



UTPL
La Universidad Católica de Loja

Vicerrectorado de Modalidad Abierta y a Distancia

Sexualidad Humana

Guía didáctica





Facultad Ciencias Sociales, Educación y Humanidades

Sexualidad Humana

Guía didáctica

Carrera

PAO Nivel

Psicología

VIII

Autor:

Eugenio Fabián Macas Ordóñez



P S I C _ 4 0 6 5



Sexualidad Humana



Guía didáctica

Eugenio Fabián Macas Ordóñez



Diagramación y diseño digital



Ediloja Cía. Ltda.

Marcelino Champagnat s/n y París

edilojacialtda@ediloja.com.ec

www.ediloja.com.ec



ISBN digital -978-9942-39-465-1

Año de edición: marzo, 2022

Edición: primera edición reestructurada en febrero 2025 (con un cambio del 50%)

Loja-Ecuador



**Reconocimiento-NoComercial-Compartirlgual
4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)**

Usted acepta y acuerda estar obligado por los términos y condiciones de esta Licencia, por lo que, si existe el incumplimiento de algunas de estas condiciones, no se autoriza el uso de ningún contenido.

Los contenidos de este trabajo están sujetos a una licencia internacional Creative Commons **Reconocimiento-NoComercial-Compartirlgual 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0)**. Usted es libre de **Compartir – copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Adaptar – remezclar, transformar y construir a partir del material citando la fuente, bajo los siguientes términos: Reconocimiento- debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.** Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. **No Comercial-no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. Compartir igual-Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.** No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Índice

1. Datos de información	9
1.1 Presentación de la asignatura.....	9
1.2 Competencias genéricas de la UTPL.....	9
1.3 Competencias del perfil profesional	9
1.4 Problemática que aborda la asignatura	9
2. Metodología de aprendizaje	10
3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje.....	12
Primer bimestre	12
 Resultado de aprendizaje 1:	12
 Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	12
 Semana 1	13
Unidad 1. Orígenes de la sexualidad humana	13
1.1 Fundamentos teóricos de la sexualidad	13
Actividades de aprendizaje recomendadas	32
Autoevaluación 1.....	33
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	35
 Semana 2	35
Unidad 2. Diferenciación sexual y desarrollo de la identidad sexual y de género	35
2.1 Introducción a la identidad sexual	35
2.2 ¿Qué entendemos por sexo y género?.....	38
2.3 Sobre la identidad sexual y la identidad de género.....	41
2.4 Expresión y manifestación de los roles de género	44
Actividades de aprendizaje recomendadas	45
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	47
 Semana 3	47
Unidad 2. Diferenciación sexual y desarrollo de la identidad sexual y de género	47

2.5 Desarrollo psicosexual humano.....	47
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	55
Semana 4	55
Unidad 2. Diferenciación sexual y desarrollo de la identidad sexual y de género	55
2.5 Desarrollo psicosexual humano.....	55
Actividad de aprendizaje recomendada	61
Autoevaluación 2.....	61
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	63
Semana 5	63
Unidad 3. Respuesta sexual humana	63
3.1 El ciclo de la respuesta sexual según Master y Johnson: Modelo cuatrifásico	65
3.2 La respuesta sexual según Kaplan: Modelo trifásico	68
3.3 El modelo tridimensional de Schnarch	69
3.4 Enfoque integral de la respuesta sexual: Modelo de quantum	70
Actividades de aprendizaje recomendadas	73
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	75
Semana 6	75
Unidad 3. Respuesta sexual humana.....	75
3.5 Capacidad de respuesta erótica: una dimensión del crecimiento humano	75
3.6 Elementos constitutivos de la respuesta sexual.....	77
Actividades de aprendizaje recomendadas	81
Autoevaluación 3.....	82
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	83
Semana 7	83
Actividades finales del bimestre	83
Actividades de aprendizaje recomendadas	84
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	84

Semana 8	84
Actividades finales del bimestre	84
Actividades de aprendizaje recomendadas	85
Segundo bimestre.....	86
Resultado de aprendizaje 1:	86
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	86
Semana 9.....	86
Unidad 4. La pareja: aspectos generales	87
4.1. La vida en pareja y su importancia	87
4.2. Los ideales de la pareja	88
4.3. La pareja en la actualidad.....	88
4.4 Factores que intervienen en una relación de pareja	88
Actividad de aprendizaje recomendada	90
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	91
Semana 10	91
Unidad 4. La pareja: aspectos generales.....	91
4.5. Explorando el amor y el deseo humano.....	92
4.6. Perspectivas del apego en las relaciones amorosas	97
Actividades de aprendizaje recomendadas	102
Autoevaluación 4.....	103
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	105
Semana 11	105
Unidad 5. Conflictos en la relación de pareja	105
5.1. Definición de conflictos	106
5.2. Tipos de conflictos.....	107
5.3. Causas más frecuentes de los conflictos en la relación de pareja .	108
Actividad de aprendizaje recomendada	120
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	121
Semana 12	121

Unidad 5. Conflictos en la relación de pareja	121
5.4. Modelos explicativos sobre el origen y mantenimiento de los conflictos en pareja	121
5.5. De la indiferencia a la incompatibilidad.....	124
Actividades de aprendizaje recomendadas	128
Autoevaluación 5.....	128
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	131
Semana 13.....	131
Unidad 6. Terapia sexual de pareja	131
6.1. Tipología de los trastornos sexuales.....	131
6.2. Métodos de análisis para las disfunciones sexuales	135
6.3. Alteraciones en el deseo sexual.....	138
Actividad de aprendizaje recomendada	144
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	146
Semana 14.....	146
Unidad 6. Terapia sexual de pareja	146
6.3. Alteraciones en el deseo sexual.....	146
6.4. Trastornos de la excitación	148
Actividad de aprendizaje recomendada	151
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	152
Semana 15.....	152
Unidad 6. Terapia sexual de pareja	152
6.5. Trastornos del orgasmo.....	152
6.6 Otros trastornos	154
6.7. Estrategias terapéuticas para la sexualidad: Un acercamiento a la terapia sexual	156
Actividades de aprendizaje recomendadas	158
Autoevaluación 6.....	159
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	161

Semana 16.....	161
Actividades finales del bimestre	161
Actividades de aprendizaje recomendadas	161
4. Autoevaluaciones	162
5. Referencias bibliográficas	172





1. Datos de información

1.1 Presentación de la asignatura



1.2 Competencias genéricas de la UTPL

- Pensamiento crítico y reflexivo.
- Trabajo en equipo.
- Compromiso e implicación social.
- Organización y planificación del tiempo.

1.3 Competencias del perfil profesional

Analiza problemas y necesidades biopsicosociales a nivel individual, grupal y social para cimentar el ejercicio profesional.

1.4 Problemática que aborda la asignatura

En el octavo nivel académico, se aborda la “Sexualidad Humana”, que le permitirá al estudiante adquirir las competencias necesarias para comprender el proceso de sexuación. En este marco, esta asignatura se orienta a formar al estudiante en la comprensión y análisis del hecho sexual humano y las influencias que los factores biológicos, psicológicos y socioculturales ejercen sobre la persona.



2. Metodología de aprendizaje

En la presente asignatura se empleará una metodología centrada en el Aprendizaje por Investigación, que busca emular el trabajo realizado por científicos, tal como señala Franco-Mariscal (2015). Este enfoque fomenta la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos en el aula a una variedad de procesos. Mediante este método, los estudiantes desarrollan habilidades para simplificar y estructurar problemas complejos, formular definiciones, predecir y generar hipótesis, así como inferir y controlar variables. El Aprendizaje por Investigación no solo fortalece el dominio conceptual, si no que también promueve competencias fundamentales para el desarrollo académico y profesional. Entre estas destacan el manejo efectivo de la información, la comunicación clara de resultados, la capacidad crítico-reflexiva y el trabajo en equipo (Franco-Mariscal, 2015). Además, esta metodología sitúa al estudiante como un participante activo en la construcción del conocimiento, reduciendo su dependencia del profesor y fomentando una mayor autonomía en el proceso de aprendizaje.

Complementando este enfoque, se incorpora la metodología de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), que permite a los estudiantes enfrentar casos prácticos y dilemas éticos relacionados con la sexualidad humana. Según Barrows (1986), este enfoque facilita la integración de conocimientos teóricos en contextos reales, desarrollando habilidades para la resolución de problemas y la toma de decisiones fundamentadas.

Asimismo, se promoverá el aprendizaje colaborativo, que fomenta la discusión, el análisis crítico y el trabajo en equipo mediante actividades como debates, simulaciones y estudios de caso. Johnson y Johnson (1999) argumentan que el aprendizaje colaborativo mejora la interacción social y refuerza competencias clave como la empatía, el respeto por la diversidad de opiniones y la comunicación efectiva.

Además, el uso de recursos multimedia como documentales, entrevistas y simulaciones interactivas complementará el aprendizaje teórico. Según Mayer (2009), la integración de medios audiovisuales facilita la comprensión de conceptos complejos al activar diferentes canales de procesamiento cognitivo.

Finalmente, se implementará una evaluación formativa continua, diseñada para ofrecer retroalimentación constante a los estudiantes sobre su progreso. Black y Wiliam (1998) destacan que este tipo de evaluación fomenta un aprendizaje más profundo, ayudando a los estudiantes a identificar áreas de mejora y fortalecer sus competencias.

Con esta combinación de enfoques, la asignatura busca proporcionar una experiencia de aprendizaje integral, promoviendo no solo la adquisición de conocimientos, sino también el desarrollo de habilidades y actitudes fundamentales para el análisis y comprensión de la sexualidad humana en sus múltiples dimensiones.



3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje



Primer bimestre

Resultado de aprendizaje 1:

Reconoce los procesos de la sexualidad humana y pareja, así como sus conflictos y formas de intervención.

Estimado estudiante, mediante este resultado de aprendizaje usted podrá comprender aspectos fundamentales de la sexualidad humana, incluyendo su origen, bases conceptuales, desarrollo de la identidad sexual, y las diferencias entre los procesos biológicos y fisiológicos masculinos y femeninos. También explorará cómo el cuerpo humano responde y se adapta en función de su naturaleza sexuada.

A lo largo de las unidades, encontrará actividades recomendadas, autoevaluaciones y recursos externos que le permitirán profundizar en el tema de manera reflexiva y responsable, promoviendo una comprensión integral y respetuosa de esta dimensión de la vida humana.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



Unidad 1. Orígenes de la sexualidad humana

1.1 Fundamentos teóricos de la sexualidad

Apreciados y apreciadas estudiantes, la comprensión de la sexualidad humana requiere un acercamiento tanto a sus bases conceptuales como a su desarrollo histórico. En esta primera unidad, exploraremos cómo ha evolucionado el estudio y entendimiento de la sexualidad a través del tiempo.

1.1.1 Perspectiva histórica y evolutiva

El estudio de la sexualidad humana nos permite observar cómo las diferentes sociedades han comprendido, regulado y expresado este aspecto fundamental de la experiencia humana. Para estructurar este análisis, consideraremos tres períodos históricos principales: la edad antigua, la edad media y la edad moderna.

Las primeras evidencias del interés humano por la sexualidad se encuentran en las representaciones artísticas del periodo paleolítico. Dos ejemplos significativos son las famosas estatuillas conocidas como "Venus", que nos permiten entender cómo nuestros ancestros concebían la sexualidad y la fertilidad. La figura 1, que data aproximadamente del 25000 a. C., es considerada una de las primeras representaciones vinculadas a la fertilidad y la procreación humana. Su postura y características sugieren una comprensión temprana de la conexión entre sexualidad y reproducción.

Figura 1

Imagen de la Venus de Laussel



Nota. Tomado de *Venus-de-Laussel-vue-generale-noir.jpg* [Fotografía], por photo 120, [Wikimedia](#), CC BY 4.0.

La figura 2. muestra la Venus de Willendorf, esta estatuilla, creada entre los años 27.000 y 25.000 A.C., representa otro ejemplo notable de cómo las sociedades paleolíticas expresaban su entendimiento de la sexualidad y la fertilidad femenina.

Figura 2

Imagen de la Venus de Willendorf



Nota. Tomado de Venus, Willendorf [Fotografía], por Piqsels, s.f., [Piqsels](#), CC BY 4.0.

Estas representaciones del Paleolítico evidencian que la sexualidad ha sido un tema de interés desde los albores de la humanidad. Los estudios arqueológicos sugieren que durante este periodo existía una comprensión relativamente libre de la sexualidad, sin las restricciones sociales que caracterizarían épocas posteriores (Castelo-Branco y Molero, 2019). Sin embargo, existe debate entre los investigadores: mientras algunos sostienen que existía una conciencia clara sobre los roles reproductivos, otros argumentan que estas sociedades eran principalmente matriarcales, donde la paternidad aún no era un concepto establecido (Angulo et al., 2008).

Textos religiosos y antiguos manuscritos consideran relevante a la sexualidad pues constituye el germen de la vida y origen de las civilizaciones. Tenemos por ejemplo el código Hammurabi, que consiste en un conjunto de reglas para los habitantes que poblaron Babilonia y toda la zona de Mesopotamia, en él se describen cuestiones como los regalos de boda, la esterilidad de la mujer o el adulterio (aplicable a la mujer que mantenía relaciones con alguien diferente a su marido, pero no viceversa). Es interesante notar que, contrario a épocas

posteriores, este código no valoraba positivamente la castidad (Gomezjurado, 2019). La sociedad babilónica ponía especial énfasis en la capacidad reproductiva, particularmente en la descendencia masculina. Cómo se puede observar en la figura 3 el código Hammurabi regulaba la actividad de los antiguos babilonios, incluida la sexual. Este código es también conocido por establecer el principio de la ley del talión ("ojito por ojito, diente por diente"), que buscaba una equivalencia entre el delito y su castigo.

Figura 3

Código de Hammurabi



Nota. Tomado de Código de Hammurabi (Pergamonmuseum) [Fotografía], por GualdimG, 2017, [Wikimedia](#), CC BY 4.0.

En contraste, la antigua Grecia desarrolló una visión más liberal de la sexualidad. Esta apertura se refleja en:

- Su mitología, donde los dioses (Zeus, Apolo, Afrodita) participaban en diversos encuentros eróticos
- La aceptación social de diversas prácticas sexuales
- Una actitud más permisiva hacia la homosexualidad y la prostitución
- La tolerancia hacia conductas que no amenazaran la institución familiar

Sin embargo, la sociedad griega mantenía una marcada desigualdad entre géneros. Al igual que otras civilizaciones antiguas (babilonios, egipcios, hebreos), operaba bajo un sistema patriarcal donde las mujeres tenían derechos limitados.

Este sesgo de género se refleja incluso en el pensamiento filosófico-científico. Por ejemplo, Aristóteles sostenía que la mujer no tenía un papel relevante en la reproducción, atribuyendo todo el poder creador al esperma masculino. Esta visión contrastaba con las teorías de Hipócrates y Galeno, quienes reconocían una mayor participación femenina en el proceso reproductivo (Arango de Montis, 2008; Castelo-Branco y Molero, 2019; Rathus et al., 2005). Los romanos heredaron y adaptaron muchas de las actitudes griegas hacia la sexualidad. Una peculiaridad de la cultura grecorromana era el uso de símbolos fálicos como amuletos de buena suerte. Estos objetos, que incluían esculturas y amuletos con representaciones fálicas, eran comúnmente colocados en las entradas de las casas como símbolo de protección y prosperidad, como se ve en la figura 4:

Figura 4

Amuleto utilizado por los griegos



Nota. Tomado de *Epoca romana, amuleto con piccolo fallo portafortuna.jpg* [Fotografía], por Sailko, 2016, [Wikimedia](#), CC BY 4.0.

