). La TCC há sido utilizada sistemáticamente en la mayoría de los aspectos con resiliencia, autoconocimiento y adaptación de los individuos, con sugestivo posicionamiento como aporte a las alteraciones sistemáticas traídas por el envejecimiento.

La investigadora propone desarrollar atendimientos clínicos frecuentes en la postmenopausia que reportan complicaciones sexuales. En estos atendimientos existe un contacto recurrente con las vivencias femeninas reportadas, en que son evidenciadas las condiciones de vergüenza por la baja de feminidad, caída de la libido, cambios corporales y de otras condiciones que, de modo objetivo o subjetivo afectan la experiencia femenina frente al sexo y hacen bajar la calidad de vida y autoestima de estas mujeres.

La disfunción sexual femenina es un tema discutido académica y socialmente, más allá de ser percibida por la mayoría de las mujeres, que aún la ven como inaceptable, este estudio cuestiona cuál puede ser el papel de la intervención clínica con este aspecto y contexto.

Aunque es un tema recurrente y real, la investigación y los esfuerzos no son concluyentes, y es necesario discutir esta situación de la salud de la mujer, en el Caires (2015):

Uno de los síntomas recurrentes y comunes en la menopausia y la posmenopausia es la disfunción sexual. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-IV, las disfunciones sexuales se caracterizan por alteraciones en el deseo sexual y en los cambios psicofisiológicos que caracterizan el ciclo de respuesta sexual, causando sufrimiento severo y dificultades interpersonales. Entre los subtipos de trastornos sexuales, el Trastorno del Deseo Sexual hipoactivo es notable en la literatura^{1*}, siguiendo los criterios establecidos por el DSM - IV no. 94.8, cuya definición se menciona cuando la mujer tiene una discapacidad o ausencia de deseo sexual.

La disfunción sexual femenina implica trastornos de interés sexual, excitación, orgasmo, dolor genitopélvico con penetración y disfunciones inducidas por sustancias o medicamentos y aquellos no clasificados (Martins 2012). Reduce el interés sexual y causa dificultades en la excitación subjetiva y / o genital que afectan la relajación vaginal para la penetración (Basson et al 2000). Es frecuente en la menopausia y después de ella y causa sentimientos de inferioridad, angustia, depresión, inseguridad, vergüenza

corporal, baja confianza en sí mismo y creencias disfuncionales sobre la capacidad de provocar deseo en la pareja (Rangé 2001, Almeida 2018).

Las creencias son "entendimientos duraderos tan fundamentales y profundos que a menudo no se articulan ni siquiera a sí mismos. Uno considera estas ideas como verdades absolutas." (Beck 1997). En la disfunción sexual femenina, la terapia cognitivo-conductual se centra en la positividad de las creencias individuales e interviene en la reducción o resolución de factores subjetivos (Apolinário et al 1995). Actúa para la experiencia sexual completa en las diversas etapas de la vida, incluida la fase posmenopáusica, de reconstrucción de la experiencia sexual femenina después del final de la fertilidad (Blumel 2004; Basson 2000; Beck 1997; Gouveia 2003; Almeida 2018).

El bienestar bio-psico-social demuestra un gran impacto en la respuesta sexual de las mujeres tras la llegada de la perimenopausia y la posmenopausia, y pocos estudios científicos investigan los aspectos psicológicos vinculados a la experiencia sexual de las mujeres en el climaterio y las posibles disfunciones sexuales que surgen en esta etapa de la vida, considerando que algunos estudios indican algún factor psicológico asociado a las quejas actuales de disfunciones sexuales (Pimenta 2007, Caires 2015).

La sexualidad como forma de expresarse de la individualidad de cada persona, no tiene un momento para comenzar o terminar la vida por nada. Sin embargo, cuando se trata de sexualidad en sujetos que ya están en la mediana edad o mayores, todavía existen ciertos prejuicios, ya sea por parte de los jóvenes, los propios ancianos e incluso muchos profesionales de la salud (Büchele 2006; Caires 2015).

La importancia dada a este estudio surge a partir de las dificultades observadas en el campo de la psicología. Estas percepciones cotidianas y la gravedad de sus impactos verificada en el curso de los atendimientos, encendió la preocupación sobre los impactos sexuales de la postmenopausia y sobre medidas de ámbito psicológico para su disminución y enfrentamiento – temáticas que integran las ciencias de la salud

y tratamiento dirigido a la sexualidad al que pocas mujeres tienen acceso, debido a no ser un servicio prestado a los usuarios del sistema único de salud.

Así creemos que la terapia cognitivo-comportamental es una herramienta capaz de ayudar mujeres en postmenopausa con disfunción sexual que en grupo puedan compartir lo vivido por ellas, con las vivencias femeninas reportadas, como las condiciones de vergüenza por la baja de feminidad, caída de la libido, cambios corporales y de otras condiciones que, afectan la experiencia femenina frente al sexo y hacen bajar la calidad de vida y autoestima de estas mujeres. Creemos que esto es un problema común a todas ellas y que pueden cambiar con la Terapia Cognitivo Comportamental.

OBJETIVOS

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Esta investigación tiene como objetivo aprimorar el uso con eficacia de la Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como herramienta a ser aplicada para disfunción sexual femenina y, a partir de esta preposición formular y validar un protocolo-piloto de tratamiento de la óptica TCC en grupo para mujeres con disfunción sexual en la postmenopausia enfocado a la aplicación en redes públicas de salud.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la naturaleza de las disfunciones sexuales femeninas presentes en el periodo de la menopausia.

- Estructurar un enfoque en la TCC para la condición específica de la mujer en esta fase de la vida (madurez) en el enfoque colectivo (grupo).

- Promover lá mitigación de la disfunción sexual femenina en estagio de posmenopausa.

- Aprimorar el tratamiento con uso de la TCC en grupo para mujeres con aplicación en redes públicas de salud.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación representa una posibilidad muy objetiva, construir una visión general de la condición de ser mujer hoy y poder apropiarse de la propia existencia, de su cuerpo, de su deseo y de su sexualidad. Porque el imaginario social de la vejez puede ser pensado como una carga económica tanto para la familia como para la sociedad como una amenaza al cambio, restando a la vejez su papel de pensar su propio destino a pesar de que han contribuido a lo largo de sus vidas y trabajado y han pertenecido al llamado "trabajo útil" en la vejez especialmente las mujeres enfrentan diferentes desafíos, Especialmente en lo que respecta a su sexualidad, justifiando la investigación presentada aquí (Minayo & Coimbra 2002, Cairns et al 2015).

1.5 ESTADO DEL ARTE

Dado que hace tiempo cuando hablamos del desarrollo humano y sus peculiaridades a lo largo de cada fase de la vida, surge el cuestionamiento de las características de personalidad de los ancianos, en la literatura científica está clara la percepción de que la personalidad de los ancianos siempre está ligada a alguna patología o al menos a sus síntomas. Sin embargo, destacando nuevamente el primer grupo de enfoques psicológicos, tenemos al autor Erik Erikson, quien rastrea las fases del desarrollo humano desde el nacimiento hasta el envejecimiento. Estas fases se describen brevemente en la Tabla1.

Cuadro 1: Secuencia de las ocho etapas del desarrollo psicosocial de la teoría de Erik Erikson. Fonte: Lima 2013.

Idade	Estágio do Desenvolvimento	Conflito	Atividade Primária	Relações Significativas	Resolução Favorável
0-1 año	Período del bebé	Confianza básica X Desconfianza	Cuidado consistente por dois padres	Cuidador principal	Confianza y optimismo
1 a 2 años	Primera infancia	Autonomía X Duda/ Vergüenza	Cuidado estável y consistente por parte de los padres	Lla persona de los padres	Sentido de autonomía y autoestima
3 a 5 años	La era del juego	Iniciativa X Culpa	Exploración del entorno	Familia nuclear	Autosuficiencia y propósito
6 a 11 años	Edad escolar	Competencia X Inferioridad	Adquisición de conocimientos	Familia, vizinhos y escola	Sentido de competencia y logro
12 a 19 años	Adolescencia	Identidad X Confusión de identidad	Vocación y personalidades coherentes	Parejas de grupos o fuera de ellos	Autoimagen integrada
20 a 25 años	Edad del adulto joven	Intimidad X Aislamiento	Relación profunda y duradera	Amigos, compañeros de trabajo y parejas amorosas; Competencia y cooperación	Capacidad de experimentar amor y compromiso
26 a 64 años	Edad adulta	Generatividad X Estancamiento	Compromiso creativo y productivo en la sociedad	Trabajo dividido y responsabilidades domésticas compartidas	Preocupación por la familia, la sociedad y las generaciones futuras.
65 adelante	Idoso - Velhice	Integridad X Desesperación	Revisión y evaluación de la vida	Familia extendida y humanidad	Sensación de satisfacción y aceptación de la muerte

La Terapia Cognitivo-Comportamental ya se ha utilizado en grupo para tratar temas de autoestima en mujeres desde la adolescencia hasta los 40 años, estas intervenciones se han utilizado para mejorar la autoestima de las participantes, por lo que se les realizó la inserción de tareas placenteras realizadas por las mujeres y la discusión e identificación de los logros alcanzados antes y durante el tratamiento, con el objetivo de hacerlas sentir íntegras y activas en la sociedad en su la vida misma (Petersen et al 2019).

Para Martins et al (2021) la Terapia Cognitivo-Comportamental utilizada para mujeres en situación de violencia en actividades grupales logra un efecto positivo porque se encuentran en un estado de vulnerabilidad, con daños a la salud mental y emocional que afectan su calidad de vida, bienestar, consecuentemente perjudica sus relaciones familiares y sociales, al ser cada vez más reprimidas y sacudidas psicológicamente, y cuando se tratan en un grupo basado en la TCC, evolucionan de esta condición a una mejora considerable.

Estas mujeres previamente en un estado de violencia doméstica que se reflejaba en síntomas depresivos, pensamientos y comportamientos autodestructivos, aislamiento social y una imagen de estrés postraumático, además de permanecer durante un período en estado de shock, generalmente evolucionaron a una mejora significativa con la terapia grupal (Martins et al 2021).

Una serie de autores han identificado la importancia y aplicaciones del TCC en la rehabilitación de pacientes con disfunción sexual femenina en los últimos años.

Según Piassarolli et al. (2010), en la prevención y en la rehabilitación de pacientes/mujeres con disfunción sexual femenina, la TCC se vuelve útil en la medida que ayuda al paciente en la alteración de percepciones distorsionadas sobre su sexualidad y en la modificación de hábitos de la vida considerados nocivos, y en volver posible una mayor adhesión al tratamiento, posibilitando una mejoría en la calidad de vida.

Los autores enfatizan sobre la funcionalidad del TCC en este terreno de abordaje que: “Se sabe que la terapia cognitiva comportamental es una de las formas de tratamiento más utilizadas, pues identifican problemas causadores de la disfunción y auxilia en la ansiedad y en los mitos relacionados a las cuestiones sexuales (p. 239)”.

Según Beck (2013), por medio de la TCC, hay un proceso de la transformación de los patrones sexuales, por medio del aprendizaje de nuevos motivos sexuales y del conocimiento profundo del cuerpo humano y de cómo sentir placer.

Para Cardoso (2011), la TCC trabaja con reconocimiento y negociación de preferencias sexuales (llamado de glosario sexual) para desarrollar la prevención de las recaídas y con eso prepara el paciente para la vida.

Para Lerner (2012), la TCC con sus objetivos en el tratamiento de disfunciones sexuales consigue abrazar una serie de cambios cognitivos y comportamentales en el paciente, entre ellos están:

[..]-sentirse más cómodo al hablar de sexualidad con los otros; abordar y cuestionar mitos y papeles de género equivocados que interfieren en la autonomía y autodeterminación en áreas sexuales y no sexuales; aumentar el conocimiento de la anatomía y fisiología de la sexualidad; aprender más sobre el propio cuerpo y sentirse más cómodo con él; obtener validación para las sensaciones placenteras experimentadas; obtener informaciones a fin de aumentar el repertorio sexual; superar bloqueos emocionales a la libertad sexual (culpa, ansiedad, desvalorización de uno mismo y rabia) por medio del enfrentamiento con conocimientos equivocados; mejorar la asertividad consigo misma y en la comunicación de sus deseos a la pareja; desarrollar planos para mantener y evolucionar las

mejoras obtenidas después del término de tratamiento (Lerner, 2012, p.36)

El autor contribuye afirmando que las creencias disfuncionales en relación con la sexualidad actúan como factores predisponentes para la DSF al establecer reglas condicionantes para la activación de esquemas cognitivos negativos, permitiendo el aparecer de emociones y pensamientos automáticos capaces de comprometer el procesamiento mental de estímulos eróticos, interfiriendo de forma negativa en el deseo sexual.

Según Beck (1977), la TCC promueve cambios en los pensamientos disfuncionales, y así ocurre para mejorar los síntomas en consecuencia de la modificación de las creencias disfuncionales. Las creencias disfuncionales pueden dejar los individuos más vulnerables a la disfunción sexual.

Según Beck (2011), en relación con la aplicación práctica de la TCC, el autor afirma que el tratamiento se basa en la comprensión o conceptualización del paciente de modo individual, tomando por principio que las creencias que posee sean influyentes en sus comportamientos. En este sentido, el profesional responsable por conducir la terapia puede modelar líneas de trabajo que sean eficientes en modificar los comportamientos positivos, con el objetivo de crear un involucramiento emocional de modo que produzca alteraciones comportamentales positivas en el paciente.

Según Beck (2013), en una primera fase del TCC el terapeuta utiliza una memoria retrospectiva para validar la queja del paciente, trazando metas en conjunto con el paciente durante el tratamiento. La etapa final en el tratamiento con TCC tiene como objetivo prevenir recaídas donde los beneficios de tratamiento son fortalecidos y la adquisición de flexibilidad mental reforzada es alcanzada, evitando la reorganización de síntomas anteriores.

Figueiredo et al. (2011), introdujeron algunas estrategias comportamentales comunes para psicoterapia comportamental y terapia sexual. Esas técnicas tienen como

objetivo aumentar la autoconsciencia de la mujer y de mejorar las relaciones sexuales con su pareja, intensificando la percepción de nervios sensoriales anteriormente placenteros. Métodos que un psicólogo puede usar en la clínica “técnica de relajamiento, captura sistemática, dramatización, interrogatorio socrático, registro de pensamientos activos, reorganización psicológica y psicoeducación”.

Anteriormente fue hecho por Almeida et al. (2018), en un grupo de 14 mujeres con disfunción sexual, en acompañamiento ginecológico ambulatorio en un centro especializado para tratamientos relacionados al climaterio, las cuales fueron sometidas al TCC, donde se identificó que la disfunción sexual (problemas con el deseo y/o lubricación, orgasmos, satisfacción y dolor) y las creencias sexuales disfuncionales (conservadurismo, pecado, edad-creencias, imagen corporal, afectividad y maternidad) presentan una mejora significativa después de una conducción de un protocolo de TCC, sin embargo los autores resaltan que el número de participantes fue bajo, debiendo ser necesario nuevas investigaciones previendo estudiar la aplicación de este protocolo.

Barreto (2017,) realizó un estudio aplicando el TCC en un grupo de 12 mujeres con disfunción sexual, según los autores, después de la terapia, las pacientes comenzaron a relatar que iniciaron un desenvolvimiento de las actividades de autofoco genital, pasaron a realizar masturbación y tuvieron una mejoría en la función sexual. Los autores atribuyeron la mejora de la calidad de vida de los pacientes debido a la reorganización/reestructuración cognitiva relativas a creencias disfuncionales relacionadas a la sexualidad, y al restablecimiento de un autoconcepto de activación comportamental en relación con la vida sexual y al descanso.

2.1 MARCO TEORICO

2.2 TERAPIA COGNITIVA COMPORAMENTAL EN EL ENFRENTAMIENTO DE LA DSF

2.2.1 Terapia cognitiva comportamental

La TCC ha mostrado un componente importante en el tratamiento de una variedad de problemas psicológicos, favoreciendo la calidad de vida de personas con diversos trastornos, incluyendo la disfunción sexual (Butler,2006).

Según Knapp e Beck (2008), la Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) es fundamentada en un modelo que estipula los disturbios psicológicos son envueltos y promovidos por creencias disfuncionales y pensamientos de la misma naturaleza. Como el individuo se siente y se comporta, de esa forma, sería resultado de cómo estructura su experiencia.

Vuelta de los años 1960 la terapia cognitiva fue creada en el reconocimiento de afecto, cognición y comportamiento, y empoderados de esas bases, seguidores del pensamiento comportamental elaboran su interpretación de esos contenidos con las terapias comportamentales. El hibridismo permitió el surgimiento de la TCC (HAWTON et al., 1997).

Esos trabajos iniciales de los años 1960 que originaron todo el momento derivado fueron autoría de Aaron Beck, que inicialmente denominó la TCC de Terapia Cognitiva, creada a principio para el tratamiento de depresión. De acuerdo con Beck (2013,p.22), fue concebida una — “[...] psicoterapia estructurada de corta duración

dirigida para el presente, direccionado para la solución de problemas actuales Y la modificación de pensamientos y comportamientos disfuncionales“

Siendo psicoanalista antes de desarrollar la TCC, Aaron Beck identificó ciertas características de humor en sus pacientes deprimidos (visión pesimista de sí, del mundo y del futuro). Con base en esto, estudio esos pacientes de modo más detallado y partiendo de ese estudio creó un modelo cognitivo de depresión (BECK,1967). Más tarde Beck et al. (1997) publicaron una obra más detallada sobre la terapia cognitiva de depresión.

Cordioli y Knapp (2008) presentaron una descripción detallada de ese desenvolvimiento:

El modelo cognitivo comportamental surgió al final de los años 50 con los trabajos de Albert Ellis y más especialmente, la terapia cognitiva (CT) en el inicio de los años 60 con Aaron T.Beck. Desde entonces, viene ejerciendo un fuerte impacto tanto en la formulación de nuevos modelos etiológicos para los trastornos mentales como en su tratamiento. Beck, un psiquiatra con formación psicoanalítica, al investigar pacientes deprimidos, teniendo como referencia el modelo psicoanalítico de depresión, concluyó que este trastorno el paciente presentaba una visión distorsionada y negativa de sí mismo, del mundo a su alrededor y de su futuro. Formuló la hipótesis de qué tal tríada cognitiva negativa sería derivada de esquemas cognitivos disfuncionales negativos, rígidos y no realístico formados durante la niñez, en resultado de las interacciones con el ambiente, que serían los elementos críticos para el surgimiento, mantenimiento y la recurrencia de depresión (p.51).

La Terapia Cognitiva Comportamental se caracteriza por su brevedad, posee aproximadamente entre 12 a 20 sesiones estructuradas, con objetivos claros hacer alcanzados. Dentro del proceso terapéutico el papel tanto del paciente como del terapeuta es activo. La tipología de las distorsiones cognitivas que fueron creadas por Beck et al 1997, son:

- Interferencia arbitraria, que significa conclusiones sacadas sin evidencias reales.
- Abstracción selectiva, que significa fijación en un detalle de contexto global sin considerar otros factores en que, generalmente, ese detalle posee connotación negativa.
- Supergeneralización, que consiste en el establecimiento de reglas y de conclusiones generales basadas en uno o más incidentes aislados y en la aplicación de concepto indiscriminadamente en situaciones relacionadas.
- Maximización y minimización, que se refieren a la dificultad en evaluar el significado y la magnitud del evento. La persona tiende a desvalorizar un mérito propio y a valorizar otras personas y situaciones en detrimento de ella.
- Despersonalización, que se muestra en la tendencia en relacionar eventos externos a su propia persona, mismo que sin base para establecer tal relación. O sea, no existen evidencias para tomar conclusiones, generalmente relacionadas a sentimientos de rechazo y repulsión con la persona. (BECK et al 1997 apud FREITAS, 2010, p. 102).

Para Rangé (1998) el enfoque de la TCC comportamiento humano, teniendo como factores determinantes el ambiente y los procesos cognitivos. Para el autor el

comportamiento no queda restringido apenas por comportamientos no manifestados correspondientes, pero engloba todo el conocimiento del individuo, cómo pensamientos, respuestas verbales, imágenes, recuerdos, interpretaciones y percepciones; sentimientos o emociones y sus desencadenantes fisiológicos. El autor Rangé (1998), explica de forma más detallada lo que viene a ser la psicoterapia cognitiva comportamental, teniendo factores determinantes del enfoque de la TCC con el comportamiento humano,

La psicoterapia cognitiva comportamental es una práctica de ayuda psicológica que se basa en una ciencia y en una filosofía de comportamiento caracterizada por una concepción naturalista y determinista al comportamiento humano, por la adición a un empirismo hija una metodología experimental como soporte de conocimiento y por una actitud pragmática a los problemas psicológicos (RANGÉ, 1998, p. 36)

La TCC tiene como objetivo el tratamiento de problemas específicos, con objetivos definidos. Es una terapia estructural, con foco en el presente, y con metas definidas (WHITE; FREEMAN, 2003; COON et al. 2007). El referencial teórico de la terapia cognitiva comportamental posibilita que se utiliza en varias técnicas, tanto individuales como en grupo, buscando trabajar las habilidades de relacionamiento, estilo de vida, ajuste social, reducción de estrés, resolución de problemas, etc. Permitiendo más control sobre la situación por el paciente. En ese tema enfatiza la psicoeducación (CADE, 2001).

La terapia cognitivo comportamental puede ser usada con eficacia en diversos problemas humanos y trastornos mentales. Por ser clara y objetiva, muy útil también en la práctica ambulatoria. Tanto psiquiatras y psicólogos que no hayan tenido formación

profunda en el área pueden aprender algunas de sus técnicas y ayudar a aliviar el malestar y las dificultades de sus pacientes (CORDIOLI, 2008).

El autor Aaron Beck, desarrolló una forma de psicoterapia en el inicio de la década de 1960, la cual denominó originalmente - terapia cognitiva. El término – terapia cognitiva - hoy es usado por muchos de nuestra área como sinónimo de – terapia-cognitiva – comportamental (BECK,2013). Éstas son algunas técnicas utilizadas con el paciente para que él pueda identificar pensamientos, emociones y situaciones, resolver problemas, identificar pensamientos automáticos:

- Identificación de pensamientos, sentimientos y situaciones.

- Realización de diarios.

- Cuestionamiento socrático.

- Estudio de ventajas y desventajas.

- Lluvia de ideas.

- Solución de problemas.

Por lo tanto, la terapia cognitiva comportamental se centra en los problemas que están haciendo presentados por el paciente en el momento de la terapia. El papel del terapeuta es ayudarlo a comprender nuevas estrategias para actuar en el ambiente para promover los cambios necesarios. La metodología utilizada en la terapia es una cooperación entre terapeuta y el paciente de forma que las estrategias para la

superación de problemas concretos sean planeadas en conjunto (CABALLO,2003), favoreciendo el tratamiento de disfunción sexual femenina.

Medio siglo después de la creación de la terapia cognitiva de Aaron Beck es, hasta el día de hoy, El tratamiento utilizado de diferentes problemas psicológicos de varias poblaciones (FALCONE, 2001).

La TCC es llamada de esta forma por ser un híbrido de las teorías cognitivas y contemporáneas. El interés de esta unión es promover los cambios enraizados y consistentes en el comportamiento y en la cognición del individuo (DOBSON, 2010). Actualmente hay una amplia gama de tratamiento para diversos problemas psiquiátricos. Tales como trastornos de ansiedad, depresión, disturbios obsesivo-compulsivos, alimentares, disfunciones sexuales (CABALLO, 2007).

Se trata de una terapia que se centra en los problemas presentados por el paciente cuando busca la terapia. Busca apoyar en el aprendizaje de nuevas estrategias para que actúe en el ambiente de modo al promover los cambios necesarios. La metodología es basada en la cooperación entre terapeuta - paciente y el planeamiento de las estrategias de superación, es hecho en conjunto (CABALLO, 2008).

Para Serra (2007), la TCC está en una zona intermediaria cómoda entre las introducciones cognitiva y comportamental, concierto grado de libertad entre sus pacientes. Hay dos grandes grupos: los entrenados como terapeutas comportamentales que tienden a mantenerse vinculados al modelo comportamental y adicional principios y técnicas cognitivas, por ende con el objetivo primordial de alcanzar cambios comportamentales y, aquellos entrenados como terapeutas cognitivos, y que, adoptando un modelo cognitivo, se utilizan técnicas comportamentales, aunque con la finalidad explícita de obtener cambios cognitivos.

Partiendo de la premisa de que la forma en que el individuo se percibe y se evalúa en lo que dice al respecto de sus sentimientos y comportamientos, la TCC sustenta que esos síntomas son mantenidos por un conjunto de creencias distorsionada

y disfuncionales, o sea, la creencia que implica una convicción íntima, limita y hace que la persona pierda (BECK, 2013).

2.2.2 Definiciones y características de la TCC

Para Guimarães e Cordás (2002, p. 151) la TCC se caracteriza por el uso de técnicas como reestructuración cognitiva, a través de la automonitorización de pensamientos relevantes y comportamiento y uso de medidas de autocontrol. Entonces teniendo resaltadas esas modalidades de psicoterapia, se pasa ahora a la terapia cognitiva-comportamental como tratamiento de la disfunción sexual en la menopausia.

Para Barletta et al. (2012) el comportamiento y la emoción de una persona son determinados, son consecuencia de la organización de sus conocimientos, y estos son elementos básicos en la conducción terapéutica. Por medio de ellos, Knapp et al. (2008) relatan que la TCC educa al paciente para la superación de las limitaciones con menor tensión y mejores resultados. Como explica Gus Manfro (2008), es un trabajo profundo en las creencias disfuncionales y pensamientos negativos del paciente, con una duración que puede ir de 10 a 20 sesiones (pudiendo haber flexibilidad para algún ajuste), condicionadas en su elaboración y orientación en una buena discreción profesional.

Sales y Pereira (2011) definieron el enfoque de la TCC como:

[...] respuesta del organismo a un estímulo que es mediado por la interpretación que le es dada. [...] El estímulo al ser visto como un desafiador provoca una quiebra en la homeostasis de funcionamiento interno del sujeto, creando a la necesidad de

adaptarse, A fin de mostrar bienestar en la vida. Ciertamente, estrategias de enfrentamiento, adecuadas o no, serán desarrolladas por el paciente. (p. 184).

En este sentido, la TCC es una propuesta terapéutica que tiene sus intervenciones estructuradas y objetivas, la cual busca abordar factores cognitivos, comportamentales y emocionales en el tratamiento de trastornos psiquiátricos de los pacientes. La TCC todavía se caracteriza por ser breve, posee aproximadamente entre 12:20 sesiones estructuradas, con objetivos claros. En este proceso tanto el paciente como el terapeuta Deben ser activos. Las modificaciones y alteraciones pretendidas buscan únicamente una mayor autosuficiencia, autocontrol y equilibrio. Conforme Carolo (2011) y también Beck (2008), buenos resultados han sido obtenidos con la aplicación de terapia en trastornos como agorafobia, fobias en general, estrés postraumático, depresión Unipolar de niños y adultos con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

Así, es una terapia que se moldea al paciente y su necesidad de percepción, en busca de los comportamientos, creencias y pensamientos disfuncionales y su ajuste. Opera con base en la empatía y en la identificación, como buena parte de los procesos psicoterapéuticos, elementos que facilitan la colaboración durante el tratamiento. Es prácticamente un proceso de educación personal para un comportamiento más positivo y permite la selección de innumerables técnicas conforme al criterio y competencia del terapeuta a fin de mejorar adaptación y resultados (BECK, 2013).

Cabe mencionar que todavía la TCC hace uso de conceptos de la terapia comportamental y de la terapia cognitiva, los cuales son: condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje social y desensibilización sistemática (BECK, 1979). Ese enfoque propone que trastornos psicológicos son resultados de un modo distorsionado de percibir los hechos, que haría que el individuo tuviese pensamientos

de carácter automático y disfuncional, influenciando de forma negativa los afectos y los comportamientos (BECK, 1997). Dentro de esa variedad de posibilidades, Dobson e Dobson (2010) describieron tres bases fundamentales de la TCC, que se repiten por debajo del enfoque, en fundamentos que los autores denominan de hipótesis:

- La hipótesis de acceso, que afirma que el contenido y el proceso de nuestro pensamiento son susceptibles de ser conocidos. Los pensamientos no son inconscientes o pre.inconscientes o de alguna forma indisponibles a la conciencia. Al contrario, Los enfoques cognitivos-comportamentales sustentan que la idea de qué, con entrenamiento apropiado y atención, las personas puedan volverse conscientes de su propio pensamiento.
- La hipótesis de intermediación, qué afirma que nuestros pensamientos, interceden nuestras respuestas emocionales en varias situaciones en las cuales nos encontramos. El modelo cognitivo-comportamental, no transfiere la idea de qué las personas simplemente tengan una situación, pero que el modo como se construyen los pensamientos es el evento central de la manera de como nos sentimos.
- De la misma forma, son nuestros conocimientos y pensamientos que influyen fuertemente nuestros patrones comportamentales en varias situaciones de la vida. [...] Esos pensamientos, bien como las respuestas emocionales y reacciones comportamentales a ellos pueden, todos, volverse rutinarios y automáticos con el pasar del tiempo. Los teóricos cognitivo comportamentales argumentan que hay una intermediación cognitiva entre lo sucedido y las respuestas típicas de las personas en tal situación (DOBSON E DOBSON, 2010, p. 13-4).

Las contribuciones traídas traídas por Falcone (2001) permiten afirmar que el objetivo principal de la TCC es la modificación de creencias que una persona tiene sobre sí misma, siendo que muchas veces la forma como los ven y estructuran el mundo, puede determinar los desajustes en la vida.

Durante el proceso terapéutico por medio de TCC El paciente desenvuelve la metacognición, en que lo mismo irá a buscar pensar como los pensamientos ocurren y de qué forma pueden afectar el humor, sentimientos, comportamientos. Buscar a pensar como esos elementos citados interfieren (BECK, 1976 *apud* CABALLO, 2002).

Ese enfoque cognitivo comportamental puede presentar aún una función educacional. Para Vilela (2008) al citar Blair y Ramones (1997) afirma que la Psicoeducación se caracteriza:

[...] como un componente fundamental al proceso de cambios comportamentales necesarios a los pacientes que presentan enfermedades crónicas, en la medida que contribuye para el desarrollo de habilidades, centralizándose en los aspectos afectivos, comportamentales e interpersonales de ese proceso. (VILELA, 2008, p. 45).

La TCC puede ser realizada Individualmente o en grupo, pero si fuera en grupo es necesario seguir las hipótesis individuales, pudiendo variar apenas en objetivos terapéuticos y métodos utilizados (CABALLO, 2002). La autora Vilela (2008), explica mejor como debe ser el atendimento en grupo,

Por consiguiente, el atendimento psicoterapéutico en grupos disminuye los costos de tratamiento, lo que significa una razonable economía de tiempo y de dinero, tanto para el enfermo cuanto para la institución, además de proporcionar algunos

beneficios relacionados directamente a la dinámica de grupo y el procedimiento de intervención psicoterapéutica (VILELA, 2008, p. 46).

Los beneficios de la terapia en grupo son descritos por Vilela (2008), con la posibilidad de innumerables avances descritos abajo:

Tales beneficios serían básicamente posibilidades de reforzamiento diferencial de respuestas adecuadas, posibilidad de surgimiento de creencias disfuncionales, dando oportunidades para identificación, prueba y revisión de las reglas subyacentes que direccionan en el comportamiento social; surgimiento de refuerzo positivo y respuestas adaptativas dentro del propio grupo, posibilidad de socialización y suministro de modelos sociales adecuados (VILELA, 2008, p. 46).

Rangé (2001), afirma que los grupos de terapia presentan innumerables factores que son considerados terapéuticos por el hecho de posibilitar el aprendizaje de nuevos comportamientos y cogniciones, y también la extinción de antiguos patrones que no dan respuestas favorables en el momento actual. Incluyendo procedimientos puramente educacionales y psicológicos involucrando el entrenamiento de las habilidades psico-educacionales de los pacientes.

La TCC desarrollada por Beck (1997) es la forma más usada para el tratamiento de trastorno psicológico. Varios estudios indican que ella es la más indicada para el tratamiento de esos trastornos desde los más leves hasta los más graves por tener más efectividad que otros tipos de intervención.

2.2.3 La TCC en el tratamiento de DSF

De nuestro estudio, la terapia cognitiva comportamental fue el enfoque más ampliamente usado para discutir la disfunción sexual en mujeres. La terapia cognitivo comportamental (TCC) fue creada por Aaron Beck en el tratamiento de depresión y después aumentó el interés por una variedad de patologías que permiten intervenciones en varios trastornos psiquiátricos (BECK, 2013).

La terapia comportamental en el tratamiento de disfunción femenina ofrece una oportunidad de recrear pensamientos y creencias ineficaces, alterando así las respuestas físicas, emocionales y comportamentales. Eso significa que, con la TCC, un paciente con un diagnóstico de trastorno sexual puede cambiar de creencias y actitudes negativas sobre su sexualidad; como miedo de insatisfacción con la pareja, vergüenza del cuerpo y culpa por hacer sexo de forma natural. Junto con eso, hay en ese proceso la transformación de dos patrones sexuales, por medio de lo aprendido de nuevos motivos sexuales y de conocimiento profundo del cuerpo humano y de cómo sentir place (BECK, 2013).

La TCC sexual posee algunos componentes como la educación (en la tentativa de aumentar el conocimiento), bien como una propuesta que tiene como objetivo la disminución de las creencias mal adaptadas de los pacientes. Entretanto, la disfunción sexual se acostumbra a estar asociada con sentimientos y pensamientos distorsionados en relación conl sexo en general. El papel del terapeuta es averiguar esos elementos citados estando relacionados con el problema, y así buscar orientar al paciente de modo correcto para lidiar con la situación (CAREY, 2005).