La transición a la Edad Media, marcada por la caída del Imperio Romano, trajo consigo un cambio radical en la concepción de la sexualidad. Este periodo se caracterizó por:

1. Una intensa represión sexual
2. La limitación del sexo a fines exclusivamente reproductivos
3. La consideración del instinto sexual como algo demoníaco o pecaminoso
(Castelo-Branco y Molero, 2019)

La sociedad occidental medieval desarrolló un sistema de valores que priorizaba la castidad y la virginidad como virtudes fundamentales. A diferencia de otras culturas coexistentes como la musulmana o la judía, el cristianismo medieval vinculaba estrechamente estas virtudes con la salvación espiritual (Nadales, 2019).

Al tener consideraciones negativas, el sexo cuyos fines no fueran reproductivos, se desaconsejaba, de hecho, se sugirieron variados métodos para paliar la apetencia sexual, de esta forma fueron frecuentes sangrías en

las piernas para el caso de los hombres o lavativas o fumigaciones de incienso en genitales en el caso de mujeres, también en esta época se empiezan a usar cinturones de castidad (Castelo-Branco y Molero, 2019).

La represión sexual continuó e incluso se intensificó durante la época victoriana (siglos XVIII y XIX). En este periodo, la medicina reforzó la visión negativa de la sexualidad no reproductiva. Un ejemplo significativo es la obra "Psychopatia Sexualis" de Kraft-Ebing, que patologizaba cualquier expresión sexual fuera del marco reproductivo (Vera-Gamboa, 1998).

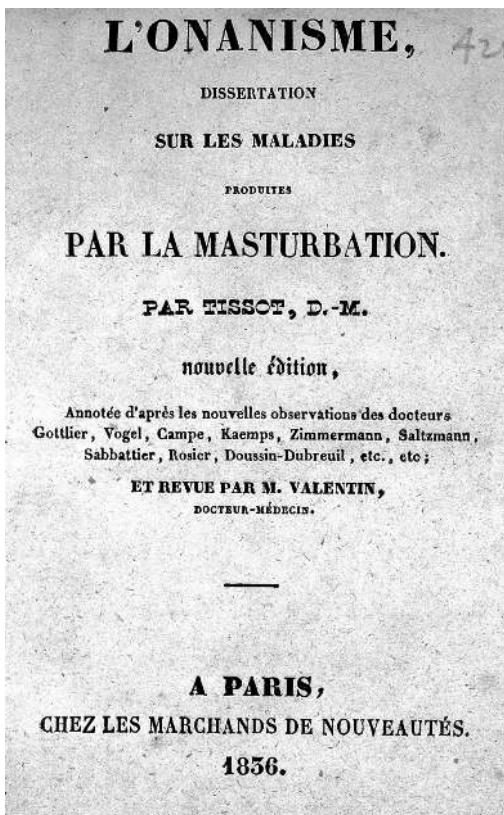
La medicina de la época difundió varias teorías hoy refutadas:

- La actividad sexual frecuente se consideraba dañina para la salud
- Se establecían vínculos entre la práctica sexual y la muerte prematura
- Se patologizaban comportamientos sexuales naturales

Incluso se desarrollaron ciertos manuales en la época como "L'Onanismo" de Samuel Augusto Tissot el cual hace énfasis en el carácter patológico de las prácticas masturbatorias y sugiere una cura (Lozano y Ledo, 2008). En la figura 5. se muestra la portada del manual de Tissot que gozó de gran aceptación y difusión en aquella época. Si le interesa el tema, le recomiendo revisar el artículo de titulado "[Apuntes sobre la génesis del espacio psicológico en la obra El Onanismo, de Samuel-Auguste Tissot \(1760\)](#)". que analiza las hipótesis del médico suizo sobre la supuesta naturaleza patológica de las prácticas masturbatorias. (Lozano y Ledo, 2008).

Figura 5

Manual “El Onanimo” de Tissot



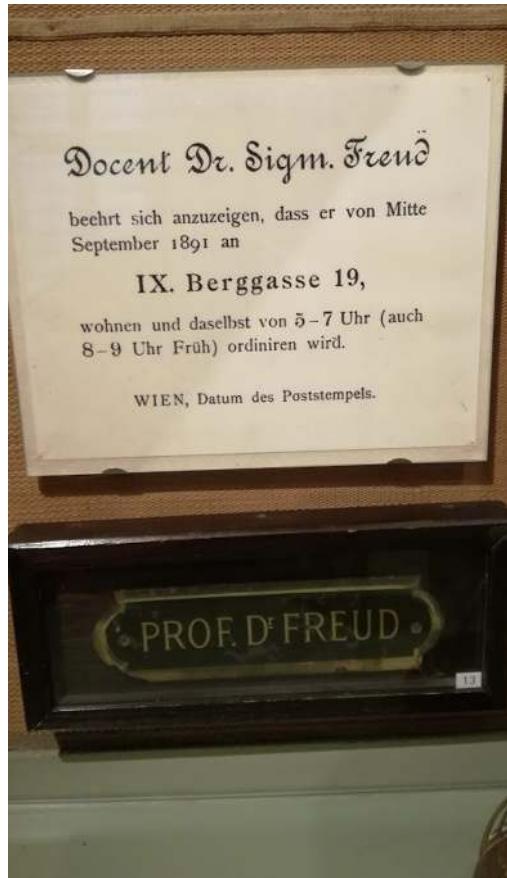
Nota. Tomado de *L'onanisme; ou dissertation physique sur les maladies* Wellcome L0018157.jpg [Fotografía], por Fæ, 2014, [Wikimedia](#), CC BY 4.0.

Un cambio significativo en la comprensión de la sexualidad humana ocurrió a finales del siglo XIX con la aparición de Sigmund Freud. Este médico austriaco revolucionó el campo al desarrollar una teoría de la personalidad que situaba la sexualidad como elemento central del desarrollo humano. Su propuesta, que resultó controversial para la sociedad conservadora de su tiempo, establecía que la libido (energía sexual) era la fuerza motriz del comportamiento humano, y que las frustraciones en esta área podían originar diversas patologías psicológicas (Vera-Gamboa 1998).

En la figura 6 se muestra un anuncio histórico de Sigmund Freud, pionero del psicoanálisis, informando sobre su mudanza al número 19 de Berggasse en Viena, donde viviría y establecería su consultorio en 1891. Este lugar sería fundamental para el desarrollo de su pensamiento, ya que allí escribió sus obras más influyentes y trabajó en sus teorías innovadoras. Freud revolucionó la psicología al reconocer la importancia de la sexualidad infantil, un concepto que desafió las ideas de su época, y al proponer teorías como el desarrollo psicosexual, que describe etapas críticas en la formación de la personalidad. Además, introdujo los conceptos de los complejos de Edipo y Electra, fundamentales para entender el desarrollo emocional y los vínculos familiares. Este espacio, ahora convertido en el Museo Freud de Viena, fue el epicentro de su trabajo y el lugar donde sentó las bases de su contribución a la comprensión de la sexualidad humana.

Figura 6

Anuncio de Sigmund Freud sobre su consultorio en Berggasse 19, Viena (1891)



Nota. Tomado de *Freud anuncio consultorio.jpg* [Fotografía], por Apel, M., 2010, [Wikipedia](#), CC BY 4.0.

Si bien muchas de sus teorías han sido cuestionadas por la ciencia moderna, su contribución fue fundamental para establecer un estudio más científico y menos moralista de la sexualidad. Su trabajo abrió camino a investigadores posteriores como Ellis (1905), Kinsey et al. (1948), Master y Johnson (1966) y Kaplan (1974), quienes aportarían descubrimientos cruciales para la comprensión moderna de la sexualidad humana.

Como podemos observar, el estudio de la sexualidad humana ha recorrido un largo camino. Una conclusión importante, señalada por Rathus et al. (2005), es que las actitudes y conductas sexuales son altamente variables según el contexto histórico y cultural, existiendo muy pocas tendencias verdaderamente universales. Lo que es aceptado en una cultura puede ser tabú en otra. Con el desarrollo de las clases, iremos analizando otros avances en el estudio de esta disciplina científica.

Este recorrido histórico, aunque centrado principalmente en la perspectiva occidental, nos permite apreciar la evolución en la comprensión de la sexualidad humana. Para profundizar en estos temas, se recomiendan las siguientes lecturas:

Recomendaciones de lectura:

Estimados estudiantes en la figura 7 se refleja la portada del libro “Sed de Piel” del autor Manuel Lucas Matheu y en la figura 8, se muestra la portada del libro “Amor y sexo en la historia de Quito” del autor Javier Gomezjurado, les invito a revisarlos, son una fuente de conocimiento valiosa.

Figura 7

Portada del libro *sed de piel*



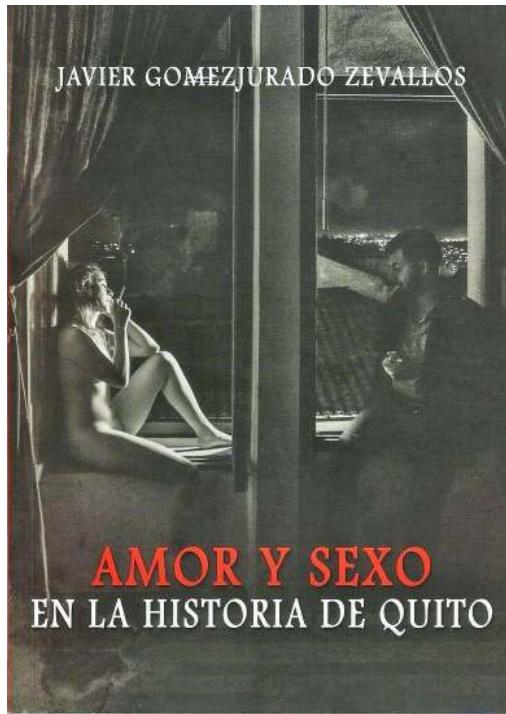
Nota. Tomado de *Sinopsis de SED DE PIEL ¿FEMINIZAR EL FUTURO?* [Ilustración], por Matheu, M., 2009, [Casadellibro](#), CC BY 4.0.

Reseña de sed de piel: En tan solo 2,5 cm² de piel humana hay 1300 células nerviosas. Cada una de las yemas de los dedos tiene unos 100 receptores nerviosos. Entre todos los mamíferos, los humanos tenemos la piel con más cantidad y variedad de corpúsculos sensitivos, pero también nuestra agresividad es la que utiliza las formas más variadas y crueles para hacer daño. Nuestra necesidad de contacto, de apego y de cariño, supera ampliamente la de cualquier otro mamífero. Pero en muchas sociedades humanas, esta necesidad apenas se satisface. En otras, bastante. ¿Por qué? ¿Cuáles son los orígenes del sexo? ¿Cuáles son las claves del hecho sexual humano? ¿Por qué la sexualidad humana es tan diferente? ¿Qué determina la moral sexual cultural? ¿Están relacionadas la agresividad y la represión sexual? ¿y el papel de lo femenino? ¿Es la sexualidad un elemento clave en el futuro de la humanidad? Bucear en las claves filogenéticas, antropológicas,

socio biológicas, socioculturales y psicoanalíticas del hecho sexual humano, es una aventura divertida y enriquecedora, en la que nos podemos introducir, guiados por el autor

Figura 8

Portada del libro "Amor y sexo en la historia de Quito"



Nota. Tomado de *Amor y sexo en la historia de Quito* [Ilustración], por Gomezjurado, J., 2019, [revistagestion](#), CC BY 4.0.

Reseña amor y sexo en la historia de Quito: Gracias a su vasto conocimiento sobre la historia de Quito, Javier Gomezjurado (2019) aborda magistralmente en esta obra uno de los temas más vetados y rodeados de prejuicios como es el amor y el sexo en la vida de la ciudad, partiendo desde la época precolombina hasta llegar al siglo XXI. Durante este recorrido humano e histórico, el autor realiza un estudio pormenorizado de temas poco difundidos o discutidos en nuestro medio como la homosexualidad en los pueblos precolombinos, el adulterio, la bigamia, el sexo en los conventos, los hijos expósitos, la sodomía y el lesbianismo, entre otros, dejando sin sustento la

Imagen que siempre se nos ha vendido del “Quito colonial y conventual”. Siguiendo esta misma línea de trabajo, el historiador se adentra en la vida republicana de la ciudad para develar los amores libertarios y presidenciales, o relatar las hazañas de las chullitas y vampiresas quiteñas, y así introducirnos en el mundo de los prostíbulos como el recordado “Palacio del Diablo”. Ya en las postrimerías del siglo XXI, analiza al erotismo y al sexo desde la perspectiva de la literatura, el cine, la música y las prácticas culturales, dejando abierta la puerta para un necesario debate que demanda un desprejuiciado estudio de la historia de ese otro Quito, tan negado como deseado.

Estimado estudiante, le invito a continuar con el aprendizaje sobre Dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales de la sexualidad a continuación:

1.1.2 Dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales de la sexualidad

El recorrido histórico presentado anteriormente nos muestra que la sexualidad humana es un fenómeno complejo compuesto de múltiples dimensiones que interactúan de manera dinámica para formar una experiencia integral. Entre estas dimensiones, destacan la biológica y la sociocultural, que ofrecen perspectivas complementarias sobre cómo las personas entienden y viven su sexualidad.

1.1.2.1 Dimensión biológica

La dimensión biológica de la sexualidad abarca los aspectos anatómicos, fisiológicos y genéticos que definen al ser humano como un ser sexuado. Desde un punto de vista evolutivo, el cuerpo humano ha desarrollado características específicas para la reproducción y el disfrute sexual. Según Bernstein et al. (2014), la reproducción sexual no solo asegura la perpetuación de la especie, sino que también favorece la variabilidad genética, lo que aumenta la adaptabilidad de las especies al entorno.

El sistema endocrino desempeña un papel fundamental en esta dimensión, regulando las hormonas sexuales, como la testosterona y los estrógenos, que influyen en el deseo sexual, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y los patrones de comportamiento sexual. LeVay (1993) argumenta que estas bases biológicas son esenciales para comprender cómo los seres humanos responden a estímulos sexuales y desarrollan su orientación sexual.

Además, la biología de la sexualidad incluye procesos relacionados con el dimorfismo sexual, es decir, la diferenciación entre machos y hembras en términos de anatomía y funciones reproductivas. Según Rathus et al. (2002), esta diferenciación no solo afecta a los órganos sexuales, sino también a las estructuras cerebrales, que muestran variaciones relacionadas con el género y la orientación sexual.

1.1.2.2 Dimensión psicológica

La dimensión psicológica de la sexualidad abarca los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que influyen en cómo los individuos experimentan y expresan su sexualidad. Esta dimensión incluye la percepción de uno mismo como ser sexuado, las actitudes hacia el deseo sexual, las fantasías, la autoimagen corporal y la capacidad de establecer vínculos afectivos íntimos.

Según Gómez-Zapiain (2009), la sexualidad humana está profundamente ligada a la identidad personal y al bienestar psicológico, pues las experiencias sexuales y emocionales contribuyen a la formación de la autoestima y la percepción de la propia valía. Por ejemplo, las expectativas y creencias aprendidas desde la infancia sobre el amor, el género y la sexualidad configuran patrones de pensamiento que afectan las relaciones interpersonales.

Además, la dimensión psicológica también incluye la regulación emocional asociada con el deseo sexual y la relación de pareja. Schnarch (1997) argumenta que la capacidad de manejar conflictos y comunicar necesidades



sexuales de manera efectiva es clave para el desarrollo de una sexualidad saludable y satisfactoria. Los factores psicológicos también pueden influir en la preferencia sexual y en la manera en que las personas enfrentan prejuicios o discriminación, afectando su bienestar general. Por último, esta dimensión también contempla los impactos de la salud mental en la sexualidad. Condiciones como la depresión, la ansiedad o los trastornos de estrés postraumático pueden alterar el deseo sexual o dificultar la formación de vínculos afectivos significativos (Marina et al., 2014).

1.1.2.3 Dimensión sociocultural

En contraste con la dimensión biológica, la dimensión sociocultural de la sexualidad se centra en los significados, normas y valores que las sociedades asignan al género y a las relaciones sexuales. Butler (1990) sostiene que el género no es una categoría innata, sino una construcción social que establece cómo deben comportarse y relacionarse las personas según su sexo biológico.