Además de eso, también es realizado con el paciente el entrenamiento de habilidades sociales, en la que busca mejorar el repertorio sexual y la superación de

experiencias mal adaptativas, se hace también la focalización sensorial, que busca la disminución de ansiedad en relación con la comunicación, o sea, no hablar de los problemas comunes. En fin, la TCC trabaja con reconocimiento y negociación de preferencias sexuales (llamado el glosario sexual), para desarrollar preparación de recaídas y con eso preparar el paciente para la vida (CARDOSO, 2011).

Las técnicas más comunes en la TCC para el tratamiento de la DSF, incluyen aquellas destinadas para el aumento de autoconocimiento y la percepción del propio cuerpo, ampliación de la percepción sobre sensaciones de placer y las técnicas dirigidas para la interacción con la pareja. Pueden ser usadas otras también, como las técnicas de relajamiento, Desensibilización sistemática, role playing, biblioterapia, entre otros (LERNER, 2012).

Beck (1997) reitera que la TCC promueve cambios en los pensamientos disfuncionales, y así ocurre la mejoría de los síntomas como resultado de la modificación de las creencias disfuncionales. Las creencias disfuncionales pueden dejar los individuos más vulnerables a la disfunción sexual, como se verificó en esta investigación. De este modo, las creencias de acuerdo con Salkovskis (1999) pueden ser adquiridas por:

- Un sentido precoz y amplio de responsabilidad, desarrollado y estimulado en la infancia; - Códigos de conducta muy rígidos y extremos;
- Creación en ambientes familiares los cuales los miedos eran predominantes y donde no había oportunidad de confrontarlos; - suceso en el cual el azar de la acción u omisión resultó en un daño serio para así mismo u otras personas;
- Creación en ambiente de una crítica sistemática, en el cual la persona fue sistemáticamente considerada "chivo expiatorio";

- Aumentos eventuales o coincidencia de niveles de responsabilidad (hijo más viejo, nacimiento de hijos, matrimonio, etc.).

En este sentido, Beck (2013, p. 52) refuerza que el individuo tiene por sus creencias comprensiones duraderas tan fundamentales y profundas que frecuentemente no son articuladas ni para sí mismo. La persona considera esas ideas como verdades absolutas. Con el trabajo focalizado en creencias positivas individuales de las mujeres, la TCC busca actuar sobre la DSF disminuyendo o mitigando los factores objetivos de su presentación y posibilitando la vivencia plena de sexualidad en las varias fases de la vida.

La funcionalidad todavía puede ser resaltadas al considerar la colocación de Beck (2011) Al respecto del sentido de la operabilidad de la TCC, cuándo afirma que ese enfoque, o tratamiento es basado en la comprensión o en la misma conceptualización del paciente de modo individual, tomando por partida las creencias que puede que sean influyentes en sus comportamientos. Con eso, el terapeuta puede modelar líneas de trabajo que sean eficientes en modificar el comportamiento positivamente, cuando piensa en un sistema interconectado de creencias. Las intervenciones deben ser focalizadas con el único objetivo de crear una intervención emocional suficiente para promover alteraciones comportamentales. La adecuación se refuerza todavía por la posibilidad de qué la técnica sea aplicada dentro de los más diversos niveles de desarrollo cognitivo y educacional, lo que se correlaciona mucho con el enfoque realizado en este estudio.

En relación con los aspectos metodológicos, una de las alternativas fue tratada por Dattilio (2004) y adoptada en este pensamiento: es el entrenamiento de auto instrucción. En esta modalidad, ampliamente utilizada para el trabajo con la TCC entre mujeres víctimas de violencia o que necesitaron mayores enfoques relacionadas a la autoestima y reconstrucción de la imagen, el enfoque es construido en cuatro fases: Preparación (identificación de problemas y análisis de cómo el compromete el individuo),

confrontación (organización de metas dentro de pasos posibles), Gerenciamiento (aplicación y gestión de la ansiedad de las situaciones desviadas como temporales) y Refuerzo, en que sean hechas las auto afirmaciones positivas. Sobre una adaptación de esa base fue desarrollado este estudio, conforme el método en la secuencia se permite observar.

En la primera fase con la TCC el psicólogo clínico utiliza historia clínica para validar la queja del paciente y trazar metas en conjunto, promover un trabajo conjunto de cambios de comportamiento, y con el paciente, trazar metas a ser alcanzados durante el tratamiento (BECK, 2013). Los horarios son organizados de forma que el paciente demuestre la importancia de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos para mantenerlo sexualmente activo, lo que ayuda al paciente desenvolver habilidades en situaciones específicas de resolución de problemas.

La terapia cognitivo-comportamental usa una serie de técnicas para ayudar a los psicólogos clínicos cuando necesitan ayudar a las mujeres que fueron diagnosticadas con deficiencia sexual. Esos métodos son herramientas muy eficaces cuando son utilizados en el proceso terapéutico, el psicólogo también investigará la disfunción sexual de la mujer, cuestionando y alterando esquemas de pensamientos psicológicos y no funcionales (FIGUEIREDO et al., 2011).

Figueiredo et al. (2011), introdujeron algunas estrategias comportamentales comunes para la psicoterapia comportamental y terapia sexual. Esas técnicas tienen el objetivo de aumentar la autoconciencia de mujer y de mejorar el relacionamiento sexual de la mujer con su pareja, intensificando la percepción de nervios sensoriales anteriormente placenteros. Algunos métodos que un psicólogo puede usar en la clínica pueden ser “ técnicas de relajamiento, captura sistemática, dramatización, interrogatorio socrático, registro de pensamientos inactivos, reorganización psicológica y psicoeducacional” (FIGUEIREDO et al., 2011, p. 411).

Barlow en 1986 publicó un artículo discutiendo que él consideraba, en su investigación, las causas de disfunción sexual. En sus conclusiones, el argumenta que

la disfunción y ansiedad (que siguiendo el modelo mental pueden ser consecuencias de la cognición) pueden perjudicar la libido, comprometiendo la cualidad de actividad sexual (BECK, 2013; BARLOW, 1986).

La disfunción sexual tratada por medio de la terapia de la TCC sigue los principios básicos de esa teoría, que confirma los hallazgos de la investigación anterior, pues todo el proceso será basado en la identificación y reorganización de las desigualdades de género para que las respuestas comportamentales y físicas puedan ser alteradas (BECK, 2013; BUTLER, 2006; BARLOW, 1986).

En la primera fase de la psicoterapia, el objetivo es producir en el paciente un estado de orientación sexual, para favorecer la competencia y sustituirla a partir de la reorganización de creencias. Por tanto, el paciente va incorporando gradualmente una nueva comprensión del sexo en su repertorio, que tendrá como objetivo entregar nuevos hallazgos de respuestas emocionales y respuestas individuales adecuadas, eficaces y flexibles. En ese caso, es necesario un enfoque psicoeducacional que incorpore la educación sexual, para que el tema pueda expandir su repertorio y volverse sus experiencias sexuales más comunes, lo que puede abrir puertas para psicológicos (HOFMANN, 2014; LEIBLUM, 2012).

La reorganización psicológica es una de las primeras formas de revertir pensamientos que son esquemas incorrectos y negativos (WRIGHT, 2008). El autor añade que la reorganización psicológica pretende identificar pensamientos espontáneos y enseñar habilidades cognitivas, después de esa actividad de clasificación psicológica, el psicólogo proporciona al paciente una serie de experimentos destinados a hacer de lo aprendido clínicamente situaciones reales (WRIGHT, 2008).

En la reorganización psicológica, existe la oportunidad de usar otras técnicas como el cuestionario socrático y el RPD, Por medio del proceso de escritura que hace con que el paciente comience a cambiar su pensamiento (WRIGHT, 2008) ya estamos iniciando el proceso de autorreflexión y búsqueda de autocontrol emocional, proceso que ayuda al profesional a comprender mejor la estructura mental del paciente.

La psicoeducación en el tratamiento psicológico ocurre desde las primeras sesiones, el objetivo de la psicoeducación es educar al paciente sobre el estado de sus pensamientos espontáneos también como ellos pueden influenciar sus emociones y comportamientos (WRIGHT, 2008). La psicoeducación en el tratamiento de disfunción sexual pretende informar y esclarecer sobre el género humano y la disfunción sexual, como también el tratamiento debe ser realizado en el ambulatorio de TCC. La psicoeducación, es posible que se auto valide como profesional, con el pasar del tiempo mirándose en el espejo, tocándose su cuerpo, trabajando así en pensamientos y emociones distorsionadas (FIGUEIREDO, 2011).

Después del entrenamiento de mente, el pensamiento automático comienza a ser identificado, pues el nivel más alto de comprensión, es más flexible para cambios. Como resultado las creencias subconscientes cambian a medida que el paciente gana nuevas experiencias y adquiere nuevos conceptos al lidiar con una visión distorsionada de sí mismo, o de los otros y del mundo (BECK, 2007).

La etapa final en el tratamiento con TCC es prevenir recaídas donde los beneficios del tratamiento son fortalecidos y la adquisición de flexibilidad mental reforzada alcanzada. De esta forma, se evita la reorganización de los sistemas anteriores (BECK, 2013).

2.2.4 Técnicas del TCC en el tratamiento de la DSF

Las principales técnicas utilizadas por la TCC que son importantes para el gerenciamiento del proceso y que son eficaces en el momento de tratamiento de disfunción sexual serán descritas a continuación:

1. Debate estilo socrático: contiene una serie de preguntas que son hechas al paciente para hacerlo reflexionar sobre su enfermedad mental y su comprensión. Ese proceso es importante para alcanzar las creencias centrales del paciente (CAVALCANTI, 2012).
2. Relajamiento: El tratamiento de disfunción sexual basado en el principio de que la conciencia en cómo lidiar con la ansiedad son esenciales para avanzar en este proceso. La TCC considera que este relajamiento de tono muscular puede favorecer a la flexibilidad mental, pues es posible que una persona deprimida esté dispuesta a hacer suposiciones sobre ciertas percepciones (SALKOVSKIS, 2004).
3. Exposición situacional gradual sistemática: es una forma por la cual un objeto Ansiogénico, o mismo fóbico, o gradualmente introducido, Se combina con el relajamiento y debates con comprensión. El objetivo de este procedimiento es que el paciente aprenda a lidiar con situaciones que él considera peligrosas. Pacientes con deficiencia sexual pueden pensar en el contacto físico con sus parejas como una forma de maximizar su riesgo, así como el acto sexual. Ese procedimiento puede abrir camino para un enfoque gradual de situaciones de miedo, permitiendo al paciente aprender a administrar y enfrentar la ansiedad producida.
4. Entrenamiento de asertividad: es usado para ayudar a los pacientes para ver sus propios deseos, en diferentes momentos de sus vidas, y a expresarse con respeto por las libertades y derechos de los otros. Pacientes con deficiencia sexual muchas veces tienen dificultad en expresar sus deseos y voluntades, lo que puede contribuir para cambios en las relaciones entre personas y parejas (NEUFELD, 2014).

5. El relajamiento es un método muy utilizado por los terapeutas en casos de síntomas de ansiedad cómo una forma de hacer que el paciente aprenda a prestar atención a los sentimientos internos (LEAHY, 2007). El autor destaca que ese proceso también ayuda a disminuir la tensión corporal, de esa forma, por medio de relajamiento muscular. Además de eso, los terapeutas deben tener varios tipos de descansos y situaciones: “el descanso activo en el estilo de vida de cada paciente es útil y recomendado para todos” (LEAHY, 2007).

Barreto (2017) también muestra algunas estrategias importantes para el tratamiento de disfunción sexual, entre ellas el interrogatorio socrático. Según él, las preguntas socráticas son el medio para un fin. Un psicólogo hace una serie de preguntas para estimular la reflexión sobre cómo otros pensamientos y sentimientos se pueden manifestar como irracionales y necesitan ser cambiado (BARRETO, 2017).

La desensibilización sistemática es un proceso en el que el paciente, poco a poco él va entrando a una situación que le preocupa. Con cada exposición, la mujer se vuelve más débil y tiende a perder gradualmente la ansiedad (SERRA, 2009). Según Barreto (2017), un método de eliminación de sensibilidad sistemática se vuelve útil en el tratamiento de disfunción sexual femenina. El autor cita que “los pacientes con disfunción sexual pueden considerar el contacto físico con sus parejas como factor de aumento de riesgo, así como el acto sexual” (BARRETO, 2017). Por lo tanto, ese procedimiento ayudará a entrar gradualmente en las situaciones temidas, la sugerencia es que el paciente aprenda a luchar con situaciones antes evitadas (BARRETO, 2017).

Según Beck (2013), dramatización, por ejemplo, es una habilidad dónde hay drama, en la imitación de un psicólogo tiene una variedad de propósitos, lo que significa que, de esta forma, puede ser muy eficaz el pensamiento espontáneo y la tarea de desarrollar respuestas flexibles y transformar creencias centrales y contextuales. El

autor afirma que la dramatización también tiene un impacto significativo o importante en el aprendizaje y el uso de habilidades sociales (BECK, 2022).

El registro de pensamientos disfuncionales, o RPD, es un método de registro de pensamientos en el intento de cambiar los pensamientos predeterminados. Los psicólogos piden a los pacientes que completen un registro de pensamientos inactivos abarcando cinco columnas divididas en: humor, pensamiento espontáneo, emociones - reacciones lógicas y resultado. Kolobos piden a los pacientes que completen un RPD regularmente como tarea de casa, lo que los ayuda a aprender a supervisar pensamientos negativos (WRIGHT, 2008).

Es importante resaltar que, para seleccionar las estrategias adecuadas, es necesario el planeamiento de un proceso psicoterapéutico. El terapeuta cognitivo comportamental usa una herramienta de conceptualización cognitiva que ayuda a comprender la función mental-emocional-comportamental de un paciente. Pensando en esto, el terapeuta desarrolla la conceptualización cognitiva de un paciente con enfermedad sexual transmisible, que busca entender como un paciente describe las cuestiones sexuales. la conceptualización es dinámica y puede ser actualizada en cualquier momento, conforme nuevos datos suministrados por el paciente. Sin embargo, el esclarecimiento de eso es importante en el desarrollo del tratamiento, donde las estrategias necesitan ser minuciosamente seleccionadas, y adoptadas con base en los detalles de cada estudio (BECK, 2013).

Al final del procedimiento psicoterapéutico, es iniciada la prevención de recaídas. Es importante enfatizar que el objetivo principal de la TCC es amar el desarrollo significativo de los trastornos mentales y patologías relacionadas, la rehabilitación del paciente, la cualidad de vida y el bienestar. Por ese motivo, el paciente debe desarrollar un conjunto de habilidades, aprendidas en psicoterapia, para lidiar con la resolución de problemas cotidianos, que antes estaban compuestas por creencias ineficaces. Por lo tanto, la prevención de recaídas ah marca preparar el paciente para las condiciones adversas que él puede enfrentar en el periodo post operatorio. El paciente debe, en esos

casos, aplicar las técnicas y habilidades aprendidas durante el proceso psicoterapéutico, prefiriendo un ciclo eficaz y eficiente de respuesta mente-emocional-comportamental (BECK, 2013).

La disfunción sexual sigue el mismo protocolo de prevención repetitiva cuando se administra en la TCC. En este caso, las mujeres desarrollan la capacidad de identificar y manejar condiciones adversas que pueden favorecer el resurgimiento de los síntomas de forma directa o indirecta (CAVALCANTI, 2012).

Es importante recalcar que todo el desarrollo fisioterapéutico es un proceso de aprendizaje. En este caso, se establecen nuevas conexiones emocionales y diferentes sistemas de memoria son utilizados para guardar las informaciones recién adquiridas. (CALLEGARO, 2011).

Aaron Beck dice que la efectividad de la TCC en el enfoque de la visión y la resolución de problemas proporcionó al paciente una “experiencia de aprendizaje muy clara“. Esas nuevas habilidades regresan y devuelven al paciente la confianza en sí mismo un sentido de logro o ganancia, que sirven como catalizador para nuevas habilidades (BECK, 1997).

Los comportamientos más comunes en la TCC de las disfunciones sexuales incluyen estrategias dirigidas para aumentar la autoconciencia encimismo y del cuerpo humano, creciendo la percepción de sentimientos de felicidad y estrategias destinadas a interactuar con la pareja. Pueden ser utilizadas técnicas de relajación, agotamiento sistemática, Role Play, biblioterapia, entre otras (RODRIGUES, 2001; HEIMAN, 1976).

2.2.5 ¿Como las intervenciones clínicas pueden ayudar a las mujeres que fueron diagnosticadas con una disfunción sexual?

La disfunción sexual pertenece a un grupo aparte de problemas sexuales que afectan tanto a hombres como a mujeres (DSM,2014). La disfunción sexual femenina tiene un efecto perjudicial en la vida de las mujeres diagnosticadas, debido a su naturaleza multifacética, que afectará muchas áreas de la salud de la mujer. Por lo tanto, ayudar a las mujeres con intervenciones que promuevan el desempleo deben ser intervenciones que abarquen los diversos efectos de patología (FAUBION; RULLO, 2015). El psiquiatra que encuentra a estas mujeres con quejas de disfunción sexual debe cambiar su comportamiento para mejor intervenir y proporcionar ayudas en sus vidas.

El psicólogo clínico, ante una situación que esté rodeada por dolor psicossomática o psicogénica, según la afirmación de Kaplan (1978), debe ser consciente que, para que la intervención sea eficaz, el paciente debe ser evaluado por otros especialistas. Éste es, por tanto, su primer requisito, tener una práctica clínica consciente del estado biopsicosocial que tienen todos los sujetos y reconocer la importancia de las diferentes terapias (TOZO, 2008).

En cuanto a los factores psicológicos responsables de causar síntomas de disfunción sexual en las mujeres, la literatura apunta fuertemente para la relación entre ansiedad y depresión. La ansiedad, por ejemplo, es evidente en los problemas sexuales de casi todas las mujeres. Las mujeres se sienten ansiosas por presentar dificultades relacionadas a la función sexual y por la incapacidad de sentir placer, por otro lado la ansiedad se manifiesta debido a la disfunción sexual (MEIRELES, 2019). La ansiedad se conoce como causa, señal y resultado de la disfunción sexual femenina (LUCENA; ABDO, 2013).

La depresión también puede ser considerada una de las principales señales de disfunción sexual y por ser una de las razones que está fuertemente conectada de cuando observamos ciertos medicamentos pueden suprimir el deseo y afectar la función sexual de las mujeres (VETTORAZZI J et al., 2012) se debe investigar si la depresión comenzó después de la disfunción sexual o cuando se convirtió parte de la vida de los pacientes. Esa distinción es necesaria porque de eso resulta que el psicólogo sabrá que la disfunción sexual causa depresión, por ende, puede ser importantísima, pues el paciente ya tendrá dos problemas que necesitarán ser tratados, la depresión y la deficiencia sexual.

Few (1997) asume la posición de qué las intervenciones clínicas se relacionan con el género y el desarrollo cultural de estos comportamientos sexuales, que también son influenciados por factores políticos, económicos y sociales. El autor enfatiza que el efecto de las ideas tradicionales sobre la sexualidad de las mujeres es justificar las percepciones de las mujeres como también de inmoralidad sexual y la sumisión, lo que a su vez se les permite determinar comportamientos diseñados para proteger su salud sexual, concluyendo que la investigación médica es muchas veces socialmente segregada.

Morrel y Guldner (1996) usaron un cuestionario auto aplicable para evaluar la disfunción sexual en mujeres con epilepsia, concluyendo que la mayoría no tenía ningún deseo más allá de la excitación sexual.

El Sexual Desire Inventory desarrollado por Spector et al. (1996) divide el deseo sexual en dos dimensiones interconectadas: el deseo sexual crónico y el deseo sexual sólo. Un análisis de la consistencia interna de estas dos escalas muestra la confiabilidad del cuestionario.

2.2.6 Aspectos de la TCC en grupo

El tratamiento psicoterapéutico en la modalidad grupal, para Yalom (2008), deja evidencias de que algunos pacientes responden mejor a la terapia grupal que con otros métodos, particularmente pacientes que buscan superar creencias, estigmas o aislamiento social, así como aquellos que buscan desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento.

En la investigación de Yalom (2008), la cohesión, en el grupo de tratamiento, es ampliamente definida como el resultado de acciones de involucración, afecto, empatía, confianza y comunión de los conflictos de los participantes o pacientes, haciéndolos permanecer en grupo, buscando mutuas soluciones.

Sin embargo, entendemos que estas acciones no garantizan la eficacia terapéutica del grupo, ya que las acciones descritas anteriormente son una condición previa para que los demás factores terapéuticos funcionen y operen positivamente en el grupo.

En el contexto grupal, Peter et al. (2009) aclara que se debe enfatizar consistentemente las posibilidades de cambio positivo que se ofrecen dentro del grupo el instaurar la esperanza también puede ser reforzada con la discusión de casos, por ejemplo, describiendo a otras personas que ya superaron problemas semejantes o similares utilizando el mismo tipo de procedimientos. El diálogo es un medio muy importante para la comunicación, expresión y desahogo entre los miembros del grupo, que debe ser fomentado en las sesiones desde el inicio, ya que proporciona diferentes estrategias para cuestionar los pensamientos automáticos que resultan en una amplia participación del grupo.

Para Peter et al. (2009), el aparente éxito del enfoque grupal en la TCC basado en la efectividad y la rentabilidad sugiere que, con el tiempo, más y más trastornos

probablemente sean tratados con esta modalidad. Por lo tanto, será importante continuar rechinando y desarrollando métodos específicamente proyectados para el enfoque del grupo. Afortunadamente, numerosos protocolos de la TCC ahora están disponibles en la literatura, muchos de ellos basados en estudios de eficacia cuidadosamente diseñados.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

La disfunción sexual femenina es algo percibido por la mayoría de las mujeres en la menopausia, y aunque se discute científica y socialmente, todavía se ve como un tabú, siendo inaceptable la discusión de ese tema por parte de las mujeres, ya sea por creencias sociales, personales y religiosas o por falta de información. En este sentido, en este estudio se buscó identificar el papel de la intervención clínica, en especial la Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) en ese aspecto y contexto.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue identificar cómo se puede aplicar la TCC para mitigar la disfunción sexual femenina, así como formular y validar un protocolo piloto de tratamiento desde la perspectiva de la TCC en grupo para mujeres con disfunción sexual en la post menopausia, con énfasis en la aplicación en redes de salud pública.

Buscando cumplir los objetivos específicos en este estudio, se aplicaron dos instrumentos o herramientas, el primero, denominado Cuestionario del Índice de Funcionamiento Sexual Femenino (IFSF), la cual es una escala basada en criterios fundamentales que diagnosticaron las disfunciones sexuales; en segundo, el denominado Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD), para la evaluación de un conjunto de estereotipos y creencias sexuales específicas, los cuales están descritos en mayor detalle en los temas 4.3.2 y 4.3.3, respectivamente. Los instrumentos de Investigación tuvieron como objetivo identificar la naturaleza de las disfunciones sexuales femeninas presentes en el periodo de la menopausia y evaluar el desempeño de esa metodología, así como discutir las fortalezas y debilidades de la aplicación de la TCC para las disfunciones sexuales femeninas.

La estructura que aborda la TCC es la condición específica de la mujer en esta etapa de la vida (madurez) en un enfoque colectivo (grupal) y se construyó a partir de hallazgos y reflexiones hechas durante las terapias colectivas.

3.1 MARCO EPISTEMOLÓGICO

3.2 SEXUALIDAD Y MENOPAUSIA FEMENINA

Son varias las definiciones para el término menopausia (BASTOS, 2003; FERRARI, 1996; MARTINS, 1996; TRIEN, 1994). Pero, el que mejor define mundialmente y también es concepto de la Organización Mundial de Salud, donde es orientado a que ese término solo define el periodo final de la menstruación de la mujer, en el cual todas las fases que esta se desarrolla para llegar al final del periodo menstrual, que sucede normalmente entre los 45 y los 64 años, de acuerdo con la OMS.

Es natural que las personas usen el mismo término para climaterio y menopausia, científicamente, cada periodo expresa ocasiones diferentes. Para la (FIGO), Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia el climaterio es el periodo de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la vejez que son marcados por varios eventos entre las fases reproductivas y no reproductivas de la mujer. Es un evento fisiológico, a partir de este momento, los ovarios paran de producir las hormonas del ciclo menstrual estrógeno y progesterona.

Para Ausin (1933): “La menopausia es una parada definitiva de las menstruaciones. Es un diagnóstico hecho apenas al final de un año sin periodo menstrual; dado que raramente está parada es abrupta, este diagnóstico se vuelve esencialmente clínico, siendo muchas veces necesario recorrer al estudio del perfil hormonal a fin de justificar las modificaciones sufridas por el ovario” (AUSIN, 1933).

La lectura de la imagen (figura 1) conforme Martins (2012) apunta tres fases de la menopausia (pre, peri y post-menopausia), en una individualización lineal. En ella, la premenopausia envuelve todo el periodo fértil femenino, hasta el encerramiento menstrual que marca el fin de la función ovárica. La peri-menopausia incluye la pre-

menopausia y el primer año después de los ciclos menstruales, y por fin, la post-menopausia y el periodo específico de 12 meses después de la última menstruación.

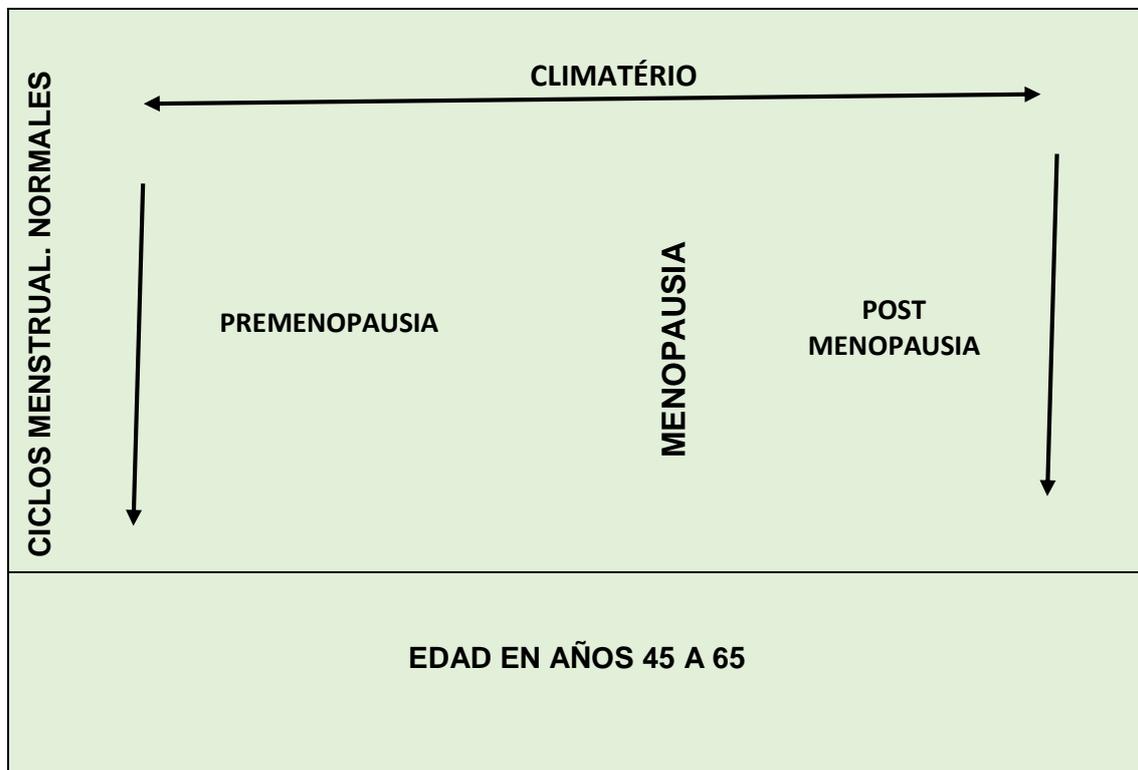


Figura 1: Etapa de la vida reproductiva y no reproductiva de la mujer. **Fuente:** adaptada de Martins (1996).

Martins (2012) refuerza que a pesar de que los términos de menopausia y climaterio sean utilizados indistintamente, la Federación de Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) observa que el primero es parte del segundo: la menopausia se refiere más al cierre menstrual, al evento puntual de los ciclos. El climaterio se extiende desde la madurez a la vejez, va desde el inicio de la transición de la vida reproductiva hasta su encerramiento, teniendo como eje la reducción de la actividad ovárica y sus efectos.

Según Ramos (1998), el encerramiento de la vida reproductiva femenina es caracterizada por diversas situaciones orgánicas y emocionales que marcan la fisiología de cierre de la fase reproductiva. Simbolizan una nueva etapa para la cual puede ser necesario aprendizaje y/o adaptación. Pero, no presentan cualquier factor negativo para la mujer y para sus actividades, excepto eventuales conflictos de orden personal y social sobre los nuevos papeles y el ejercicio de papeles antiguos, en una transición que idealmente debe ser positiva, pero que no siempre se da de esa manera.

Existen algunas dificultades conceptuales en la separación de la menopausia y del climaterio, y a pesar del sentido común se tiende a interpretar el encerramiento de la fertilidad femenina en el fin de los ciclos menstruales, este es un proceso más bien complejo. La adaptación orgánica, cultural, social y psicológica de la mujer es larga, y en esa etapa ella hace la transición para una situación nueva, en la que puede necesitar apoyo para reubicar su identidad, feminidad y sexualidad. Se sabe que el proceso es más bien extenso que apenas las cuestiones hormonales y que es complejo, iniciados por los señalizadores de la menopausia, y sus síntomas.

3.3 LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS (DSF) ENTRE MUJERES EN LA MENOPAUSIA

En los últimos tiempos, el asunto de la sexualidad humana fue disipado y atrajo creciente interés de médicos, psicológicos, biólogos e investigadores. Del viaje realizado por Kinsey and Participant Studies, realizado a finales de los años 1940 y los inicios de 1950, y que intentaron explicar e ilustrar el comportamiento sexual de hombres y mujeres.

Kinsey, un biólogo entrenado, estaba interesado primero en el sexo de los pájaros y después en la sexualidad humana (Kinsey et al., 1953). La sexualidad humana es diferente de las otras especies, debido a la complejidad de su sistema nervioso y endocrino. Por eso, cuando de hablamos de sexualidad humana, no solamente podemos considerar las características biológicas, pero abordar el tema requiere entender las interrelaciones entre lo biológico, lo psicológico y lo social. A partir de este entendimiento, queda claro que, la sexualidad humana se manifiesta no solo en los órganos genitales, sino en todo el cuerpo, que puede ser estimulado de múltiples maneras.

Con base en estudios observados, Masters y Johnson, en la década de 1960, definieron la respuesta humana al sexo a partir de una perspectiva biológica y, a partir de eso, forjaron el término inactividad (MASTERS & JOHNSON, 1985). Esos doctores primero clasifican la respuesta sexual en dos categorías: placer (inicio de las sensaciones sexuales) y orgasmo (liberación del estrés), y la inactividad es caracterizada por la ausencia de una o las dos etapas. Al final de la década del 1970, Helen Kaplan se refirió a los aspectos sensibles y llamativos, e incluye una categoría en las respuestas sexuales: el deseo, que era caracterizado por factores que llevaban una persona a involucrarse en la actividad sexual (KAPLAN, 1979). En la década de 1980,

David Barlow habló sobre la relación entre excitación y ansiedad. El autor enfatizó la importancia de los sistemas psicosociales y de las suposiciones sobre la eficacia de la terapia sexual y la comprensión psicológica de la disfunción sexual (Barlow, 1986). En aquella época, el proceso de tratamiento fue ampliado con el uso de psicoterapia, además de estrategias comportamentales. La disfunción sexual es caracterizada por la interrupción del ciclo de respuesta sexual o dolor asociado al sexo. Su causa es de muchas caras e incluye varios factores responsables por activar y o mantener la ineficiencia. Programas de clasificaciones actuales, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DEM) producido por la American Psychiatric Association (APA) y publicado en Brasil en 2014 (APA 2014), y la clasificación internacional de enfermedades (CIE), y es elaborada por la Organización Mundial de la Salud, se basa en el presupuesto de la disfunción sexual, con base en los modelos propuestos por Master Johnson y Helen Kaplan (OMS, 2006).

Como resultado de la contribución de Kaplan para este modelo, fue establecido un sistema adecuado para describir una respuesta sexual saludable, en términos de diagnóstico de problemas sexuales presentados en el manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (APA, 2014). Debe seguir una serie de etapas comenzando con el deseo, felicidad, orgasmo, y por fin una solución. Éste modelo continúa siendo la versión actual de este manual publicado en el Brasil en 2014 (APA, 2014).

Factores psicogénicos no funcionales como alta ansiedad, estrés y conflictos emocionales, pueden tener un efecto perjudicial en cualquier etapa del ciclo de respuesta sexual. Es importante considerar las características psicológicas independientes de quién presenta determinados tipos de disfunción sexual, pues estas son importantes para la salud y bienestar del individuo (LAUMANN, 1999).

Las disfunciones sexuales son diversas y la recurrencia de sus factores etiológicos aún está relacionada a la fragilidad en la integración y en el establecimiento

de un diagnóstico adecuado, lo que, en muchos casos, dificulta la selección de el tratamiento más adecuado (LERNER, 2012).