El género y la sexualidad están profundamente influenciados por la cultura. Las normas culturales dictan qué comportamientos sexuales son aceptables y cuáles no, moldeando así las actitudes hacia la sexualidad y las identidades de género. Ahora bien, tradicionalmente las sociedades patriarcales han perpetuado relaciones jerárquicas de poder entre hombres y mujeres, utilizando la sexualidad como un medio de control social (Obeso Terrones & Barrantes Cabrera, 2013).

Además, la cultura influye en la manera en que las personas perciben y expresan su deseo sexual. Según Hernández (2018), la sexualidad humana es un proceso de integración en el que la biología y la cultura interactúan para crear una experiencia única y dinámica. Este proceso de integración se refleja en la diversidad de orientaciones sexuales, identidades de género y prácticas sexuales que existen en el mundo.

La cultura tiene un papel fundamental en señalar lo que se acepta o rechaza en un espacio y tiempo determinado, pero no es un elemento determinante, siendo que la conciencia que una persona posee sobre sí mismo (identidad sexual) va a depender de factores biológicos, psicológicos y socioculturales los cuales pueden interactuar de diferente manera.

Por ejemplo, el proceso de sexuación determinará si un individuo desarrolla caracteres sexuales masculinos o femeninos y, en base, su cultura aplica de manera diferencial los constructos de masculinidad y feminidad, lo que es introyectado por las personas. La figura 9, muestra cómo la sociedad asigna significados culturales (como los colores) a características biológicas, influyendo en la construcción de la identidad desde la infancia.

Figura 9

Ejemplo de colores asignados para cada género



Nota. Tomado de *de cerca, rosado, adentro, accesorios, adorable, bebé, difuminar, niño* [Fotografía], por Piqsels, s.f., [Piqsels](#); y *de niño leyendo, cómic, historia, niño, leyendo, bebé, Lego, jugando* [Fotografía], por Piqsels, s.f. [Piqsels](#), CC BY 4.0.

1.1.2.4 Interacción entre las dimensiones

La sexualidad humana es un fenómeno que surge de la interacción dinámica entre las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural; aquello da cabida a diferentes formas de vivir la sexualidad. Mientras que la dimensión biológica establece las bases fisiológicas del deseo y la función sexual, la dimensión sociocultural aporta los significados, normas y valores que influyen en cómo estas bases se expresan y son interpretadas por los individuos. La dimensión

psicológica, por su parte, actúa como puente integrador, mediando entre los aspectos biológicos y los culturales a través de procesos cognitivos, emocionales y conductuales.

Por ejemplo, mientras las hormonas sexuales como la testosterona pueden influir en el deseo sexual (LeVay, 1993), la interpretación de dicho deseo estará determinada por las creencias culturales y los valores personales. Asimismo, los factores psicológicos, como la autoestima y la regulación emocional, determinan cómo una persona maneja las expectativas culturales relacionadas con el género o las relaciones de pareja (Schnarch, 1997).

En la figura 10 se puede apreciar que, dada la enorme diversidad sexual humana, producto las interacciones entre factores biológicos, psicológicos o socioculturales es difícil establecer un modo exclusivo de ser hombre o ser mujer. En la imagen de la izquierda se visualiza una mujer muy femenina (Marilyn Monroe); mientras que, en la imagen derecha se refleja a una mujer asumiendo retos poco esperados para la figura femenina.

Figura 10

Ejemplo de la diversidad femenina



Nota. Tomado de *marilyn monroe, figura de cera, actor, mujer, Art °, visita, interino, representación* [Fotografía], por Piqsels, s.f., [Piqsels](#); y de *man-rock-upside-down-abyss-risk* [Fotografía], por Piqsels, s.f. [Piqsels](#), CC BY 4.0.

Ahora bien, según las teorías evolucionistas, el sexo aparece en el momento en que las especies evolucionaron del sistema de reproducción asexual (por división) al sexual (por fusión). Aquello surge de una necesidad de adaptación,

pues la reproducción sexual es más segura y efectiva. En este cambio fue necesario que se dieran ciertas mutaciones genéticas en los cromosomas, encargados de determinar la estructura morfológica y funcional de un ser vivo.

De esta forma, al principio los seres eran unicelulares y de reproducción asexual, es decir un solo ser se dividía (mitosis) para dar como resultado otros dos iguales al primero, las condiciones sumamente favorables del entorno en ese momento hicieron que sea un tipo de reproducción adecuada, pero con el tiempo estas condiciones variaron por lo que las especies debieron seguirse adaptando para sobrevivir y con ello su manera de reproducción también varió radicalmente.

Aparece una nueva forma de reproducción, la fusión para la que eran necesarios dos individuos que dieran origen a uno diferente a ambos. Bajo este esquema, solo uno de los padres es capaz de engendrar, a diferencia de los seres asexuales. Parece ser que este cambio en la reproducción responde a la necesidad de ir eliminados genes perjudiciales, algo poco probable con la reproducción asexual que da origen a seres exactamente iguales, según la teoría de la evolución la especie más adaptada al medio tendrá más probabilidades de sobrevivir siendo fundamentales ciertas mutaciones genéticas beneficiosas, aquello da lugar a especies nuevas y diferentes (variabilidad) (Lucas, 2009).

Para conocer más, acceda al siguiente video titulado: [El origen de las especies: el pico del pinzón](#). Una vez analizado el video anterior, note como en el pico Pinzón ha cambiado dependiendo de sus necesidades de alimentación. La variabilidad de especies es característica de la reproducción sexual.

Como se mencionó anteriormente, según la teoría evolutiva, ciertas especies desarrollaron una reproducción sexual, para ello fue necesaria la creación de dos sexos diferenciados en una misma especie: macho y hembra. Los machos poseen gónadas masculinas (que producen espermatozoides) y las hembras gónadas femeninas (que producen óvulos), de forma que, cuando el espermatozoide y el óvulo se unen, dan lugar a un nuevo ser.

De esta forma, el origen del sexo se puede establecer en el tránsito de la reproducción asexual a la sexual, hecho que se produjo por necesidades adaptativas y superficiales. Con el tiempo, al componente biológico se le suman biológicos o psicológicos fundamentales en la experiencia humana.

Para finalizar con esta unidad y con el objetivo de afianzar sus conocimientos sobre la temática analizados hasta la fecha, le invito a revisar el siguiente módulo didáctico:

[Orígenes de la sexualidad humana](#)

Una vez usted haya revisado el módulo didáctico mencionado, comprenderá de mejor manera los contenidos que se revisan en la unidad 1. De esta forma podrá entender cómo ha evolucionado el estudio de la sexualidad hasta convertirse en una ciencia.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en las actividades que se describen a continuación:

1. Lea comprensivamente la información correspondiente a la unidad 1: *Orígenes de la Sexualidad Humana*.
2. Durante su lectura, note cómo se transmite una visión de la sexualidad bajo una perspectiva holística y biopsicosocial.
3. Una vez revisada la información, se sabe que actualmente se emplea el término “asexual” para referirse a alguien con ausencia de apetito sexual o atracción romántica. Responda las siguientes interrogantes:
 - ¿Qué opina al respecto?
 - ¿Se puede ser realmente asexual?
 - ¿Cree que está mal empleado el término?
4. Se recomienda también desarrollar una consulta bibliográfica empleando el motor de búsqueda Google Académico o la base de datos propia de la universidad a fin de obtener información académica.

Una vez revisada la información, proceda a resolver las interrogantes antes planteadas y puede compartirlas con su docente.

Nota: por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.



Retroalimentación:



Una vez finalizada la actividad, es momento de revisar la respectiva retroalimentación.



Para algunos autores, en lo referente a la asexualidad, simplemente habría un mal uso del término y es que, si lo analizamos detenidamente, los seres humanos somos seres sexuados, pues contamos con cromosomas sexuales, hormonas sexuales, órganos sexuales, pensamientos o fantasías, estamos inmersos en una estructura social que nos inculca la manera en cómo debemos comportarnos. De esta forma, la sexualidad invade cada una de las esferas de nuestra vida.



5. Para saber más, se recomienda revisar la siguiente entrevista: [¿Existe la asexualidad?](#) En esta entrevista del Diario Libre al Dr. Manuel Lucas Matheu despeja las dudas referentes a este tema (Jiménez, 2015).
6. Le invito a reforzar sus conocimientos, participando en la siguiente autoevaluación:



Procedimiento

Estimado estudiante le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo. Para ello debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta.



Autoevaluación 1

1. () La sexualidad humana ha sido un tema de interés desde el Paleolítico.
2. () El Código de Hammurabi valoraba positivamente la castidad.

3. En la antigua Grecia, ¿cómo era vista la homosexualidad?

- A. Como una práctica socialmente aceptada
- B. Como un acto prohibido por la ley
- C. Como un acto exclusivamente relacionado con los dioses
- D. Como una desviación sexual



4. ¿Cómo se veía la sexualidad en la Edad Media?

- A. De manera más liberada y abierta
- B. Solo con fines reproductivos
- C. Totalmente reprimida
- D. Enfocada únicamente en el placer



5. ¿Qué pensamiento prevalecía sobre la sexualidad en la medicina victoriana?

- A. Que era beneficiosa para la salud
- B. Que debía ser evitada completamente
- C. Que la actividad sexual frecuente era dañina
- D. Que solo debía practicarse con fines reproductivos



6. () Sigmund Freud fue uno de los primeros el primero en situar la sexualidad como elemento central en el desarrollo humano.

7. () El sistema endocrino no tiene influencia sobre la sexualidad humana.

8. ¿Qué incluye la dimensión psicológica de la sexualidad?

- A. La percepción de uno mismo como ser sexuado
- B. El ciclo reproductivo
- C. La respuesta sexual física
- D. Los aspectos hormonales



9. ¿Cómo se define el género?

- A. Es una categoría biológica e inmutable

- B. Es determinado exclusivamente por los cromosomas
- C. Es determinado exclusivamente por la cultura
- D. Es una categoría socialmente construida

10. ¿Cuándo comenzó la reproducción sexual en las especies?

- A. Cuando las especies evolucionaron de la reproducción asexual a la sexual
- B. En la época de los dinosaurios
- C. En la Edad Media
- D. Durante el Renacimiento

[Ir al solucionario](#)

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 2

Unidad 2. Diferenciación sexual y desarrollo de la identidad sexual y de género

Estimados estudiantes, en la primera semana hemos realizado un recorrido histórico acerca del estudio de la sexualidad. Para esta semana profundizaremos los conceptos de sexo, género y su papel en la construcción de la identidad.

2.1 Introducción a la identidad sexual

La identidad sexual, un concepto clave dentro de la psicología de la sexualidad, se relaciona estrechamente con la forma en que los individuos entienden y experimentan su propia sexuación. Esta se desarrolla a partir de una base biológica que interactúa continuamente con factores culturales y sociales. Según diversas investigaciones, el proceso de construcción de la



identidad sexual parte de un origen común en las especies asexuales, lo que ha llevado a la evolución hacia un sistema de reproducción sexual y, con ello, a una diversidad humana (LeVay, 1993; Money, 1972).

Desde una perspectiva biológica, la sexuación implica una serie de procesos que van desde lo genético hasta lo hormonal, formando una base para las diferencias sexuales (LeVay, 1993). Sin embargo, estas diferencias no deben interpretarse como comportamientos estancos; las ciencias biológicas y sociales evidencian una interrelación que refuerza la flexibilidad y diversidad en la expresión sexual humana.

En cuanto a los aspectos culturales, el concepto de género introduce las atribuciones simbólicas y normativas que las sociedades otorgan a los sexos biológicos. Este conjunto de constructos socioculturales genera estereotipos y roles que determinan las expectativas de cómo deben comportarse los hombres y las mujeres en un contexto dado (Bem, 1981). Por ello, la identidad sexual y de género no solo depende de la biología, sino también de las experiencias de socialización y las presiones culturales que moldean estas identidades.

Ahora bien, tradicionalmente ha existido discusión entre biologicismo y culturalismo. Mientras que el biologicismo prioriza la influencia de las bases biológicas en la diferenciación sexual, el culturalismo subraya la construcción de roles de género como resultado de estructuras de poder y desigualdad social (Barberá y Martínez, 2004). A continuación, revisemos algunas perspectivas de la sexualidad:

Tabla 1

Perspectivas de la sexualidad

Perspectivas de la sexualidad



Postura biologista

Se sustenta en el peso que tiene el desarrollo biológico para explicar la masculinidad y feminidad. Se basa en las diferencias morfológicas, hormonales, cromosómicas o genéticas. La normalidad consistiría en la adecuación de las personas según su sexo a los roles que la propia naturaleza marca.



Postura culturista/antropológica

Según esta postura las formas de ser hombre o mujer no están determinadas por la biología sino por lo que los sistemas sociales y culturales, los cuales actualmente son patriarcales, de forma que, facilitan una relación asimétrica de poder donde el grupo de hombres somete al grupo de mujeres. (Boscán, 2015).

Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad*, por Gomez, J., 2014, Alianza Editorial.



Estimado/a estudiante, para conocer más acerca de estas perspectivas le recomiendo revisar el siguiente artículo científico: [Constructivismo versus Biologismo en la explicación del género, ¿confrontación superada?](#)

Una vez usted revise la información anterior comprenderá de mejor manera los contenidos que se revisan en la Unidad 2, siendo que en la actualidad la tendencia actual es considerar una postura multidisciplinar sobre la sexualidad, ya que es indudable que los seres humanos estamos influenciados por diversos factores y en diferente medida.

2.2 ¿Qué entendemos por sexo y género?

El debate sobre sexo y género ha sido un tema central en los estudios sobre la sexualidad humana, enfrentando conceptos biológicos y construcciones culturales. Mientras que el sexo hace referencia a las diferencias biológicas entre machos y hembras, el género abarca las atribuciones culturales y sociales que se asocian a estas diferencias. Este enfoque nos permite comprender la complejidad de las identidades sexuales y de género, que van más allá de una simple dicotomía biológica.

Uno de los puntos clave es la necesidad de diferenciar y, a la vez, integrar los conceptos de sexo y género. El sexo, según LeVay y Valente (2003), se basa en las bases biológicas de la sexuación, incluyendo factores genéticos y hormonales, mientras que el género se relaciona con las normas y roles sociales atribuidos a hombres y mujeres (Butler, 1990). Este último concepto es particularmente relevante en contextos culturales, donde las expectativas sobre masculinidad y feminidad varían considerablemente.

En el ámbito académico, Money (1972) introdujo el término “género” para describir las construcciones culturales asignadas a los sexos biológicos. Su trabajo con personas intersexuales reveló que la identidad sexual no depende exclusivamente de la biología, sino también del entorno social y cultural. Estos hallazgos han sido fundamentales para cuestionar modelos tradicionales que reducen la identidad sexual a lo biológico.

Por otro lado, la perspectiva actual sugiere que tanto el sexo como el género interactúan constantemente. Según Bem (1974), las personas pueden manifestar características tanto masculinas como femeninas, superando las



limitaciones de los modelos tradicionales de congruencia. Este enfoque de androginia reconoce la flexibilidad y diversidad en la expresión de género, permitiendo una mayor adaptabilidad y bienestar psicológico.

Asimismo, es crucial abordar el impacto de las construcciones sociales en la desigualdad de género. Como señala Connell (2005), los sistemas de género se estructuran en torno a relaciones de poder, perpetuando jerarquías que desfavorecen a las mujeres y a otras identidades de género no normativas. Estas dinámicas refuerzan la necesidad de un análisis crítico que integre tanto las bases biológicas como los factores socioculturales en la comprensión de la sexualidad humana. La tabla que se muestra a continuación busca plasmar las diferencias entre los conceptos de sexo y género:

Tabla 2

Sexo y género

Sexo y género**Definición:**

- Diferencias biológicas (morfológicas, cromosómicas, hormonales).

**Características principales:****Sexo**

- Se origina en el nivel genético.
- Se manifiesta en la diferenciación gonadal y somática.
- Es la base para el desarrollo de la identidad personal.