Los principios del TCC en el tratamiento disfunción sexual incluyen una serie de cambios psicológicos y comportamentales, incluyendo: sentirse libre para hablar sobre sexo con otras personas; hablar y cuestionar falsos mitos y papeles de género que minan la independencia y la autodeterminación en contextos sexuales y no sexuales; aumentar el conocimiento de la anatomía y fisiología del sexo; aprender más sobre su cuerpo y siéntase confortable con él; obtener una confirmación de sus emociones felices recibidas; obtener informaciones para mejorar la historia sexual; superar las barreras emocionales a la libertad sexual (culpa, ansiedad, humillación y rabia) al lidiar con una comprensión equivocada; Desarrollar autoconfianza y auto-expresión en relación con la pareja; desarrollar programas de retención y aumentar los beneficios post tratamiento (WALEN, 2003).

3.4 DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Para tratar la temática de la DSF es necesario introducir algunos de los pilares en que la sexualidad femenina se acostumbra a instituir. El sexo, la intimidad, es una de las principales fuentes de realización y satisfacción personal y de la misma forma que el ser humano tiene identidades diferentes, el relacionamiento individual con el sexo igualmente difiere. Las experiencias y vivencias sexuales son partes significativas de los factores que determinan las actitudes y posicionamientos individuales frente al sexo, el amor y la afectividad (HERNANDEZ; OLIVEIRA, 2003).

La dificultad continuada en vivir la sexualidad entre las mujeres es configurada como disfunción sexual femenina (DSF). La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002) define la ESF como un trastorno de alguna de las fases de la respuesta sexual (deseos, excitación y orgasmo) o dolor en el coito, que resulta en el incómodo y el impacto en la calidad de vida. La ESF puede ser originada de problemas diversos, tanto biológicos como psicosociales. Por esa razón es considerada multifactorial. También Bedone y Abdo (2013) caracterizan la ESF como un trastorno de la disfunción sexual de la mujer que puede alcanzar las fases de la excitación, del deseo sexual, del orgasmo, se puede presentar como dolor relacional sexo, o todos estos factores de sufrimiento. Algunos hombres pueden tener eventos sexuales, estos eventos son más frecuentes entre mujeres, principalmente por la mayor sujeción psicológica conectada a represión y patrones idealizados. Independientemente de la causa, los problemas en disfrutar de una vida sexual satisfactoria comprometen la calidad de vida femenina.

Martins et al (2015) afirman que esas discusiones aumentan entre mujeres climáticas, o sea, que están en la faja de los 45 a los 65 años de edad migrando entre las fajas de edad reproductiva a no reproductiva. Eso permite estimar que solamente en Brasil más del 32% de las mujeres están en esta faja de mayor sujeción, porcentaje que

tiende a elevarse en consecuencia de la mayor expectativa de vida poblacional inclusive femenina. Aunque los factores culturales, estéticos y otros extrínsecos, las mujeres tengan sus preponderancias en esas 31 disfunciones, no se puede dejar de puntuar la caída del estrógeno como una de las principales causas. Esto lleva a la fragilidad del aparato genital, que se vuelve más débil y menos tonificado. El resecaimiento vaginal se vuelve común y ocurre un estrechamiento vaginal, con menor elasticidad y rugosidad en las paredes. Con menos lubricación la mujer tiende a sentir dolor con más frecuencia, lo que es uno de los principales factores de queja en las clínicas femeninas por el bajo desempeño y desinterés sexual en el climaterio. La condición vaginal atrófica compromete tanto el funcionamiento cuanto al interés de la mujer en el sexo y los problemas hormonales agravan esas condiciones, situaciones que explican la recurrente incidencia de las (DSF).

La actitud sexual humana es una construcción social, luego puede variar, modificarse y se presenta de modo individual. Con ella será vivida depende de cómo el individuo se encuentra emocionalmente y de qué espera de aquella relación o acto. De esta forma, la actitud de actuar de una persona puede cambiar en el pasar de la vida, conforme a las condiciones de cada momento (HERNANDEZ; OLIVEIRA, 2003). Una mujer joven, por ejemplo, puede tener determinada actitud sexual y más tarde, en la mayor edad, asumir otra completamente diferente. Todo dependerá de cómo ella hará la transición entre las fases de su vida, conforme su experiencia y la propia visión frente al mundo (HERNANDEZ; OLIVEIRA, 2003).

La intimidad es una vinculación entre las parejas, también conocida como bonding. Simboliza el acogimiento, proximidad y calor de un relacionamiento y la expectativa y deseos de bienestar recíproco, satisfacción en la presencia del otro, confianza y apoyo mutuo, valorización, comprensión y compartimiento y presencia de soporte emocional. Las relaciones pueden ocurrir si en ese factor, pero su durabilidad está muy vinculada a su presencia y significa el conocimiento de otro y su aceptación en la confianza de también ser aceptado (CASSEPP-BORGES; PASQUALI, 2012.).

Partiendo de esta afirmación y sumando a la experiencia, muchas mujeres maduras sienten dificultad relacionarse de otro modo y vivir experiencias desvinculadas de amor y sexo por el deseo y hábitos de la intimidad. Es un factor importante debido a los patrones personales, creencias y convicciones comúnmente compartidas en esta faja de edad y frecuentemente relacionadas a una mayor disponibilidad sexual e interés. En este sentido, Hernandez y Oliveira (2003) relataron que edad satisfactoria es uno de los determinantes de relacionamiento físico positivo entre parejas y de mayor percepción cualitativa de este vínculo.

Actitud puede ser entendida como —[...] Predisposición para actuar favorablemente o no frente a las personas o a los objetos presentes en su medio social [...] envuelta de carga afectiva que predispone al individuo a asumir determinados comportamientos (LEAL et al., 2013). La actitud sexual es un desdoblamiento de este concepto, que envuelve como la persona se coloca y vivencia el sexo.

La sexualidad de la mujer madura es mucho más próxima del perfil descrito por Ramos et al (2005), que también puede ser explicado como las abordadas en este trabajo y que afirma la existencia de —[...] Restricciones relativas a la práctica de determinados comportamientos sexuales, valorizando tanto los hombres como las mujeres que adhieren a una heterosexualidad orientada para el placer y la vida en el cuadro de una relación emocional duradera eso igualmente recordaría un trípode colocado inicialmente de la intimidad, de la pasión y del compromiso.

Experiencia y actitud sexual positivas y/o satisfactorias son importantes para quién tiene una pareja o desea esas vivencias. Sin embargo, es preciso pensar al respecto de algunos perfiles en reconstrucción que se refieren al género y a su orientación, conforme observó Motta (2015,p 209-210)

Se diferencian [las mujeres de los hombres] en cuánto a actitudes, prácticas representaciones, por qué las relaciones de género, como construcciones sociales de forma de dominación

y su subordinación, tienen resultado, históricamente, en experiencias instalando historias sociales diferenciadas para hombre y mujer. Para esta la prescripción tradicional fue: domesticación social y sexual, [...] negación aparente de interés [...] de apropiación social de su cuerpo expreso en el control familiar y en la medicalización de las funciones reproductivas., Sintetizando, la expectativa obligatoria de una-feminidad que significa obediencia y conformismo. Éste patrón se encuentra en verdadero desmonte pero sigue siendo un en la vida de las mujeres que hoy son viejas. Del mismo modo que la prescripción [para los hombres], bien cómoda, bien incomoda, De una fórmula de intensa y variada relación sexual, afirmación de-masculinidad como dominación de la mujer e hijos, obligación de ser el proveedor único de la familia y expectativa de recibimiento de-servicios domésticos de las mujeres, fue en vigor – y en parte aún existe – para los hombres de esa misma generación.

Durante la juventud, existe una común mayor valorización del sexo y de la genitalidad. Con el envejecimiento, la instrumentalidad gana espacio y el atributo sexual es gradualmente sustituido o dividido en valor con componentes como compañerismo, comunión e intercambios (CONNELL, 2014; EARLE et al., LAFLIN et al., 2008).

Independientemente, los factores como la actitud y experiencia sexual positiva traen auto-afirmaciones importantes al individuo. Las mujeres de las cinco últimas décadas aumentaron gradualmente mayor confianza, libertad y autonomía, en la madurez pueden tener los primeros momentos efectivos de descubrimiento o un ejercicio de una postura sexual proactiva. Aunque antes tengan hayan tenido esa experiencia, viven en la novedad de su transición. En todos los casos, es un momento de descubrimiento y placer. Entre las mujeres maduras, la vejez se asume que una

nueva postura puede ser una rica experiencia de apreciación sexual para el cual es importante el apoyo por los beneficios cualitativos (NEGREIROS, 2004.)

La ESF qué es una de las quejas frecuentes durante, en especial en la fase de menopausia. Los discursos hablan de dolor y de sufrimiento al encajar el sexo en la vida madura con angustia, depresión, miedo y ansiedad que envuelven parejas, y relacionamientos, según Basson (2010). Continúa el autor, el desconocimiento de su sexualidad por la mujer madura se ha vuelto una causa común de problemas interpersonales que alcanza no sólo aspecto efectivo más la disposición femenina y su calidad de vida. Aunque los factores anatómicos y fisiológicos sean presentes actualmente es dado el enfoque de los componentes fisiológicos como factores de igual un mismo mayor relevancia etiológica.

Hernandez y Oliveira (2003) describen la sexualidad humana como una experiencia floral. Es vivida no solamente por el estímulo físico y el acto sexual en sí, sino también por experiencias que le suman a formar su red: incluyen afectividad, la intimidad, el placer, el compañerismo, la identidad y todo el bagaje de experiencias que la división y esparcimiento traídos por el sexo contribuyen para el individuo. Por la sexualidad es posible alcanzar experiencias físicas, emocionales y cognitivas que son importantes para la satisfacción personal de la mayoría de las personas.

La sexualidad femenina tiene dimensiones diferentes de las masculinas. Sus estímulos son más complejos y continuados y pueden exigir estimulaciones, masturbación, caricias, el coito como también la imaginación y las fantasías. La respuesta sexual de la mujer es interrelacionada, multidimensional y no solamente física la cual tiene esas vinculaciones determinantes para su calidad.

Si el hombre puede alcanzar con rapidez sexual por el impulso físico apenas o visual, la mujer necesita ese enlace para una experiencia más completa, y en ese enlace de requisiciones requiere encontrar complemento y correspondencia en sí para tener una vivencia plena de sexo (GUIMARÃES, 2015). Pues, conforme a la autora:

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM) define las ESF como un grupo heterogéneo de trastornos que, en general, se caracteriza como una perturbación clínicamente significativa en la capacidad de una persona responder sexualmente bien o experimentar placer sexual. Un mismo individuo puede tener varias disfunciones de esta naturaleza al mismo tiempo y todas idealmente ser diagnosticadas (APA,2014).

Se entiende que gran parte del miedo del viejo en relación con la continuidad de su vida sexual se debe por la fuerte influencia de la genitalización – el coito como la única forma de ejercicio de la sexualidad, idea reforzada en la medida en que realmente la fisiología del envejecimiento alcanza de forma directa el funcionamiento de los órganos genitales. En verdad, se vuelve necesaria una ampliación de la visión de la sexualidad, y de las posibilidades de vivencia de la sexualidad como una valorización de las caricias, fantasías y el uso de la imaginación y creatividad para las variaciones sexuales. Con esto, se resalta la idea de calidad y no la idea de cantidad (GUIMARÃES, 2015,p. 44).

La dificultad continua en vivir la sexualidad entre las mujeres es catalogada como disfunción sexual femenina (DSF). La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002) define la DSF cómo un disturbio de alguna de las fases de la respuesta sexual (deseo, evitación y orgasmo) o dolor en el coito, que resulta en incomodidad e impactan en la calidad vida y relaciones interpersonales. La DSF puede ser originada por problemas diversos, tanto biológicos como psicosociales. Por esta razón, se considera multifactorial.

Según la DSM (APA,2014) y de acuerdo con la OMS (1993), la DSF está descrita en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) como una incapacidad superior a seis meses que impide al individuo de tener una vida sexual que desea hay varias categorías de disfunción, con énfasis en los factores físicos que influyen en esta insatisfacción.

De acuerdo con el DSM (APA,2014), las ESF están clasificadas en algunas categorías, como: a) Trastorno orgásmico Femenino, con demoras persistente, periódica o total ausencia de orgasmos después de la excitación sexual normal, capaz de causar acentuado malestar o dificultad interpersonal; b) Perturbación del deseo sexual hipoactivo, con ausencia o reducción del deseo de las actividades sexuales de forma persistente y recurrente y c) Trastorno de dolor genital-pélvico / penetración, que se divide en dispareunia (Dolor genital relacionado a la actividad sexual que no es estimulada penas por el vaginismo por la falta de lubricación) y vaginismo (espasmo inconsciente de la musculatura del tercio externo vaginal que interviene en el acto sexual, con contracciones que pueden variar de intensidad ligera a una contracción más fuerte) (APA,2014).

Son situaciones que envuelven deseo y excitación y que, conforme explica Lerner (2012), constituyen una relación compleja. El deseo sexual algunas veces precede la excitación física y, en otras ocasiones, la excitación que precede al deseo. Algunas mujeres tienen dificultad en diferenciar claramente cuando sienten deseo o cuando están excitadas.

Extendiendo la fuente, esa dificultad entre las mujeres que actualmente están en la madurez es más acentuada por los factores como la educación sexual recibida, orientaciones morales, religiosas y otras interferencias que alcanzan este conocimiento mismo impiden el auto-cuestionamiento al respecto deseos y percepciones de naturaleza sexual.

La mujer tiene un ciclo de respuesta sexual que es formado básicamente por tres fases, siendo el deseo de licitación las dos primeras. El deseo es la primera fase y su

fisiología es poco conocida, aunque su dinámica hormonal sea clara y vinculada a los andrógenos. Buenos niveles de esas hormonas acostumbran a ser asociadas a una presencia más constante satisfactoria de deseos y bajos niveles han sido identificados con frecuencia entre las mujeres DSF durante todas las fases de la menopausia. El estrógeno y la progesterona también participan de esa dinámica, pero su colaboración es menos elaborada se sabe que el estrógeno aumentado puede empujar la producción de hormonas sexuales a favor y la testosterona libre. Además de sus factores hay un componente subjetivo femenino para el deseo, que acostumbra a manifestarse más intensamente cuando es apoyado en relaciones duraderas y con estabilidad, promovidos por el sentido de complicidad que tiene un papel importante para la mujer, así como la intimidad (FERREIRA et al., 2007; GUIMARÃES, 2015).

Para Marques et al. (2012), la excitación para la mujer para el coito y es formada para respuestas orgánicas que tienen esa finalidad, tales como miotomía generalizada vasocongestión genital. En ella, el clítoris se encuentra hinchado y sensible y ocurre liberación neurogénica y endotelial de óxido nítrico, lo que aumenta la sensibilidad del clítoris y la lubricación vaginal, fenómenos que vienen acompañados de una especie de cadena de correspondencias que preparen el cuerpo femenino para que el sexo ocurra de modo placentero y satisfactorio.

Es la estimulación psicológica y/o psicológica para el acto. Corresponde la lubricación vaginal en la mujer y la erección del pene en el hombre. Se caracteriza básicamente por dos fenómenos vasocongestión y miotonía, terminando en la formación de plataforma orgásmica (MARQUÉS et al., 2012, p.176)

Las ESF son rupturas en una o varias de esas fases. Es una condición frecuente durante la menopausia, Guimarães (2015) observó que esos remordimientos internas y

externas relacionadas al envejecimiento y al desempeño sexual, las mujeres se sienten tensionadas y mortificadas por esas disfunciones. Esto sumado al desconocimiento del propio cuerpo y la dinámica facilita la formación de pensamientos y autoconceptos de inferioridad, asexualidad, angustia, depresión, inseguridad, vergüenza del cuerpo en la constitución de creencias disfuncionales que comprometen la autoconfianza en el potencial de causar deseo.

Dentro de los factores que las mujeres perciben como va así facilitadores o inhibidores de excitación sexual, Graham et al. (2004) destaca los sentimientos sobre el cuerpo, la preocupación con la reputación, el miedo del embarazo indeseado o preocupaciones con contrapeso, o sentirse deseada o usada por la pareja, o el estilo de abordaje o iniciación y/o mal humor negativo.

Carvalheria y Gomes (2011) entienden que en muchos casos, mujeres con bajo nivel de deseo sexual presentan esta condición concurrente con la baja calidad de la relación marital, que surge como factor determinante para la DSF. La pérdida del deseo de las mujeres después del final del periodo de ovulación puede estar asociada a creencias religiosas y culturales - cómo al del deseo sexual conectado apenas a la reproducción, la postura ideal pasiva para la mujer.

Conforme a los autores: la calidad de relación en general es un aspecto central a ser validado. Las dificultades sexuales pueden ser un síntoma o resultado de una relación insatisfactoria. Los factores relacionales o interpersonales incluyen la calidad de intimidad y de comunicación, el vínculo emocional, la estabilidad de la relación, también como la existencia de posibles conflictos o de un contexto de hostilidad. El grado de atracción por la pareja también debe ser validado, También como el nivel de erotismo de relación (CARVALHEIRA; GOMES, 2011, p. 127).

Bastos (2001) explica que las DSF en las mujeres en ese período casi siempre son influenciadas por el contexto social en que se encajan y pueden entrar de modo contaminante a un proceso de enfermedad, pero que idealmente deben ser vistas como acontecimientos fisiológicos y naturales femeninos. La disfunción del deseo o del interés sexual, en este sentido, puede afectar factores múltiples biológicos, socioculturales y/o relacionales. Factores que pueden actuar solos o de forma asociada en la creación o manutención de la DSF y que deben ser críticamente validados para un diagnóstico adecuado de la misma.

La intensidad con la cual esas disfunciones se presentan, como son enfrentadas y como se diferencian entre las mujeres. Para algunas, perder el patrón que asocian como esperado de belleza, ver la modificación de imagen corporal y sentir los efectos de recibo de libido pueden llevar a la pérdida de autoestima. Eso se refuerza por los mitos y tabús con los cuales su feminidad es construída. Una comunicación adecuada entre parejas y personas próximas también pueden interferir para la disfunción, en caso incluyan proyecciones despreciativas y que refuercen los padrones negativos que con frecuencia surgen en este periodo (DATTILIO, 2004).

Rangé (2001) explica que la falta de información sexual y las distorsiones de los conocimientos recibidos por las mujeres - queriendo ser religiosos o sociales - a la estimulación excesiva pueden causar luz más variados disturbios en la actividad sexual. Las causas más comunes son de fondo psico-sociológico y se dividen en dos categorías: la socioculturales (conectada factores psicológicos individuales, generalmente proyectados en la experiencia de vida e influenciados por la cultura que rodea la mujer) Y los comportamentales (relacionadas a problemas físicos y/u orgánicos). Sobre los factores psicosociales de la sexualidad, el autor resalta las causas psicológicas más recurrentes en tres grupos de causas:

- Predisposicionales, que incluyen relaciones familiares conflictivas, relaciones sexuales traumáticas, educación restricta y basada en preceptos morales y religiosos rígidos que vulnerabilizan a la mujer frente a la disfunción;
- Precipitadas, con conflictos en la relación conyugal, infidelidad, envejecimiento, disfunción de la pareja, depresión, ansiedad y reacciones de factores orgánicos que facilitan el surgimiento de la DSF;
- Sujetadoras, que envuelven la ansiedad de corresponder al desempeño esperado, exigencias de la pareja, falta de comunicación, culpa, desinformación sobre el cuerpo y la pérdida de interés, que aumenta la disfunción o extienden su persistencia.

El DSM (APA, 2014) relata que la prevalencia del trastorno de interés o excitación sexual femenina puede variar conforme a la edad, o al ambiente cultural, la duración de sistemas y la presencia de sufrimiento. Sobre la duración de los síntomas, hay diferencias marcadas en las estimativas de prevalencia entre los problemas de corto plazo persistentes conectados a la falta de interés sexual. Un ejemplo de esta situación es que algunas mujeres más jóvenes tienen un sufrimiento relacionado al deseo sexual más intenso que otras más viejas, aún así ese deseo tiende a disminuir con la edad.

Los sistemas de las DSF son validados conforme su duración y el periodo de las dificultades, que afectan en las tasas de prevalencia. Aproximadamente 10% de las mujeres no tienen orgasmo durante sus vidas. Sin embargo, la OMS define la salud sexual como un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural, relacionando con la sexualidad (OMS, 2000). Mientras tanto, cuando hay un desequilibrio en ese bienestar la sexualidad podría estar comprometida.

A pesar de las variaciones generales presentes entre los estudios que tratan el tema, la mayoría de las quejas de las DSF, inclusive dentro de la menopausia, son

diagnosticadas como Perturbación de Deseo Sexual Hipoactivo. Es una condición caracterizada por la ausencia o reducción del deseo de actividad y fantasías sexuales de modo persistente y recurrente (PABLO; SOARES, 2004).

Parisotto Apud CORDIOLI (2008) afirma que dentro de las DSF especialmente las mujeres alrededor de 43% todas ellas presentan algún síntoma disfuncional sexual a lo largo de la vida. La falta de deseo sexual puede ser más común, alrededor del 20% al 40% de las mujeres, después de la dificultad de llegar al orgasmo (30%). Solamente para hacer una comparación, el problema más común entre los hombres y la disfunción eréctil y su tasa de alcanzar es de 10% a 20% de la población masculina.

Peixoto y Nobre (2015) relataron qué la hipoactividad en una media del 16% de la población femenina y el 4% de la masculina. La mayor prevalencia femenina se reconfirmó todavía en otro estudio, que indicó que el 5% de los hombres y el 22% de las mujeres sufren esta perturbación (WAITE et al., 2015).

En un estudio realizado en Brasil en el año 2002, 4753 ginecólogos respondieron que la queja de disminución del deseo sexual estaba entre los primeros motivos de consulta en sus consultorios (ABDO; OLIVEIRA, 2006).

La investigación cualitativa de Shindel et al. (2008) relato que el 32% de las mujeres manifiestan deseo sexual hipoactivo y que el 54% afirman no sentir deseo. Rebolledo y Fierro (2003) validaron números semejantes a su investigación señaló que el 28, 1% de las mujeres sintieron Deseo sexual hipoactivo y el 6,8% altamente hipoactivo.

La heterogeneidad de valores es significativa, sin embargo, el perfil de los resultados es similar: existe una dependencia más elevada de las mujeres las DSF y la hipoactividad del deseo sexual es un fenómeno constantemente de la sexualidad femenino, que puede ser tanto eterno como esporádico. Al respecto del fenómeno específicamente estudiado entre mujeres de la menopausia existe el estudio de Berman et al (2003), qué reporta un índice del 77% de queja de hipoactividad del deseo sexual en mujeres en la pre-menopausia y en la post-menopausia, cerca del 56, 7% tendrían

este problema, conforme Hawton et al. (1997). Son comparadas las mujeres en las demás etapas historias o ciclos de vida, las quejas sexuales en las fases de pre y post menopausia son significativamente más elevadas (HISASUE et al., 2005).

Cómo el clímax de la relación sexual, el orgasmo es considerado por muchas mujeres la mayor compensación del coito y es un factor importante de autorrealización también la compensación de la pareja. Cómo factor sexual reafirma la capacidad sexual y es un importante factor de satisfacción individual y relacional. Entre las mujeres, alrededor del 10% al 42% tienen problemas en alcanzar el orgasmo y esas dificultades dependen de factores múltiples como la edad, cultura duración y gravedad de estas dificultades. Gran parte de las mujeres que tienen dificultades orgásmicas relatan todavía sufrimiento asociado. En una parte más drástica están el 10% de las mujeres que sufren de un nivel disfuncional grave, que no les permite experimentar el orgasmo durante sus vidas (CAVALCANTI et al., 2014).

Todavía en la investigación de Cavalcanti et al. (2014), la DSF llega a alcanzar 49% de las mujeres brasileras con 18 años o más y 67% de las condicionadas en la mediana edad (40 a 65 años, periodo del interés del estudio, la madurez, en el corte de 40 a 60 años de edad). Además de eso, según Abdo (2005) y De Lorenzi et al. (2006), 60% de las mujeres brasileras relatan reducción de actividad sexual después de la menopausia.

El estudio de Prado et al. (2010) sobre predominio de DSF en dos grupos y mujeres de diferentes niveles socioeconómicos reveló que un suceso del 21, 9% coincide con el detectado comúnmente en la literatura internacional (20 por ciento a 50%), pero relativamente más bajo que lo identificado entre mujeres brasileñas, cuya media es de 30% (BRANCROFT, 2003).

Moreira Junior et al. (2005 apud RANGÉ, 2011) realizaron una investigación con 728 mujeres y de estas 23.4% relato dificultad de lubricación, 22, 7% falta de interés sexual, 22% inhabilidad para alcanzar el orgasmo, 23, 3% ausencia de placer sexual y 18% dolor durante el coito. El mismo estudio observó que el 44% de las mujeres con

queja de problemas sexuales fueron en busca de ayuda médica, 25.3% conversaron con sus parejas o con algún amigo. De esto se extrae que la búsqueda por la terapia de las DSF es escasa y una práctica en construcción, dada la intencionalidad femenina de mantener el asunto en su espacio íntimo.

Delante de esto, Rangé (2001) recomienda que al tratar las disfunciones sexuales femeninas se debe abarcar sus afectos, pensamientos y comportamientos, evaluándolas la desinformación sobre su propio cuerpo. Los tabús morales deben ser trabajados a través de un proceso de desarrollo de su atracción, estimulación adecuada, función sexual, para que ella reformule sus convicciones al respecto del acto sexual, ampliar sus conocimientos sobre el asunto y comprenda lo que ocurre de equivocado en su relación consigo misma y con su parte.

En esta perspectiva del tratamiento de disfunción sexual femenina, el capítulo a seguir aborda una de las terapias que tiene contribuido para la mejora. O superación de la disfunción sexual femenina.

La Organización Mundial de la Salud, la sexualidad es vista como un indicador de buena calidad de salud del individuo (OMS,2020). El género así entendido es una cuestión importante en la vida de todos los sujetos, por lo tanto, expresar el sexo de forma plena, libre, sin miedo, ansiedad, dolor o violencia, debe ser uno de los derechos fundamentales. La OMS (2020) afirma que, como derecho al sexo y a la reproducción, el sexo debe ser practicado de forma saludable y satisfactoria por todas las personas.

La sexualidad con un cuerpo amplio incluye una serie de factores como “pensamientos, sueños, deseos, creencias, actitudes, valores, relaciones constructivas“ (OMS, 2020). A pesar de su tamaño, el sexo no es visto por todos de la misma forma, cada experiencia es única, dependiente. Por otro lado, el género es influenciado por una serie de factores, ya que metidos en la cultura y en la forma social de ver el mundo y los relacionamientos, somos socialmente inclusivos influenciados por la religión, economía, cultura, moral y valores individuales. El género, por lo tanto, tiene personalidad propia, pero varía con el grupo social y el periodo histórico.

Las experiencias sexualmente positivas no se refieren apenas a la ausencia de disfunción, pero también deben de ser entendidas como un fenómeno positivo y social (OMS,2020). Ese estado de bienestar físico, emocional y psicológico es el que la Organización Mundial de la salud llama de salud sexual. Y para que la salud sexual sea alcanzada, los derechos sexuales y reproductivos deben ser respetados y cumplidos.

Hablar y meditar sobre la sexualidad femenina significa considerar como las mujeres se construyen como sujetos. Por lo tanto, es importante considerar los conceptos de género e identificación social como componentes claves de este equipo. Para pensar en sexo de forma al alcanzar el contexto de cada individuo y grupo de mujeres, es importante que hagamos una entrada constructiva de este concepto, lo que significa ver el género como algo que siempre se desarrollará junto con su tema y perspectiva contexto socio-cultural-histórico (ZUCCO,2010),

Según Zucco y Minina (2010), es muy importante distinguir entre lo natural y lo social (género), visto que lo segundo se estructura de forma social, por lo tanto, esa distinción permitirá el atendimento de las expectativas sociales. Para cada género, incluyendo sexualidad.

3.5 LA SEXUALIDAD DESDE OTRAS TEORÍAS

Como nos presenta Roudinesco (1998), la sexualidad en el psicoanálisis es un tema central y transversal a toda la teoría. Sin embargo, a diferencia de otras concepciones del sentido común o científicas de la sexualidad, Freud (1905) presenta la sexualidad humana, en cierta medida, como la búsqueda del placer y la huida del displacer. Por lo tanto, no se limita sólo a los genitales o al coito, sino que se refiere a todas las actitudes, pensamientos conscientes e inconscientes que producen satisfacción. Por lo tanto, hay que decir que cuando se habla de la sexualidad infantil en psicoanálisis no se pretende de ninguna manera una sexualización de un sujeto vulnerable. Sin embargo, el objetivo aquí es esbozar algunas articulaciones entre el cuerpo (físico) y la sexualidad en el psicoanálisis freudiano.

Esta concepción de la sexualidad desplaza parte del debate sobre la sexualidad del cuerpo biológico a la subjetividad humana, y con ello amplía el conocimiento sobre las formas de ser y existir en el mundo. Sin embargo, el cuerpo como fuente de placer no se abandona ni se olvida. En 1905 Freud hace consideraciones sobre el llamado desarrollo psicosexual, es decir, de qué manera los descubrimientos de los placeres del cuerpo impactan en la subjetividad humana. Las fases del desarrollo psicosexual se denominan Oral, Sádico-Anal, Autoerótica y Fálica. También presenta el concepto de libido como una parte importante de la teoría de la sexualidad

Entre los placeres de la primera infancia encontramos, en la oralidad, no sólo la succión como productora de satisfacción sino, principalmente, la alimentación. En relación con la fase sádico-anal, se pueden destacar las satisfacciones resultantes del control de esfínteres. El concepto de autoerotismo se refiere a la idea de obtener placer de todo el cuerpo, como ejemplo principal, se puede destacar la piel o incluso los genitales. Entre el autoerotismo y la fase fálica hay una etapa de latencia de la sexualidad, un momento

de suspensión del descubrimiento del propio cuerpo para dar paso a las relaciones sociales y luego a la fase fálica. Esta última anuncia las formas de interacción del sujeto con la sociedad a partir de la castración (carencia) y el deseo (FREUD, 1905).

El complejo de castración o complejo de Edipo es un proceso en el que el niño percibe la satisfacción física y emocional que siente hacia un cuidador. Lo que comúnmente se llama enamorarse de la madre. Sin embargo, el complejo de Edipo no termina ahí, sino que continúa cuando el niño se da cuenta de que no tiene ningún control sobre el cuidador y que éste tiene sus propios intereses que lo separan del niño. Es decir, en este momento el niño se percibe a sí mismo como insuficiente (carente) o incapaz de atraer/controlar al cuidador. En otras palabras, se siente castrado (FREUD, 1905; ROUDINESCO, 1998).

Existe una relación entre el complejo de Edipo y el cuerpo, concretamente los genitales. Freud presenta en su texto de 1923 *La organización genital infantil: una interpolación en la teoría de la sexualidad*, que la ausencia o presencia de un pene puede influir en la constitución subjetiva de los sujetos. En teoría, la ausencia del pene produciría una especie de resentimiento en la persona femenina por no tenerlo, mientras que la persona masculina estaría aterrorizada ante la posibilidad de perderlo en cualquier momento. Se trata de un cambio paralelo entre tener el amor del genitor o no tener el amor del genitor y tener el amor del genitor y poder perderlo. En otras palabras, la percepción subjetiva humana de ser insuficiente y/o carente tendría un correlato con tener o no tener el pene.

Además de estas aportaciones sobre el cuerpo en la sexualidad freudiana, también está el texto *La disolución del complejo de Edipo* de 1924, que hará consideraciones sobre los posibles resultados del complejo de Edipo. Entre los resultados están las elecciones de objeto que hará el niño/adolescente, es decir, si se sentirá atraído por personas del sexo femenino o masculino. Otro resultado de la disolución del Edipo es qué identificaciones hará este niño, es decir, qué género expresará el sujeto.

Vale la pena explicar que, según Freud (1905; 1923; 1924 y 1925), al principio todo niño estaría enamorado de la madre, y en el proceso de percibirse insuficiente para obtener el amor materno, el niño se identificaría con el padre. En este momento, el niño hace la distinción entre los distintos sexos a través de la diferencia entre los órganos genitales. Debido a esta diferencia entre pene y ausencia de pene, los chicos se identifican con sus padres y comienzan a expresar comportamientos similares al padre, con la intención de tener una futura relación con alguien similar a la madre. Mientras que las niñas estarían resentidas con sus madres, pero aún así se identificarían con ellas y buscarían una relación con alguien similar a su padre. Esto sería una disolución del complejo de Edipo "común".

Freud ya en 1905 discute la existencia de la homosexualidad, que en ese momento es denominada por él como homosexualidad y también inversión. Los invertidos, como los llama Freud, pueden ser de tres tipos diferentes: los invertidos absolutos que sólo sienten atracción sexual por personas de su mismo sexo y que las personas del sexo opuesto pueden provocar repulsión sexual. Los invertidos anfígenos o lo que comúnmente se llama bisexualidad, aquellos que pueden sentirse atraídos por ambos sexos. Y los invertidos ocasionales, que obtendrían satisfacción sexual con personas del mismo sexo debido a factores externos, como ejemplo, Freud menciona a los presos. Aunque Freud utiliza el término homosexualidad, refiriéndose a esta expresión de la sexualidad como una patología, también argumenta que esta expresión no puede ser entendida como una degeneración

Varios factores nos permiten ver que los invertidos no son degenerados en este sentido legítimo de la palabra:

(1) La inversión se encuentra en personas que no presentan ninguna otra desviación grave de la norma;

(2) Asimismo, la encontramos en personas cuya eficacia no está deteriorada y que incluso se distinguen por un desarrollo intelectual y una cultura ética particularmente elevados.