**Influencia externa:**

- Aunque es biológico, activa respuestas sociales y culturales

**Definición:**

- Construcción sociocultural de roles, atributos y expectativas asignados a los sexos biológicos.

**Características principales:****Género**

- Determina comportamientos y actitudes según las normas sociales.
- Varía según el contexto histórico, cultural y social.
- Es moldeado por la educación y las expectativas sociales.

Dinamismo:

- Cambia en función de transformaciones sociales y culturales.

**Interacción entre
Sexo y Género**

- El sexo proporciona la base biológica.
- El género añade una capa de significados culturales que enriquecen o desafían la visión binaria de la sexualidad.

Nota. Adaptado de *The Sexual Brain*, por LeVay, S., 1993, MIT Press.

Una vez mencionadas las diferencias entre sexo y género, acceda al artículo titulado [Sexo y género: una mirada interdisciplinar desde la psicología y la clínica](#) para obtener información adicional sobre estos constructos. Una vez revisado el artículo propuesto, usted comprenderá que los constructos de sexo y género han sido abordados desde las ciencias médicas y psicológicas, siendo hoy en día un tema aún cuestionable.

2.3 Sobre la identidad sexual y la identidad de género

Una vez analizados los términos “sexo” y “género”, es importante relacionarlos con la identidad. La identidad sexual y de género constituye un aspecto esencial de la construcción del “yo” en el desarrollo humano, integrada en un proceso más amplio que abarca aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. Desde una perspectiva evolutiva, la diferenciación sexual comienza en las primeras etapas de desarrollo intrauterino y se complementa con la interacción social y cultural posterior al nacimiento (Bowlby, 1969).

La identidad sexual, vinculada al dimorfismo biológico, se refiere al reconocimiento y aceptación del cuerpo sexuado y sus características. Por otro lado, la identidad de género involucra la interpretación y asimilación de roles y expectativas culturales sobre lo que significa ser hombre o mujer en una sociedad específica (Butler, 1990). Esta integración de lo biológico y lo cultural da lugar a un autoconcepto que evoluciona con el tiempo y las experiencias.

Palacios et al. (2014) sugieren que la construcción de la identidad está profundamente influida por las interacciones significativas con el entorno social. Desde esta óptica, las categorías de “masculinidad” y “feminidad” no son entidades fijas, sino constructos maleables que reflejan las normas y valores dominantes. Asimismo, autores como Marcia (1980) destacan la importancia de la adolescencia como una etapa crítica para la consolidación de la identidad, momento en el cual las personas enfrentan interrogantes sobre su orientación sexual, roles de género y lugar en la sociedad.

Sin embargo, la identidad sexual y de género no siempre se ajusta a las categorías binarias tradicionales. Las personas transexuales y no binarias, por ejemplo, desafían estas categorías al expresar identidades que no coinciden con el sexo asignado al nacer. Este fenómeno subraya la necesidad de abordar la diversidad sexual y de género desde una perspectiva inclusiva que reconozca la pluralidad de experiencias humanas (Connell, 2005).

La teoría del apego también aporta una perspectiva única al estudio de la identidad. Bowlby (1969) argumenta que las primeras relaciones afectivas influyen significativamente en la percepción de uno mismo y en la capacidad de integrar aspectos de la identidad sexual y de género. Estas interacciones tempranas forman los modelos internos de trabajo que guían las relaciones futuras y la autovaloración.

En conclusión, la identidad sexual y de género no puede entenderse como un fenómeno aislado, sino como una síntesis de factores biológicos, psicológicos y culturales. Su estudio desde la psicología evolutiva y de la personalidad proporciona una visión integral de cómo los individuos se perciben y se expresan en función de su sexualidad y género, promoviendo así una mayor comprensión de la diversidad humana. La siguiente tabla busca facilitar su comprensión sobre estos términos:

Tabla 3

Diferencias entre identidad sexual y de género

Termino	Diferencias
---------	-------------

Identidad sexual:**Diferencias**

La identidad sexual hace referencia a la autopercepción basada en las características biológicas, como los genitales y la estructura corporal, que permiten identificarse como hombre o mujer.

Nota. Adaptado de *Identidad sexual en la infancia* [Fotografía], por fuente desconocida, s.f., [Google Images](#). Uso educativo.

Identidad de género:

Se relaciona con la construcción social y cultural que define los roles, comportamientos y expectativas asociados con ser hombre o mujer en una sociedad específica.

Nota. Adaptado de *Grupo de mujeres africanas* [Fotografía], por fuente desconocida, s.f., [Flickr](#). CC BY 2.0.

Conclusión:

Mientras que la identidad sexual es más objetiva y basada en aspectos biológicos, la identidad de género es subjetiva y fluida, moldeada por las normas culturales y las experiencias personales. Por ejemplo, una persona puede identificarse biológicamente como mujer, pero experimentar una identidad de género que no coincide con los estereotipos tradicionales de feminidad. Esta diferenciación es esencial para comprender la diversidad y complejidad de las experiencias humanas en torno a la sexualidad y el género.

Nota. Macas, E., 2025

2.4 Expresión y manifestación de los roles de género

Los roles de género han sido una construcción social profundamente arraigada en las sociedades humanas, reflejando las expectativas culturales asignadas a los sexos biológicos. Históricamente, antes de la industrialización, las funciones asignadas a hombres y mujeres estaban vinculadas a las necesidades de supervivencia de la especie: los hombres eran responsables de la defensa y el sustento, mientras que a las mujeres se les asignaba la crianza y las tareas relacionadas con el hogar. Estas asignaciones funcionales evolucionaron hacia conceptos de masculinidad y feminidad, los cuales se han mantenido, aunque transformados, hasta nuestros días (Connell, 2005).

En términos psicosociales, la masculinidad ha sido tradicionalmente asociada con valores como la fortaleza, la independencia y el liderazgo, mientras que la feminidad se ha vinculado a la empatía, la afectividad y la cooperación. Estas categorizaciones han generado una dicotomía estereotipada que presenta la masculinidad y la feminidad como conceptos excluyentes y opuestos. Además, la cultura dominante ha tendido a valorar lo masculino por encima de lo femenino, estableciendo jerarquías de poder y privilegios que perpetúan desigualdades estructurales entre los géneros (Connell, 2005).

El pensamiento socialista y el surgimiento de los movimientos feministas a partir del siglo XIX cuestionaron estas jerarquías, destacando la injusticia estructural de los roles de género y su contribución a la opresión de las mujeres. La industrialización, que demandó la participación laboral de las mujeres, hizo más evidente la disparidad entre los roles tradicionales y las nuevas realidades sociales, llevando a un cuestionamiento más amplio de las construcciones de género (Bebel, 1879).

Desde una perspectiva psicológica, los roles de género se definen como los comportamientos y actitudes que las personas adoptan para expresar su identidad de género, influenciados tanto por las expectativas culturales como por sus experiencias individuales. Modelos clásicos, como el de Talcott Parsons, caracterizaron la masculinidad como instrumental y la feminidad



como expresiva. Sin embargo, investigaciones posteriores, como las de Sandra Bem, han propuesto modelos más flexibles, como el de androginia, que reconoce la presencia de rasgos tanto masculinos como femeninos en cualquier persona, promoviendo una mayor adaptabilidad y salud psicológica (Bem, 1974).

En conclusión, los roles de género no son constructos fijos, sino dinámicos y moldeados por contextos históricos, culturales y sociales. Su estudio y deconstrucción es fundamental para avanzar hacia una sociedad más equitativa y comprensiva de la diversidad humana. Le invito a revisar la presentación que se muestra a continuación, que busca profundizar aún más en los roles de género.

El rol de género: definición y funciones.

Ya que estos conceptos pueden llegar a ser complejos, se recomienda profundizar su aprendizaje con el siguiente video titulado: [¿Qué es la diversidad sexual?](#)

Una vez revisado el video educativo, usted comprenderá que erróneamente se da por sentado que únicamente hay un binarismo en lo que respecta a la identidad sexual y de género. El video nos permite darnos cuenta de lo contrario, ya que existen gran cantidad de variaciones que se pueden presentar entre los individuos, poniendo en evidencia la compleja diversidad sexual.

Finalmente, para profundizar los contenidos abordados en la presente semana, le recomiendo realizar las siguientes actividades; a fin de garantizar una adecuada comprensión de la temática.



Actividades de aprendizaje recomendadas

1. Analice el artículo titulado: "[Hacerle justicia a alguien: la reasignación de sexo y las alegorías de la transexualidad](#)", de la autora Judith Butler, donde menciona los aportes del investigador John Money.

2. Adicionalmente, proceda además a desarrollar una consulta bibliográfica empleando el motor de búsqueda Google Académico o la base de datos propia de la universidad, a fin de obtener información académica sobre este caso.



3. Una vez se haya empapado de los hallazgos de Money, por favor proceda a dar respuesta a las siguientes interrogantes:

- ¿Considera que el enfoque de Money era extremadamente reduccionista?
- ¿Por qué este experimento es cuestionable?
- ¿Qué líneas éticas se cruzan en este caso?



Nota: por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.



4. Comparta sus impresiones con el docente en el espacio de tutorías y consultas o a través del espacio de mensajería.



Esta tarea le permitirá fortalecer sus habilidades de búsqueda de información en fuentes confiables.



Retroalimentación:

El caso de John Money resulta revelador para entender cómo se construye la identidad sexual humana. Este caso demuestra que no podemos atribuir la identidad sexual a un solo factor, sino que es el resultado de una compleja interacción entre varios elementos. Por un lado, tenemos los factores biológicos fundamentales, donde la genética juega un papel crucial en el desarrollo sexual desde antes del nacimiento. Este proceso de diferenciación sexual está profundamente arraigado en nuestra biología. Sin embargo, esto es solo el comienzo. Una vez que nacemos, nos desarrollamos en un entorno social específico que tiene sus propias concepciones, normas y expectativas sobre la sexualidad. Este contexto social, junto con nuestros procesos psicológicos individuales, también influye significativamente en cómo desarrollamos y experimentamos nuestra identidad sexual. En esencia, la identidad sexual emerge de la interacción continua entre nuestra

biología inherente, nuestra psicología individual y el entorno sociocultural en el que nos desarrollamos. Ninguno de estos factores por sí solo puede explicar completamente cómo se forma y evoluciona nuestra identidad sexual.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 3

Unidad 2. Diferenciación sexual y desarrollo de la identidad sexual y de género

2.5 Desarrollo psicosexual humano

El desarrollo psicosexual humano, que también se puede entender como proceso de sexuación, se refiere al proceso integral mediante el cual las personas construyen su identidad sexual y de género, así como la capacidad de establecer vínculos afectivos y relaciones sexuales. Este desarrollo abarca múltiples niveles que interactúan entre sí: biológicos, psicológicos, sociales y culturales, contribuyendo a la configuración de una identidad única en cada individuo.

Desde una perspectiva biológica, el desarrollo psicosexual comienza con la diferenciación sexual en la etapa intrauterina, cuando factores genéticos y hormonales definen el sexo biológico. Sin embargo, este proceso se complementa con el aprendizaje y las experiencias individuales, que tienen lugar a lo largo de la vida. Por ejemplo, los contextos familiares, culturales y educativos juegan un papel fundamental al proporcionar modelos y expectativas que guían el comportamiento y las percepciones sobre el género y la sexualidad (Money & Ehrhardt, 1972).

La psicología de la sexualidad destaca que la sexuación no es un proceso rígido, sino uno dinámico y altamente plástico. Este enfoque permite comprender la diversidad sexual como una expresión de riqueza humana y no como una desviación respecto a un modelo normativo preestablecido (Levay,



1993). Así, la construcción de la identidad sexual y de género no es solo una consecuencia de factores biológicos, sino que también refleja las interacciones sociales y las experiencias personales.

El desarrollo psicosexual no solo implica la diferenciación entre los sexos, sino el reconocimiento y la aceptación de uno mismo como ser sexuado, la capacidad de experimentar deseo erótico y la construcción de relaciones interpersonales significativas.

En conclusión, el desarrollo psicosexual humano es un proceso continuo y complejo, que abarca desde los aspectos más básicos de la biología hasta las dimensiones más profundas de la subjetividad. Este desarrollo, aunque influido por patrones culturales y normas sociales, es único en cada persona, lo que resalta la importancia de considerar tanto las bases comunes como las diferencias individuales.

2.5.1 Bases biológicas de la diferenciación sexual

La diferenciación sexual es un proceso biológico que inicia antes del nacimiento. Todo comienza en la fertilización, cuando un espermatozoide (que puede portar un cromosoma sexual X o Y) se une con un óvulo (que siempre porta un cromosoma X). Esta combinación forma un zigoto con 46 cromosomas: 23 del padre y 23 de la madre, incluyendo los cromosomas sexuales que determinarán si el embrión se desarrollará como varón (XY) o mujer (XX).

Este zigoto, primera célula del nuevo ser humano, contiene toda la información genética necesaria para el desarrollo del individuo y su fenotipo único. A través de múltiples divisiones celulares, dará origen a miles de millones de células que formarán los diferentes tejidos y órganos. Es particularmente relevante que alrededor de la séptima semana de desarrollo embrionario, las gónadas (que darán origen a testículos u ovarios) comienzan su proceso de diferenciación.

Si bien el zigoto es efectivamente la primera manifestación física del nuevo organismo humano, sería más preciso decir que es el punto de partida del desarrollo del cuerpo humano, más que el cuerpo humano en sí mismo (López, 2010).

Por favor, revise los siguientes videos que le permitieran tener una visión más clara al respecto:

- [ADN, Cromosomas y Genes.](#)
- [Determinación cromosómica del sexo.](#)

Es importante señalar que los embriones humanos tienen una tendencia base hacia el desarrollo femenino. El cromosoma Y juega un papel crucial en la diferenciación sexual masculina, específicamente a través del gen SRY (Sex-determining Region Y). Este gen es fundamental, pues activa la formación de los testículos. Una vez desarrollados, los testículos producen andrógenos (hormonas sexuales masculinas) que son esenciales para el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos. En ausencia del gen SRY y los andrógenos subsecuentes, el embrión seguirá por defecto una ruta de desarrollo femenino, lo que ha llevado a los científicos a considerar que el "programa predeterminado" del desarrollo embrionario humano es femenino (Rathus et al., 2005).

Los andrógenos son fundamentales en la diferenciación sexual masculina: bajo su influencia se desarrollan tanto los genitales internos como externos del varón. Aunque el embrión femenino también produce andrógenos durante su desarrollo, sus niveles son insuficientes para interrumpir el proceso de feminización. Por lo tanto, podemos decir que la diferenciación sexual masculina es un proceso activo regulado por la presencia de andrógenos en niveles significativos, mientras que el desarrollo femenino ocurre de manera predeterminada en ausencia de estas hormonas en niveles suficientes.

Ahora bien, vamos a ahondar un poco en el proceso de diferenciación sexual, el cual según Goméz (2014) está estructurado en varios niveles: sexo genético, gonadal, gonofórico (genital) e hipotalámico-hipofisario, que interactúan de manera compleja y determinan tanto las características sexuales primarias como las secundarias.

1. Sexo genético:

El sexo genético se determina en el momento de la fertilización, cuando el espermatozoide y el óvulo se fusionan aportando 23 cromosomas de cada progenitor. La presencia de un cromosoma sexual Y activa el gen SRY, esencial para la formación de los testículos, mientras que su ausencia ocasiona la diferenciación ovárica. Este paso inicial establece la base genética para la masculinización o feminización del embrión.

2. Sexo gonadal:

Durante las primeras semanas de gestación, las gónadas indiferenciadas comienzan a especializarse. En presencia del gen SRY, las células germinales se transforman en testículos, que producen andrógenos como la testosterona. En ausencia de dicho gen, las gónadas se convierten en ovarios, siguiendo un patrón de diferenciación considerado el “camino predeterminado” de la feminización.