(3) Si nos abstraemos de los pacientes encontrados en nuestra experiencia médica y tratamos de abarcar un horizonte más amplio, nos encontramos con hechos en dos direcciones que nos impiden concebir la inversión como un signo de degeneración:

(a) Debemos considerar que en los pueblos antiguos, en el apogeo de su cultura, la inversión era un fenómeno frecuente, casi una institución dotada de importantes funciones.

(b) Está extremadamente extendida en muchos pueblos salvajes y primitivos, mientras que el concepto de degeneración suele estar restringido a la alta civilización (cf. I. Bloch); e incluso entre los pueblos civilizados de Europa, el clima y la raza ejercen la más poderosa influencia sobre la difusión y el juicio que se hace de la inversión. (FREUD, 1905 pg.: 86-87)

Ante la multiplicidad de objetos sexuales que el niño puede adoptar en la infancia y la volatilidad entre los objetos tomados por los niños, Freud (1905) denominó a los niños como polimorfos sexuales perversos. Esto significa que los niños no sólo son capaces de redirigir (pervertir) la libido en objetos que en principio no serían sexuales, sino que además, pueden cambiar rápidamente de objeto, así como, dirigir la libido a múltiples objetos. Sólo tras la disolución del complejo de Edipo se produce la fijación de la libido en un objeto sexual concreto. Cabe señalar aquí que no existe ninguna forma de garantía o control de lo que será la elección de objeto de un niño.

En cuanto al concepto de libido, mencionado hasta ahora, pero no explicado, Freud ya lo utilizaba antes de los textos de 1905. Sin embargo, es aquí donde el concepto cobra cuerpo y valor en su obra. La libido se entendería en un primer momento como una

energía psíquica sexual, sin embargo, a lo largo del trabajo se reformula numerosas veces. Las principales fueron en 1914 y 1920, cuando comenzó a llamarse libido de objeto y libido del yo, después de la pulsión de vida y la pulsión de muerte, y hay otras nomenclaturas entre ellas que no se mencionan aquí. En una simplificación que pretende ser didáctica, se puede decir que el pulso de la vida está compuesto por la comprensión inicial de la libido (energía sexual), pero no se limita a ella, incorporando también las ideas de movimiento, unión, Eros. Por otro lado, la pulsión de muerte estaría asociada a las nociones de separación, homeostasis, Tánatos. La importancia de estos cambios de conceptos reside en la nueva ubicación que se le da a la pulsión, ahora ya no es una energía del psiquismo, sino un concepto que se encuentra entre lo físico y lo psíquico, o incluso que produce la conexión entre cuerpo y psique (ELIA, 1995). Se puede argumentar que la presentación de la sexualidad construida hasta aquí coincide con el texto elaborado por BEARZOTI (1994) que define la sexualidad freudiana como

[...] la sexualidad es energía vital instintiva dirigida al placer, sujeta a variaciones cuantitativas y cualitativas, vinculada a la homeostasis, a la afectividad, a las relaciones sociales, a las fases de desarrollo de la libido infantil, al erotismo, a la genitalidad, a la relación sexual, a la procreación y a la sublimación. Pg.:5.

Posteriormente, la sexualidad freudiana fue repensada por los siguientes psicoanalistas, entre los que destacan Klein y Winnicott. El primero evidenció la relación madre-bebé y los afectos de rabia y odio, como factores productores de enfermedades psíquicas, buscando sustituir la etiología sexual de las neurosis. El segundo es más famoso por sus elaboraciones sobre la identidad sexual o de género (ROUDINESCO, 1998).

Para precisar más la sexualidad en el psicoanálisis freudiano, optamos por diferenciarla de la sexualidad en la psicología. Para definir la sexualidad en la psicología norteamericana, se buscó a PAPALIA (2013). El autor presenta la sexualidad humana como el comienzo de la pubertad, es decir, el resultado de la maduración biológica del cuerpo. La madurez sexual es sinónimo de fertilidad. Otros aspectos presentados por el autor serían los comportamientos sexuales, la reproducción y las orientaciones sexuales. El primero se divide entre el tipo de acto sexual, el uso de anticonceptivos y los comportamientos sexuales de riesgo, no cuestionando la satisfacción sexual u otros placeres, sino normativizando la práctica sexual. El segundo tema está tomado de la problematización de la infertilidad, que de hecho puede generar sufrimiento psíquico, pero que sigue implicando una reducción de lo sexual a lo biológico. Esto último sería sentirse constantemente atraído por personas del mismo sexo (homosexual) del sexo opuesto (heterosexual) o de ambos sexos (bisexual). No existe un factor determinante de la sexualidad, sin embargo, se especula que serían factores genéticos y sociales articulados, manteniendo de nuevo la sexualidad conectada a lo biológico.

Por otro lado, se puede diferenciar la sexualidad en el psicoanálisis de la sexualidad en la psicología social latinoamericana. Este último se concentra principalmente en los debates de género, ya que son la expresión social de la identidad sexual del individuo. Se centra en la relación entre la sociedad del sujeto y la sociedad del sujeto. Los roles sociales de género están constituidos socio-históricamente, y por lo tanto son cambiantes. Esta perspectiva en psicología parece ampliar la comprensión de la sexualidad, no resumiéndola al coito, la reproducción o la enfermedad, no ignora los aspectos biológicos, pero no los toma como centrales en sus estudios. Sin embargo, se diferencia del psicoanálisis por no tener un concepto correlativo al de pulsión, o incluso, de algún tipo de energía psíquica (KAHHALE, 2001).

Por último, pero no menos importante, hay que señalar que cualquiera de las perspectivas de la psicología, o del psicoanálisis, toma como objetivo de su práctica las terapias de conversión, o como finalidad la normatividad de la sexualidad humana,

porque, como ya se ha expuesto tal tipo de intención resulta en sufrimiento psíquico (BINKOWSKI, 2020).

METODOLOGÍA

4.1 METODOLOGÍA

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación posee un diseño mixto. Fue desarrollada una investigación en forma de estudio clínico, con enfoque cuali-cuantitativa, donde se incluyó una fase exploratoria y descriptiva del fenómeno estudiado. La fase cuantitativa se desarrolló empleando técnicas de estadísticas para evitar distorsiones en el análisis e interpretación de los datos. Se utilizó la parte cualitativa para el discurso en interpretación de los fenómenos, así como la atribución de significados por el seguimiento y sesiones de la mano de los participantes. La intervención aplicada en esta investigación también tiene un carácter de naturaleza, dada por la extensión del estudio propuesto, lo que permitirá el seguimiento de diferentes etapas de desarrollo del problema de investigación ya dado.

4.3 MUESTRA

La población fue compuesta por mujeres en la post menopausia, en tratamiento ginecológico en centros médicos especializados en Mato Grosso, Brasil.

4.4 EVIDENCIA

Inicialmente Se valoraron 100 mujeres diagnosticadas con menopausia por la ginecóloga, siendo que algunas presentaban disfunción sexual y otras querían tratar otros problemas psicológicos (depresión).

El criterio de inclusión fue estar en la menopausia y con disfunción sexual.

El de exclusión fue no estar en la menopausia y/ o poseer trastornos mentales y otras enfermedades físicas.

Durante la aplicación del protocolo, cinco participantes no completaron las sesiones de intervención por factores externos de índole familiar. Por tanto, este análisis de datos contienen los resultados referentes al número entero efectivo del estudio (n=87).

Las mujeres seleccionadas estaban en el grupo de edad de los 55 a 75 años, en la post menopausia, en tratamiento de la Clínica AME de la ciudad de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, en los meses de enero del 2020 diciembre del 2021. Las participantes fueron indicadas por la ginecóloga, pasando por una entrevista en que fueron previamente evaluadas con el fin de evaluar la presencia de disfunción sexual y disponibilidad para la participación.

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación cuenta con el aval de un comité de ética (ANEXO F) y todas las participantes dieron su consentimiento.

Todas fueron invitadas a participar a través de instrumentos jurídicos que aclararan cómo sería la participación, cómo se trabajaría, durante qué período y la necesidad de la concordancia de los participantes.

Los instrumentos contenían información así como:

La invitación para participar en una investigación que tiene como objetivo identificar cómo se puede aplicar la Terapia Cognitivo Conductual para la mitigación de la disfunción sexual femenina; con base en este supuesto, formular y validar un protocolo de tratamiento piloto desde la perspectiva de la TCC grupal para mujeres posmenopáusicas con disfunción sexual dirigida a la aplicación en redes públicas de salud, así como identificar la naturaleza de las disfunciones sexuales femeninas presentes en el período de la menopausia (ANEXO F).

También se informó de que la investigación forma parte de un proyecto desarrollado por el grupo de investigación de la UCES- FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DE BUENOS AIRES - ARGENTINA, coordinado por la Dr. Alejandra Daniela Calero. Además, la investigación se vincula con el estudio desarrollado por mí como requisito para obtener el título de Doctora en Psicología (ANEXO F).

También se dijo que el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Cuiabá – UNIC en febrero de 2021. En cumplimiento de las directrices del Consejo Nacional de Salud y del Ministerio de Salud de Brasil, la

investigación cumple con las directrices sobre consentimiento, confidencialidad y anonimato, beneficios y propiedad intelectual.

El tratamiento se realizará en grupo, en la clínica, con 10 sesiones con la aplicación de técnicas de terapia cognitivo conductual y sin costo para las participantes que encajen en este perfil. (Estar en el período de la menopausia y tener problemas con disfunciones sexuales, baja autoestima, problemas para comunicarse con el cónyuge).

Si está interesado en participar en la encuesta, complete el formulario de registro, el Formulario de consentimiento libre e informado y el cuestionario, documentos que contienen más información sobre la encuesta en el archivo adjunto.

Las reuniones tendrán lugar una vez por semana con una duración de 1:30h. Local: Clínica AME

5. Instrumentos

5.1 Instrumentos de medición

En esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos para la recolección de datos e información:

- CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO - Formulario de elaboración del perfil general (ANEXO C) con información cómo estado civil, situación económica, religión, ocupación profesional y otros.
- CUESTIONARIO DE ÍNDICE DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL FEMENINO– IFSF - (ANEXO F) – Cuestionario compuesto por 19 ítems que vuelven a evaluar el funcionamiento sexual femenino preguntas que se centran en los principales aspectos clasificatorios considerados por la Sociedad Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor).
- CUESTIONARIO SOBRE CREENCIAS SEXUALES DISFUNCIONALES– CCSD - (ANEXO E) – cuestionario Conformado por 22 ítems, que tienen como objetivo evaluar los estereotipos y creencias sexuales asociados al desarrollo de la DSF.

5.2 Cuestionario de índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF)

Es una escala basada en criterios fundamentales que diagnostican la disfunción sexual y que fue validada en una versión portuguesa en el año de 2009, utilizando una muestra compuesta de 152 mujeres de origen comunitario ir de 51 mujeres de origen clínico (PECHORRO et al., 2013).

La aplicación del cuestionario IFSF busco evaluar el coeficiente de funcionamiento sexual (deseo, dolor, lubricación, orgasmo, excitación y satisfacción). La IFSF es una escala de auto respuesta que permite la evaluación de la función sexual femenina, compuesta por 19 (diecinueve) preguntas sobre actividad sexual en un periodo de cuatro semanas.

Al responder el cuestionario IFSF, la paciente selecciona en cada pregunta una de 6 (seis) posibles opciones qué mejor describe su situación. Es un cuestionario de sencilla construcción, aplicación y confiabilidad de las respuestas dadas. Las respuestas son tabuladas de acuerdo con el valor de la pregunta marcada, siendo 0 indicando que no tuvo relaciones sexuales y las otras opciones varían entre 1 al 5, siendo 1 “casi nunca” y 5 “casi siempre”.

Las puntuaciones de las subescalas son tomadas y generan la puntuación final, que puede variar entre 4 a 95 puntos. La escala es analizada por la división en sus diferentes dominios:

- a) deseo (preguntas 1 y 2),

- b) excitación (preguntas 3 al 6),

- c) lubricación (preguntas 7 al 10),

d) orgasmo (preguntas 11 al 13),

e) satisfacción (preguntas 14 al 16) e

f) incomodidad (preguntas 17 al 19).

Según Rosen et al. (2000), bajos valores en el IFSF indican la existencia de problemas en el funcionamiento sexual, Mientras que los valores elevados muestran una situación de poca o ninguna disfunción.

5.3 Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD)

Fue utilizada la versión femenina del CCSD, El cual es un instrumento para la evaluación de un conjunto de estereotipos y creencias sexuales específicas, descritos en la literatura empírica como de algún modo asociadas al desarrollo de DSF (HEIMAN; LOPICCOLO, 1988; NOBRE, 2009; NOBRE; PINTO-GOUVEIA, 2006).

Los participantes responden en la medida de qué están de acuerdo con cada una de las afirmaciones enumeradas utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos, distribuida entre totalmente en desacuerdo (1) Y totalmente de acuerdo (5). Las preguntas corresponden a 40 ítems, que tratan de las siguientes dimensiones:

- Conservadurismo sexual, con creencias relacionadas a las edades que:

a) la sexualidad humana equivale al penetración vaginal o coito:

b) la masturbación y el sexo oral y anal traducen comportamientos pervertidos o desviados;

c) la mujer le pertenece un papel pasivo:

d) La virginidad prematrimonial representa un valor al ser defendido a todo costo;

- Deseo sexual como pecado, con creencias asociadas a la idea de que las mujeres deben controlar sus impulsos y placeres sexuales (que sean vistos como pecaminosos) Y moralmente reservados a los hombres;

- creencias sexuales relacionadas con la edad, con idea de que la edad sobre todo la fase de la post menopausia representando reducción del deseo sexual, placer y/o capacidad para alcanzar el orgasmo;

- Creencias sexuales relacionadas a la imagen corporal, que enfatizan la noción de imagen del cuerpo como aspecto central de sexualidad femenina;

5.4. INDICADORES DE CONFIABILIDAD DE LA MUESTRA

Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach (CRONBACH, 1951) para determinar El grado de confiabilidad de los cuestionarios aplicados. Freitas y Rodrigues (2005) sugieren la siguiente clasificación de confiabilidad del coeficiente alfa de Cronbach:

- $\alpha \leq 0,30$ – Muy baja
- $0,30 < \alpha \leq 0,60$ - Baja
- $0,60 < \alpha \leq 0,75$ - Moderada
- $0,75 < \alpha \leq 0,90$ - Alta
- $\alpha > 0,90$ – Muy alta

En el análisis del cuestionario Índice de Funcionamiento Sexual Femenino se encontraron valores de alfa de Cronbach de 0,96 y 0,92, para los cuestionarios aplicados antes y después de la TCC, respectivamente, lo que sitúa a estos cuestionarios en la clase de fiabilidad muy alta.

En el análisis del cuestionario de creencias sexuales disfuncionales, se encontraron valores de alfa Cronbach de 0,72 y 0,63 para los cuestionarios aplicados antes y después de la TCC, respectivamente, lo que ubica a estos cuestionarios en la clase de confiabilidad moderada.

6 PROCEDIMIENTO

La clínica fue seleccionada por la facilidad de acceso y por ser especializada solamente en ginecología y obstetricia. Fue elaborada una carta de invitación (ANEXO A) donde las mujeres que presentaban disfunción sexual Y estaban en el periodo de la menopausia fueron invitadas. Después de ellas aceptar la invitación ellos llenaron el acuerdo de consentimiento (anexo B), El cual explica la naturaleza de investigación.

La investigación ocurrió durante las sesiones de psicología de atendimento a las mujeres de los grupos considerados, con la intención de evaluar de inicio a fin de la terapia. Al ser sometidas al TCC en grupo, aunque en un periodo breve las mujeres fueron separadas en grupos para facilitar la operacionalidad de la terapia.

La intervención de la TCC fue realizada a partir de un cronograma con temáticas definidas previamente que funcionaron para incentivar diferentes temáticas en una rutina de tratamiento. Con el consentimiento de los participantes, estos momentos de habla y de escucha fueron grabados en dispositivos de audio digital y posteriormente transcritos y organizados como fuente de datos cualitativos.

Las participantes recibieron intervenciones con frecuencia semanal, durante 12 sesiones (12 semanas) y duración de 120 minutos por sesión y fueron evaluados a través de Cuestionarios y Cálculo de Índice de Funcionamiento Sexual Femenino (IFSF) (ANEXO F) y Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD) (ANEXO E), en la primera sesión en el final del tratamiento terapéutico. Las intervenciones ocurrieron en un consultorio de unidad de atendimento, con buena iluminación, privacidad y sin distracciones capaces de interrumpir las sesiones.

Las sesiones fueron organizados de forma semi estructurada. Las pacientes fueron sometidas a evaluaciones para saber la problemática pretendida, edad, ausencia de psicopatología grave y nivel cognitivo y verbal preservados.

Desde la invitación a la integración del estudio las participantes fueron informadas sobre los objetivos de la intervención, número, duración y periodicidad de las sesiones. Las pacientes fueron orientadas a las parejas al informarle a las parejas sobre el tratamiento debido a tareas de casa propuesta por la TCC, que los pudieran involucrar en algunos momentos.

El contenido de cada sección fue establecido dentro de una secuencia basado en el modelo de TCC Con el fin de construir un impulso a los cambios de pensamiento y comportamiento frente a los valores de la propia sexualidad en el periodo de la menopausia.

6.1 DESARROLLO DEL PROTOCOLO Y PERSPECTIVA

6.1.2 Descripción de las sesiones del grupo examinado

SESIÓN 1

En la primera sesión fue propuesta una dinámica de presentación basada en Rosset (2010), momento en que las participantes se entrevistaban unas a otras para promover una desconstrucción, desarrollo de confianza y psicoeducación en cuanto a la menopausia por el intercambio de experiencias inicial de ese momento. También fue un momento de la presentación de temas de la TCC del contrato terapéutico, y del número de sesiones y de sus horarios.

SESIÓN 2

La sesión 2 fue destinada a hablar sobre los síntomas de menopausia de acuerdo con Dattilio y Freeman (1995) (ausencia de la menstruación, reseca vaginal, calores, sudores nocturnos, insomnio, disminución en el deseo sexual, disminución de la atención y memoria, pérdida de la masa ósea osteoporosis y aumenta el riesgo cardiovascular). El objetivo fue abrir la identificación de los conjuntos que compartían las situaciones similares y facilitar la interpretación en el grupo. Al final de la sesión las mujeres fueron preguntadas sobre cómo se sentían después de la experiencia

SESIONES 3 Y 4

Las sesiones 3 y 4 tuvieron como objetivo compartir el modelo del conocimiento comportamental con las participantes, con el foco inicial en el pensamiento y enseguida en el sentimiento y comportamiento común a todos los disturbios psicológicos (BECK, 1997). En el caso que nos, post menopausia. Para eso, se elaboró el Registro de Pensamiento Disfuncional (RPD) para la identificación de pensamientos disfuncionales, tabús y preconceptos sobre la mujer sobre si en la vivencia de la sexualidad.

SESIÓN 5

La sesión 5 exploró la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos por el autocontrol como tarea de casa para identificar las necesidades afectivas. Fue tratado la auto imagen corporal (“como se ve delante de esa imagen”) con la técnica del autoexamen general por la imagen en el espejo, también conocida como técnica de auto reconocimiento corporal (ROSSET, 2010). En la segunda etapa fue hecho el entrenamiento de relajación orientado como tarea de casa: con un espejo pequeño, deberían examinar sus partes íntimas (LOPICCOLO; HEIMAN, 1992).

SESIÓN 6

La sesión número seis trabajó el entrenamiento de relajación con las técnicas de control de respiración (LEHRER et al., 2003) O respiración diafragmática (ITO et al., 1998) imágenes mentales. Las técnicas tuvieron como objetivo auxiliar en el control de ansiedad, mejorar los síntomas de hiperventilación y tensión generados por la convivencia de lacto sexual. Además, fue aplicada la técnica de relajamiento muscular progresivo de Jacobson (1938), por los síntomas de tensión generados por los recuerdos de la relación sexual (LEHRER et al., 2003). Como tarea de casa fueron orientadas a encontrar sus zonas erógenas en el cuerpo durante mientras se bañan, usando el texto Una Historia de Caricias, de Claude Steiner, adaptado de Shinyashiki (1992) Y repetir el ejercicio de focalización sensorial (CABALLO, 2007), que fue explicado al grupo aún en la sesión.

SESIÓN 7

La sesión 7 trabajó la percepción de las zonas erógenas, la importancia del contacto y estimulación sensorial en sí misma, con base en el estudio del texto Una Historia de Caricias (STEINER apud SHINYASHIKI, 1992). Como tarea de Casa, se orientó que las participantes focalizaran sus sensaciones corporales iniciando con el entrenamiento de respiración gradualmente concentrándose en las sensaciones de cada región del cuerpo. La finalidad de esta actividad fue la de hacer con que las participantes reconocieran las regiones erógenas y el placer sensorial, proporcionando bienestar y relajación. Eso fue hecho con la lectura colectiva del texto y con la explicación a través del diálogo, imágenes y uso de muñeco como un cuerpo humano, con el fin de presentar a las mujeres esas posibilidades.

SESIÓN 8

La sesión 8 tiene una relación con la anterior, con la discusión del trabajo grupo en que cada participante expresó la experiencia del ejercicio de localización de las zonas erógenas de su cuerpo. Fue hecho un diálogo sobre cómo era la relación con la pareja, lo que no les gustaba a las mujeres y lo que sabían sobre sus necesidades emocionales de sí mismas. Para la última pregunta se utilizaron los siguientes cuadrantes como complemento: primero - me gusta y lo hago, segundo – me gusta y no lo hago, tercero – no me gusta y lo hago, cuarto – no me gusta y no lo hago. Con ello, se trabajaron concomitantemente las creencias sobre la masturbación surgidas durante la sesión.

SESIÓN 9

La novena sesión desarrolló la dinámica de Curtograma (RANGÉ, 1995), con el objetivo de estimar la expresión de las dificultades para decirle a la Pareja lo que le gusta y lo que le disgusta en una relación sexual. Para mejorar la comunicación fue desarrollada la técnica de Roley Playing (ANDRADE, 2008). Las capacitadas en la sesión pudieron hacer el ejercicio en casa con sus parejas y durante la sesión, se les explicó la importancia de la masturbación, momento en que el individuo puede manualmente explorar sus genitales y concentrarse en la regiones más excitantes y placenteras, también como forma de autoconocimiento y de obtención del orgasmo. Las informaciones desmitificaron algunas creencias referentes a la práctica y como la tarea de casa se propuso encontrar las zonas erógenas, de esta vez incluyendo los genitales y durante el baño (CABALLO,2007), para que descubrieran las más excitantes y placenteras.

SESIÓN 10

La sesión 10 se centró en feedback de las participantes sobre la tarea y la técnica de rol playing. Luego, se desmitificaron las creencias sobre la masturbación y se dieron pautas para aplicar el Focus sensorial en casa con la pareja, en dos partes: en la primera, cada uno de los miembros de la pareja masajeará el cuerpo del otro (excepto genitales y senos), primero la espalda y después la parte frontal. La segunda etapa abarca la primera, y termina con caricias en los órganos genitales sin la exigencia

de penetración. El ejercicio está dirigido a desarrollar la intimidad, la comunicación verbal y no verbal entre la pareja (CABALLO,2007).

SESIÓN 11

La sesión 11, el penúltimo encuentro, fue realizada en relación con la sesión anterior y discutida en tarea grupal. Cada mujer expresó su experiencia del ejercicio de lo que le gustó o no le gustó en la relación sexual, resumiendo el proceso de intervención y destacando las principales conclusiones alcanzadas con las sesiones anteriores. Esta fue también la sesión seleccionada para la repetición de la aplicación de la escuela IFSF. La sesión comenzó con la despedida del programa terapéutico y evaluación del trabajo, con la escucha del relato de cada integrante sobre su experiencia en el grupo. Fue trabajada la dinámica de elogios y abrazos (ROSSET, 2010), adaptada por la investigadora. Las participantes recibieron una hoja en blanco y escribieron varios elogios para la persona a su derecha, sin que ella viera, sobre su cuerpo, su forma de ser y evolución en las sesiones, así como el motivo por el cual se merecían estos elogios. Al Final, el material fue leído y entregado al compañero al son de la canción "Você e Linda", de Aline Barros, acompañada de abrazos. Las mujeres también fueron orientadas para que continúen explorando las zonas erógenas durante el baño y para que repitan el ejercicio de enfoque sensorial (CABALLO, 2007) ahora compenetración si estaban listas. Como tarea, se les pidió que compraran un regalo emocional simbólico, algo que les gustara mucho y que se llevaría a la siguiente sesión.

SESIÓN 12

La sesión 12 comenzó con la invitación a las participantes a colocar el regalo traído sobre la mesa tan pronto como eran recibidas para hacer la sesión de finalización de las terapias. Se estimuló a las participantes a reconsiderar el tiempo que reservaron para las sesiones de terapia, como el tiempo para continuar cuidando de su sexualidad después del fin la intervención (CABALLO, 2007) y estimuladas a volverse sus propias terapeutas (SCHMALING et al., 1997). Para la culminación de las actividades, se solicitó que cada una tomara su regalo emocional e hiciera una declaración para sí misma, delante de las otras personas, explicando porque se merecía ese regalo.

Dado el contenido y contexto de la atención terapéutica, fue desarrollado un protocolo de orientación (ANEXO D) para el público objeto del estudio.

RESULTADOS

7.1 RESULTADOS

7.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

7.2.1 Categoría I, experiencia de la sexualidad en la post menopausia

Sobre el eje, en el resumen de las sesiones fue posible percibir que las mujeres presentaron traducción de la libido, variaciones emocionales y la mayoría manifestó preocupación por el envejecimiento. Ya no pensaban que eran activas y reportaron una vida sexual insatisfactoria como resultado de factores como la sequedad vaginal, el dolor o la creencia de que la sexualidad término por factores externos como la salud de la pareja y el exceso de trabajo.

Sin embargo, la personalidad de la experiencia se puede notar en el relato del participante S que afirmó “nunca sentí nada” y en los siguientes relatos que denotan el cruce con la comprensión de los ajustes y ligerezas que, aunque Minoritarias, también están presentes, cómo es posible percibir en el relato de la participante ME, que afirmó *“la menopausia es la segunda adolescencia. Así como tienes todos los desórdenes inseguridades, la inquietud también tienes lo tienes en la menopausia. Porque en la adolescencia estamos saliendo de la niñez y entrando en otra etapa”*.

La menopausia es contada con cierta familiaridad por las mujeres, ya que se trata de una similar adolescencia como la que tuvieron que reencontrarse y vivir los miedos con inseguridades de una nueva etapa de la vida. La diferencia, sin embargo, ocurre cuando el cuerpo es diferente y ya no tiene la vitalidad y la juventud de la etapa adolescente que la mente se transforma también las experiencias y el vivir. Por tanto,

es una interpretación señalada por las mujeres como una transición, un hito en la vida que tiene los sobresaltos de lo desconocido y lo novedoso.

De igual manera, la participante S menciona *“la sexualidad es importante, nos impulsa a vivir, nos da equilibrio. Por supuesto que tenemos muchos tabúes y otras cosas que vienen por cuestiones culturales. Todavía tenemos miedo de hablar de sexo, porque tal cosa es un pecado. Entiendo que la menopausia es un pasaje, no puede acabar con nosotras no puede quitarte el libido, no puede darte depresión. Entonces, tienes que pasar por ella saludablemente, es verdad que trae un desequilibrio, pero el tratamiento nos ayuda a volver a la normalidad”*.

La participante destaca un aspecto importante, que son los tabús culturales respecto al comportamiento femenino y su desarrollo. Si bien reconoce el papel fundamental de la sexualidad para la calidad de vida, las represiones y el miedo de acercarse a dialogar sobre temas relacionados con ella suelen ser mayores que el beneficio que ven las mujeres cuando no reciben orientación. Sin embargo, si son bien orientadas y se les enseña a expresar su voluntad, poner sus límites y satisfacer su curiosidad con deseos, una parte importante de las tensiones tiende a disolverse conforme las orientaciones. El tratamiento jugó ese papel, permitiendo ese flujo y orientación, dando esa voz activa a las mujeres que vivieron pasivamente parte de la inactiva de los temas relacionados con la DSF. La afirmación de la participante I refuerza la importancia: *“ [...] Uno se levanta muy contenta cuando tenemos sexo, me levanto con ánimos de trabajar, me dan ganas de vivir”*.

En el grupo de la terapia surgieron declaraciones negativas similares de algunas participantes sobre su sexualidad, tales como: *[...] cuándo empezó la menopausia la sexualidad se detuvo por completo*“ (Participante S). Discursos que evidencian la desaparición de la sexualidad y que tienen una relación en común de incomodidad, como se puede apreciar: *[...] ya no me gustan estas cosas [...] estoy muy cansada, muy nerviosa. [...] Se acabó para mí, ya no me importa. [...] No me gusta, realmente no me gusta. Es un sufrimiento*“ (Participante C). De igual forma cuenta: *“cuando yo tenía*

(relaciones sexuales) era más para complacer a mi esposo y para tener un hijo (Participante M) y *“[...] no tengo más ganas, siento dolor y rabia”* (Participante I).

El alejamiento del sexo, incluyendo los discursos de barrera y los que buscan revelar la evitación sexual, fueron constantes. La disociación del término sexo y el uso de palabras como “esas cosas”, “es un sufrimiento”, “esto” son recurrentes. Las razones que se muestran son el disgusto, la irritación, la indisposición y el poco dominio del cuerpo con la experiencia para tener un mejor beneficio. Además, la negatividad de la experiencia que culmina en dolor y sufrimiento empeora esta evitación.

En cuanto las quejas sexuales de sequedad vaginal y dolor en la penetración, el 100% mencionó disminución del interés sexual, el 80% dolor en la penetración y el 20% sensación de ardor en la penetración. Respecto al dolor durante el coito, mencionan: *“[...] ahora es más difícil. [...] antes parecía más cómodo. [...] Ahora tengo más dificultad, la sequedad me hace sentir mucho dolor”* (Participante MC); *“Aumentaron las dificultades aún más. [...] la penetración duele y lloro cuando acaba. [...] Ya no tengo ganas”* (Participante MC) y *“[...] se puede hacer un escenario, pero no pasa nada más [...] La penetración es difícil”* (Participante A).

La falta de condiciones favorables, la falta de deseo y preparación para el coito -que puede verse agravada por la falta de juegos previos y la voluntad de la pareja de alentar a la mujer a tener relaciones sexuales- es parte recurrente de los relatos de la queja principal en el grupo. La sequedad vaginal, que tiene explicaciones fisiológicas en la menopausia, se ve agravada por el dolor, la penetración y la incómoda condición que genera esta condición, por ende, hace que las mujeres eviten las relaciones sexuales. El dolor es tan intenso que puede llevar al llanto. La penetración acaba siendo difícil y cuando se produce, el acto se desarrolla de forma desagradable. Si antes de la menopausia los informes muestran que la fisiología permitía conciliar las cuestiones subjetivas y la actividad sexual con mayor comodidad, en el climaterio los cambios fisiológicos empeoran la situación.

Del mismo modo, la Participante IS informó: “Lo necesito, porque es bueno hacer el amor, es agradable, alivia, desborda. Pero ahora la penetración es más difícil. [...] Es algo que desgasta, cuesta tener penetración y con eso acabamos desistiendo [...]”.

La fisiología y la importancia de los juegos previos deben ser discutidos. Incluso si existe la voluntad de tener relaciones sexuales, como lo describe la participante anterior, no siempre es suficiente para garantizar una buena relación sexual. Debido a la dificultad en la lubricación y los cambios vaginales, la “estructura” del sexo se vuelve más compleja, que con el tiempo y esfuerzo que demanda termina influyendo en la disminución de la calidad de vida sexual, frecuencia y satisfacción individual conectada al sexo.

7.2.3 Categoría II, la visión sobre sí misma en el periodo de la menopausia

Como lo evidencia en varios escritos de la literatura, gran parte de la calidad del desempeño sexual tiene que ver con una actitud positiva de esta naturaleza, que depende directamente de cómo la mujer se interpreta o entiende a sí misma. Este eje evalúa esa cuestión, la autoimagen de la mujer y su interpretación frente a sus conceptos de sexualidad, feminidad, autoestima y el complejo proceso de envejecimiento.

La identidad femenina, la imagen de la mujer, construida a partir de valores basados en la belleza, la juventud y la fertilidad, tiene un alto impacto y hace de la menopausia una percepción crítica, como se puede apreciar en los relatos ofrecidos por la participante DE, quien afirma “soy fea y gorda. He tenido depresión. [...] Ahora que ha llegado la menopausia, se me acabaron las ganas”. Participante I dijo: “No me sentía

feliz, porque [...] no soy una mujer hermosa, totalmente realizada, [...] tal como éramos antes. Me siento abandonada”.

El climaterio se muestra, en el grupo, asociado a una autoimagen negativa constante. El envejecimiento, los cambios corporales y las reacciones de la pareja ante estas realidades parecen empeorar la visión personal que presentan las mujeres. La pérdida de la juventud, el aumento de peso y la dificultad para enfrentar la transición etaria que naturalmente impone, requiere trabajar la imagen femenina y la elaboración de nuevos significados del cuerpo y el sexo, de modo que los vacíos y espacios dejados por la juventud se llenen de potenciales elementos positivos de la madurez, como un mayor autoconocimiento (que muchas veces necesita ser desarrollado), mayor experiencia y vivencias.

Así, los principales sentimientos señalados en los discursos muestran una percepción de inferioridad e insatisfacción con los efectos que la menopausia provoca en la forma física. A pesar de esto, muchas veces reportan la menopausia como un período natural de la vida, como la Participante M quien reporta la menopausia como *“[...] una etapa natural de la vida, por la cual todos pasaremos, [...] señal de que estamos vivas”.*

7.2.4 Categoría III, preocupación y dificultades con la pareja

La sexualidad no se desarrolla de forma aislada, la pareja y cuestiones relacionadas pueden tener un gran peso. En este eje se abordan las visiones y percepciones de las mujeres sobre la relación de pareja: calidad, salud, relación, comunicación y la visión del otro, inclusive en lo que respecta a la atracción y el desarrollo físico, sexual, emocional y afectivo.

Los problemas de salud del marido son considerados factores externos que se presentan en la vida sexual de la mujer y pueden interferir anatómicamente en la relación con la insatisfacción sexual. En la cultura occidental, en países de origen latino, el desempeño sexual masculino es de gran importancia para la reafirmación de la virilidad y potencia del hombre. En cuanto al desempeño y posibles problemas, los informes seleccionados resumen la percepción de las mujeres sobre sus parejas.

El participante MC describe: *“[...] tarda demasiado en llegar al final, otro agravante es que su cuerpo se calienta demasiado, se calienta como si estuviera en llamas. [...] tengo miedo de que se muera en ese momento”*.

Así como una mujer entra en un período de transformación, con su pareja no suele ser diferente y la adaptación de ambos puede ocurrir sin problemas. La sexualidad puede verse afectada por estas transformaciones, como en el caso del informe de la participante anterior. El hombre también sufre en el período de su madurez cambios hormonales que forman el fenómeno de la andropausia, y es posible que su rendimiento se vea afectado, incluyendo más tiempo para alcanzar el orgasmo, menos rigidez en la erección y otros problemas androgénicos.

La participante S dice: *“mi esposo se enfermó y pensé que ya no podía tener sexo con él, pero ahora sé que puedo”* y el participante M informa otro problema: *“mi esposo, debido a la ansiedad, no puede tener sexo conmigo”*.

A menudo, la salud de la pareja está muy debilitada y las dificultades de adaptación entre las parejas son tan grandes que el sexo se vuelve inviable. La ansiedad, el miedo a la frustración, la dificultad en el diálogo y el interés por mantener el compañerismo y tener la relación pueden formar una red de eventos que crean un período de tensión durante el climaterio. Esto puede afectar drásticamente las relaciones.

Se relataron factores como el uso abusivo de alcohol y tabaco, con sus consecuencias en la vida sexual de la pareja (objetivos y subjetivos) y en la salud del

hombre, según el relato del Participante C, quien afirma: *“por culpa del vodka que bebía, el me hizo cosas, me dio asco, así que... realmente lo odio”*. En una dirección similar, la participante MC informa: *“Solía hacer de más para que el no dijera que yo estaba detrás de otro hombre, porque no estaba haciendo nada ahí, nunca sentí nada. Solo por el bien de la convivencia”*.

Se demostró que los significados del sexo y el disfrute de la experiencia por parte de las mujeres están estrechamente vinculados a la calidad de la experiencia. El sexo como obligación, como prueba de fidelidad, como esfuerzo de compañerismo fue una constante entre las mujeres en el climaterio asistido. Sin embargo, la mayoría de estas percepciones fueron acompañadas por la degradación de la relación provocada por la salud y las adicciones masculinas, además de dificultades en el diálogo y la comunicación general entre parejas. La insostenibilidad y la baja calidad de las relaciones se presentaron con frecuencia.

7.2.5 Categoría IV – sentimientos de la mujer con disfunción sexual en la post menopausia

La DSF es contada en el medio como una condición de alto impacto en la calidad de vida de las mujeres. Con eso, este eje vuelve a interceptar e interpretar las visiones y sentimientos de las mujeres que tienen esta experiencia o condición y cómo se desarrolla durante la TCC. Los principales intereses son aspectos como la autoestima, el autocontrol y el autocuidado.

Las mujeres presentaron discursos revelando el comportamiento cotidiano, la intimidad y la cercanía de la pareja antes del sexo como determinantes de su deseo, excitación y disposición, como cuenta en su discurso la Participante S: *“[...] nunca me*

hace cumplidos. Hoy en día no, me valoro, me cuido. Ahora mi cabello está teñido y estoy muy feliz”.

La decepción de la reciprocidad, el encuentro en la autosuficiencia y el cuidado también se describen en el discurso de la Participante A: “[...] *¿quién me cuidará? Esperaba que los demás me dieran razones para sonreír, ahora sé que soy responsable de eso. Antes yo hacía eso. Soy yo misma que puedo hacer eso. Me las arreglé para gustarme y no quiero volver a lo anterior, así que soy yo la responsable”.* En la misma orientación, el Participante A2 menciona: “*si espero su cariño, [...] me muero de vieja”.*

Las mujeres mostraron en muchos discursos una madura frustración, retornada en el autocuidado y la implicación, después de mucho sufrimiento y decepción. Como sus únicas entradas de reconocimiento, se reportan a sí mismas como responsables de su propia imagen, positivismo y cuidado, también mostraban que con el tiempo ganaron esta visión a través del sufrimiento y el dolor recurrente. Este comportamiento no puede confundirse con una autoestima genuina: la autoestima original no se acompaña de los también recurrentes sentimientos de desprecio y dolor con la imagen que presentan las mujeres. En el caso de la muestra observada, es posible afirmar en el análisis de los discursos y de los casos desarrollados que se trata de una forma más de amor propio protector, de ofrecerse el mínimo exterior para cumplir lo que se ha sido descuidado por ellas como parejas y mujeres.

Los efectos se reflejan en las reacciones ante el interés sexual de la pareja, según relata la participante MC, quien dice “*él quiere sexo todo el día, hasta finjo que estoy durmiendo. Otras veces espero a que se duerma antes de acostarme. Ah, cuando ve mujeres hermosas, sigue diciendo que eso es lo que es una mujer”.*

La participante M señala en la misma opinión: “*Mi marido no me habla, va directo al grano. No me gusta así, yo quisiera tener una mejor relación”.* Para evitar el sexo, a menudo se utilizan excusas de salud, como menciona la Participante IS: “[...] *cuando no estoy de humor, digo que me está matando el dolor en la cabeza”.* En palabras de otras

mujeres de la investigación, explican que siempre utilizan “habilidades” de esta naturaleza para evitar tener relaciones sexuales sin placer ni deseo.

La evasión del sexo también es una condición recurrente, sin embargo, muestran la necesidad de preparación grupal en cuanto a la comunicación y el diálogo entre parejas. En lugar de exponer su insatisfacción, falta de voluntad hacia el sexo y la situación de vida existente, las mujeres proyectan enfermedades, fingen sueño, colocan los malestares sobre la culpa del climaterio y rechazan la sinceridad que puede mejorar el perfil relacional. De esta forma, la evasión acaba siendo una adición para la insatisfacción que no permite el avance y modificación de las imágenes o recuerdos.

Al mismo tiempo, estos argumentos sirven para que se alejen del sexo sin decirle a su pareja que no les gusta, de que no son capaces y de que tiene miedo, como resume la Participante MC: *“[...] pero luego tengo miedo de que me traicione con otras, de que me deje. El matrimonio es para siempre, lo extraño, simplemente ya no quiero tener sexo. [...] me entristece”*.

Argumento que refuerza la literatura con respecto al compañerismo y el cariño: las mujeres no están dispuestas a tener relaciones sexuales, debido a las dificultades mencionadas, pero algunas tienen un vínculo fuerte con su pareja o la continuidad del matrimonio, de tal manera que la elección por una experiencia sexual dolorosa e insatisfactoria tiene que ver con la decisión de mantener estos factores.

La intensa jornada de trabajo también aparece como uno de los agravantes para la vivencia de la sexualidad en el climaterio, como lo cuenta la Participante A, quien dice: *“[...] llegamos de noche y estamos cansados, queremos acostarnos para dormir”* o la Participante S: *“mi trabajo me exige mucho, tengo que trabajar dos turnos, tomo cuatro buses, cuando llego a casa tengo mucho trabajo por hacer. Cuando lo acabo, ya no puedo más [...], muerta de sueño”*.

Sin embargo, durante los encuentros, las participantes expresaron la percepción de la importancia de la técnica de comunicación, de lo importante que es decirle al compañero o la pareja lo que le gusta, como le gusta y lo que no le gusta. Esta comunicación, a su vez, fue percibida como importante no solo para decirle a la pareja cómo se siente, sino también para que la mujer pueda guiar a la pareja en la exploración de su cuerpo y los nuevos conocimientos que ha adquirido. La comunicación se estableció como una vía de calidad para el sexo, al que acceden con menor sufrimiento y mayor acercamiento con su pareja.

Las habilidades y competencias comunicativas desarrolladas en el TCC se consideraron importantes en esta etapa, según el resumen extraído del testimonio de la Participante AA, quien dice: *“Antes del grupo yo era una persona muy radical, dura. Ahora me he soltado más, he aprendido a hablar cuando no quiero, de una manera en la que él no se lastime, pero también a parar con la excusa de dolor de cabeza o hacer el amor sin sentir placer. [...] Después de todo, él es una buena persona, nunca me menospreció. Al contrario, mi primera relación hizo eso conmigo, esta pareja no. ¡Incluso me felicita!*

En el mismo contexto, la participante ME informó: *“[...] las mujeres necesitamos participar más en estos grupos porque, mira cuántas cosas pensábamos que eran mal hechas, que eran pecado, que el marido podía hasta dejarnos o pensar mal de nosotras. Terminamos siempre haciendo lo que ellos quieren y olvidándose de nosotros. [...] Yo misma he hablado de mujeres que comentan lo que hacen, creyéndose perversas [risas]”.*

En general, la retroalimentación mostró que la intervención grupal para el tratamiento fue positiva y minimizó algunos de los sufrimientos que las mujeres informaron en las respuestas de la IFSF antes y después de la terapia.

En cuanto a las categorías, algunas relataron tener dificultades para comunicarse con sus parejas, pero que empezaron a hablar de su sufrimiento y experimentaron mayor alivio en las relaciones sexuales. Aquellas que mencionaron baja

autoestima también se beneficiaron de tomar medidas de autocuidado y mejorar su visión negativa individual.

De los informes ofrecidos durante las sesiones, se observó que la Relajación Muscular Progresiva (RMP) y las técnicas del protocolo fueron muy efectivas para reducir la ansiedad, el miedo y que la relación no fuera placentera. Con estas herramientas, los síntomas quedaron casi ausentes en los relatos de las mujeres después de la intervención grupal.

Los resultados obtenidos con la TCC se refieren a cambios en los pensamientos disfuncionales que actuaron para mejorar los síntomas. Con ello, se validó en la muestra que la TCC es una alternativa viable en el tratamiento de la DSF en la posmenopausia y engloba una serie de cambios cognitivo-conductuales positivos.

Vale la pena recordar que la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes a los pensamientos disfuncionales promueve mejoras duraderas en las pacientes y, en este sentido, pueden establecer un plan para continuar desarrollando las ganancias obtenidas después del final del tratamiento.

8. ANÁLISIS CUANTITATIVO

8.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

8.2. PREPARACIÓN DE LA MUESTRA

Los datos de la aplicación de los cuestionarios fueron tabulados en una planilla electrónica (Excel). Antes de realizar el análisis, se hizo una prospección de datos con el fin de identificar valores atípicos, errores de digitación y valores ausentes. Las muestras de pacientes con valores ausentes en una o más preguntas fueron eliminadas.

8.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Después de la preparación de la muestra, se analizó la normalidad de los datos, ya que este es un supuesto de la prueba t (comparación de grupos) utilizando la prueba de Shapiro- Will. Para determinar el efecto de la TCC de las diferentes dimensiones evaluadas, se aplicaron pruebas de comparación de dos muestras, comparando los índices del antes y después de la TCC. Como las variables no presentaron normalidad, se optó por la prueba de Wilcoxon como alternativa de la prueba t (paramétrica), por ser una prueba no paramétrica, la prueba de Wilcoxon no exige normalidad de datos (CONOVER, 1999). Se utilizó el criterio de Bonferroni para corregir el p-valor por comparaciones múltiples.

El nivel de significación considerado fue del 5% de probabilidad.

Los análisis se realizaron en el software R 4.1.1 (2021), utilizando los paquetes openxlsx 4.1.0 (WALKER, 2018), dplyr (WICKHAM et al. 2021) e ggplot2 (WICKHAM et al. 2016).

8.4 Índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF)

Los valores medios deseados fueron 3,02 y 2,74, con un error estándar medio de 0,14 y 0,11, para antes y después, respectivamente (Tabla 1). Para Excitación, los valores medios deseados fueron 3,77 y 3,48, con un error estándar alrededor de 0,16 y 0,10, para antes y después, respectivamente. Para la variable lubricación los valores deseados fueron 3,94 y 4,19, con un error estándar alrededor de 1,55 y 0,73, para antes y después, respectivamente. Para el índice de orgasmo, los valores medios fueron de 3,90 y 4,24, con un error estándar cerca de 0,17 y 0,07, para antes y después, respectivamente. En cuanto a la satisfacción, los valores medios fueron de 3,17 y 2,94, con un error estándar de media de 0,15 y 0,11, para antes y después, respectivamente. Para el dolor, los valores medios fueron 4,54 y 4,47, con un error estándar cerca de 0,17 y 0,08, para antes y después, respectivamente.

Tabla 1: Estadística descriptiva de las puntuaciones del índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF), incluyendo el valor mínimo, máximo, la media, la mediana, la desviación estándar de la media (DSM), el error estándar de la media (ESM) y el coeficiente de variación (CV).

	Tiempo	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Total
Mínimo	Antes	1.2	0.6	0.9	0.8	0.4	1.2	1.2
	Después	0.6	1.2	1.5	1.6	0.4	2.4	1.6
Máximo	Antes	7.2	6.9	6.3	6	6.4	7.2	36.9
	Después	4.8	5.7	5.4	5.6	5.2	6	30.8
Media	Antes	3.02	3.77	3.94	3.90	3.17	4.54	20.69
	Después	2.74	3.48	4.19	4.24	2.94	4.47	20.93
Mediana	Antes	2.4	3.9	4.2	4.4	3.2	4.8	22.7
	Después	3	3.6	4.35	4.4	3.2	4.4	21.9
DEM	Antes	1.44	1.56	1.55	1.67	1.54	1.74	9.08
	Después	1.10	0.98	0.73	0.67	1.13	0.83	5.31
ESM	Antes	0.14	0.16	0.15	0.17	0.15	0.17	0.91
	Después	0.11	0.10	0.07	0.07	0.11	0.08	0.52
CV	Antes	47.83	41.26	39.32	42.90	48.49	38.34	43.85
	Después	40.22	28.17	17.39	15.83	38.49	18.58	25.34

Las puntuaciones del índice calculado para Lubricación y Orgasmo mostraron un ligero aumento después de la aplicación de la TCC, sin embargo, no se identificó ningún efecto significativo entre los índices antes y después de la TCC (Figura 2).

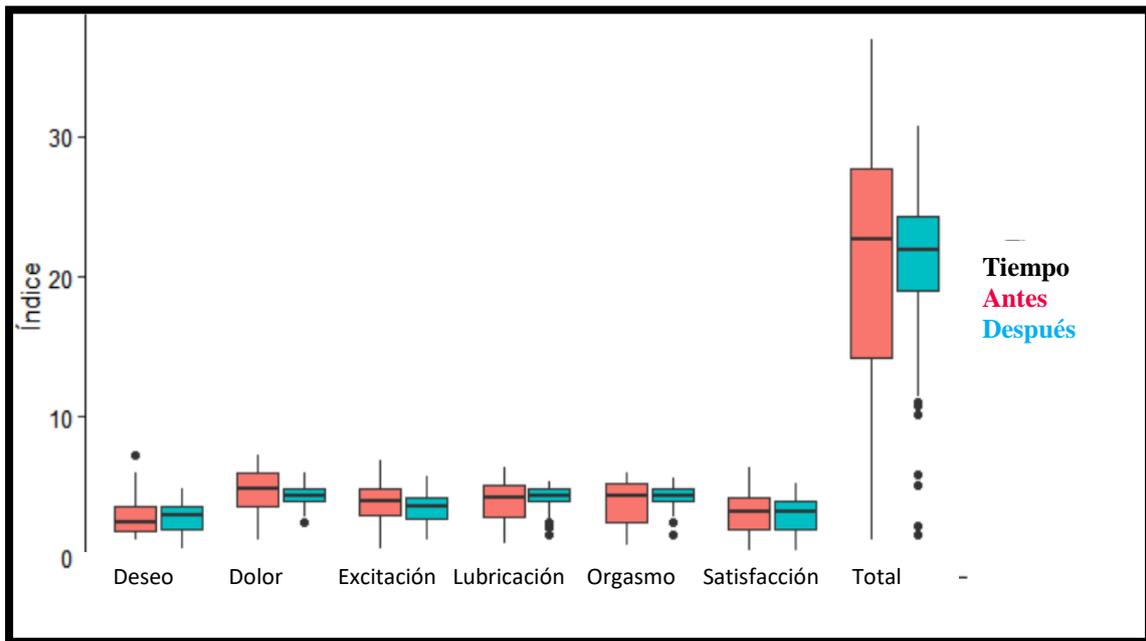


Figura 2 – Puntuación del índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF).

Se creó una figura sólo con los valores promedio que permite evaluar la variación de las medias para los valores del funcionamiento sexual femenino, aunque estos presentaron diferencia significativa estadísticamente sólo para Dolor, existen diferencias entre el antes después de la aplicación de TCC que pueden ser discutidas (Figura 3).

Los valores de Deseo, Excitación, Lubricación y Dolor fueron menores después de la aplicación de TCC, evidenciando la importancia de las sesiones y validar el uso de la TCC como herramienta de cambio de paradigma en relación con las implicaciones de la menopausia en las mujeres (Figura 3).

Se elaboraron preguntas antes vistas como tabú, como el hecho de que las mujeres menopáusicas todavía sienten deseo sexual y este hecho se evidencia por la disminución en el valor de este ítem después de las sesiones (Figura 3).

También se abordó el tema de la excitación y después de la terapia también se disminuyó su valor posiblemente debido al tema del dolor que también disminuyó y que se había relacionado cuando el abordaje cualitativo (Figura 3).

La lubricación obtuvo valores más altos después de la terapia, lo que puede considerarse como un factor positivo, debido a que gran parte del sufrimiento reportado por las mujeres en el momento del coito está relacionado con la falta de lubricación, natural después de la menopausia, y se requiere lubricación artificial, por lo que el acceso al conocimiento es importante para las mujeres posmenopáusicas, porque puede mejorar y expandir su actividad sexual. (Figura 3).

Con respecto al orgasmo como ya han reportado algunas pacientes, nunca han sentido a lo largo de su vida sexual, por lo que esta es una cuestión no solo teniendo en cuenta la posmenopausia, entreteniéndose el objeto de esta investigación es la postmenopausia y por eso estamos enfocados en este tema, el promedio de orgasmo aumentó después de la terapia, siendo un resultado importante debido al momento de la vida es importante que las mujeres vivan más intensamente sus Relaciones (Figura 3).

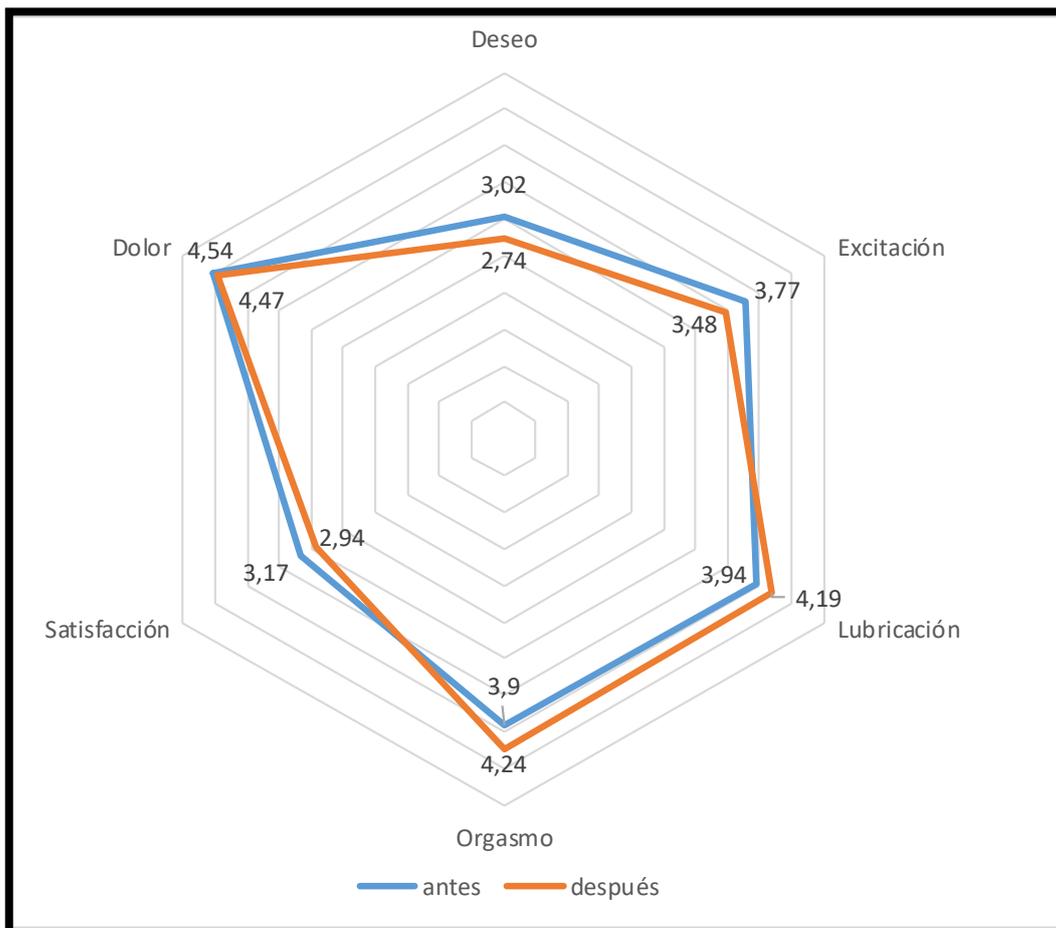


Figura 3 – Promedio de los valores del índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF) antes y después de la aplicación de la TCC.

La satisfacción presentó menor valor después de la terapia, a pesar de que son valores muy cercanos 3,17-2,94, relacionados con el hecho de que algunas mujeres incluso participando en tearapia dijeron desde el principio que no tenían interés sexual, algunas incluso dijeron que nunca tuvieron o que siempre se sufrió. (Figura 3).

El dolor, presentó una ligera disminución en el valor después de las reuniones, vale la pena mencionar que este está influenciado e incluye todas las salidas porque no hay forma de tener satisfacción, deseo, excitación, lubricación u orgasmo sintiéndose doro o temeroso de sentir dolor (Figura 3).

En general, hubo melnomías en los valores medios antes y después de la palicación de la TCC, los valores fueron ligeramente cercanos, lo que aún resintió la importancia de este enfoque, dado que había muchos temas no experimentados o experimentados de manera equivocada que podrían abordarse, trayendo bienestar y posibilidad de vida sexual activa de calidad en el post menopausa.

Como se puede observar en la tabla 2, existe una diferencia significativa entre las puntuaciones entre el ANTES y DESPUÉS de la TCC, para la variable Dolor, donde el período ANTES proporcionó los mayores valores medios de índices para estas variables.

Las puntuaciones más bajas en las preguntas relacionadas con la excitación se relacionan con grados más altos de excitación sexual, por lo que la TCC proporcionó una tendencia hacia la mejoría en los índices de satisfacción sexual de las pacientes.

De igual forma la excitación, las puntuaciones más bajas en las preguntas relacionadas con el malestar se relacionan con menores malestares sexuales, durante o después del acto, por lo tanto, la TCC proporcionó una mejoría en las tasas de malestar sexual de los pacientes

Tabla 2: Comparación de las puntuaciones del índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF).

	Media		Media		Dif.		
	antes	DP	Después	DP	Media	Int. conf.	valor-p
		0.1		0.0		-0.599	
Deseo	2.98	4	2.92	9	0.06	<0.001	0.286 ^{ns}
		0.1		0.0		<-0.001	0.9
Excitación	3.77	5	3.46	9	0.31		0.035 ^{ns}
		0.1		0.0		-0.300	0.299
Lubricac.	3.94	5	4.28	5	-0.34		0.372 ^{ns}
		0.1		0.0		-0.400	0.400
Orgasmo	3.90	6	4.30	5	-0.4		0.554 ^{ns}
		0.1		0.1		-0.400	0.800
Satisfacción	3.17	5	2.94	1	0.23		0.203 ^{ns}
		0.1		0.0		0.400	0.800
Dolor	4.99	1	4.54	7	0.45		< 0.001 **
		0.8		0.3		-2.00	2.099
Total	20.69	8	21.94	5	-1.25		0.542 ^{ns}

***Grupos ANTES y DESPUÉS hay una diferencia significativa del 0,1% de probabilidad de error por Wilcoxon luego de corregir el p-valor por el criterio de Bonferroni.

*Grupos ANTES y DESPUÉS hay una diferencia significativa del 5% de probabilidad de error por Wilcoxon luego de corregir el p-valor por el criterio de Bonferroni.

^{ns}Grupos ANTES y DESPUÉS no hay una diferencia significativa del 5% de probabilidad de error por Wilcoxon luego de corregir el p-valor por Bonferroni.

8.5 Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD)

Para este análisis también utilizamos los datos de edad, profesiones y religión de las víctimas de la muestra, estos datos son importantes porque son importantes porque se evidencian donde se concentran las edades de las mujeres porque incluso en posmenopáusicas, algunas han estado en esta condición durante mucho tiempo y ya con edad avanzada y aún están presentes dentro de los resultados en los cuestionarios preguntas que ciertamente están influenciadas tanto por la profesión que ejercen como por la religión (Figura 4).

La clase de mujeres de 61 a 64 años fue la que incluyó a la mayoría de los participantes de la investigación, con 39 pares que representan el 37% del número total de mujeres participantes, la segunda fue la categoría 65-70 con 31 mujeres que representan el 31% del total, es interesante señalar que uniendo estas dos clases tenemos el 70% del total de participantes siendo entonces el grupo de mujeres entre 61-70 el más abundante, Es interesante enfatizar esta concentración, porque estas mujeres componen un grupo que está exactamente en medio del proceso de creación de identidad para esta nueva fase de la vida (Figura 4).

Once mujeres tenían más de 71 años, el 10% del total, 24 entre 55-60 siendo el 23% y solo una entre 50-54, estas mujeres están en el extremo un grupo entrando en la menopausia y el otro ya desde hace muchos años, lo que no significa que este último grupo ya pueda enfrentar mejor la situación, porque la edad no es el único factor que debe tenerse en cuenta (Figura 4).

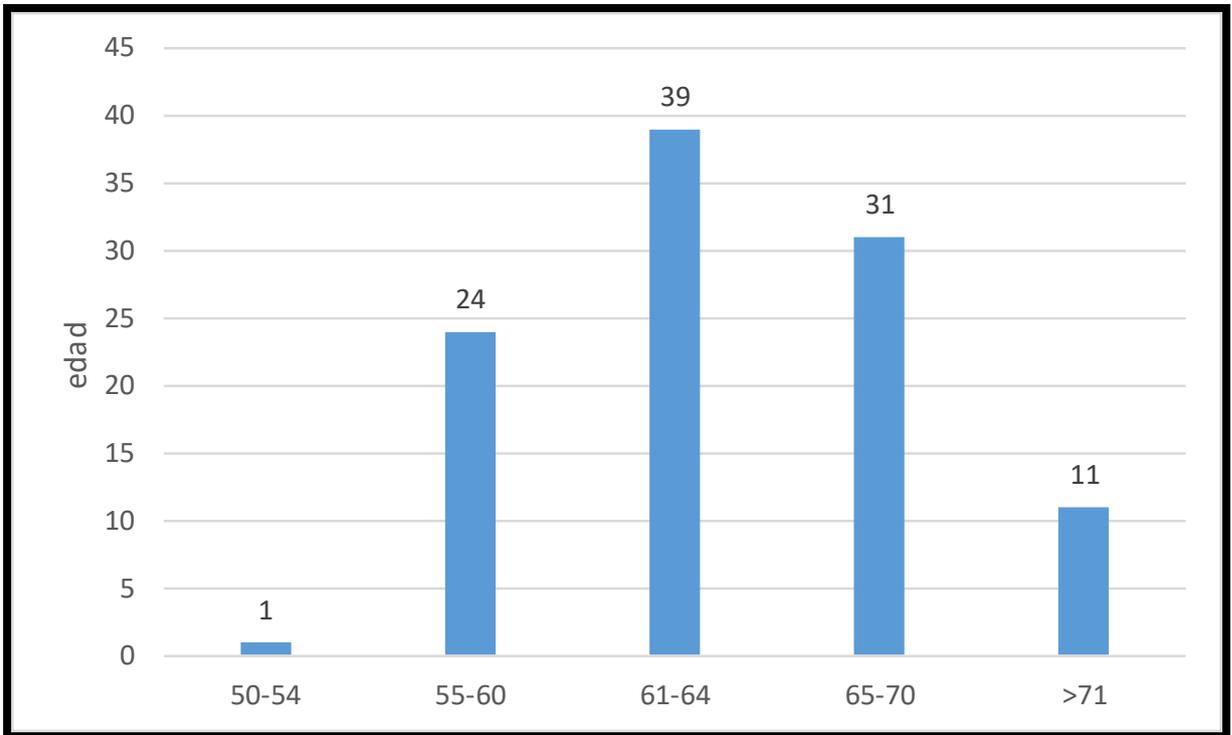


Figura 4 – Distribución de la edad de las mujeres que participaron de la TCC .para mujeres con disfunción sexual.

La religión con el mayor número de mujeres que se declararon como pertenecientes fue la católica con 44 índices que representan el 42% de la muestra total, Este número ya era esperado porque en Brasil predomina la religión católica, ya sean practicantes o simplemente informantes (Figura 5).

Los evangélicos comprendieron el 27% del total de miembros de la encuesta con 29 peer-to-peer, declarándose como tales, ocupando el segundo lugar, lo que también refleja la realidad brasileña (Figura 5).

Las mujeres que se autodeclararon espiritistas representaron el 12% del total, con 11 participantes que se declararon como tales. (Figura 5).

Nueve mujeres se declararon cristianas, elegimos mantenernos separadas de los católicos y de los evangélicos aunque encajara con ambos, porque así es como se rompieron y luego respetamos la forma en que se ven a sí mismas como religión a la que pertenecen (Figura 5).

De los encuestados, el 8% se declaró sin religión, el 2% budista y el 1% de candomblé, siendo este último religión menos prominente en Brasil y en el caso del candomblé es una religión de origen africano, que sufre discriminación a veces las personas no se declaran o se declaran católicas (Figura 5).

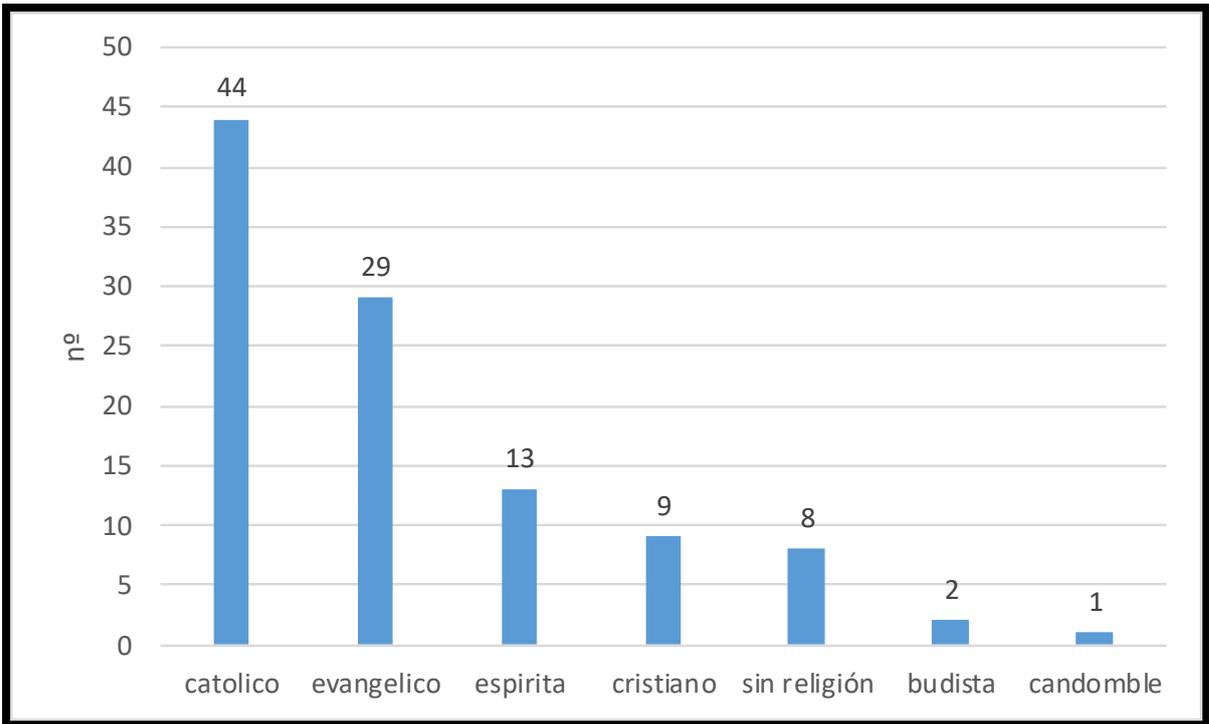


Figura 5 – Distribución de la religion de las mujeres que participaron de la TCC .para mujeres con disfunción sexual.