3. Sexo gonofórico o genital:

Este nivel abarca la formación de los genitales internos y externos. Los andrógenos juegan un papel decisivo en la masculinización, promoviendo el desarrollo de estructuras internas como los conductos de Wolff y suprimen los de Müller mediante la hormona antimülleriana. En ausencia de estas hormonas, los genitales se desarrollan siguiendo el patrón femenino. Este paso subraya la influencia clave de las hormonas sexuales durante los períodos críticos de desarrollo.

4. Sexo hipotalámico-hipofisario:



El sexo hipotalámico-hipofisario se refiere al nivel de diferenciación sexual que involucra la interacción entre el hipotálamo y la hipófisis, estructuras clave que regulan funciones endocrinas esenciales. El hipotálamo secreta GnRH, que estimula a la hipófisis para liberar gonadotropinas (FSH y LH), fundamentales para la función gonadal y el desarrollo de características sexuales secundarias. Durante el desarrollo prenatal, las hormonas sexuales como estrógenos y andrógenos moldean estructuras hipotalámicas, generando diferencias sexuales que afectan tanto la fisiología como el comportamiento. Este nivel de diferenciación es crítico para procesos como la pubertad y la fertilidad, y su alteración puede llevar a trastornos del desarrollo sexual (DSD). Además, se observa un dimorfismo sexual en ciertas regiones del hipotálamo, como el núcleo preóptico, relacionado con comportamientos reproductivos y regulación hormonal. (Goméz, 2014).

También es importante señalar que existen casos donde un individuo con cromosomas XY es insensible a los andrógenos, en este caso y como habrá intuido desarrollará órganos genitales femeninos, estos de intersexualidad y nos permiten reflexionar nuevamente sobre la enorme variabilidad del ser humano y que incluso de forma biológica «hay tantas formas de sexuación y, por tanto, tantos modos de ser mujer u hombres como personas» (Gómez, 2014, p.84).

Un ejemplo de ello es el Síndrome de insensibilidad androgénica, el cual se manifiesta cuando un individuo genéticamente masculino (XY) tiene resistencia a los andrógenos lo que le lleva a desarrollar un fenotipo femenino, se produce, por lo tanto, una ambigüedad sexual o discordancia entre el fenotipo y genotipo. (Moreira, 2020). Para que quede claro lo que hemos visto hasta el momento, puede encontrar información sobre cómo se forman los órganos genitales en el video titulado:

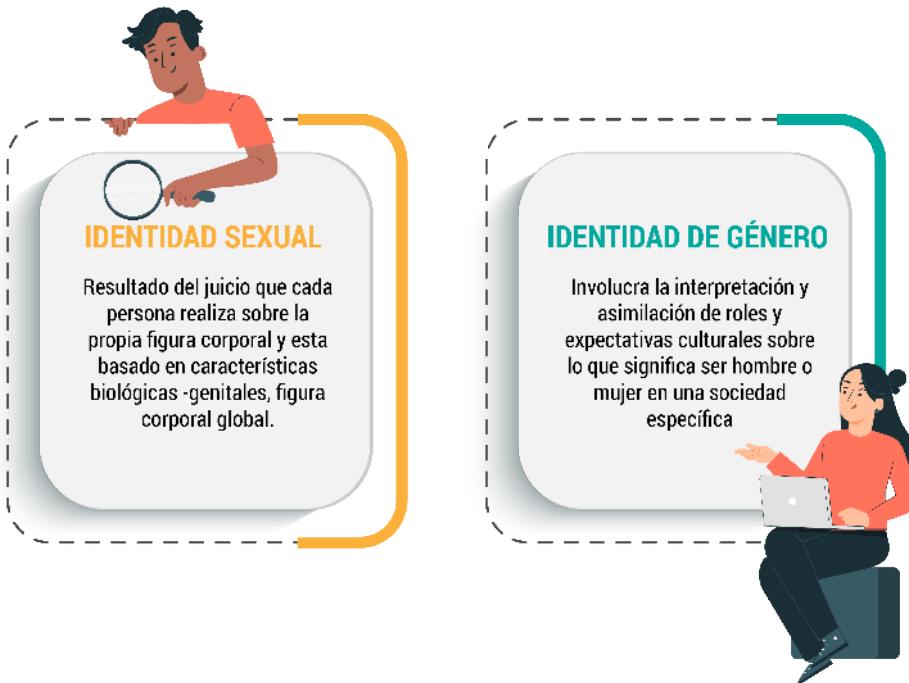
[Formación de los órganos genitales.](#)

2.5.2 Establecimiento de la identidad sexual y de género durante la niñez

Estimado estudiante, la siguiente figura le permitirá recordar los conceptos de identidad sexual y de género:

Figura 11

Identidad sexual y género



Nota. Adaptado de *Manual de sexología clínica* [Ilustración], por Castelo-Branco, C., y Molero, F., 2019, Panamericana., CC BY 4.0.

El establecimiento de la identidad sexual y de género durante la niñez es un proceso que combina influencias biológicas y socioculturales. Aunque las bases biológicas de la sexuación proporcionan un punto de partida, es el entorno social y cultural el que desempeña un papel crucial en la consolidación de la identidad de género. Este desarrollo ocurre a través de la interacción de factores genéticos, hormonales y ambientales, y se expresa como una dimensión fundamental de la identidad global de cada individuo (Money & Ehrhardt, 1972).

Desde el nacimiento, el entorno social interpreta las características biológicas, como los genitales visibles, para asignar un género al bebé. Esta asignación inicial, conocida como "sexo de crianza", se basa en la observación de características físicas y establece un conjunto de expectativas culturales relacionadas con el género asignado (Money & Ehrhardt, 1972). Sin embargo, las investigaciones han demostrado que la identidad de género no es exclusivamente el resultado de esta asignación, sino que emerge de la interacción entre factores biológicos, como el dimorfismo cerebral, y los estímulos culturales.

El desarrollo de la identidad básica de género ocurre típicamente alrededor de los tres años de edad, considerado un periodo crítico en el cual las interacciones con el entorno social influyen significativamente en la consolidación de esta identidad (Fernández, 1988). Durante este tiempo, los niños comienzan a identificar y categorizar comportamientos, roles y atributos como masculinos o femeninos, internalizando estos patrones a través de la observación y la interacción social.

La diversidad en la expresión de la identidad de género subraya la plasticidad del proceso de sexuación. Estudios sobre personas intersexuales y aquellas con condiciones como el síndrome de insensibilidad a andrógenos han mostrado que la identidad de género puede desarrollarse de maneras que no necesariamente corresponden con las características biológicas iniciales (Levay, 1993). Estas evidencias resaltan la importancia del contexto cultural y de la socialización en la formación de la identidad.

Aunque las teorías iniciales de Money enfatizaron la influencia del entorno sociocultural en la identidad de género, casos posteriores, como el de las "niñas dominicanas" con deficiencia de 5-alfa-reductasa, han evidenciado la compleja interacción entre factores biológicos y culturales. Estos hallazgos sugieren que tanto la exposición hormonal prenatal como las experiencias socioculturales durante la pubertad contribuyen al desarrollo de una identidad de género adulta coherente (Levay, 1993). La siguiente infografía resume algunos de los puntos tratados previamente:

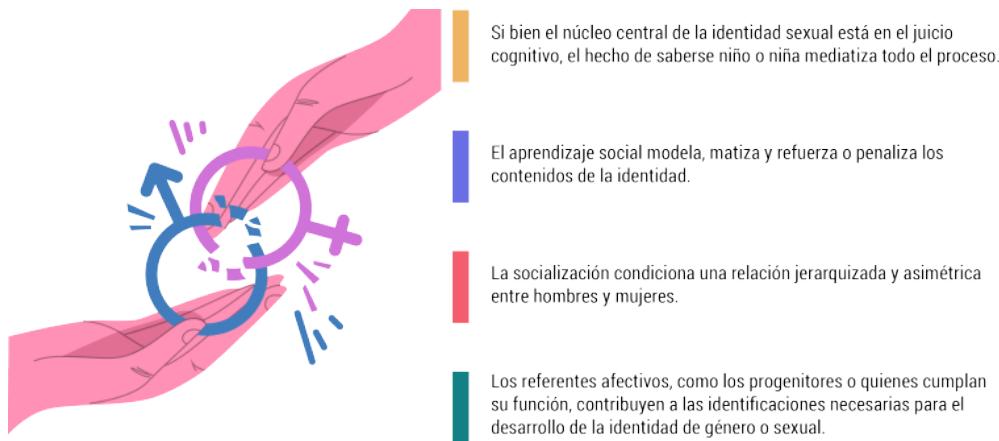


Desarrollo de la identidad sexual y de género en la infancia

En la siguiente figura se detallan algunos aspectos referentes a la identidad sexual y de género.

Figura 12

Desarrollo de la identidad de género y sexual



Nota. Adaptado de *Manual de sexología clínica* [Ilustración], por Castelo-Branco, C., y Molero, F., 2019, Panamericana., CC BY 4.0.

Finalmente me gustaría compartir la siguiente presentación, la cual explica el [caso de las niñas dominicanas](#) en el contexto de lo referido hasta el momento.



Semana 4

Unidad 2. Diferenciación sexual y desarrollo de la identidad sexual y de género

2.5 Desarrollo psicosexual humano

2.5.3 Perspectivas teóricas contemporáneas acerca del desarrollo sexual

En la mayoría de sociedades y culturas, el niño o niña va percibiendo información que le ayudará a conformar su identidad, a la vez que recibirá un trato diferencial por el entorno con relación a su sexo. Durante los tres primeros años, los procesos de adquisición de identidad son básicamente los mismos en todas las culturas, tal y como se observan en la siguiente figura:

Figura 13

Procesos de adquisición de la identidad

1^½ año

- Ya distinguen en algún grado lo que se considera propio de niños o de niñas, aun antes de saber definirse verbalmente como tales.

2a

- Ya se autoclasifican en el grupo de niños o niñas.



3a

- Han desarrollado un concepto de identidad de género que les hará rechazar ciertos juegos, actividades o gestos, vestidos según lo que consideren adecuado o inadecuado

Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad* [Ilustración], por Gómez, J., 2014, Alianza Editorial, CC BY 4.0.

Ahora bien, vamos a repasar las aportaciones que cada marco teórico de la psicología tiene en lo que respecta a la adquisición de la identidad sexual y de género.

Psicoanálisis

El enfoque psicoanalítico, iniciado por Sigmund Freud, sostiene que la identidad sexual se construye a través de procesos inconscientes vinculados a las etapas del desarrollo psicosexual. Este modelo plantea que la identidad sexual emerge como resultado de la resolución del complejo de Edipo, un conflicto afectivo que ocurre en la niñez y que implica sentimientos ambivalentes hacia los progenitores. Según Freud dijo que los niños deben superar este conflicto identificándose con el progenitor del mismo sexo, lo que contribuye a consolidar su identidad sexual (Stortelder, 2014).

Psicología cognitiva

Desde la psicología cognitiva, la identidad sexual se entiende como un concepto cognitivo que los niños adquieren mediante la interacción con su entorno. Este enfoque, influenciado por el constructivismo de Jean Piaget, sostiene que los niños, al igual que cualquier otro concepto, construyen la identidad sexual a partir de la experiencia. La teoría del desarrollo cognitivo de Lawrence Kohlberg propone que los niños desarrollan una comprensión básica de su identidad de género alrededor de los tres años, conocida como "identidad básica de género". Este juicio actúa como un filtro que organiza su percepción y comportamiento en función de lo que consideran coherente con su identidad sexual (Schrader, 1990; Zhi-Zhong, 2005).

Conductismo y teoría del aprendizaje social

El conductismo, representado por autores como B.F. Skinner, enfatiza el papel del aprendizaje y los refuerzos en la adquisición de la identidad sexual. Según esta perspectiva, las conductas que se alinean con las expectativas de género son reforzadas positivamente, mientras que las conductas que no lo hacen tienden a extinguirse. Este modelo explica cómo las normas culturales influyen en la formación de roles de género desde una edad temprana (Kimmerly, 2015).

Albert Bandura, con su teoría del aprendizaje social, complementa esta perspectiva al destacar la importancia de la observación e imitación de modelos. Bandura argumenta que los niños aprenden comportamientos de género observando a figuras significativas, como padres y compañeros, y que este aprendizaje está mediado por procesos internos como la atención y la motivación (Kelland, 2018).

Perspectiva de género

La perspectiva de género, en cambio, analiza las construcciones culturales y sociales que influyen en la identidad sexual. Este enfoque destaca cómo las normas y expectativas de género perpetúan desigualdades y limitan la diversidad de identidades. Autores como Judith Butler han cuestionado las nociones tradicionales de género, argumentando que esta es una construcción performativa que se reproduce a través de actos repetidos y normas culturales. Desde esta perspectiva, el género no solo es una categoría social, sino también un espacio de resistencia y transformación, donde las personas pueden renegociar y redefinir su identidad en respuesta a las expectativas sociales (Butler, 1990; Akram et al., 2020).

Síntesis de perspectivas

Cada una de estas teorías aporta elementos valiosos para comprender el desarrollo de la identidad sexual. El psicoanálisis ofrece una visión profunda sobre los procesos inconscientes; la psicología cognitiva, una estructura evolutiva del concepto de género; el conductismo y el aprendizaje social, un análisis de la influencia ambiental, y la perspectiva de género, una crítica a las desigualdades estructurales. Juntas, estas perspectivas permiten una comprensión integral de cómo las personas construyen su identidad sexual y de género a lo largo de la vida.

Las teorías previamente mencionadas también podrán encontrarse resumidas en la siguiente infografía:

Teorías psicológicas

Como pudo constatarse en la infografía, la construcción de la identidad sexual y de género ha sido un tema de interés para diversas escuelas psicológicas. Estas teorías, aunque parten de enfoques diferentes, se complementan para ofrecer una visión integral sobre cómo los individuos adquieren su identidad en términos de sexo y género.

2.5.4 Consolidación de la identidad sexual y de género en el periodo adolescente

Una vez revisados elementos relevantes del desarrollo de la identidad sexual y de género en la infancia, pasaremos a analizar cómo se consolida la identidad, en el periodo de la adolescencia. Para ello, es importante recordar que alrededor de los tres años de edad las niñas y niños adquieren la identidad básica de género y a lo largo de la adolescencia se consigue una construcción más madura sobre la identidad sexual y de género (Gómez, 2014).

En este sentido, es importante tomar en cuenta que la pubertad hace referencia a los cambios anatómicos y fisiológicos que dan paso a la maduración sexual como por ejemplo: cambios en el funcionamiento hormonal, aumento del tamaño de los órganos genitales, entre otros (Adeyemi, 2014); mientras que, la adolescencia es un cambio mucho más profundo que lleva al individuo hacia la madurez afectiva, intelectual, social y física, en el que adquiere actitudes, cualidades y calificaciones necesarias para ocupar un puesto en la sociedad. Es un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta que transcurre entre los 11 – 12 años y los 18-20 años aproximadamente (Warren & Yu, 2016). La adolescencia, por lo tanto, representa un periodo crucial para la consolidación de la identidad sexual y de género. En esta etapa, los cambios biológicos, cognitivos y sociales interactúan para definir una identidad más madura y coherente. A continuación, se analizan los principales factores y procesos involucrados.

Cambios biológicos y su impacto en la identidad

Los cambios corporales en esta etapa son variables de una persona a otra (López, 2010). El inicio de la pubertad es más tardío en los chicos que en las chicas, pero una vez comenzando el proceso, los cambios físicos y fisiológicos se mantienen en una secuencia muy estable (Bastiani et al., 2006). Por lo general, alrededor de los doce o trece años aparecen los caracteres sexuales secundarios (Gómez, 2014) responsables de los cambios físicos durante la pubertad (Rathus et al., 2005).

El nuevo aspecto del cuerpo sexuado exige un ajuste progresivo en la identidad de la nueva imagen y de las nuevas funciones adquiridas. Por lo cual es importante considerar la imagen corporal percibida por la persona y la percibida por los demás, ya que la primera está relacionada con el concepto que el adolescente tiene sobre sí mismo (Gómez, 2014).