La mayoría de las mujeres que participaron en la encuesta 26 es decir, el 25% se declararon como hogar, o que desarrollan actividades relacionadas con el hogar de las personas o son propias como niñera o empleada doméstica, aunque la mayoría de ellas afirmó que no trabajan fuera y son responsables de actividades domésticas (Figura 6).

17 mujeres dijeron ser servidoras públicas en diferentes esferas de gobierno, esta cifra alcanza el 16% del total de mujeres muestreadas, y estas forman parte de un grupo que participa en el sustento de la familia o es responsable del sustento (Figura 6).

Del número total de entrevistados, 16 o 15% de ellos afirmaron ser del área de negocios, incluidos los comerciantes y empresarios, y estos son la mayoría de las veces responsables del apoyo de la familia o se mantienen a sí mismos sin la ayuda de otras personas (Figura 6).

La cuarta ocupación más común fue la salud denigrada y los grupos en este ítem, mujeres trabajadoras como odontóloga, cuidadora de ancianos, enfermera, fisioterapeuta, masajista y personal trainer, fueron 10 mujeres que constituyeron 9% del total entrevistadas (Figura 6).

Las educadoras también participaron de la investigación, y 8 (8%) mujeres se declararon maestras, el término más utilizado fue maestro, pero algunas también se declararon pedagogas o psicopedagogas (Figura 6).

En cuanto al área de belleza, siete mujeres dijeron que trabajan en esta área componiendo el 7% del total, y las actividades desarrolladas son la de peluquería y manicura (Figura 6).

Del total de mujeres que participaron en la encuesta, 6% son del área de atención pública siendo recepcionistas o secretarias y aunque en la menopausia todavía trabajan en estas carreras (Figura 6).

De los participantes el 4% declaró costureras, el 3% abogados y el 3% radialistas, el 2% contadores y pastores y finalmente el 1% para técnicas policiales e informáticas (Figura 6).

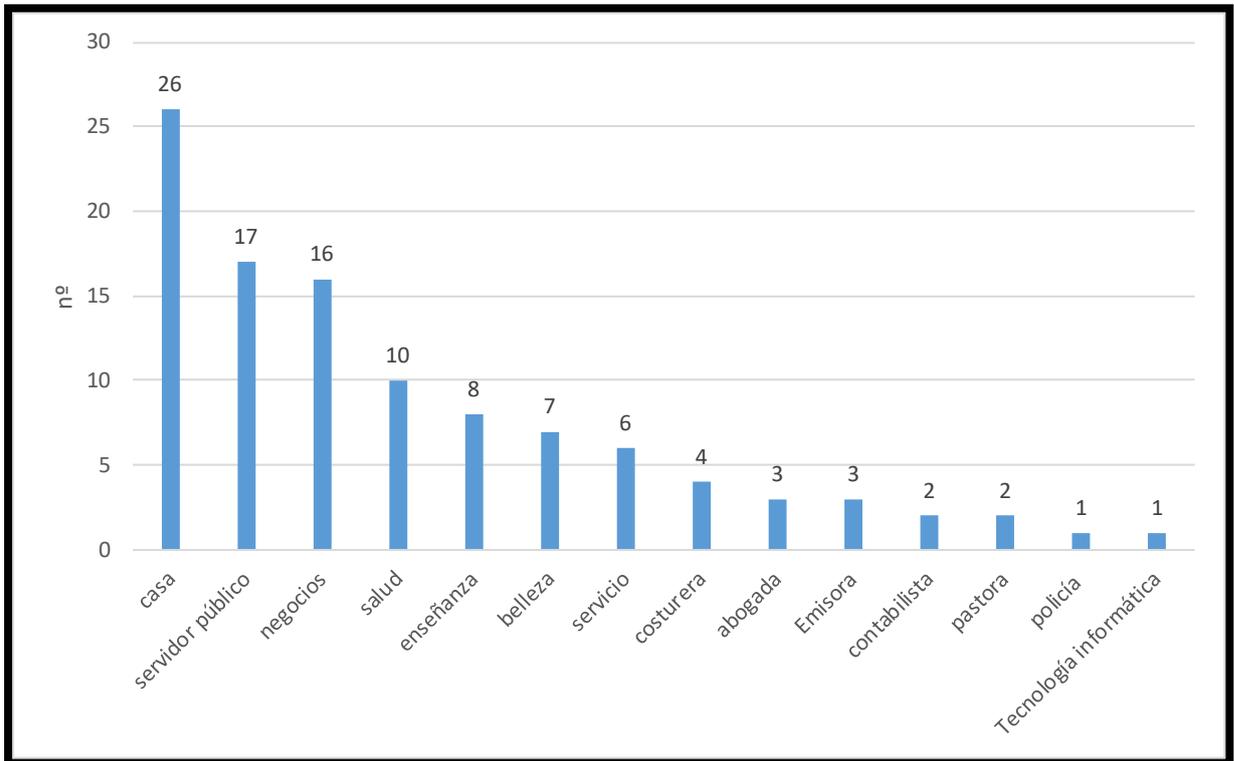


Figura 6 – Distribución de las carreras de las mujeres que participaron de la TCC .para mujeres con disfunción sexual.

Los valores medios de conservadurismo fueron 24,24 y 17,53, con un error estándar de la media de 0,61 y 0,49, para antes y después, respectivamente (Tabla 3). Para pecado, los valores medios fueron 13,46 y 8,57, con un error estándar de la media de 0,53 y 0,23, para antes y después, respectivamente. Para la variable edad, los valores medios fueron 13,73 y 13,94, con un error estándar de la media de 0,28 y 0,14, para antes y después, respectivamente. Para el índice de imagen los valores medios fueron 9,63 y 5,11, con un error estándar de la media de 0,28 y 0,14, para antes y después, respectivamente. En cuanto a la afectividad, los valores medios fueron de 18,38 y 18,75, con un error estándar de la media de 0,47 y 0,40, para antes y después, respectivamente. Para la maternidad, los valores medios fueron 10,60 y 7,80, con un error estándar de la media de 0,26 y 0,22, para antes y después, respectivamente.

Tabla 3: Estadísticas descriptivas de las puntuaciones del índice del Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD), incluyendo el mínimo, máximo, media, mediana, Desviación Estándar Media (DEM), Error Estándar Medio (EEM) y Coeficiente de Variación (CV).

	Tiempo	Conservadurismo	Pecado	Edad	Imagen	Afectividad	Madurez	Total
Mínimo	Antes	14	6	8	4	9	4	46
	Después	10	6	5	4	7	4	37
Máximo	Antes	50	43	23	18	28	17	113
	Después	32	17	20	9	26	14	77
Média	Antes	24.24	13.46	13.73	9.63	18.38	10.60	71.66
	Después	17.53	8.57	13.94	5.11	18.75	7.80	52.94
Mediana	Antes	23	13	13	9	18	11	69
	Después	17	8	15	5	19	8	53
DEM	Antes	5.90	5.16	3.69	2.78	4.62	2.57	13.40
	Después	4.78	2.21	2.85	1.36	3.90	2.19	8.50
EEM	Antes	0.61	0.53	0.38	0.28	0.47	0.26	1.37
	Después	0.49	0.23	0.29	0.14	0.40	0.22	0.87
CV	Antes	24.34	38.29	26.85	28.85	25.11	24.21	18.69
	Después	27.27	25.74	20.48	26.72	20.82	28.03	16.05

Los pacientes después de la TCC tuvieron una tasa media de conservadurismo significativamente más baja que, los que resultaron antes de que se aplicara la TCC, lo que indica que después de la terapia los pacientes tenían menos efectos negativos del conservadurismo en su vida sexual (Tabla 3). Un resultado similar se encontró para la Imagen Corporal, donde después de la terapia, las mujeres tenían un índice promedio más bajo para este aspecto, lo que indica una menor creencia de que las mujeres que no son físicamente atractivas y no pueden estar sexualmente satisfechas.

Los aspectos relacionados con la maternidad también resultaron en una tasa media significativamente menor después de la terapia, lo que indica que pudo reducir la opinión de que, una buena mamá debe controlar sus deseos sexuales (Figura 7).

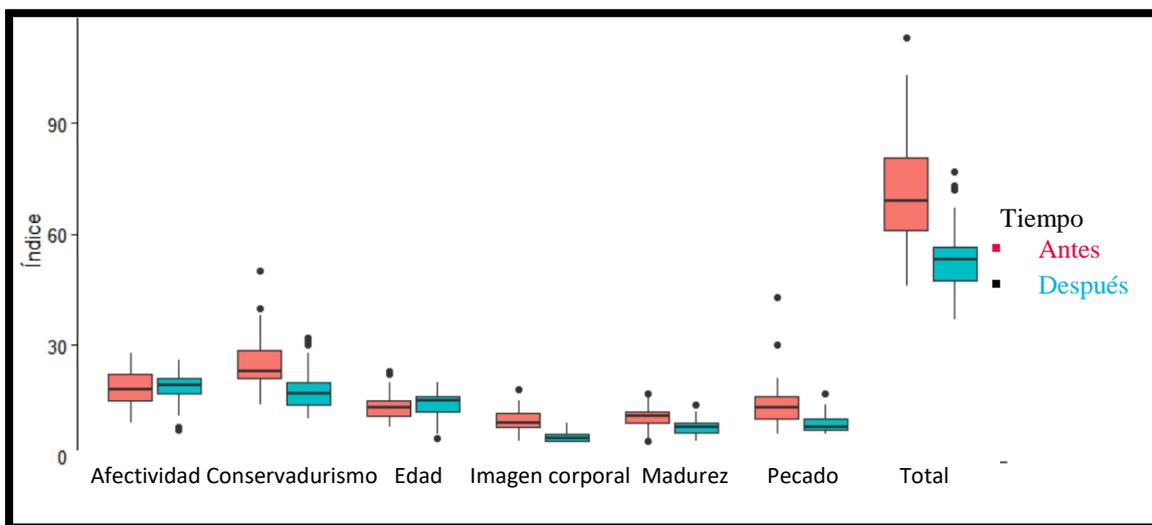


Figura 7 – Puntuaciones del índice del Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD).

El uso de la TCC para las creencias sexuales disfuncionales tuvo un efecto marcado en la vida sexual de las mujeres posmenopáusicas y para la vida en general, los valores medios antes debido a la terapia cambiaron mucho a valores más bajos o cuando aumentaron asumieron valores muy cercanos (Figura 8).

El conservadurismo, que se configuró como un factor limitante para la vida sexual posmenopáusica, presentó un cambio importante después de la participación de la intervención con TCC, evidenciando el conocimiento de estas mujeres y el cambio de olahr sobre las cuestiones sexuales en las que se insertan (Figura 8).

El tema del pecado, otra creencia fuertemente limitante, ha disminuido a partir de la TCC, el sexo como pecado no solo está limitando la actividad sexual de estas mujeres posmenopáusicas, sino que actuó a lo largo de sus vidas, como lo evidencian ellas, y lleva a la mujer a sentirse, sucia, inadecuada y no merecedora de una vida sexual activa y saludable, Es importante cambiar esta percepción (Figura 8).

El ítem de edad ha crecido con valores muy cercanos, antes y después de la TCC y de hecho es un tabú difícil de superar, mucho debido al hecho de que muchas de estas mujeres nunca han alcanzado un orgasmo en toda su vida, y la posmenopáusica piensa que es aún más inapropiado porque si joven no era posible, ya que ahora sería más antiguo y todavía con el problema de la libido baja y la dificultad de penetración debido a la falta de lubricación natural (Figura 8).

Con respecto a la imagen, este fue uno de los ítems que presentó la mayor diferencia antes y después de la aplicación de la TCC de 9,63 a 5,11, y esto puede considerarse un resultado muy importante porque se refiere a cómo la mujer se ve a sí misma y con las limitaciones impuestas por la edad, la mejora de la autoimagen es fundamental, porque cuando esta mejora, Las otras preguntas también mejoran evidenciando cuánto se debe invertir en el tema de la imagen en la postmenopausia (Figura 8).

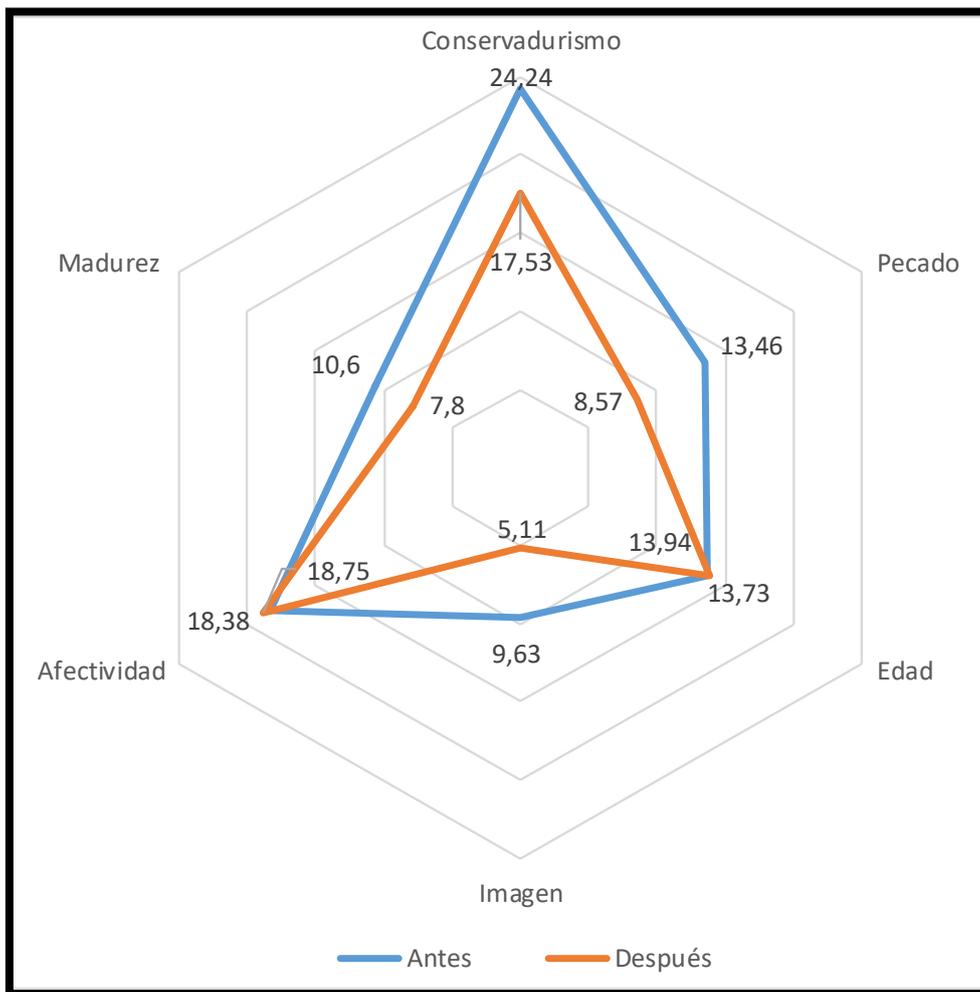


Figura 8 – Promedio de los valores del Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD) antes y después de la aplicación de la TCC.

La afectividad fue otro tema que se mantuvo prácticamente sin cambios en el antes y el después, un factor importante sería la continuidad de la terapia para permitir una mayor profundización en las áreas que aún necesitan ser trabajadas, sin embargo, el uso de la TCC es una alternativa importante (Figura 8).

Las cuestiones relacionadas con la madurez también mostraron mejoría en el antes y el después, y vale la pena mencionar que estas cuestiones también se encuentran basados porque la madurez trae consigo aspectos positivos, como el autoconocimiento,

la resiliencia, la libertad, la expresión más libre e intensa de ideas y posiciones y que muchas veces no se ha visto de esta manera careciendo de correcciones de ruta para que cada mujer pueda verse a sí misma como debe.

El valor medio de conservadurismo fue 17,53 (Tabla 4). Para pecado, el valor medio fueron 8,57. Para la variable edad, el valor medio fue 13,94. Para el índice de imagen el valor medio fue 5,11. En cuanto a la afectividad, el valor medio fue de 18,75. Para la maternidad el valor medio fue 7,80 (Tabla 4).

Tabla 4 – Comparación de las puntuaciones del índice del Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCD).

	Media antes	DP	Media después	DP	DM	Int. conf.	valor-p		
Afectividad	18.38	4.62	18.75	3.90	-0.37	-2.00	0.00	0.1513	ns
Conservad.	24.24	5.90	17.53	4.78	6.72	5.00	8.00	<0.001	***
Edad	13.73	3.69	13.94	2.85	-0.21	-2.00	0.00	0.0684	ns
Imag. Corp.	9.63	2.78	5.11	1.36	4.52	3.96	5.00	<0.001	***
Maternidad	10.60	2.57	7.80	2.19	2.80	2.00	3.00	<0.001	***
Pecado	13.46	5.16	8.57	2.21	4.90	4.00	6.00	<0.001	***
TOTAL	71.66	13.4	52.94	8.5	18.7	14.0	20.00	<0.001	***

***Grupos ANTES y DESPUÉS diferencias significativas a 0,1% de probabilidad de error por Wilcoxon luego de corregir el p-valor por el criterio de Bonferroni.

^{ns}Grupos ANTES e DEPOIS diferencias insignificativas a 5% de probabilidad de error por Wilcoxon luego de corregir el p-valor por el criterio de Bonferroni.

La variable pecado siguió la misma dirección que las otras variables mencionadas, presentando un índice medio más bajo, significativamente más bajo después de la terapia, lo que indica que la TCC pudo reducir la visión pecaminosa del sexo para estas mujeres, reduciendo así este estigma de tener placer y el deseo sexual estaría relacionado con el pecado.

Por otro lado, los índices medios de las variables afectividad y edad no mostraron diferencia significativa entre el antes y después de la terapia. El puntaje total, es decir, la suma de todas las dimensiones evaluadas, mostró una reducción en el índice promedio después de la terapia, lo que era esperado, ya que en la mayoría de las dimensiones hay una reducción en los valores promedio.

8.6 Modelo General

8.6.1 Índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF)

Estamos proponiendo el uso de la TCC para mujeres posmenopáusicas, abordando los temas de las relaciones sexuales en esta fase de la vida, en el análisis general del modelo propuesto se registró en la investigación que a partir de la terapia utilizando como abordaje de la TCC la mejor información obtenida fueron para Excitación > Deseo > Satisfacción > Dolor > Lubricación > Orgasmo, respectivamente, y las cuatro primeras preguntas obtuvieron resultados altamente satisfactorios y las dos últimas, La lubricación y el deseo, incluso si han tenido buenos resultados, aún deben trabajarse quizás durante más tiempo o en terapia individual (figura 9).

Desde cualquier momento es importante destacar el éxito en el uso de la TCC para tratar a las mujeres en la post menopausia, logrando elaborar la vida en esta nueva fase y permitiendo a las mujeres vivir de manera más adecuada e intesa, resignificando su estilo de vida, sus decisiones y la experiencia de las mismas y con las personas que las rodean, ayudando no sólo en la calidad de vida, sino en el aumento de las herramientas interiores y consecuentemente en la resiliencia y calidad de la respuesta de estas mujeres, las nuevas consideraciones que se presentan en la vida cotidiana.

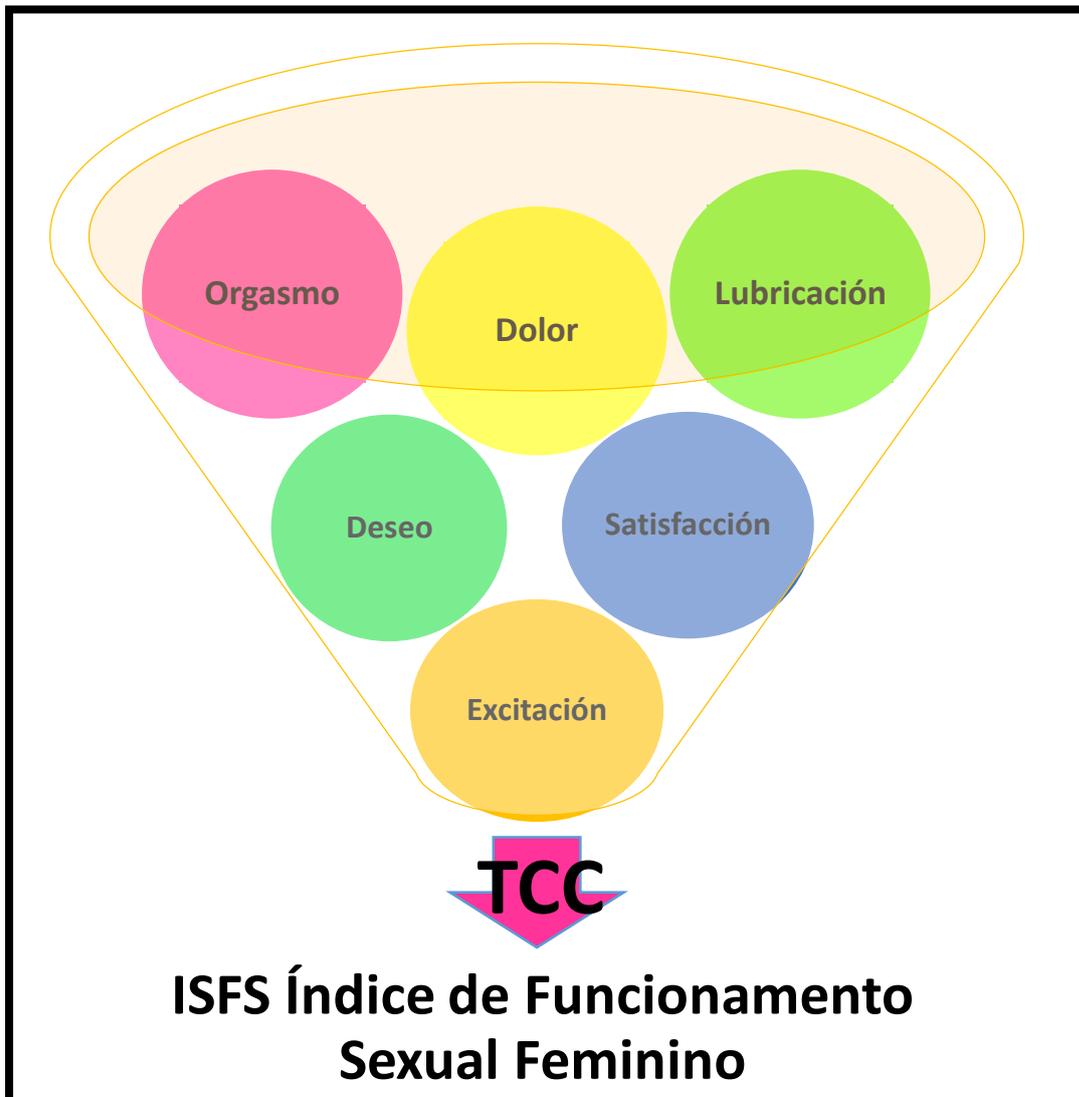


Figura 9 – Modelo de funcionamiento do índice de funcionamiento sexual femenino (ISFS) antes y después de la aplicación de la TCC.

8.6.2 Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCDS)

En el modelo cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCDS) se obtienen los resultados más prometedores para Conservadurismo > Pecado > Imagen > Madurez > Edad > Afectividad, de seis, cuatro obtuvieron resultados positivos por el uso de TCC evidenciando la importancia y efectividad de esta para la elaboración de Creencias Sexuales Disfuncionales que, como su propio nombre lo dice, traen una disfunción sexual a la mujer difícil de trabajar porque involucra temas que las mujeres traen al y que también son culturales y religiosas como el tema del pecado, el conservadurismo e incluso la edad, donde muchas mujeres son disciplinadas incluso en sus familias para "comportarse" de acuerdo con su edad (Figura 10).

Como son creencias que las mujeres posmenopáusicas tienen sobre su sexualidad es muy importante que sean tratadas e incluso que el modelo propuesto pueda llegar a diferentes esferas de la sociedad porque estas creencias existen en todos los niveles sociales y mantienen encarceladas a miles de mujeres que podrían vivir de manera diferente a las que viven hoy.

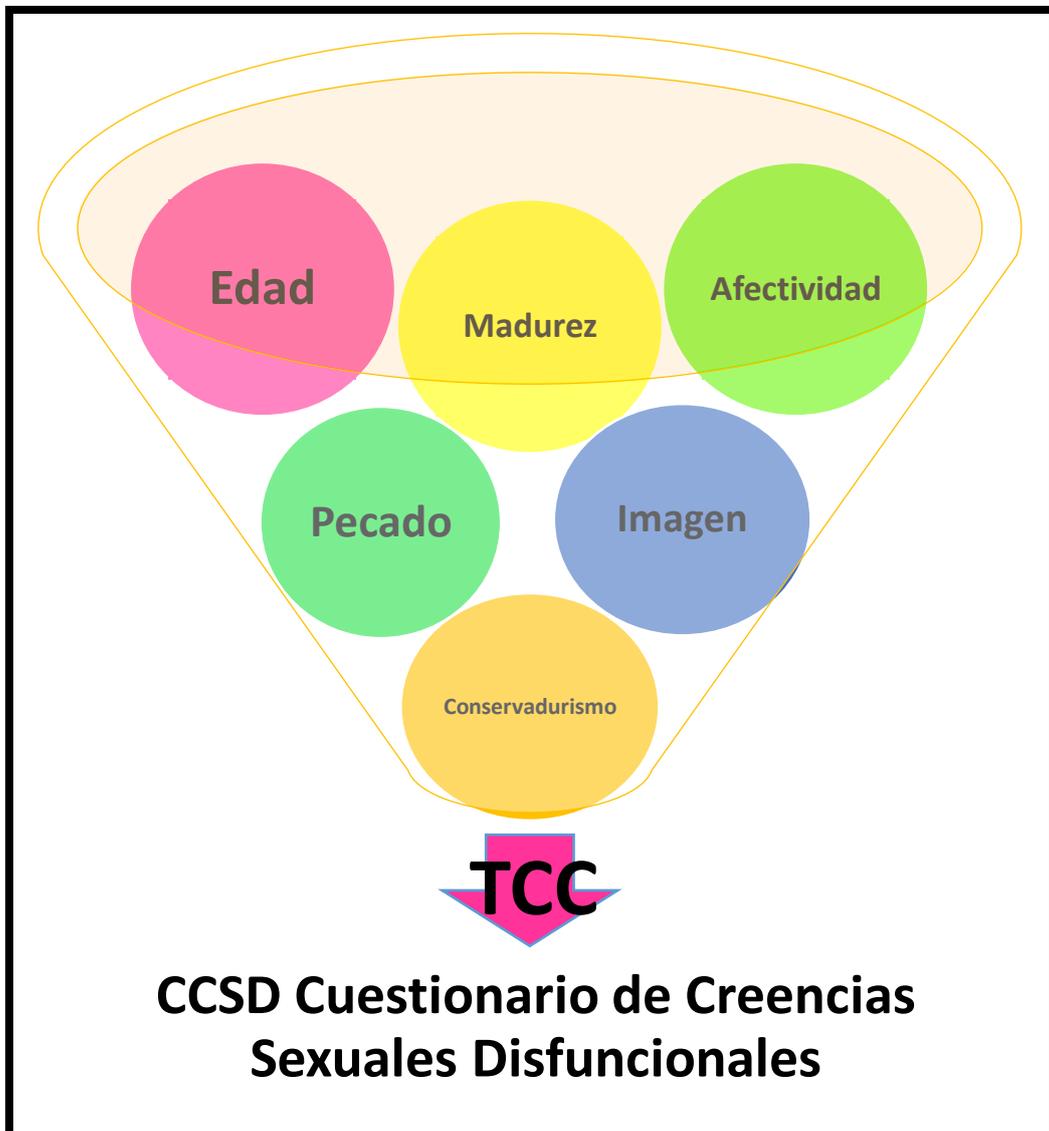


Figura 10 – Modelo de funcionamiento del Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCSD) antes y después de la aplicación de la TCC.

8.6.3 Índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF) X Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCDS)

Cuando se compara IFSF x CCDS, la tasa más alta alcanzada fue **excitación** y conservadurismo en la terapia antes y después de la TCC, es interesante señalar que son dos temas conflictivos entre sí, especialmente en sociedades patriarcales como Brasil, lo que se evidencia aquí es cómo la TCC puede ayudar a estas mujeres a vivir la posmenopausia de manera diferente y más placentera (figura 11).

El **deseo** y el **pecado** fueron los segundos más impactados por el antes y después de la TCC en IFSF X CCDS, también es importante destacar que son dos factores considerados complementarios y aislados sin embargo pensados de manera peyorativa, afirmando una vez más el valor de la TCC en el sentido de romper paradigmas y cambiar el pensamiento y la forma de vivir (figura 11).

Satisfacción e **Imagen** fueron las terceras en obtener el mayor cambio después del uso de la TCC como forma de terapia y resignificación de la vida sexual después de la menopausia (figura 8).

Edad e **Orgasmo** ocuparon el cuarto lugar en ambas actividades, siendo **dolor** y **Madurez** en quinto y **Lubricante** y **Afectividad** último (figura 11).

Es interesante entender cómo se relacionaron los temas en el funcionamiento sexual y las creencias sexuales ya que estos factores se relacionan recordando que las creencias que tienen las personas son el resultado de la cultura y la vida en la que están involucradas, la familia en la que crecieron e incluso en el conyugue y de hecho son factores que influyen directamente en el funcionamiento sexual, esta investigación hace evidente el papel de la TCC en la transformación de la vida sexual posmenopáusica.

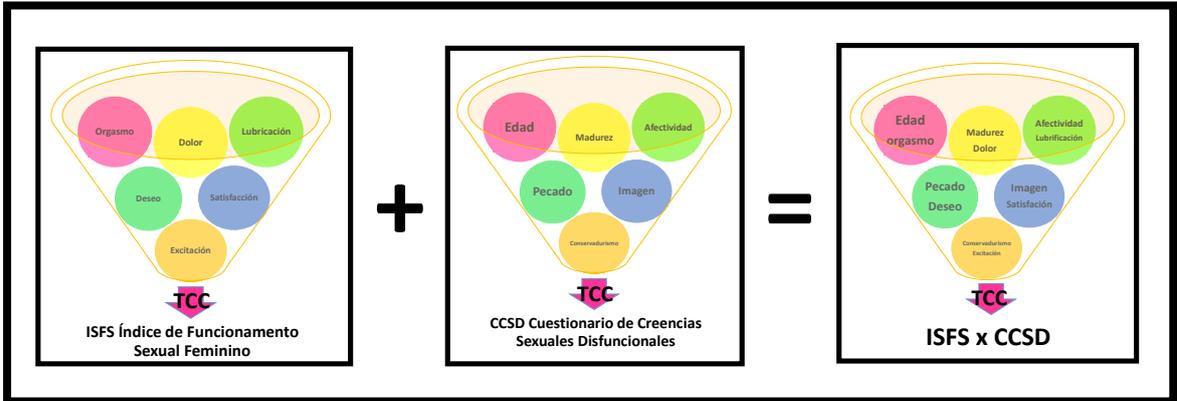


Figura 11: Índice de funcionamiento sexual femenino (ISFS) X Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (CCDS)

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

9 CONCLUSIONES

9.1 OBJETIVOS ALCANZADOS

OBJETIVO 1: IDENTIFICAR LA NATUREZA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS PRESENTES EN EL PERÍODO DE LA MENOPAUSIA

Este objetivo se cumplió a través del análisis cualitativo, donde discutimos la información recopilada durante las sesiones de terapia.

OBJETIVO 2: ESTRUCTURAR UN ENFOQUE DEL TCC PARA LA CONDICIÓN ESPECÍFICA DE LA MUJER EN ESTA FASE DE LA VIDA (MADUREZ) EN UN ENFOQUE COLECTIVO (GRUPO)

Este objetivo se cumplió a través del análisis cualitativo, donde discutimos la información recopilada durante las sesiones de terapia.

OBJETIVO 3: DISCUTIR LOS PUNTOS FUERTES Y FRÁGILES DE LA APLICACIÓN DE LA TCC PARA LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

Este objetivo se cumplió a través del análisis cuantitativo, donde se evaluó, a través de instrumentos de investigación, antes y después de la aplicación de la TCC.

OBJETIVO 4: APRIMORAR EL TRATAMIENTO CON USO DE LA TCC EN GRUPO PARA MUJERES CON APLICACIÓN EN REDES PÚBLICAS DE SALUD.

Este objetivo se cumplió a través del análisis cualitativo, donde se aplicó la terapia en grupo a través de instrumentos de investigación, antes y después de la aplicación de la TCC.

10.DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El bienestar sexual posmenopáusico no ha recibido la atención adecuada por parte de las mujeres. Dependiendo de la circunstancia psicológica, cambios biológicos asociados con cambios personales y estrés. Estudios realizados en todo el mundo muestran que las mujeres conceden gran valor a la intimidad sexual en sus relaciones (Simon 2018; Fooladi et al 2014; Tan 2009).

La disfunción sexual femenina se caracteriza como una condición crónica del dominio del deseo, la excitación, el orgasmo y el dolor. La disfunción sexual femenina es distinta de otras disfunciones sexuales debido a la presencia de sexualidad relacionada con el estrés que puede estar asociada con dificultades de relación interpersonal (Simon & Lukas 2018).