Sin embargo, la presión de los modelos de belleza dominantes, los comentarios de los amigos y de la familia generan una máxima preocupación sobre la imagen corporal de los adolescentes llegando a sentirse inseguros y vulnerables a desarrollar problemas de anorexia, bulimia, vigorexia, entre otros (Helfert, 2013).

Desarrollo cognitivo y relativización de los roles de género

El avance en las capacidades cognitivas, característico de la adolescencia, permite a los jóvenes reflexionar de manera más abstracta sobre los roles de género. A diferencia de la infancia, donde las normas de género suelen ser percibidas como absolutas, los adolescentes comienzan a cuestionar estas construcciones y a explorar diferentes formas de ser hombre o mujer (Leahy & Eiter, 1980).

Este cuestionamiento es particularmente relevante en contextos donde las identidades de género tradicionales están siendo desafiadas por movimientos sociales que promueven la igualdad y la diversidad. En este sentido, el modelo de androginia, propuesto por Bem (1974), sugiere que las personas que integran características tradicionalmente asociadas tanto con la masculinidad como con la feminidad tienen mayor capacidad de adaptación y bienestar psicológico.

Aparición del deseo erótico y su relación con la identidad

La adolescencia también marca el inicio de un deseo erótico más definido, que desempeña un papel clave en la construcción de la identidad sexual. Este deseo, influenciado por factores biológicos como el incremento de testosterona, evoluciona desde un erotismo infantil hacia un erotismo dirigido hacia los demás (Money & Ehrhardt, 1972).

La orientación del deseo erótico, que puede ser heterosexual, homosexual o bisexual, es otro componente esencial de la identidad sexual. Este aspecto suele definirse y consolidarse durante la adolescencia, a medida que los jóvenes integran sus experiencias emocionales y físicas en su autopercepción.

Influencias sociales en la construcción de la identidad

El entorno social juega un papel fundamental en la consolidación de la identidad sexual y de género. Los adolescentes interactúan con múltiples sistemas de influencia, como la familia, los amigos, la escuela y los medios de comunicación, que ofrecen modelos y expectativas de género. Según Bandura (1977), los adolescentes internalizan estas normas mediante procesos de aprendizaje observacional, imitando y adaptando conductas según los refuerzos que reciben.

Sin embargo, también enfrentan presiones y desafíos, especialmente cuando su identidad de género o sexual difiere de las normas sociales predominantes. La educación afectivo-sexual puede ser un recurso crucial para fomentar la aceptación de la diversidad y proporcionar herramientas para manejar estas dificultades.

Consolidación final de la identidad

Hacia el final de la adolescencia, los jóvenes logran una identidad más integrada que combina elementos biológicos, psicológicos y sociales. Este proceso no está exento de conflictos, pero permite a los adolescentes establecer una base sólida para sus futuras relaciones y roles en la sociedad.

La diversidad de experiencias, junto con un entorno social que promueva la aceptación, facilita una integración más saludable y auténtica de la identidad sexual y de género (Marshall & Arvay, 1999); Schachter, 2018).



Actividad de aprendizaje recomendada



Es hora de reforzar sus conocimientos a través del desarrollo de la siguiente actividad:

Estimado estudiante, para evaluar los aprendizajes adquiridos sobre esta temática, le invito a desarrollar la autoevaluación que a continuación se presenta.

Procedimiento:

Estimado estudiante, una vez que ha leído comprensiblemente los subtemas de la Unidad 2: Diferenciación Sexual y Desarrollo de la Identidad Sexual y de Género durante la semana 2, 3 y 4. Le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo. Para ello debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta.



Autoevaluación 2

1. () La identidad sexual solo depende de factores biológicos como los cromosomas y las hormonas.
2. () El concepto de género incluye roles y expectativas asignados culturalmente a los sexos biológicos.
3. () John Money introdujo el término "género" para describir las diferencias biológicas entre machos y hembras.
4. () La perspectiva de androganía propuesta permite una mayor adaptabilidad y bienestar psicológico.

5. () Los roles de género son fijos e inmutables a lo largo del tiempo.



6. ¿Cómo se describe el desarrollo psicosexual humano?

- A. Es un proceso que solo involucra factores biológicos.
- B. Es un proceso estático sin influencias sociales.
- C. Es un proceso continuo que incluye niveles biológicos, psicológicos y sociales.
- D. Solo depende de la interacción psicológica.



7. ¿Cuál es la función del gen SRY en el cromosoma Y?



- A. Activar la formación de ovarios.
- B. Activar la formación de testículos.
- C. Determinar el color de los ojos.
- D. Controlar la producción de hormonas sexuales femeninas.



8. ¿Qué evidencia ofrece el síndrome de insensibilidad androgénica?

- A. Que las características biológicas siempre determinan la identidad de género.
- B. Que la identidad de género no puede ser influenciada por la biología.
- C. Que las características biológicas iniciales no siempre determinan la identidad de género.
- D. Que el genotipo siempre predice la identidad de género.

9. ¿Qué influencia tiene el desarrollo hipotalámico-hipofisario en el dimorfismo sexual humano?

- A. No tiene ninguna influencia.
- B. Es esencial para la formación de características sexuales secundarias.
- C. Solo influye en los aspectos psicológicos del género.
- D. No afecta al desarrollo sexual.

10. ¿En qué medida las características biológicas afectan la identidad de género?

- A. Siempre determinan la identidad de género de una persona.
- B. La identidad de género se desarrolla independientemente de las características biológicas iniciales.
- C. La identidad de género depende únicamente de los factores biológicos.
- D. La identidad de género está completamente determinada por el entorno social.

[Ir al solucionario](#)

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 5

Unidad 3. Respuesta sexual humana

En la unidad anterior exploramos la diferenciación sexual y el desarrollo de la identidad sexual y de género, aspectos fundamentales en la construcción de la identidad individual durante la infancia y la adolescencia. Ahora nos centraremos en comprender la respuesta sexual humana, un proceso que también está profundamente influido por factores fisiológicos, psicológicos y sociales. A través del análisis de modelos propuestos por diversos investigadores, exploraremos las etapas que conforman el ciclo de la respuesta sexual, ampliando nuestra comprensión sobre cómo estos procesos contribuyen al bienestar integral de las personas.

Dando inicio al abordaje del presente tema, es muy importante conocer que la respuesta sexual humana se caracteriza por ser una secuencia de etapas, las mismas que se expresan de diferente manera tanto en el hombre como en la mujer. Llegando a ser comprendidas desde varios campos psicofisiológicos.

Es así que, a mediados del siglo XIX, varios estudios trataron de explicar la respuesta sexual y los trastornos producidos (Gómez, 2014). En la tabla 4 se detallan los estudios más relevantes.

Tabla 4

Estudios relevantes sobre la respuesta sexual

Autores	Estudios
F.Roubaud (1855)	Tratado de la impotencia y la esterilidad en el hombre y en la mujeres.
J.R.Beck (1872)	Revista médica y quirúrgica de San Luis. Observaciones de un orgasmo femenino (el cuello uterino se entreabria y se producían contracciones).
	Describe la respuesta sexual.
Havelock Ellis (1906)	1. Fase de tumescencia (vasodilatación y vasocongestión de genitales), 2. Fase de detumescencia (reversión).
Van de Velde (1926)	Matrimonio feliz (cuestiones referidas al comportamiento sexual en la época posvictoriana).
Wilhelm Reich (1933)	Función del orgasmo (Importancia del orgasmo en la salud psíquica y física)
R.L. Dickinson (1933)	Atlas de anatomía sexual (estudio de la respuesta sexual femenina)
Alfred Kinsey (1948,1953)	Informes Kinsey (posibles fases en la respuesta sexual: excitación sexual, orgasmo y efectos posteriores).
Willian Master - Virginia Johnson (1966)	Respuesta sexual humana (ciclo fisiológico).
Helen Singer Kaplan (1970)	Respuesta sexual humana (ciclo fisiológico).

Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad*, por Gomez, J., 2014, Alianza Editorial.

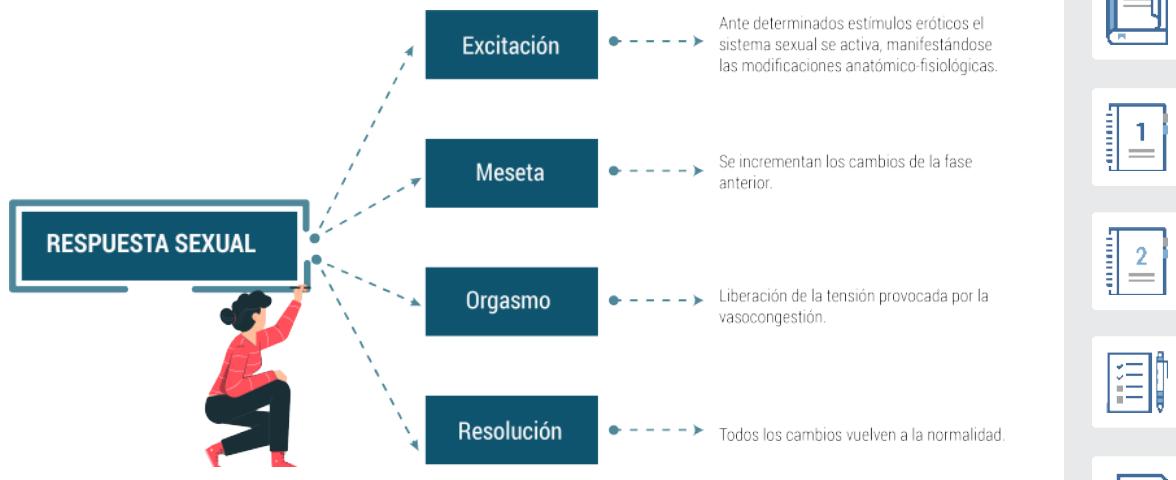
Una vez analizados estos estudios, vamos a centrarnos en los aportes de tres autores en concreto: Masters y Johnson, Kaplan y Schnarch. El video denominado [Respuesta sexual humana: Modelos de M&J, Kinsey, Kaplan y Schnarch](#), es una excelente referencia para comprender en mejor medida estos modelos. Ahora bien, cada una de estas fases sera desarrollada a mayor profundidad a continuación:

3.1 El ciclo de la respuesta sexual según Master y Johnson: Modelo cuatrifásico

El modelo cuatrifásico propuesto por William Masters y Virginia Johnson en su obra clásica La respuesta sexual humana (1966) marcó un antes y un después en el entendimiento científico de la sexualidad. Este modelo describe la respuesta sexual como un ciclo que abarca cuatro fases principales: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Cada una de estas etapas está caracterizada por cambios fisiológicos y psicológicos específicos, que se observan tanto en hombres como en mujeres, aunque con ciertas diferencias. En la figura 14 se pueden visualizar las fases del modelo.

Figura 14

Respuesta sexual según Master y Johnson



Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad* [Ilustración], por Gómez, J., 2014, Alianza Editorial, CC BY 4.0.

1. Fase de excitación

La fase de excitación es la primera etapa del ciclo, iniciada por la presencia de estímulos eróticos que activan el sistema nervioso y generan una respuesta fisiológica inicial. En las mujeres, los cambios más visibles incluyen la lubricación vaginal, el aumento de volumen de los labios mayores y menores, y la erección del clítoris. En los hombres, se observa la erección del pene como respuesta principal. Ambos sexos experimentan un incremento en la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la tensión muscular general. En esta fase está profundamente influenciada por factores tanto físicos como psicológicos, lo que subraya la interacción entre mente y cuerpo en la experiencia sexual (Nolet et al., 2021).

2. Fase de meseta

En esta fase, la excitación inicial se intensifica y el cuerpo se prepara para alcanzar el clímax. Los cambios fisiológicos de la fase de excitación se incrementan, dando lugar a una mayor vasocongestión en los órganos genitales y a una intensificación de las sensaciones placenteras. Masters y

Johnson destacaron que esta etapa es crucial, ya que es aquí donde se alcanza el umbral necesario para el orgasmo. Sin embargo, la duración de esta fase puede variar considerablemente entre las personas, dependiendo de factores como la salud física, la edad y el contexto emocional (Rathus, 2005).

3. Fase de orgasmo

El orgasmo, descrito como un reflejo neuromuscular, representa el clímax del ciclo sexual. Durante esta etapa, se produce la liberación de la tensión acumulada en las fases anteriores mediante contracciones rítmicas de los músculos genitales y otros grupos musculares cercanos. En las mujeres, estas contracciones ocurren principalmente en el tercio externo de la vagina y el útero, mientras que en los hombres, se asocian con la eyaculación. Según Masters y Johnson, esta fase es breve pero extremadamente intensa, caracterizada también por una pérdida momentánea de la conciencia sensorial del entorno inmediato. (Masters & Johnson, 1970)

4. Fase de resolución

En la resolución, el cuerpo regresa a su estado de reposo fisiológico. Los cambios generados durante las fases previas, como la vasocongestión y la miotonía, se revierten gradualmente. En los hombres, esta etapa incluye un período refractario durante el cual no es posible iniciar un nuevo ciclo de respuesta sexual. Este periodo varía en duración según la edad y otros factores. En las mujeres, sin embargo, no existe un período refractario, lo que las hace potencialmente multiorgásmicas (Seizert, 2018).

Un hallazgo clave de Masters y Johnson fue la identificación de diferencias entre los ciclos de respuesta sexual masculina y femenina, especialmente en la capacidad de las mujeres para experimentar múltiples orgasmos en un mismo encuentro sexual. Esta observación ayudó a desmitificar creencias erróneas sobre la sexualidad femenina y puso de manifiesto la necesidad de un enfoque más inclusivo en el estudio de la sexualidad humana (Drucker, 2014).



Aunque ampliamente aceptado y adoptado por clínicos e investigadores, el modelo de Masters y Johnson ha sido objeto de críticas por su enfoque predominantemente fisiológico, que algunos consideran insuficiente para explicar la complejidad psicológica y emocional de la sexualidad humana (Kaplan, 1974; Schnarch, 1991). Sin embargo, su valor descriptivo sigue siendo un pilar en la educación sexual y en la comprensión de las respuestas sexuales humanas.

3.2 La respuesta sexual según Kaplan: Modelo trifásico

Helen Singer Kaplan, una destacada psicoterapeuta e investigadora en el campo de la sexualidad humana, propuso un modelo alternativo al de Masters y Johnson en 1979. Su propuesta, conocida como el modelo trifásico, introdujo importantes modificaciones al planteamiento original, destacando la influencia de factores psicológicos y motivacionales en la respuesta sexual humana. Kaplan identificó tres fases principales en el ciclo de la respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo, cada una de ellas concebida como una entidad neurofisiológica independiente. En la figura 15 se detalla el modelo propuesto por Kaplan.

Figura 15

Respuesta sexual según Kaplan



Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad* [Ilustración], por Gómez, J., 2014, Alianza Editorial, CC BY 4.0.

Estimado estudiante, le invito a revisar la presentación que se muestra a continuación donde explica detalladamente el modelo propuesto por esta autora, por favor revísela a fin de entender cada una de las fases que plantea.

[La respuesta sexual humana - El modelo trifásico de Helen Singer Kaplan](#)

3.3 El modelo tridimensional de Schnarch

David Schnarch, reconocido terapeuta sexual y de parejas, propuso en 1991 un modelo tridimensional para entender la respuesta sexual humana, integrando elementos psicológicos y relacionales que superan los planteamientos predominantemente fisiológicos de modelos anteriores. A diferencia de los enfoques de Kaplan o Masters y Johnson, Schnarch argumentó que la respuesta sexual no puede describirse únicamente en términos de fases lineales. En su lugar, introdujo tres dimensiones clave: la intensidad del deseo, el nivel de excitación y el tiempo transcurrido.

Dimensiones del modelo tridimensional

1. Intensidad del deseo:

Schnarch destacó que el deseo sexual no es simplemente una fase previa al inicio del ciclo sexual, como lo planteó Kaplan, sino que está presente y varía a lo largo de toda la experiencia sexual. Esta intensidad fluctúa dependiendo de factores como el vínculo emocional con la pareja, el estado psicológico del individuo y las condiciones contextuales del encuentro sexual.

2. Nivel de excitación:

Según Schnarch, la excitación no es un fenómeno aislado sino dinámico, que puede incrementarse o disminuir a lo largo del tiempo dependiendo de los estímulos externos e internos. Esta dimensión incluye tanto la activación fisiológica como los procesos psicológicos que la acompañan, como la focalización en las sensaciones y la atribución de significado a la experiencia erótica.

3. Tiempo transcurrido:

El modelo tridimensional incorpora la variable del tiempo para reflejar cómo las diferentes dimensiones de la respuesta sexual interactúan y evolucionan a lo largo del encuentro. Esto permite un análisis más realista

de la experiencia sexual, reconociendo que las personas pueden comenzar con niveles diferentes de activación y deseo, y que estas variables pueden cambiar a medida que avanza el ciclo. (Green M & Green, L.,1998).

El modelo tridimensional se ilustra como un espacio tridimensional en el que las tres dimensiones (deseo, excitación y tiempo) interactúan para formar un ciclo psicofisiológico único para cada individuo y situación. Según Schnarch, las personas no inician un encuentro sexual desde un estado de "cero activación", como asumían Masters y Johnson, sino que llegan al momento con un nivel base de deseo y excitación que influye en su experiencia posterior (Schnarch, 1991).

El modelo de Schnarch incorpora factores psicológicos y emocionales de manera más integral, enfatizando que la experiencia sexual no se limita a respuestas fisiológicas. Por ejemplo, una persona puede experimentar excitación y alcanzar el orgasmo incluso en ausencia de un deseo inicial fuerte, un fenómeno que este modelo explica mejor que sus predecesores. Además, considera cómo la ansiedad, tanto positiva como negativa, puede modular la respuesta sexual. La "ansiedad positiva", asociada con emociones como el enamoramiento, puede intensificar la experiencia, mientras que la "ansiedad negativa" (miedo, inseguridad) puede inhibirla, algo que ha sido probado posteriormente por otros autores. (Schnarch, 1991; Pachankis et al., 2015).

3.4 Enfoque integral de la respuesta sexual: Modelo de quantum

El modelo del quantum, también propuesto por David Schnarch, representa un enfoque innovador que trasciende las explicaciones fisiológicas tradicionales de la respuesta sexual humana. Este modelo integra factores físicos, psicológicos y emocionales, proporcionando una visión más completa y humanizada de la experiencia sexual. Según Schnarch, la intensidad de la respuesta sexual no depende únicamente de los estímulos físicos, sino que está profundamente influenciada por los procesos psicológicos y emocionales que los acompañan (Gomez, 2014). En la figura 16 se detalla el modelo del quantum.

Figura 16

El modelo del quantum



Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad* [Ilustración], por Gómez, J., 2014, Alianza Editorial, CC BY 4.0.

Es así que en este punto se puede concluir que en lo referente a que el nivel de activación sexual no depende solamente de la estimulación física, sino fundamentalmente de los procesos psicológicos (constituyen parte esencial en el estímulo del modelo del quantum); es decir que la capacidad de estimulación sexual está íntimamente relacionada con el mundo emocional. Tanto el deseo sexual, como la propia excitación sexual promueven la emisión de emociones positiva (optimizan la estimulación), como negativas (las restringen) (Gómez, 2014).

Principios del modelo del quantum

1. Nivel total de activación:

El modelo del quantum postula que el nivel total de activación sexual resulta de la suma de dos componentes principales:

- **Estimulación física:** Proporcionada por los estímulos sensoriales (tacto, vista, oído, gusto y olfato) que generan placer y respuesta fisiológica. La calidad y cantidad de estos estímulos, así como la capacidad del cuerpo para procesarlos, son determinantes.
- **Procesos psicológicos:** Incluyen las emociones, pensamientos y significados atribuidos a las experiencias sensoriales. Factores como la atención, la interpretación cognitiva de las sensaciones y el manejo de la ansiedad juegan un papel crucial.

Estos dos componentes interactúan para determinar si el nivel de activación alcanza los umbrales necesarios para desencadenar la excitación y el orgasmo. (Schnarch,1997)

2. Umbrales de excitación y orgasmo:

Schnarch identificó dos umbrales esenciales en la respuesta sexual:

- El **umbral de excitación**, que marca el punto mínimo de estimulación necesario para generar respuestas fisiológicas como la erección o la lubricación vaginal.
- El **umbral de orgasmo**, que representa el nivel de activación requerido para experimentar el clímax sexual.

La interacción entre los estímulos físicos y psicológicos determina si estos umbrales son alcanzados. Por ejemplo, una alta estimulación emocional puede compensar una menor intensidad de estímulos físicos y viceversa. (Schnarch,1997)

El modelo del quantum por lo tanto es especialmente útil en contextos terapéuticos, ya que permite identificar y abordar dificultades específicas en la respuesta sexual. Por ejemplo:

- En casos de **falta de excitación**, los procesos psicológicos negativos pueden estar disminuyendo el nivel total de estimulación por debajo del umbral necesario.
- En el caso de **dificultades orgásmicas**, la ansiedad o las creencias negativas pueden bloquear el acceso al umbral del orgasmo.
- En casos de **eyaculación precoz**, una intensa activación psicológica puede acelerar rápidamente el nivel total de estímulo, superando el umbral del orgasmo antes de alcanzar un equilibrio adecuado. (Goff, 2010).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en la actividad que se describe a continuación:

Elabore un organizador gráfico detallado que ilustre los modelos de la respuesta sexual humana planteados por Masters y Johnson y Basson. Para ellos le sugiero seguir los siguientes pasos:

- **Lectura comprensiva:** Lea detenidamente el artículo titulado “La respuesta sexual humana” de la autora Blanca Gutiérrez Teira, disponible en la siguiente página web: [La respuesta sexual humana](#).
- **Identificación de ideas principales:** Subraye o anote las ideas clave relacionadas con los modelos de la respuesta sexual humana que se discuten en el texto, específicamente:
 - **Modelo lineal de Masters y Johnson:** Fases de excitación, meseta, orgasmo y resolución.
 - **Modelo cílico de Basson:** Interacción entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos en la respuesta sexual femenina.
- **Estructuración del organizador gráfico:**
 - Coloque el concepto central, “Modelos de la respuesta sexual humana”, en el centro de la hoja.
 - A partir de esta idea central, dibuje ramas o líneas que conduzcan a cada modelo identificado.
 - Para cada modelo, añada subramas que detallen sus características principales, fases y cualquier otra información relevante.
- **Revisión y presentación:**
 - Asegúrese de que su organizador gráfico sea claro y que las relaciones entre conceptos estén bien representadas.

- Utilice colores, símbolos o imágenes que faciliten la comprensión y hagan el organizador más atractivo visualmente.

Nota: por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.



Nota: Esta actividad le ayudará a consolidar su comprensión de los diferentes modelos de la respuesta sexual humana y a visualizar las diferencias y similitudes entre ellos.

Retroalimentación:

Es momento de comparar sus respuestas. Si coinciden con las siguientes premisas, ha realizado un buen trabajo.

Al finalizar su organizador gráfico, compárelo con los siguientes criterios para evaluar su trabajo:

- **Inclusión de modelos relevantes:** Su organizador debe representar claramente los dos modelos discutidos en el artículo.
- **Modelo lineal de Masters y Johnson:** Debe incluir las fases de excitación, meseta, orgasmo y resolución, describiendo brevemente cada una.
- **Modelo cílico de Basson:** Debe reflejar cómo este modelo integra aspectos físicos, emocionales y cognitivos en la respuesta sexual femenina, destacando la naturaleza cíclica y no lineal del proceso.
- **Claridad y organización:** Las ideas deben estar organizadas de manera lógica, con conexiones claras entre la idea central y los subtemas.



Semana 6

Unidad 3. Respuesta sexual humana

3.5 Capacidad de respuesta erótica: una dimensión del crecimiento humano

Los seres humanos poseemos la capacidad de potenciar nuestra respuesta erótica, algo que se ha denominado potencial erótico por David Schnarch. A través de este concepto, este autor redefine la relación de los seres humanos con su sexualidad, alejándose de la simple función reproductiva o de los estereotipos culturales que limitan la experiencia erótica. Este potencial, entendido como una capacidad inherente y desarrollable, sugiere que el erotismo puede trascender el coito para convertirse en una experiencia profundamente íntima y personal, influenciada por factores como el crecimiento personal y la autorrealización (Schnarch, 1991).

Históricamente, autores como Wilhelm Reich introdujeron términos como “potencia orgásmica”, vinculándolos a la salud mental y a la liberación de tensiones físicas y emocionales (Reich, 1927). Aunque con enfoques distintos, Reich y Schnarch coinciden en señalar que la sexualidad humana puede ser un camino hacia la plenitud personal. Sin embargo, mientras Reich asocia la capacidad orgásmica directamente con indicadores de salud mental, Schnarch plantea el potencial erótico como un ámbito de elección individual, desligado de juicios sobre salud o normalidad (Schnarch, 1991; Reich, 1927).

El desarrollo del potencial erótico no debería considerarse una obligación, sino una posibilidad que cada individuo puede explorar según su propio proyecto vital. Para algunas personas, este desarrollo se convierte en una prioridad, mientras que otras prefieren centrar su energía en otros aspectos de su vida. Lo importante es que esta decisión sea libre y no impuesta por presiones sociales o estereotipos culturales (Gómez-Zapiain, 2014).



Además, Schnarch destaca que los estereotipos culturales, particularmente los que han silenciado el potencial erótico femenino, han limitado la comprensión y la expresión de la sexualidad humana. Superar estas restricciones implica una apertura a experiencias eróticas que valoren la intimidad, la comunicación y el placer compartido, más allá de las normas tradicionales (Schnarch, 1991).

En términos prácticos, el trabajo psicológico sobre el potencial erótico puede incluir elementos como la exploración del placer, la comunicación afectiva, la autoestima y la seguridad personal. Desde una perspectiva terapéutica, los profesionales de la psicología pueden fomentar este desarrollo como una vía para enriquecer la vida emocional y relacional de las personas (Gómez-Zapiain, 2009). La figura 17 resume estos conceptos:

Figura 17
Potencial erótico



Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad* [Ilustración], por Gómez, J., 2014, Alianza Editorial, CC BY 4.0.

3.6 Elementos constitutivos de la respuesta sexual

Luego de haber conocido los aportes relacionados a la respuesta sexual humana, la comunidad científica considera importante aceptar el modelo trifásico que fue propuesto por Kaplan; quien propone que la respuesta sexual humana está compuesta por tres fases (deseo, excitación y orgasmo) por ello a continuación desarrollaremos estos elementos (Gómez, 2014).

3.6.1. Deseo sexual

El deseo sexual constituye una activación emocional que combina procesos neurofisiológicos y atribuciones cognitivas. Según Kaplan (1974), es una fase independiente, basada en la motivación hacia la búsqueda de placer erótico. Autores como Schnarch (1991) y Levine (1988) lo definen también como una emoción que puede estar influenciada por la personalidad, las emociones y las experiencias previas. Esta fase es particularmente vulnerable a factores psicológicos como la ansiedad, la culpa o la erotofobia, que pueden inhibir su desarrollo. En la figura 18 se detallan las aportaciones referentes al deseo sexual propuestas por Kaplan, 1979; Levine, 1988; Rosen y Leiblum, 1995. (Gomez, 2014)

Figura 18

Deseo sexual según varios autores



Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad* [Ilustración], por Gómez, J., 2014, Alianza Editorial, CC BY 4.0.

3.6.2. La excitación sexual

La excitación es una respuesta neurofisiológica que se manifiesta en cambios tanto genitales como extragenitales. En las mujeres, incluye la lubricación vaginal y la formación de la plataforma orgásrica; en los hombres, la erección del pene (Masters & Johnson, 1966). Esta fase requiere continuidad en la estimulación y puede verse afectada por estímulos negativos, como la ansiedad o distracciones. Es importante destacar que la excitación no siempre coincide con el deseo, lo que refuerza su independencia como componente de la respuesta sexual (Kaplan, 1974).

3.6.3. El orgasmo

El orgasmo es una respuesta refleja que surge tras la superación del umbral de excitación. Se caracteriza por contracciones musculares involuntarias y sensaciones placenteras intensas. Aunque es la fase más breve del ciclo, es altamente subjetiva y puede variar según factores físicos, psicológicos y sociales (Carrobles, 1990). Masters y Johnson (1966) subrayan que los procesos psicológicos y los significados atribuidos a esta experiencia juegan un papel clave en la intensidad del orgasmo.

En la figura 19 se detallan las características propias del orgasmo entre hombres y mujeres.

Figura 19

El orgasmo según el sexo



Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad* [Ilustración], por Gómez, J., 2014, Alianza Editorial, CC BY 4.0.

Dentro de las teorías explicativas y un poco más avanzando en las investigaciones relacionadas con esta fase, es muy importante mencionar las elaboradas por Master y Johnson, en donde resaltan dos grupos: monista (solo existe un tipo de orgasmo en las mujeres), dualista (mantiene la existencia de dos o más tipos). Avanzando un poco más, encontramos a Whipple y Komiesaruk (1992) quien se enfrenta al hecho de tener que demostrar que existe una base tanto anatómica como fisiológica, por ello toma como referencia e integran aportaciones realizadas por Grafenberg (1950) quien defendió la existencia de una zona de especial sensibilidad situada en el primer tercio de la zona anterior de la vagina (punto G), es así como llegan a demostrar la existencia de tres tipos de orgasmo en la mujer. En la figura 20 se detallan los tres tipos de orgasmo propuestos por Whipple y Komiesaruk (1992).

Figura 20

Tipos de orgasmo según Whipple (1992)



Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad* [Ilustración], por Gómez, J., 2014, Alianza Editorial, CC BY 4.0.

3.6.4. La resolución

Según Gómez (2014) la fase de resolución se trata de “vuelta a la normalidad del organismo” p 263. Considerada como un estado de tranquilidad, bienestar y relajación que ocurre después del orgasmo.

En relación a los conceptos antes mencionados, se puede decir que esta fase se caracteriza por el regreso de las partes implicadas a los niveles funcionales iniciales, acompañado de un periodo refractario de que puede durar algunos minutos incluso horas; en el hombre no existe la posibilidad de que vuelva a reiniciar la actividad sexual, lo que en la mujer si ocurre.

Estimados estudiantes una vez finalizada la unidad, le invito a revisar el siguiente módulo didáctico:

[Respuesta sexual humana](#)

Una vez usted revise el módulo didáctico mencionado previamente comprenderá de mejor manera los contenidos que se revisan en la Unidad 3, y como el estudio de la respuesta sexual humana gracias a estudios sistemáticos, los cuales dictarían el camino para el posterior desarrollo de las terapias sexuales.

Finalmente, para profundizar los contenidos abordados en la presente semana, le recomiendo realizar las siguientes actividades; a fin de garantizar una adecuada comprensión de la temática.



Actividades de aprendizaje recomendadas

1. Desarrolle un cuadro sinóptico sobre los componentes de la respuesta sexual humana. Para realizar la siguiente actividad, deberá seguir el siguiente proceso:

- Lea detenidamente los temas relacionados con la respuesta sexual humana, que se encuentran en las semanas 5 y 6 de esta guía.
- Subraye las ideas principales, tome notas de los aspectos que considere importantes.
- Organice la información en un cuadro en el que las llaves sirvan como elementos de anexo entre las ideas principales y secundarias.

Nota: por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

Retroalimentación:

A continuación, se incluyen algunas ideas que puede contener su cuadro sinóptico con respecto a los componentes de la respuesta sexual humana. Revise si la información es similar a la suya.

Componentes de la respuesta sexual humana:

Deseo sexual (emoción que antecede y acompaña a la respuesta sexual), excitación sexual (entidad neurofisiológica), orgasmo (sensación placentera) y resolución (el organismo vuelve a sus niveles normales).