Se ha propuesto que los problemas sexuales de la posmenopausia están presentes durante al menos tres meses, en el 75% de las experiencias sexuales (Simon 2017). Aunque las necesidades presentadas derivan de la opinión de expertos y aún no de la evidencia de la investigación, las disfunciones sexuales pueden durar toda la vida también pueden adquirirse durante un período de funcionamiento normal, pueden ser situacionales (presentes solo en ciertas situaciones o con una pareja específica); y puede caracterizarse como baja, moderada o grave. Las mujeres pueden experimentar dificultades en uno o múltiples aspectos de sus respuestas sexuales, por lo que las disfunciones sexuales se superponen y varían con el tiempo. Las disfunciones sexuales de Femenia feminia incluyen factores esmenopáusicos, biológicos, psicológicos, interpersonales y socioculturales (DSM 5).

Uno de los factores que la literatura cita como causa de malestar y dolor en el sexo posmenopáusico es la atrofia vaginal, que causa, sequedad, dolor e inflamación en el área vaginal, otro factor destacado es que las mujeres a menudo no reportan esta

no conformidad ni a los miembros de la familia ni a la pareja y simplemente busca disminuir la frecuencia de las relaciones sexuales o medios de interrupción, La mayoría de las mujeres afirman no saber que existe un tratamiento o incluso una terapia que puede ayudar a mejorar los síntomas y creen que es algo natural de la edad y que no se puede hacer nada (Pompei et al 2021).

En el presente estudio, fue posible identificar que la relación entre cultura y sexualidad estuvo muy presente en el discurso de algunas participantes. Lo que va en contra de las consideraciones presentadas por Gozzo et al. (2000), según los autores, las mujeres fueron entrenadas durante siglos para oprimir sus sentimientos, anhelos y deseos, y con eso se asoció el sexo como algo malo y prohibido. Llevando a la edad adulta, quejas de desinterés sexual, creyendo que el sexo no es un componente de su salud.

Los informes de disfunción sexual femenina asociados con la menopausia se han informado ampliamente en la literatura. Según Hiasasue et al. (2005), las disfunciones sexuales femeninas tienen un aumento significativo en mujeres pre y posmenopáusicas. Howard et al (2006) evaluaron el comportamiento sexual en mujeres de 40 a 49 años y de 70 a 79 años, y observaron que el interés sexual se reduce significativamente con la edad, registrándose valores de reducción del interés sexual en un 26,7%. y 72,3% respectivamente, por lo que una reducción en el interés por las actividades sexuales hasta cierto punto es normal con el aumento de la edad.

Sin duda, hay muchos temas que necesitan ser discutidos cuando hablamos de los temas sexuales de las mujeres posmenopáusicas y que les ha causado sufrimiento, para Adekemi et al (2021 p. 2).

La promoción de la salud sexual de las mujeres menopáusicas exige una exploración de su estado de salud sexual actual y sus desafíos. Esto es con miras a desarrollar intervenciones apropiadas para mejorar los servicios de salud sexual post-reproductiva que

podrían ayudar a las mujeres a llevar una vida sexual significativa y saludable en la etapa menopáusica. Además, la importancia y los valores socioculturales colocados en las interacciones sexuales en la relación heterosexual en el entorno del estudio requieren la necesidad de explorar la salud sexual entre las mujeres menopáusicas. Por lo tanto, este estudio describe el estado de salud sexual de las mujeres menopáusicas y sus desafíos.

En el presente estudio, fue posible identificar que las mujeres entrevistadas expresaron sentimientos que muestran una percepción de inferioridad e insatisfacción con los efectos que la menopausia provoca en la forma física, o sea, una autoimagen negativa. Una serie de trabajos en la literatura han confirmado la importancia de la autoimagen en la sexualidad, corroborando los resultados del presente estudio. Según Bloch (2002 apud RODRIGUES, 2010) la autoimagen positiva se relaciona con la satisfacción sexual, por otro lado, la insatisfacción con la autoimagen se asocia negativamente con la salud sexual femenina, especialmente en aspectos relacionados con el placer, la excitación y la satisfacción.

Según Penteado et al. (2003), en un estudio realizado con mujeres menopáusicas sanas, los autores comprobaron la existencia de una relación significativa entre la autoestima y la satisfacción sexual. Complementariamente, Tang y colaboradores (2013) concluyeron que la satisfacción sexual está relacionada con la imagen corporal y la autopercepción del atractivo sexual. La insatisfacción con la imagen corporal puede inhibir el comportamiento sexual, ya que las mujeres pueden experimentar miedo al rechazo o incomodidad debido a una imagen corporal negativa, tendiendo a inhibirse de involucrarse sexualmente, evitando así este posible rechazo o incomodidad (MURNEN).; SMOLAK, 2012). Por otro lado, es probable que las mujeres que se sienten más cómodas y satisfechas con su imagen corporal estén más dispuestas para disfrutar del acto sexual (PASCOAL, 2012).

En el presente estudio, se puede observar que los relatos de mujeres que no se sienten atraídas por sus parejas, por problemas asociados a las adicciones y de salud, incluso practican relaciones sexuales, pero por obligación, y no por placer, con una clara inexistencia de relación afectiva positiva. La satisfacción sexual está relacionada con la existencia de relaciones íntimas, no sólo por la cantidad sino también por la calidad de estas relaciones. Especialmente en relación con las mujeres, cuanto mayor es el nivel de cercanía emocional en una relación, mayor es la satisfacción con la relación sexual (BYERS, 2010; PECHORRO et al., 2009; YOUNG; YOUNG; LUQUIS, 2000).

Incluso los aspectos no sexuales de la relación influyen en la satisfacción sexual, por lo tanto, los conflictos no resueltos, la distancia emocional, el hecho de que el individuo no se sienta amado y/o deseado, pueden afectar significativamente la satisfacción sexual (SOUSA, 2013).

Los aspectos relacionados con la calidad de la relación son determinantes en el interés sexual de las parejas, ya que la disminución del deseo sexual suele estar relacionada con la disminución de la satisfacción con la relación (BYERS, 2010; FERREIRA, 2013; LEVINE, 2002). Así, una relación sana entre la pareja es un factor muy importante para una buena calidad sexual, por lo que las adaptaciones a los cambios derivados de la menopausia pueden ser suficientes para no comprometer la sexualidad, e incluso la pareja puede experimentar una mejora en la relación (SILVA; BORGES, 2012).

La satisfacción sexual está relacionada con la existencia de relaciones íntimas, no sólo por la cantidad sino también por la calidad de estas relaciones. Especialmente en relación con las mujeres, cuanto mayor es el nivel de cercanía emocional en una relación, mayor es la satisfacción con la relación sexual (BYERS, 2010; PECHORRO et al., 2009; YOUNG; YOUNG; LUQUIS, 2000).

Incluso los aspectos no sexuales de la relación influyen en la satisfacción sexual, por lo tanto, los conflictos no resueltos, la distancia emocional, el hecho de que el

individuo no se sienta amado y/o deseado, pueden afectar significativamente la satisfacción sexual (SOUSA, 2013).

La TCC resultó en una mejora en el aspecto relacionado con el dolor y el malestar, durante o después del acto sexual. La irritabilidad y el dolor durante las relaciones sexuales han sido reportadas entre los principales síntomas de la menopausia (LOMÔNACO; TOMAZ; RAMOS, 2015). También según los mismos autores, el dolor durante las relaciones sexuales ha sido uno de los motivos informados como causante de la ausencia de relaciones sexuales con la pareja. Por lo tanto, se percibe la importancia de este aspecto y el impacto positivo que ha traído la TCC al proporcionar una reducción del dolor durante el acto sexual, en el presente estudio.

También se demostró que la TCC es eficaz para mejorar el índice relacionado con la excitación sexual. Un estudio realizado por Lomônaco, Tomaz y Ramos (2015), realizado con un grupo de mujeres menopáusicas, para el 46,7% de las mujeres entrevistadas, la interacción con sus parejas se vio severamente afectada debido a la caída de la libido, en consecuencia reduciendo la frecuencia de las relaciones sexuales. Por lo tanto, hay una clara ganancia de TCC en el caso bajo estudio.

La TCC proporcionó una reducción en la visión pecaminosa del sexo para las mujeres. En este sentido, las conclusiones de un estudio realizado por Hawkins (2016) corroboran las del presente trabajo, en dicho estudio los autores estudiaron la relación entre la religión y las disfunciones sexuales, donde se encontró que la religiosidad no afectaba significativamente la relación sexual, pero se encontraron correlaciones entre las creencias sexuales disfuncionales, la culpa y el funcionamiento sexual. También según el mismo autor, se encontró que los individuos que profesan una religión tienen más creencias sexuales disfuncionales que los individuos que no profesan ninguna religión. En un estudio realizado por Higgins et al. (2010), los autores demostraron que la religiosidad estaba relacionada con una menor satisfacción sexual.

Aunque la afectividad no presentó un efecto significativo en el presente estudio, los resultados han estado en contraste con el trabajo desarrollado por GOZZO et al.

(2000), las demostraciones de afecto expresadas por la pareja, a través de actitudes y acciones, que implican recibir toques y caricias en el lugar adecuado, son parte de la sexualidad, lo que indica que el acto sexual en sí no lo es todo, sino también las acciones que lo impregnan y preceden. También según los mismos autores, los pacientes relataron que consideran importante la comprensión, la conversación y el diálogo como forma de sentir la participación del compañero en la relación, valorando el romanticismo y las fantasías como forma de expresión y vivencia de su sexualidad. Según los autores, las participantes dejaron en claro que creen que gustar de su pareja es importante en su sexualidad.

10.1 CONCLUSION

Esta investigación buscó identificar cómo se puede aplicar la TCC para la mitigación de la disfunción sexual femenina y, con base en este fundamento, formular y validar un protocolo de tratamiento piloto desde la perspectiva de la TCC grupal para mujeres posmenopáusicas con disfunción sexual destinada a la aplicación en público y redes de salud.

El estudio demostró que los pacientes con disfunción sexual tienen una mayor frecuencia de pensamientos disfuncionales durante la actividad sexual. Es decir, suelen tener ideas de fracaso, negación, insatisfacción y falta de pensamientos eróticos. En este sentido, se observó el potencial de la TCC como una de las posibilidades de tratamiento para minimizar estos pensamientos negativos.

Ante la validación de la terapia cognitivo-conductual grupal como instrumento terapéutico en el manejo de los TSF, en este trabajo se verificó la contribución de la TCC, evidenciada tanto en las tablas como en los discursos de los participantes, dejándose clara su efectividad en el tratamiento de la DSF. La TCC ha sido el método terapéutico más apropiado para el tratamiento de la DSF, siendo recomendada en el tratamiento de disfunciones sexuales dolorosas y otros trastornos.

Considerando los relatos y datos de las tablas 2, 3, 4 y 5, durante la TCC se obtuvo una mejoría en los índices de control del IFSF y CCSD, siendo las participantes las que señalan la superación de creencias por parte de las pacientes con disfunción sexual, como antes de la terapia los resultados fueron bastante altos.

Las mujeres después de someterse a la TCC tuvieron puntajes más bajos para las variables Excitación y Dolor, lo que indica que después de la terapia, la excitación aumentó y el dolor disminuyó. Después de someterse a la TCC, las mujeres

presentaron índices más bajos para las variables conservadurismo, imagen corporal, maternidad, pecado y TOTAL.

Sin embargo, en general, en este estudio se comprobó que el éxito de la terapia comienza cuando el paciente utiliza las técnicas y experiencias en la TCC, logrando romper sus esquemas mentales, y con ello, simultáneamente, se produce una disminución de sus creencias. Así, fue perceptible la evolución de las pacientes que participaban en el proceso terapéutico, demostrando la aplicabilidad de la TCC en el ámbito de la salud pública.

La TCC se valida como un recurso grupal para uso terapéutico en las DSF en la postmenopausia, incluso como una forma de fortalecimiento grupal y herramienta facilitadora, ya que es accesible incluso para redes públicas siendo de buen desempeño y, finalmente, en cuanto a los factores que alcanzan el equilibrio y la sexualidad en la salud de las mujeres menopáusicas, es necesario posicionar la importancia de los factores subjetivos y extrínsecos (autoimagen, autoestima, comportamiento y calidad de la relación con la pareja, comportamiento de la pareja y compromiso en la relación) con eventuales primeras respuestas de malestar y de inadaptación, debiendo ser cuidadosamente observadas durante el climaterio e idealmente trabajadas en terapias de pareja y de grupo, para atender la demanda psicosocial de estas mujeres.

Así, se cumplió con el objetivo general del estudio, con un protocolo elaborado y con validez en una muestra de población femenina posmenopáusica con DSF y en cuanto a los objetivos específicos se puede mencionar que: las principales creencias sexuales disfuncionales se refieren al cuerpo, el bajo nivel de atracción, el fin de la vida sexual y la no conciliación entre el rol social actual y la vida sexual activa.

Se evalúa que el protocolo de tratamiento desarrollado y los efectos de la TCC fueron efectivos para los grupos participantes actuando efectivamente en todos los dominios de la IFSF y CCSD discriminados por los instrumentos de evaluación utilizados.

10.2 LIMITACION

En los cuestionarios aplicados se evidenció que las disfunciones sexuales en las mujeres estudiadas están fuertemente relacionadas con las creencias obtenidas a lo largo de la vida. Sin embargo, se encontró que después de la TCC hubo una disminución importante de los mitos derivados de las creencias y con ello hubo una mejora en la actividad sexual de las participantes.

Durante el análisis de las categorías, se corroboró que la influencia de la relación de pareja en la satisfacción sexual de las participantes interfiere en la calidad emocional de las interacciones sexuales, demostrando ser la influencia más importante en sus valoraciones de la relación sexual.

Las mujeres indicaron que están insatisfechas, reclamando más amor, apego y cariño. Esta situación ha llevado a la falta de deseo e interés sexual, en algunas, según relatan, incluso sienten repulsión por su pareja, convirtiendo la actividad sexual en una obligación en la vida conyugal.

En cuanto a los aspectos negativos, se puede considerar la ausencia de apoyo de las parejas de las participantes, con lo cual se comprometieron algunas tareas del grupo. Hay que valorar la dimensión de la pareja y no siempre es así, incluso por las desconexiones y dificultades comunes entre las parejas con problemas sexuales, que no difieren durante el climaterio.

Este trabajo no se encuentra exento de limitaciones. Si bien los resultados del presente estudio han demostrado los efectos positivos de la TCC en el tratamiento de la disfunción sexual femenina en mujeres menopáusicas, debemos resaltar que el número de mujeres incluidas en el presente estudio se limita a una región específica del país (mujeres en proceso de tratamiento en el Ambulatorio de la Clínica AME en la

ciudad de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil), por lo tanto, puede no reflejar la realidad de otras regiones, con otras culturas, costumbres y experiencias.

10.3 PERSPECTIVA FUTURA

El desarrollo de este estudio fue relevante, ya que la constitución del grupo favoreció la construcción conjunta de conocimientos entre las participantes, así como el intercambio de experiencias y la relación de confianza entre las participantes del grupo con la terapeuta. En ese proceso, la comunicación permitió, a partir de los relatos en el grupo, hacer más ligeros para algunas los temas propuestos. Otros aspectos a considerar y que contribuyeron al éxito de la TCC fueron el interés y la asistencia de los participantes a las sesiones. También la apertura del espacio físico de la Clínica AME con el aporte de la ginecóloga para apoyar e indicar el grupo de la TCC a las pacientes.

Por lo cual, para perspectivas futuras, se deben realizar nuevos estudios, incluyendo pacientes de otras regiones, para estudiar los efectos de la TCC en grupos más representativos del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdo, C. H. (2005). *Estudio Sexual del brasileiro*. São Paulo: Bregantini.

Abdo, C. H. N., Oliveira Jr, W. M. D., Scanavino, M. D. T., & Martins, F. G. (2006). Disfunción eréctil: resultados del estudio de la vida sexual del brasileiro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(6), 424-429.

Adekemi E. Olowokere RM, Ademidun O. Adedeji RM, Aanuoluwapo O. Olajubu RM, Mercy K. Aladegboye RM, & Omolola O Irinoye RM, (2021). Sexual Health after Menopause: A Qualitative Study. *Gynecological Reproduction Health*. 2021; 5(5): 1-9.

Almeida, M. D. J. S. D., Peixoto, C., Ribeiro, T. T. D. S. B., Silva, L. M. D., & Veras, A. B. (2018). Terapia cognitivo-comportamental en grupo para la disfunción sexual en la post menopausia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(4), 231-238.

American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Porto Alegre: Artmed*.

American Psychiatric Association. (2014). DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Porto Alegre: Artmed*.

Apollinário JC, Coutinho W, Póvoa LC, Meirelles R. (1995) Terapia hormonal e os sintomas psíquicos na menopausa. *J Bras Psiquiatr*. c;44(4):169-76.

Ariès, P. (1981). *Historia social de la infancia y la familia*. Rio de Janeiro: LTC.

Ausin, J. (1993). Definición y epidemiología de la menopausia. *Palacios S. Climaterio y menopausia*. Madrid: Mirpal, 43.

Bancroft, J.; Loftus, J. Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of sexual behavior*, 32, 193-208.

Barletta, J. B., da Fonseca, A. L. B., & Delabrida, Z. N. C. (2012). A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 153-167.

Barlow, D. H. (Org.). (1986). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.

Barreto, A. P. P. (2017). As repercussões da psicoterapia cognitivo-comportamental na função sexual e qualidade de vida de mulheres com disfunção sexual: uma análise qualitativa.

Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., ... & Wagner, G. (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 24-34.

Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Foucroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000;163(3):888-93.

Bastos, M. H. (2001). *Sorria, você está na menopausa: um manual de terapia natural para a mulher*. São Paulo: Ground.

Bastos, M. H. (2003). *Sorria, você está na menopausa: um manual de terapia natural para a mulher*. São Paulo: Ground, 2001.

Bayers, E. S. (2010). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationship. *The Journal of Sex Research*, 42, 113-118.

Beall, A. E., & Sternberg, R. J. (1995). The social construction of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 417-438.

Beck, A. T. (1967). *Depression. Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York (Hoeber) 1967.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. (1997) *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed; p. 52.

Beck, A. T. (2006). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.

Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977.

Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. São Paulo: Artmed.

Beck, A. T., Guth, D., Steer, R. A., & Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour research and therapy*, 35(8), 785-791.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Publications.

Beck, J. S. (2022). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática* 3. ed. – Porto Alegre: Artmed.

Bedone, R. M. V., & Abdo, C. H. N. (2013). Síndrome metabólica como fator de risco para disfunção sexual feminina. *Diag Trat*, 18(1), 45-8.

Berman, J. R., Berman, L. A., Toler, S. M., Gill, J., Haughie, S., & Sildenafil Study Group. (2003). Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo controlled study. *The Journal of urology*, 170(6), 2333-2338.

Bearzoti, P. Sexualidade: um conceito psicanalítico freudiano. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [online]. 1994, v. 52, n. 1 [Acessado 12 Agosto 2022], pp. 113-117. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100024>>. Epub 19 Jan 2011. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100024>.

Bieling, P. J., McCABE, R. E., & Antony, M. M. (2009). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos*. Artmed Editora.

Binkowski, G. Fósseis do Campo Psi: sobre Conversão de Orientação Sexual e Gênero. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2019, v. 39, n. spe3 [Acessado 12 Agosto 2022], e228542. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003228542>>. Epub 8 Maio 2020. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228542>.

Blumel JE, Castelo Branco C, Chedraui PA, Binfa L, Dowlani B, Gomes MS, et al. (2004) Patients' and clinicians' attitudes after the Women's Health Initiative study. *Menopause*. 11(1):57-61.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitivebehavioral therapy: A review of meta analyses. *Clin Psychol Rev.*, 26(1): 17-31.

Caballo, V. E. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Promolibro.

Caballo, V. E. (2011). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo.

Caballo, V. E. (2007). *Manual de psicología clínica infantil e do adolescente: trastornos gerais*. São Paulo: Editora Santos.

Caballo, V. E. (Ed.). (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Siglo Veintiuno de España.

Cade, N. V. (2001). Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6),300-304.

Caires, C. S., Oliveira A. C. F. & Araújo E. N. P., (2015). Pós-Menopausa, Disfunção Sexual e Personalidade: Explorando Alguns Conceitos. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*;17(3):206-10.

Callegaro, C. C., Ribeiro, J. P., Tan, C. O., & Taylor, J. A. (2011). Attenuated inspiratory muscle metaboreflex in endurance-trained individuals. *Respiratory physiology & neurobiology*, 177(1), 24-29.

Callegaro, M. (2011). *O novo inconsciente*. Porto Alegre: Artmed.

Cardoso, L. R. D. (2011). Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Psicologia argumento*, 29(67).

CAREY, M. (2005). Tratamento cognitivo-comportamental das disfunções sexuais. CABALLO, VE *Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos*. São Paulo: Livraria Santos.

Carolo, P. B. (2011). Terapia cognitivo-comportamental: infância e adolescência. *Psicologia Infanto-Juvenil*: Rio de Janeiro, mensal, 2-5.

Carvalho, A. A., Gomes, F. A. (2011). A disfunção sexual na mulher. *Manual de ginecologia*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia, 119-34.

Cassepp-Borges, V., & Pasquali, L. (2012). Estudo nacional dos atributos psicométricos da Escala Triangular do Amor de Sternberg. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22, 21-31.

Cavalcanti, I. F., Farias, P. D. N., Ithamar, L., Silva, V. M. D., & Lemos, A. (2014). Sexual function and factors associated with sexual dysfunction in climacteric women. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36, 497-502.

Connell, R. (2014). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. John Wiley & Sons.

Conover, W. J. (1999). *Practical nonparametric statistics* (Vol. 350). John Wiley & Sons.

Coon, D. W.; Thompson, L. W.; Gallagher-Thompson, D. (2007). Adapting homework for an older adult client with cognitive impairment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 252-260.

Cordioli, A. V., & Knapp, P. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s51-s53.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.

Da Motta, A. B. (2015). As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. *cadernos pagu*, (13), 191-221.

Dattilio, F. M. (2004). Casais e família. In: Knapp, P. (Org). *Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

Dattilio, F. M., & Freeman, A. (1995). Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises: tópicos especiais (M. Lopes & M. Carbajal, Trad). *São Paulo: Editorial Psy. (Original publicado em 1992)*.

De Lorenzi, D. R. S., Baracat, E. C., Saciloto, B., & Padilha Jr, I. (2006). Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *Revista da associação médica brasileira*, 52(5), 312-317.

Dobson, D., & Dobson, K. S. (2009). *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências*. Artmed Editora.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013

Earle, J. R., Perricone, P. J., Davidson, J. K., Moore, N. B., Harris, C. T., & Cotten, S. R. (2007). Premarital sexual attitudes and behavior at a religiously-affiliated university: Two decades of change. *Sexuality and Culture*, 11(2), 39-61.

ELIA, L. Corpo e sexualidade em Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Uapê 2° ed. 1995.

Falcone, E. (2001). *Psicoterapia cognitiva: psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. São Paulo: Ediouro.

Faubion, S., Rullo, J. (2015). Disfunção sexual em mulheres: uma abordagem prática. *American Family Physician*, 92 (4).

Ferrari, R. P. (1996). *Menopausa Hoje*. Porto Alegre: L&PM.

Ferreira, A. L. C. G., Souza, A. I., Ardisson, C. L., & Katz, L. (2007). Disfunções sexuais femininas. *Femina*, 35 (11), 689-95.

Ferreira, L. C. N. T. (2013). Intimidade e o desejo sexual nas relações de casal: o paradoxo da diferenciação conjugal. Tese de Doutorado. Lisboa/Coimbra

Figueiredo, A. L., Oliveira, L. C. C., & Santello, F. H. (2011). Menopausa: conceito e tratamentos alopático, fitoterápico e homeopático. *Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa*, 59.

Fooladi E, Bell RJ, Whittaker AM, Davis SR. Women's expectations and experiences of hormone treatment for sexual dysfunction. *Climacteric* 2014; 17:674–81.

Freitas, A. L. P., & Rodrigues, S. G. (2005). A avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: Simpósio de Engenharia de Produção. *Anais... Bauru-SP: UNESP*.

Freud, S. (1925a). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1924a) A dissolução do complexo de Édipo. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1923a) A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1905) Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Gouveia VV. (2003) A natureza motivacional dos valores humanos: evidências acerca de uma nova tipologia. *Estud Psicol.* 8(3):431-43.

Gozzo, T. D. O., Fustinoni, S. M., Barbieri, M., Roher, W. D. M., & Freitas, I. A. D. (2000). Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. *Revista latino-americana de enfermagem*, 8, 84-90.

Graham, C. A., Sanders, S. A., Milhausen, R. R., & McBride, K. R. (2004). Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Archives of sexual behavior*, 33(6), 527-538.

Guimarães, D. B. S., & Cordás, T. A. (2002). Os tratamentos psicoterápicos da bulimia nervosa. *Rev. Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, 150-57.

Guimarães, H. C. (2015). Sexualidade na terceira idade. *Revista Longeviver*, (47).

Guldner, J., Tan, H. S., & Patwardhan, S. (1996). Analysis of automatic steering control for highway vehicles with look-down lateral reference systems. *Vehicle System Dynamics*, 26(4), 243-269.

Hawkins, S. G. (2016). *O papel da educação sexual e da religiosidade no funcionamento sexual*. (Master dissertation, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto).

Hawton, K.; Kirk, J. Salkovskis, P. M. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.

Hawton, K.; Kirk, J. Salkovskis, P. M. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.

Heiman, J., & LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women*. Prentice Hall.

Heiman, J.; Lopiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women*. New York: Prentice Hal.

Hernandez, J. A. E., & Oliveira, I. M. B. D. (2003). Os componentes do amor e a satisfação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(1), 58-69.

Higgins, J. A., Trussell, J., Moore, N. B., & Davidson, J. K. (2010). Virginity lost, satisfaction gained? Physiological and psychological sexual satisfaction at heterosexual debut. *Journal of Sex Research*, 47, 384-394.

Hisasue, S. I., Kumamoto, Y., Sato, Y., Masumori, N., Horita, H., Kato, R., ... & Itoh, N. (2005). Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology*, 65(1), 143-148.

Howard, J. R., O'Neill, S., & Travers, C. (2006). Factors affecting sexuality in older Australian women: sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. *Climacteric*, 9 (5), 355-367.

Ito, L. M. (1998). *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Artes Médicas.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Kaplan, H. S. (1978). Manual ilustrado de terapia sexual. São Paulo: Manole, p. 195.

Kaplan, H. S. (1983). *O desejo sexual: e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo*. Nova Fronteira.

Kahhale, E.M.P. Subsídios para reflexão sobre sexualidade na adolescência: in Bock, A.M.B.; Marchina Gonçalves, M.G.; Furtado, O (Orgs.). *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez, 2001

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. et al. (1953). *Comportamento Sexual na Mulher Humana*. Filadélfia, Pa: WB Saunders Co.

Kinsey, A., Pomeroy, B. W., Martin, E. C., & Gebhard, H. P. (1954). *Conduta sexual da mulher*. Rio de Janeiro: Atheneu, 9.

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s54-s64.

Knapp, P., Rohde, L. A., Lyszkowski, L., & Johannpeter, J. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental no TDAH: Manual do terapeuta*. Artmed.

Laflin, M. T., Wang, J., & Barry, M. (2008). A longitudinal study of adolescent transition from virgin to nonvirgin status. *Journal of Adolescent Health, 42*(3), 228-236.

Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. *JAMA, 281*, 537-544

Leahy, R.L. (2007). *Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta*. Porto Alegre, Artmed, 360 p.

Leal, N. S. B., Soares, M. F., Rocha, I. T. D., & Ribeiro, C. G. (2013). A atitude dos universitários em relação ao profissional de limpeza urbana. *Psicologia: Ciência e Profissão, 33*(4), 946-963.

Lehrer, P., & Carrington, P. (2003). Progressive relaxation, autogenic training, and meditation. *Handbook of mind-body medicine for primary care, 137-150*.

Leiblum, S. R. (2012). *Tratamento dos transtornos do desejo sexual: casos clínicos*. Porto Alegre: Artmed.

Lerner, T. (2012). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento de disfunções sexuais femininas*. São Paulo. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Lerner, T. (2012). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento de disfunções sexuais femininas* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Lima AAT. (2013). *Teorias da personalidade: série resumos teóricos*. Salvador: Profissional.

Levine, S. B. (2002). Reexploring the concept of sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(1), 39-51.

Lomônaco, C., Tomaz, R. A. F., & de Oliveira Ramos, M. T. (2015). O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. *Reprodução & Climatério*, 30 (2), 58-66.

Lopes, C. (2010). *Que confusão é essa: Por que é tão difícil falar de sexo - Coleção educação sexual: perguntas e respostas*. Santa Catarina: Brasileitura.

Lopiccolo, J.; Heiman, J. R. (1992). *Descobrimo o prazer*. São Paulo: Summus.

Lopiccolo, J.; Heiman, J.R. (1988). *Descobrimo o prazer*. São Paulo: Summus.

Lucena, B. B.; Abdo C. H. (2013). O papel da ansiedade na (dis)função sexual. Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Diagn Tratamento*. 18(2):94-8.

Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V., & Otto, M. W. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s81-s87.

Marques, F. Z. C., Chedid, S. B., & Eizerik, G. C. (2008). Resposta sexual humana. *Revista de Ciências Médicas*, 17(3/6).

Martins, A. A. (1996). Menopausa sem mistérios: as mais recentes descobertas. In *Menopausa sem mistérios: as mais recentes descobertas* (pp. 362-362).

Martins, G. B.; Nobre, N. K. S. & Martins, M. G. T. (2021) A Violência Doméstica Contra Mulheres: Contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental na Intervenção. *Id on Line Revista Multidisciplinar de Psicologia* V.14 N. 54 p. 104-116, Fevereiro/20201.

Martins, M., Thomas, A. A., Dreher, D. Z., & Berlezi, E. M. (2015). Prevalência de disfunção sexual em mulheres climatéricas. *Salão do Conhecimento*.

Martins, R. A. S. (2012). Envelhecimento, atividade física e saúde cardiovascular. *Envelhecimento, atividade física e saúde cardiovascular*.

Master, W. H.; Johnson, V. E.; Kolodny, R. C. (1985). *O relacionamento amoroso: segredos do amor e da intimidade sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 591p.

Meireles, G. S. (2019). Aspectos psicológicos das disfunções sexuais. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 30(2), 47-54.

Minayo M. C. S. & Coimbra C. E. A. (2002). Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo MCS, Coimbra Junior CEA. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz;, p.16.

Morrel, M. J., Sperling, M. R., Stecker M, Dichter, M. A. (2006). Sexual dysfunction in partial epilepsy. *Neurology*, 44:243-24.

Morrel, R. (1996). Measuring Elastic Properties of Advanced Technical Ceramics – A review. In: NPL Report CMMT (A) 42. Teddington, National Physical Laboratory, pp.41

Murnen, S. & Smolak, L. (2012). Social considerations related to adolescent girls' sexual empowerment: A response to Lamb and Peterson. *Sex Roles*, 66, 725-735.

Negreiros, T. C. G. M. (2004). Sexualidade e gênero no envelhecimento. *Alceu*, 5: 77-86.

Neufeld, C. B., Carvalho, A. V. (2014). Treino de habilidades sociais. In: Melo, W. V., organizadora. *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Nobre, P. (2009). *Disfunções Sexuais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Nobre, P. J.; Pinto-Gouveia, J. (2006). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 37-49.

OMS. (1993). Organização Mundial da Saúde. *Relatório 1993/1994*. World Health Statistics Annual, 1992/1993. Genebra: OMS.

OMS. (2000). Organização Mundial da Saúde. *Relatório 1999/2000*. World Health Statistics Annual, 2000. Genebra: OMS.

OMS. (2006). Organização Mundial da Saúde. *Relatório 2005/2006*. World Health Statistics Annual, 2006. Genebra: OMS.

OMS. (2020). Organização Mundial da Saúde. *Relatório 2019/2020*. World Health Statistics Annual, 2020. Genebra: OMS.

Pablo, C., & Soares, C. (2004). As disfunções sexuais femininas. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(3), 357-70.

Papalia, D. E.; Feldman, R. D. (Colab.). *Desenvolvimento Humano*. 12^a ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2013.

Pascoal, P. (2012). Contributo de variáveis individuais e relacionais para a satisfação sexual de pessoas em relação de conjugalidade com e sem 3problemas sexuais. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia.

Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 33-44.

Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação de uma versão feminina do Índice de Satisfação Sexual (ISS). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 45-56.

Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: a population-based study with women aged 18 to 79 years. *Journal of sex & marital therapy*, 41(2), 169-180.

Penteado, S., Fonseca, A., Bagnoli, V., Assis, J., & Pinotti, J. (2003). Sexuality sin healthy postmenopausal women. *Climacteric*, 6, 321-329.

Peter, J. B.; Randi E. M.; Martin, M. A. (2009). *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos*. Artmed.

Petersen, M. G. F.; Zamora, J. C.; Fermann I. L.; Crestani, P. L. & Habigzang, L. F. (2019). Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. *Revista Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, vol. 31, n.1, p. 145 – 165, jan-abr/2019.

Piassarolli, V. P., Hardy, E., Andrade, N. F. D., Ferreira, N. D. O., & Osis, M. J. D. (2010). Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(5), 234-240.

Pimenta F, Leal I, Branco J. Menopausa, (2007). A experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: uma revisão da literatura. *Anál Psicol*; 25(3):455-66.

Pompei, L. M.; Wender, M. C. O., Kulak Jr, J., Pires, I., Suvarna, Y. & Nappi, R. E. (2021) Impact of postmenopausal vaginal discomfort on sex and relationships in Brazil: the CLOSER survey, *Climacteric*, 24:6, 593-599, DOI: 10.1080/13697137.2021.1908988. <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1908988>

Prado, D. S., Mota, V. P. L. P., & Lima, T. I. A. (2010). Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32, 139-143.

R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

Ramos, D. (1998). *Viva a menopausa naturalmente*. São Paulo: Augustus.

Ramos, V., Carvalho, C. C., & Leal, I. P. (2005). Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Análise psicológica*, 23(2), 173-185.

Rangé, B. (1995). *Psicoterapia comportamental e cognitiva*. Campinas: Editorial Psy II.

Rangé, B. (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. São Paulo: Artmed.

Rangé, B. (2011). *Terapia cognitiva: Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre, Artmed.

Rebolledo, M. C., & Fierro, E. H. (2003). Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y enfermería*, 9(1), 55-64.

Rodrigues, A.; Assmar, E. M. L.; Jablonski, B. (2001). *Psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Rodrigues, O. M. (2010). Avaliação de depressão em amostra de pacientes com queixas sexuais por meio do Inventário Beck de Depressão (BDI). *Terapia Sexual*, XI (1), 105-119.

Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208.

Rosset, S. M. (2010). *Técnica de psicoterapia relacional sistêmica*. 4. ed. Curitiba: Sol.

Roudinesco & Plon. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Sales, A., & Pereira, R. (2011). Terapia Cognitivo-Comportamental como Instrumento para Desenvolvimento da Resiliência. *Neurobiologia*, 74(1).

Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 37, S 29-S52.

Schmaling, K. B., Fruzzetti, A. E., Jacobson, N. S., Halton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1997). Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático.

Serra, A. M. (2007). *Terapia Cognitiva e Construção do Pensamento*. São Paulo: Ed. Escala.

Shinyashiki, R. (1992). *A carícia essencial*. Uma estória de carinhos, São Paulo: Gente.

Silva, T. & Borges, M. (2012). Sexualidade após a menopausa: Situações vivenciadas pela mulher. *Revista Enfermagem Integrada*, 5 (2), 1018 – 1032.

Simon J. A., Lukas V. A. (2017). Distressing sexual function at midlife: unmet needs, practical diagnoses, and available treatments. *Obstet Gynecol*;130:889–905.

Simon, J. A.; Davis, S. R. Althof, S. E.; Chedraui, P.; Clayton, A. H.; Kingsberg, S. A.; Napi, R. E.; Parish, S. J. & Wolfman, W. (2018): Sexual well-being after menopause: Na International Menopause Society White Paper, *Climacteric*, DOI: 10.1080/13697137.2018.1482647

Sousa, C. F. S., & de Freitas Carnaúba, S. M. (2021). Impactos da andropausa na saúde do homem—reflexão acerca dos cuidados na atenção básica de saúde no Brasil Impacts of andropause on men's health-reflection about care in basic health care in Brazil. *Brazilian Journal of Development*, 7(12), 119851-119856.

Spector, I. P., Carey, M. P. (1990). Incidência e prevalência das disfunções sexuais: uma revisão crítica da literatura empírica. *Comportamento Sexo do Arco*, 19:389-408.

Tan H. M., Marumo K., Yang D. Y., Hwang T. I., Ong M. L. (2009) Sex among Asian men and women: the Global Better Sex Survey in Asia. *Int J Urol*;16:507–14

Tang, N., Bensman, L., Hatfield, E. (2013). Culture and sexual self-disclosure and intimate relationships. *Interpersona*, 7 (2), 227-245.

Tozo, I. M., Lima, S. M. R. R., Gonçalves, N., de Moraes, J. C., & Aoki, T. (2007). Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 94-99.

Trien, S. F. (1994). *Menopausa: A grande Transformação*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Vettorazzi, J., Marques, F., Hentschel, H., Ramos, J. G. L., Martins-Costa, S. H., & Badalotti, M. (2012). SEXUALITY AND THE POSTPARTUM PERIOD: A *Revista HCPA*, 32(4), 473-479.

Vilela, J. C. (2008). *Efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre fatores de risco e qualidade de vida em pacientes cardíacos* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Waite, L. J., Iveniuk, J., Laumann, E. O., & McClintock, M. K. (2017). Sexuality in older couples: Individual and dyadic characteristics. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 605-618.

Walker, A. (2018). *openxlsx: Read, Write and Edit XLSX Files*. R package version 4.1. 0.

White, J. R. & Freeman, A. S. (2003). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca

Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Springer-Verlag New York.

Wickham, H., Romain François, Lionel Henry and Kirill Müller (2021). *dplyr: A Grammar of Data Manipulation*. R package version 1.0.7.

Wright, Jesse H.; Basco, Mônica R; Thase, Michael E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitiva comportamental*, um guia ilustrado; tradução Mônica Giglio Arnaldo. Porto Alegre: Artmed.

Yalon, I. (2008). *Piscoterapia de Grupo: teoria e prática*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

Young, M., Denny.G., Young., T., & Luquis, R. (2000). Sexual satisfaction among married women. *American Journal of Health Studies*.

Zucco, L. P., Minayo, M. C. S. (2010). Female sexuality in magazines. *Interface (Botucatu)*, 5.

ANEXO A



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

CARTA DE INVITACIÓN

INVITACIÓN A PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Querida señora,

Nos dirigimos a usted para invitarla a participar en una investigación que tiene como objetivo identificar cómo se puede aplicar la Terapia Cognitivo Conductual para la mitigación de la disfunción sexual femenina; con base en este supuesto, formular y validar un protocolo de tratamiento piloto desde la perspectiva de la TCC grupal para mujeres posmenopáusicas con disfunción sexual dirigida a la aplicación en redes públicas de salud, así como identificar la naturaleza de las disfunciones sexuales femeninas presentes en el período de la menopausia.

La investigación forma parte de un proyecto desarrollado por el grupo de investigación de la UCES- FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DE BUENOS AIRES - ARGENTINA, coordinado por la Dr. Alejandra Daniela Calero. Además, la investigación se vincula con el estudio desarrollado por mí como requisito para obtener el título de Doctora en Psicología.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Cuiabá – UNIC en febrero de 2021. En cumplimiento de las directrices del Consejo Nacional de Salud y del Ministerio de Salud de Brasil, la investigación cumple con las directrices sobre consentimiento, confidencialidad y anonimato, beneficios y propiedad intelectual.

El tratamiento se realizará en grupo, en la clínica, con 10 sesiones con la aplicación de técnicas de terapia cognitivo conductual y sin costo para las participantes que encajen en este

perfil. (Estar en el período de la menopausia y tener problemas con disfunciones sexuales, baja autoestima, problemas para comunicarse con el cónyuge).

Si está interesado en participar en la encuesta, complete el formulario de registro, el Formulario de consentimiento libre e informado y el cuestionario, documentos que contienen más información sobre la encuesta en el archivo adjunto.

Las reuniones tendrán lugar una vez por semana con una duración de 1:30h. Local: Clínica AME

Dirección: Rua Desembargador José de Mesquita, 58

Día: Lunes, Martes y Viernes

Horário: das 19:30 às 21:00 hs

Contacto: (65) 981270017

Agradecemos su tiempo y atención.

Equipo de investigación.

- Psicóloga Mestra Maria de Jesus Siqueira de A. Correa - RCP – 18/1108
- Dra. Alejandra Daniela Calero
-

Maria de Jesus S. A. Correa - CRP-18/01187

ANEXO B

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ACLARADO

Las pacientes del Centro Médico Especializado (Clínica AME), ubicado en Cuiabá Mato Grosso, en la Rua Desembargador José de Mesquita, 56 en el barrio Araés, están siendo invitadas, como voluntarias, sin recibir ningún tipo de remuneración, a participar de un estudio titulado “Enfoque conductual cognitivo para la disfunción sexual en la menopausia”. La investigación permite avanzar en el conocimiento del perfil de los pacientes con deficiencia de andrógenos y en la investigación de alternativas de tratamiento para esta población, por lo que su participación es fundamental para la construcción de nuevos conocimientos en este campo. El objetivo principal de este estudio es probar la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de la disfunción sexual femenina después de la menopausia. Los principales beneficios que pueden derivarse de este estudio son el examen diferenciado de cuestiones psicológicas, cognitivas y sexuales también la identificación de un síndrome mal diagnosticado en los exámenes de rutina, lo que abre la posibilidad de un tratamiento adecuado.

Para conocer la metodología de la investigación, antes de aceptar participar en el estudio, se le darán explicaciones específicas sobre el propósito de la investigación, la fase en la que se encuentra y cómo se utilizarán y se analizarán los resultados después de las entrevistas, atención y tratamiento. El investigador estará disponible para aclarar posibles dudas sobre la metodología o cualquier otro tema relacionado con la investigación, antes, durante y después de las entrevistas, consultas y tratamiento. Al aceptar participar en el estudio, se realizará una

entrevista inicial, con una duración promedio de dos horas, basada en un guión semiestructurado para la identificación del paciente, la sexualidad y las escalas de evaluación del estado de ánimo. Después de esta primera entrevista y exámenes, los pacientes diagnosticados con disfunción sexual recibirán atención psicoterapéutica en el enfoque de la terapia cognitivo conductual.

Cualquier duda sobre los procedimientos de la entrevista, cuidados y tratamientos pregunte al investigador para que pueda brindarle más información. También vale la pena señalar que los resultados serán utilizados para publicaciones en el ámbito académico y en la salud pública científica, respetando la confidencialidad de los nombres de los entrevistados, así como los contenidos de las entrevistas y consultas. La participación en esta investigación puede generar cierta incomodidad relacionada con la necesidad de entrar en contacto con temas íntimos en la entrevista inicial y en las consultas psicoterapéuticas. Si durante las entrevistas y consultas sientes alguna molestia, puedes detenerla tan pronto como quieras. Puede retirar su consentimiento de participar en cualquier momento, sin perjuicio. No habrá ningún costo relacionado con los procedimientos previstos en el estudio. Esta investigación cumple con las Directrices y Normas Regulatoras de la Investigación involucrando Seres Humanos, según la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud. Este estudio está siendo realizado por la Psicóloga María de Jesús Siqueira de Almeida Correa.

Este estudio está siendo realizado por la Psicóloga María de Jesús Siqueira de Almeida Correa, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales – UCES. En caso de duda se puede contactar a las investigadoras por teléfono de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 en la Coordinación de la Carrera de Psicología de la UCES, Av, Paraguay, BA – Argentina o directamente con esta investigadora

(65)981270017.

Yo, _____, Conozco la naturaleza y los objetivos del estudio al que fui invitada a participar, los beneficios que se pueden obtener, así como las formas de resolver las posibles dudas con respecto a mi

participación o al estudio. Entiendo que soy libre de aceptar o rechazar, pudiendo interrumpir mi participación en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin perjuicio de mi persona. Declaro que he sido informado de que los datos facilitados por mí serán tratados de forma confidencial.

ANEXO C



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Datos de identificación

Nombre: _____

Fecha de Nac: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Profesión: _____

Dirección: _____ Telefono: _____

Barrio: _____ nº _____ CEP: _____

E-mail: _____ CPF: _____

Nombre de los papás: _____ y _____

Religión: _____ Fecha de inscripción: ____/____/2021

Indicado por: _____

Grau de Educación:

() Primeir Grado () Segundo Grado () Superior () Completo () Estudiante. ¿Cuál Carrera? _____

01. ¿Ha recibido o recibe consejos alguna vez, es o ha sido tratado en el área emocional, ha hecho o está haciendo algún tipo de psicoterapia?

() Si () No

02. ¿Con quien? _____, ¿Cuanto Tiempo? _____
¿Motivo? _____

03. ¿Toma algún tipo de medicamento? () Si () No ¿Cual?.

04. ¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad?

() Si () No ¿Cual? _____

05. ¿Alguna vez ha consumido o tiene dependencia de algún tipo de droga? ¿Cuál?

06. Escribe con tus propias palabras qué problemas tienes que te hicieron quererte unir al grupo de terapia.

Cuiabá, ___/___/ 2021

Firma

Maria de Jesus S. A. Correa - CRP-18/01187

ANEXO D

CUADRO 2 – PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

CUADRO DE SÍNTESIS DE TÉCNICAS Y CONTENIDOS PARA SESIONES 12 DEL MODELO TCC PARA LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA POSTMENOPAUSIA		
Sesión	Contenido	Técnica
1	<p>Presentación e interacción del grupo.</p> <p>Conocer y dar a conocer a cada miembro, alianza terapéutica.</p> <p>Discusión sobre el concepto de menopausia. Aclaración de conceptos disfuncionales e información adicional sobre el tema con texto del Dr. Dráuzio Varella u otra opción que sea suficientemente completa y apropiada para el grupo.</p> <p>Aplicación del cuestionario IFSF.</p>	<p>Dinámica de Interacción (corazón roto). Roset (2010).</p> <p>Tarea: Texto del Dr. Dráuzio Varella – Menopausia o similar.</p> <p>Escala IFSF.</p>
2	<p>Psicoeducación sobre la menopausia.</p> <p>Establecer una relación con la sesión anterior después de escuchar sobre la tarea. ¿Cuál es la comprensión de cada una de las lecturas?</p> <p>Lectura: Eventos comunes de la menopausia (Dattilio y Freeman, 1995).</p> <p>Manejo de los síntomas de la menopausia..</p>	<p>Psicoeducación a través de diapositivas.</p> <p>Escuchar a cada participante y sus síntomas.</p>

**CUADRO DE SÍNTESIS DE TÉCNICAS Y CONTENIDOS
PARA SESIONES 12 DEL MODELO TCC PARA LA
DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA POSTMENOPAUSIA**

Sesión

Contenido

Técnica

3

**Disfunciones sexuales en la menopausia.
Aclarar conceptos y adicionalmente
informar sobre problemas sexuales
posmenopáusicos.
Explicar las enfermedades que pueden
afectar y/o manifestarse con mayor
intensidad. Comentar el Trastorno
hipoactivo, trastorno de aversión al sexo,
trastorno orgásmico femenino o
anorgasmia, dispareunia (dolor genital
asociado al coito), vaginismo (DSM-IV)
(APA, 2014).
Recopilar información adicional sobre la
dificultad sexual de forma individual.
Tarea de casa: lectura del texto sobre
disfunciones sexuales.**

**Biblioterapia,
artículos.
Videos.
Dinámica
Hablar de dos
en dos.**

**CUADRO DE SÍNTESIS DE TÉCNICAS Y CONTENIDOS
PARA SESIONES 12 DEL MODELO TCC PARA LA
DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA POSTMENOPAUSIA**

Sesión

Contenido

Técnica

4

Presentación del Modelo Cognitivo-Comportamental (TCC), con un enfoque inicial en el pensamiento y luego en el sentimiento y la conducta.

Pensamiento distorsionado común a todos los trastornos psicológicos.

Enseñar a hacer el P-S-C, registrando pensamientos para educar al paciente a través de la TCC para identificar, evaluar y modificar pensamientos disfuncionales.

Desmitificar las creencias, mitos, prejuicios y tabúes relacionados con la menopausia.

Tarea de casa: a medida que surja la necesidad en el grupo de confrontar, reinar el RPD durante la semana.

**Aplicar el RPD;
Discusión de grupo;
Formación en RPD;
Socialización grupal y educación en el modelo cognitivo P-S-C.
Hoja RPD.**

**CUADRO DE SÍNTESIS DE TÉCNICAS Y CONTENIDOS
PARA SESIONES 12 DEL MODELO TCC PARA LA
DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA POSTMENOPAUSIA**

Sesión

Contenido

Técnica

5

Creencias negativas sobre la imagen corporal

Identificar emociones a través de juegos con globos (Rosset, 2010); identificar las necesidades afectivas de cada uno; respiración diafragmática (ITO et al., 1998).

Identifique la autoimagen negativa y los complejos de inferioridad individuales de cada participante.

Tarea de casa: escribir un texto con el título *Cómo te ves a ti misma*, sobre cómo imaginas que te ven los demás. Resumen final y retroalimentación (feedback).

**Reestructuración cognitiva;
Poniendo la creencia encontrada en el globo en el RPD;
Técnica de relajación.**

**CUADRO DE SÍNTESIS DE TÉCNICAS Y CONTENIDOS
PARA SESIONES 12 DEL MODELO TCC PARA LA
DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA POSTMENOPAUSIA**

Sesión	Contenido	Técnica
6	<p>Relajación progresiva de Jacobson (Jacobson, 1964) y autoestima.</p> <p>Retroalimentación de tareas sobre cómo cada persona se ve a sí misma, técnica de autorreconocimiento corporal (Rosset, 2010) y autoexamen en espejo.</p>	<p>Escucha, intervenciones;</p> <p>Técnica del espejo;</p> <p>Cajero.</p>
7	<p>Percepción de las zonas erógenas del cuerpo.</p> <p>Contacto, estimulación sensorial.</p> <p>Identificación de conocimientos sobre el otro, lo que la pareja sabe sobre necesidades afectivas.</p> <p>Trabajar con el texto A History of Caresses – Claude Steiner, adaptado por Shinyashiki (1992).</p>	<p>Texto: Una historia de Caricias;</p>

**CUADRO DE SÍNTESIS DE TÉCNICAS Y CONTENIDOS
PARA SESIONES 12 DEL MODELO TCC PARA LA
DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA POSTMENOPAUSIA**

Sesión

Contenido

Técnica

8

Conversación informal sobre las relaciones sexuales y la pareja (Caballo, 2007).

- Cómo es la relación con la pareja, gustos y disgustos, contacto y estimulación sensorial;

- Lo que el sabe acerca de las necesidades emocionales;

- Uso de cuadrantes (me gusta y lo hago, me gusta y no lo hago, no me gusta y lo hago, y no me gusta y no lo hago).

- Técnica de *role playing*;

- Trabajar las creencias sobre la masturbación que surgen en el grupo (Caballo, 2007).

Tarea: reglas y etiquetas para el diálogo (Beck, 1995).

**Breve
programa de
capacitación
en
comunicación
;
*Roley playing***

**CUADRO DE SÍNTESIS DE TÉCNICAS Y CONTENIDOS
PARA SESIONES 12 DEL MODELO TCC PARA LA
DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA POSTMENOPAUSIA**

Sesión	Contenido	Técnica
9	<p>Masturbación</p> <p>Trabajar las creencias que tiene el grupo sobre el tema (Caballo, 2007).</p>	<p>Reestructuración cognitiva a través de la flecha descendente</p>
10	<p>Explicar la importancia de la masturbación, la exploración de los genitales y la concentración en las regiones más excitantes y placenteras para alcanzar el autoconocimiento y el orgasmo. Explora tu propio cuerpo sin incluir los genitales y reconocer las regiones erógenas, también el placer sensorial para el bienestar y la relajación. Identificar lo que piensan sobre la masturbación, desmitificar creencias y orientar en formas de autoaprendizaje para el orgasmo.</p>	<p>Autoexame genital</p>

**CUADRO DE SÍNTESIS DE TÉCNICAS Y CONTENIDOS
PARA SESIONES 12 DEL MODELO TCC PARA LA
DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA POSTMENOPAUSIA**

Sesión	Contenido	Técnica
11	Reaplicación de la escala IFSF.	Aplicación de la escala. De IFSF.
12	Cierre con evaluación y retroalimentación Animar a los pacientes a reconsiderar el tiempo que habían reservado para la sesión de terapia, como el tiempo para seguir cuidando su sexualidad después de la la intervención final (CABALLO, 2007)	Círculo de conversación de evaluación del programa. Confraternización.

ANEXO E

CUADRO 3 – CUESTIONARIO DE CREENCIAS SEXUALES - SUBESCALA PARA MUJERES

CUESTIONARIO DE CREENCIAS SEXUALES - SUBESCALA PARA MUJERES

Fecha: ____/____/____

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar sus creencias sobre temas relacionados con la sexualidad.

Cada ítem corresponde a un enunciado que debe ser respondido marcando una alternativa en una escala del 1 al 5, donde **1 corresponde Totalmente en Desacuerdo y 5 Corresponde Totalmente de Acuerdo.**

01. El amor y el cariño de la pareja son necesarios para una buena relación sexual.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

02. La masturbación es mala y pecaminosa.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

03. El componente sexual más importante es el afecto.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

04. La virtud más grande que una mujer necesita llevar al matrimonio es su virginidad.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

05. Después de la menopausia, las mujeres pierden el deseo sexual.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

06. Las mujeres que tienen fantasías sexuales son pervertidas.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

07. La masturbación es una actividad inapropiada para mujeres respetables.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

08. Después de la menopausia, las mujeres no tienen orgasmos.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

10. Las mujeres que no son físicamente atractivas no pueden satisfacerse sexualmente.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

11. En la habitación, el hombre es el que manda.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

12. Una buena madre no puede ser sexualmente activa.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

13. Tener un orgasmo es aceptable para los hombres, pero no para las mujeres.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

14. El hombre debe tomar la iniciativa para iniciar la actividad sexual.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

15. El sexo es sucio y pecaminoso.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

17. El orgasmo solo es posible a través de la penetración vaginal.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

18. El propósito del sexo es satisfacer al hombre.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

20. A medida que una mujer envejece, su placer sexual disminuye.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

22. El sexo es una actividad hermosa y pura.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

23. El sexo sin amor es como comida sin sabor.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

24. Siempre y cuando ambos miembros de la pareja estén de acuerdo, todo está permitido.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

26. El propósito del sexo es solo la reproducción.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

27. La actividad sexual durante la menstruación puede causar problemas de salud.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

28. El sexo oral es una gran perversión.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

30. Ser amable y sonreír para los hombres puede ser peligroso.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

31. La emoción más grande que una mujer puede experimentar es la maternidad.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

32. El sexo anal es una actividad pervertida.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

33. En la habitación manda la mujer.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

34. El sexo sólo debería ocurrir con un hombre con experiencia.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

35. Solo hay una forma aceptable de tener sexo

(hombre
sobre la mujer).

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

36. Experimentar placer durante el sexo no es aceptable

para
una mujer de respeto.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

37. Una buena madre tiene que controlar sus deseos
sexuales.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

38. Una mujer fea no es capaz de satisfacer
sexualmente a su compañero.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

**¡Gracias por contestar
este cuestionario!**

39. Una mujer que sólo obtiene placer sexual a través
de

la estimulación del clítoris está enferma.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

40. Las chicas decentes no se involucran en actividades
sexuales.

1 (___) 2 (___) 3 (___) 4 (___) 5 (___)

ANEXO F

CUADRO 4 – ÍNDICE DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL FEMININO-IFSF

INSTRUCCIONES: Estas preguntas se refieren a sus sensaciones y sentimientos sexuales durante las últimas cuatro semanas.

Por favor conteste las siguientes preguntas con la mayor honestidad y claridad posible. Sus respuestas se mantendrán completamente confidenciales. Para responder las preguntas, tenga en cuenta las siguientes definiciones:

Actividad sexual puede incluir caricias, juegos previos, masturbación y penetración vaginal.

Relaciones sexuales se define como la penetración del pene (entrando) en la vagina.

Estimulación sexual incluye situaciones como juegos previos con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasía sexuales.

SELECCIONE SOLO UNA ALTERNATIVA POR PREGUNTA.

El deseo o interés sexual es un sentimiento que incluye querer tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la iniciación sexual de la pareja y pensar o fantasear con tener relaciones sexuales.

1. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo o interés sexual?

- 0. Casi siempre o siempre
- 1. La mayor parte del tiempo (más de la mitad del tiempo)
- 2. A veces (alrededor de la mitad del tiempo)
- 3. Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- 4. Casi nunca
- 5. Nunca

2. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su nivel de deseo o interés sexual?

- 0. Muy alto
- 1. Alto
- 2. Moderado
- 3. Bajo
- 4. Muy bajo
- 5. Ninguno

La excitación sexual es una sensación que incluye los aspectos físicos y mentales de la excitación sexual. Puede incluir una sensación de calor u hormigueo en los órganos genitales,

lubricación (humedad) o contracciones

musculares.

3. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido sexualmente estimulada ("encendida") durante la actividad sexual o en las relaciones sexuales?

- 0. Sin actividad sexual
- 1. Casi siempre o siempre
- 2. La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
- 3. A veces (alrededor de la mitad del tiempo)
- 4. Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- 5. Casi nunca o nunca

4. En las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la actividad o en las relaciones sexuales?

- 0. Sin actividad sexual
- 1. Muy alto
- 2. Alto
- 3. Moderado
- 4. Bajo
- 5. Muy bajo o ninguno

5. En las últimas cuatro semanas, ¿qué tanta confianza tenía a la hora de excitarse sexualmente durante la actividad sexual o en las relaciones sexuales?

- 0. Sin actividad sexual
- 1. Muy alta confianza
- 2. Alta confianza
- 3. Confianza moderada
- 4. Confianza moderada
- 5. Confianza muy baja o nula

6. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia estuvo satisfecha con su estimulación (excitación) durante la actividad sexual o en las relaciones sexuales?

- 0. Sin actividad sexual
- 1. Casi siempre o siempre
- 2. La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
- 3. A veces (alrededor de la mitad del tiempo)
- 4. Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- 5. Casi nunca o nunca

7. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se sintió lubricada ("mojada") durante la actividad sexual o en las relaciones sexuales?

- 0. Sin actividad sexual
- 1. Casi siempre o siempre
- 2. La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
- 3. A veces (alrededor de la mitad del tiempo)

4. () Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)

5. () Casi nunca o nunca

8. En las últimas cuatro semanas, ¿qué tan difícil fue mantenerse lubricada ("mojada") durante la actividad sexual o en las relaciones sexuales?

0. () Sin actividad sexual

1. () Extremadamente difícil o imposible

2. () Muy difícil

3. () Difícil

4. () Poco difícil

5. () No fue difícil

9. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia mantuvo su lubricación ("humedad") hasta terminar la actividad sexual o el coito?

0. () Sin actividad sexual

1. () Casi siempre o siempre

2. () La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)

3. () A veces (alrededor de la mitad del tiempo)

4. () Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)

5. () Casi nunca o nunca

10. En las últimas cuatro semanas, ¿qué tan difícil fue mantener su lubricación ("humedad") hasta que completó la actividad sexual o el coito?

0. () Sin actividad sexual

1. () Extremadamente difícil o imposible

2. () Muy difícil

3. () Difícil

4. () Poco difícil

5. () No fue difícil

11. En las últimas cuatro semanas, cuando tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia alcanzó el orgasmo (clímax)?

0. () Sin actividad sexual

1. () Casi siempre o siempre

2. () La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)

3. () A veces (alrededor de la mitad del tiempo)

4. () Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)

5. () Casi nunca o nunca

12. En las últimas cuatro semanas, cuando tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿qué tan difícil fue para usted alcanzar el orgasmo (clímax)?

0. () Sin actividad sexual

1. () Extremadamente difícil o imposible

2. () Muy difícil

3. () Difícil

4. () Poco difícil

5. () No fue difícil

13. En las últimas cuatro semanas, ¿qué tan satisfecha estuvo con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o en las relaciones sexuales?

- 0. Sin actividad sexual
- 1. Muy satisfecha
- 2. Moderadamente satisfecha
- 3. Casi igualmente satisfecha e insatisfecha
- 4. Moderadamente insatisfecha
- 5. Muy insatisfecha

14. En las últimas cuatro semanas, ¿qué tan satisfecha estuvo con la cantidad de vínculos o conexiones emocionales durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- 0. Sin actividad sexual
- 1. Muy satisfecha
- 2. Moderadamente satisfecha
- 3. Casi igualmente satisfecha e insatisfecha
- 4. Moderadamente insatisfecha
- 5. Muy insatisfecha

15. En las últimas cuatro semanas, ¿qué tan satisfecha estuvo con la relación sexual con su pareja?

- 0. Sin actividad sexual
- 1. Muy satisfecha

- 2. Moderadamente satisfecha
- 3. Casi igualmente satisfecha e insatisfecha
- 4. Moderadamente insatisfecha
- 5. Muy insatisfecha

16. En las últimas cuatro semanas, ¿qué tan satisfecha estuvo con su vida sexual?

- 0. Sin actividad sexual
- 1. Muy satisfecha
- 2. Moderadamente satisfecha
- 3. Casi igualmente satisfecha e insatisfecha
- 4. Moderadamente insatisfecha
- 5. Muy insatisfecha

17. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal?

- 0. No tuve penetración
- 1. Casi siempre o siempre
- 2. La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
- 3. A veces (alrededor de la mitad del tiempo)
- 4. Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- 5. Casi nunca o nunca

18. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal?

- 0. No tuvo penetración
- 1. Casi siempre o siempre
- 2. La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
- 3. A veces (alrededor de la mitad del tiempo)
- 4. Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- 5. Casi nunca o nunca

19. En las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su nivel de incomodidad o dolor durante y/o después de la penetración vaginal?

- 0. No tuvo penetración
- 1. Muy alto
- 2. Alto
- 3. Moderado
- 4. Bajo
- 5. Muy bajo o nada

Gracias por completar este cuestionario.

ANEXO G

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em mulheres com disfunção sexual

Pesquisador: Maria de Jesus Siqueira de Almeida Correa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43260621.9.0000.5165

Instituição Proponente: Universidade de Ciências Empresariais e Sociais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.680.618

Apresentação do Projeto:

A pesquisa aborda-se na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com objeto de estudo a disfunção sexual feminina, que afeta de formas plurais a capacidade feminina de vivenciar e se satisfazer com o sexo, ocorrendo com maior frequência no pós-menopausa, período a ser estudado. Pesquisa exploratória descritiva na forma de estudo clínico experimental, com abordagem focal qualiquantitativa. A fase quantitativa será desenvolvida pelo emprego de técnicas estatísticas a fim de evitar distorções na análise e interpretação dos dados, em mulheres na faixa etária dos 55 a 75 anos, na pós-menopausa, da cidade de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil – considerando mulheres atendidas na Rede Municipal de Saúde local. Serão aplicadas 12 (doze) sessões no segmento piloto que servirão para indicar a necessidade de reestruturação do protocolo. A intervenção da TCC será realizada a partir de um cronograma com temáticas definidas previamente que funcionaram para incentivar diferentes temáticas em uma rotina de tratamento, que serão avaliadas através do Questionário Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF) e Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD).

Endereço: Avenida Manoel José de Arruda, 3100, Bloco da Saúde I, 1º Piso,

Bairro: Jardim Europa

CEP: 78.065-900

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3363-1271

E-mail: cep.unic@kroton.com.br

Continuação do Parecer: 4.680.618

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Esta pesquisa tem como objetivo identificar como a TCC pode ser aplicada para a mitigação da disfunção sexual feminina e, partir deste pressuposto, formular e validar um protocolo-piloto de tratamento na ótica da TCC em grupo para mulheres com disfunção sexual na pós-menopausa voltado à aplicação em redes públicas de saúde.

Objetivo Secundário:

-Identificar a natureza das disfunções sexuais femininas presentes no período da menopausa;- Estruturar uma abordagem em TCC para a condição específica da mulher nesta fase da vida (maturidade) em abordagem coletiva (grupo);- Discutir os pontos fortes e frágeis da aplicação da TCC para as disfunções sexuais femininas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os aspectos abordados podem levar a situações de somatização ou de conflitos psicológicos que precisam ser identificados e tratados de forma imediata quando ocorrer.

Benefícios:

Bem estar pessoal, qualidade de vida, autoestima restaurada, função sexual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exploratório descritiva na forma de estudo clínico experimental, com abordagem focal qualitativa. A fase quantitativa será desenvolvida pelo emprego de técnicas estatísticas a fim de evitar distorções na análise e interpretação dos dados. A pesquisa será composta por mulheres na faixa etária dos 55 a 75 anos, na pós-menopausa, da cidade de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil – considerando mulheres atendidas na Rede Municipal de Saúde local, com uma população estimada de 100 integrantes, sendo dividida em dois grupos – a saber, controle, com 50% dos integrantes com disfunção sexual que realizarão TCC e aplicacional, responsável por 50%, que realizará terapia, para comparação dos resultados. A intervenção ocorrerá em um consultório da unidade de atendimento, com boa iluminação, privacidade e sem distrações capazes de interromper as sessões.

Endereço: Avenida Manoel José de Arruda, 3100, Bloco da Saúde I, 1º Piso,

Bairro: Jardim Europa

CEP: 78.065-900

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3363-1271

E-mail: cep.unic@kroton.com.br

Continuação do Parecer: 4.680.618

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou os termos:

Folha de rosto-

TCLE- Falta acrescentar as atribuições do CEP. O endereço do CEP

Faltou A carta de anuência

(X) Projeto

(X) questionário

(X) Roteiro de entrevista

(X) Termo de Imagem Som

(X) Justificativa da isenção da Carta de Anuência

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1698331.pdf	25/04/2021 19:17:03		Aceito
Outros	termoconsentimentousoimagemsom.pdf	25/04/2021 18:30:37	Maria de Jesus Siqueira de Almeida Correa	Aceito
Outros	justificativa.pdf	25/04/2021 18:26:19	Maria de Jesus Siqueira de Almeida Correa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.pdf	04/03/2021 19:05:15	Maria de Jesus Siqueira de Almeida Correa	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	04/03/2021 19:04:20	Maria de Jesus Siqueira de Almeida Correa	Aceito
Outros	questionariodecrescassexuais.pdf	03/02/2021 23:39:26	Maria de Jesus Siqueira de Almeida Correa	Aceito
Outros	questionarioIFSF4.pdf	03/02/2021	Maria de Jesus	Aceito

Endereço: Avenida Manoel José de Arruda, 3100, Bloco da Saúde I, 1º Piso,

Bairro: Jardim Europa

CEP: 78.065-900

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3363-1271

E-mail: cep.unic@kroton.com.br