2. Estimados estudiantes, una vez que han leído comprensiblemente los subtemas de la Unidad 3. Respuesta Sexual Humana durante la semana 5 y 6. Le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la



finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo. Para ello, debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta.



Autoevaluación 3

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el deseo sexual es correcta?
 - A. El deseo sexual está influido únicamente por factores biológicos.
 - B. El deseo sexual está influido únicamente por factores psicológicos.
 - C. El deseo sexual está influido por factores biológicos, psicológicos y sociales.
 - D. El deseo sexual no depende de factores externos.

2. ¿Qué implica la fase de resolución del ciclo sexual?
 - A. Aumento de la excitación física y emocional.
 - B. Relajación física y emocional.
 - C. Incremento de la tensión muscular.
 - D. Un estado de mayor excitación antes del orgasmo.

3. () La excitación sexual es una respuesta exclusivamente genital.

4. () El modelo de la respuesta sexual humana de Kaplan incluye cuatro fases principales.

5. () Masters y Johnson describieron la fase de meseta como un periodo previo al orgasmo, caracterizado por cambios físicos significativos.

6. ¿Qué aspecto se asocia con el potencial erótico?
 - A. Solo la satisfacción sexual inmediata.
 - B. El interés por el crecimiento personal y la intimidad.
 - C. La atracción física sin conexión emocional.
 - D. La satisfacción emocional sin contacto físico.



7. () El orgasmo es la fase más extensa del ciclo de respuesta sexual humana.
8. () La fase de deseo sexual según Kaplan puede verse alterada por factores psicológicos, como la ansiedad o la culpa.
9. () En la fase de resolución, los hombres y las mujeres pueden experimentar diferentes tiempos de recuperación fisiológica.
10. ¿Qué resalta el modelo tridimensional de Schnarch?
- A. La desconexión emocional durante el acto sexual.
 - B. La satisfacción instantánea sin necesidad de crecimiento emocional.
 - C. La capacidad de tener múltiples orgasmos.
 - D. La relación entre el erotismo y la autorrealización personal.

[Ir al solucionario](#)

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 7

Actividades finales del bimestre

A modo de resumen, durante este primer bimestre hemos explorado los orígenes de la sexualidad humana, la diferenciación sexual y el desarrollo de la identidad sexual y de género. Finalmente, analizamos la respuesta sexual humana, la cual revela cómo las personas reaccionan ante los estímulos que despiertan el deseo, tanto desde una perspectiva física como desde un enfoque más íntimo y personal.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en las actividades que se describen a continuación:

1. Revise los apuntes que haya tomado sobre los aspectos más relevantes de cada tema.
2. Repase los organizadores gráficos relacionados con los temas estudiados durante el primer bimestre.
3. Analice detenidamente las ideas clave que haya registrado en sus anotaciones personales extraídas de la guía didáctica.

Procedimiento:

- Identifique y subraye las ideas principales de cada tema.
- Tome notas sobre los aspectos que considere más importantes.
- Elabore gráficos o mapas mentales que le permitan describir de manera visual y estructurada las características esenciales de los contenidos.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 8

Actividades finales del bimestre

Estimado estudiante, durante esta semana debe realizar un repaso integral de las unidades estudiadas en el primer bimestre. Por este motivo, se recomienda revisar los siguientes temas:

1. Los orígenes de la sexualidad humana.
2. La diferenciación sexual y el desarrollo de la identidad sexual y de género.
3. Los componentes de la respuesta sexual humana.



Actividades de aprendizaje recomendadas

1. Revise los apuntes que haya realizado sobre los aspectos más importantes de cada tema.
2. Repase los organizadores gráficos elaborados durante el primer bimestre.
3. Analice las ideas principales registradas en sus notas personales extraídas de la guía didáctica.

Procedimiento:

- Subraye las ideas clave.
- Tome notas de los aspectos más relevantes.
- Diseñe gráficos o mapas mentales que resuman las características principales de cada contenido.





Segundo bimestre



Resultado de aprendizaje 1:

Reconoce los procesos de la sexualidad humana y pareja, así como sus conflictos y formas de intervención.

Estimado estudiante, mediante este resultado de aprendizaje usted podrá comprender aspectos fundamentales de la sexualidad humana, incluyendo su origen, bases conceptuales, desarrollo de la identidad sexual, y las diferencias entre los procesos biológicos y fisiológicos masculinos y femeninos. También explorará cómo el cuerpo humano responde y se adapta en función de su naturaleza sexuada.

A lo largo de las unidades, encontrará actividades recomendadas, autoevaluaciones y recursos externos que le permitirán profundizar en el tema de manera reflexiva y responsable, promoviendo una comprensión integral y respetuosa de esta dimensión de la vida humana.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



Semana 9

Apreciado estudiante, una vez que hemos aprendido las bases conceptuales de la sexualidad humana. Es momento de abordar cuestiones relacionadas con la pareja, sus conflictos y manejo de los mismos. Así como, las disfunciones sexuales con su respectiva terapia desde el campo sexológico. En el transcurso de las unidades encontrará actividades recomendadas, autoevaluaciones y recursos externos que le permitirán profundizar en el tema y mejorar su formación académica.

Unidad 4. La pareja: aspectos generales

Las relaciones de pareja, como todas las relaciones sociales, están marcadas por una moral cotidiana; que se manifiesta cuando se definen prototipos de vida, se normalizan las parejas de hombres y mujeres ideales. Es así que cuando se reflexiona para tomar decisiones de emparejamiento, se enjuician las acciones del otro, sus consecuencias y se realzan sus saberes, acciones y situaciones en que se ven inmersos.

Campo y Linares (2002) definen a la pareja como el conjunto de dos personas, generalmente de diferente género y provenientes de distintas familias; que toman la decisión de estar juntos para cumplir metas u objetivos, donde el apoyo mutuo es un espacio que se convierte en algo exclusivo para ambos, pero que, a su vez, comparten con su entorno social. Esta relación suele incluir cierto grado de convivencia, aunque no necesariamente en un hogar común.

Le invito a revisar los contenidos de la unidad 4, que se encuentran disponibles en la Presentación denominada: "[La pareja - Aspectos Generales](#)".

4.1. La vida en pareja y su importancia

Es muy importante reconocer que la convivencia en pareja se ha vuelto una prioridad, ya que el amor que existe entre estas permite crear un ambiente armonioso y agradable que motiva a construir una relación sana.

Es así que la opción de vivir en pareja tiene múltiples ventajas (incremento de interacciones afectivas, compartir momentos de ocio, facilitar interacciones sexuales, pasan por ventajas económicas y afrontar los gastos entre los dos). Por todo lo mencionado, también existen investigaciones que señalan que las personas que viven en pareja, siempre y cuando la relación sea positiva (muestran tener un mejor ajuste psicológico, mejor estado de salud y menos probabilidades de llevar a cabo conductas de riesgo); ya que al contrario, cuando existen problemas, sus miembros pueden mostrar (malestar personal y síntomas depresivos) (Labrador, 2015).



4.2. Los ideales de la pareja

Todos los grupos están determinados por los ideales que dictan las clases sociales; por ende, cualquier tipo de proyecto, meta o deseo a realizarse será bien visto ante la sociedad que lo aprueba.

Los ideales son sociales, pues remite a algo que se aprueba colectivamente y tiene un carácter simplificado y esquemático; a pesar de su carácter colectivo, su significado puede variar cuando son interpretados individual o colectivamente. Los ideales de pareja circulan en múltiples plataformas mediáticas, bajo este concepto de ideales se evaluaron las preferencias de los jóvenes respecto a formas de emparejamiento y cualidades que valoran en la pareja para el tipo de relación; estos ideales expresan jerarquías entre valores y deseos, recuperando cualidades socialmente valoradas y remitiendo a promesas socioculturales de éxito en sus relaciones.

4.3. La pareja en la actualidad

Aunque la vida en pareja se mantiene, se han experimentado algunos cambios en la última década (más frecuentes parejas sin hijos, han disminuido las parejas con más de dos hijos, aumento del número de parejas casadas, incremento de parejas en unión de hecho, familias reconstituidas y parejas del mismo sexo). Es también importante destacar dentro de este aspecto que la vida en pareja se ha visto afectada por distintos cambios sociales, lo que lleva a dedicar menos tiempo a las interacciones personales; dando como resultado cambios en los sentimientos, aparición de quejas, desacuerdos y posterior término de la relación. Sin embargo, cada vez más personas consideran otras alternativas con la finalidad de solucionar y arreglar los problemas de pareja y recuperar la calidad de la relación (Labrador, 2015).

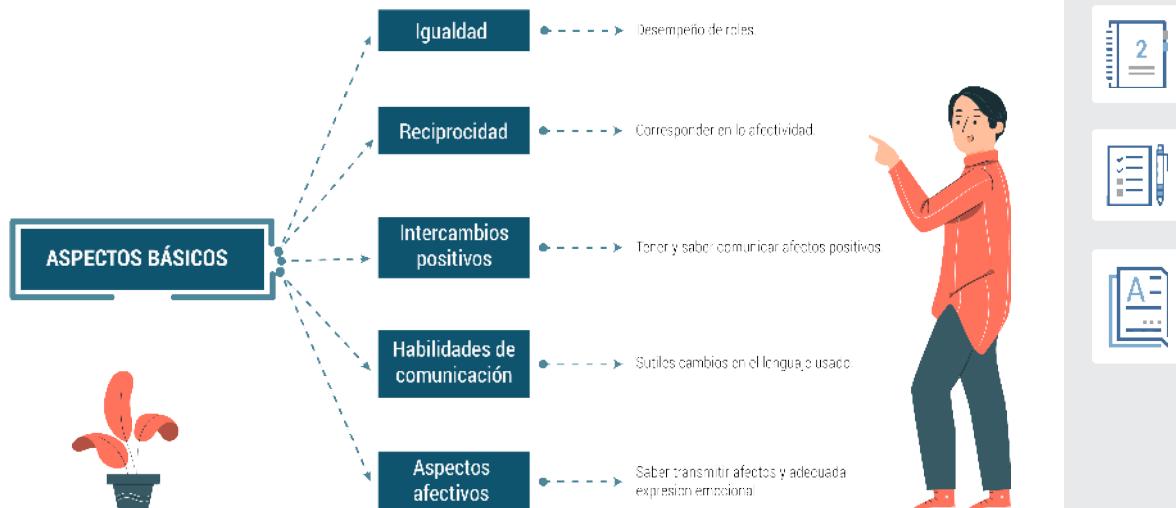
4.4 Factores que intervienen en una relación de pareja

Por muchos que sean los factores que influyan en el desarrollo de una relación de pareja, esta siempre debe enfocarse en mantener su estabilidad, ya que vivir en pareja es el objetivo de la mayoría de las personas que pasan por un

noviazgo. Generalmente, cuando uno da el paso de compartir su vida con otra persona, lo hace pensando en lo maravilloso que será y en intentar estar juntos la mayor cantidad de años posibles. En la figura 21 se detallan los aspectos básicos que intervienen en una relación de pareja.

Figura 21

Aspectos básicos que intervienen en una relación de pareja



Nota. Macas, E., 2024.

Por lo antes mencionado, es importante recordar que para que una pareja logre su estabilidad deben tomar en cuenta varios factores, considerando a los más específicos encontramos: la igualdad, la reciprocidad, los intercambios positivos, las habilidades de comunicación y los aspectos afectivos; mismos que van a contribuir al desarrollo y crecimiento de la misma (Labrador, 2015).

Estimado estudiante, para ampliar sus conocimientos sobre La pareja (importancia y factores que intervienen) lo invito a revisar el siguiente artículo web titulado [conflictos de pareja](#) en donde podrá profundizar los temas abordados en la presente unidad.

Tambien se recomienda a fin de profundizar sus conocimientos revisar el siguiente módulo didáctico:

La pareja Aspectos generales: primera parte

Una vez usted revise el módulo didáctico mencionado previamente, comprenderá de mejor manera los contenidos que se revisan en la Unidad 4, siendo que la pareja es fundamental en el desarrollo del individuo, pues permite compartir momentos de ocio, emprender objetivos, y satisfacer necesidades sexuales. Sin embargo, vale la pena recalcar que no todas las personas se sienten comodas en una relación de pareja, siendo que resulta una desición personal que depende del proyecto de vida planteado.

Una vez analizado el módulo didáctico, usted comprenderá que la convivencia en pareja es elemento importante; siendo que una correcta relación permite crear un ambiente armonioso y agradable que motiva a construir una relación sana.



Actividad de aprendizaje recomendada

Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en la actividad que se describe a continuación:

Desarrolle un cuadro sinóptico sobre la importancia de la vida en pareja. Para realizar esta actividad, usted debe realizar el siguiente proceso:

- Lea comprensivamente las diapositivas de la Unidad 4 - La Pareja: Aspectos Generales.
- Subraye las ideas principales.
- Subraye las ideas secundarias.
- Desarrolle un cuadro sinóptico, en donde las llaves sirvan como conectores de ideas principales y secundarias.

Nota. Conteste la actividad en un cuaderno de apuntes o en un documento de Word.

Retroalimentación:



Es momento de chequear la actividad. En este apartado incluimos algunas ideas sobre la importancia de la vida en pareja. Compare si las que usted ha proporcionado en el cuadro sinóptico son similares.

La importancia de la vida en pareja

- La opción de vivir en pareja tiene múltiples ventajas: incremento de interacciones afectivas, compartir momentos de ocio, facilitar interacciones positivas.
- Aunque la vida en pareja se mantiene, durante las últimas décadas se han experimentado algunos cambios: mayor frecuencia de parejas sin hijos, aumento del número de parejas casadas, incremento de parejas en unión de hecho, de familias reconstituidas y parejas del mismo sexo.
- **Factores que intervienen en una relación de pareja:**
 - Igualdad.
 - Reciprocidad.
 - Intercambios positivos.
 - Habilidades de comunicación.
 - Aspectos afectivos.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 10

Unidad 4. La pareja: aspectos generales

Una vez comprendido la importancia de la vida en pareja y los factores que intervienen en la misma, es momento de explorar qué es la experiencia amorosa y sus componentes.

4.5. Explorando el amor y el deseo humano

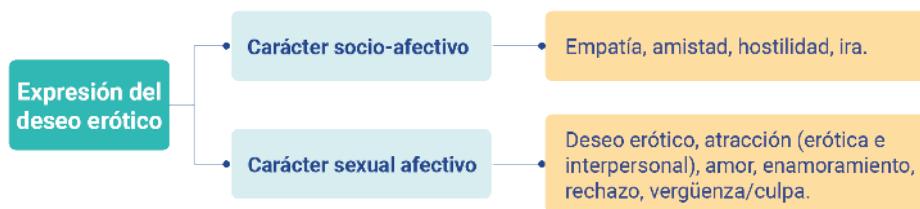
La afectividad humana se refiere a la capacidad de experimentar y expresar emociones y sentimientos en respuesta a eventos internos y externos. En este sentido, los afectos y sentimientos relacionados con el deseo erótico representan una faceta compleja de la experiencia humana, en la que confluyen factores biológicos, psicológicos y culturales. Este apartado explora las emociones que giran en torno al deseo erótico, como la atracción y el amor, y su impacto en la conducta humana.

El bienestar de las personas se relaciona con la satisfacción de sus necesidades más básicas a lo largo del ciclo vital. Entre ellas, dos realmente importantes: la vinculación afectiva y la satisfacción erótica. Dicho en términos populares: el amor y el sexo. Estos regularán sus relaciones interpersonales, en especial las relacionadas con la proximidad psicológica y la intimidad erótica. En condiciones normales, la experiencia erótica se desarrolla en el espacio de la intimidad y, a su vez, está mediatisada por los modelos internos. Vemos que el deseo sexual y la vinculación afectiva son dos dimensiones distintas que pueden interactuar entre sí, potenciándose mutuamente o interfiriéndose gravemente (Gómez, 2010).

Dentro de esta temática encontramos al neurobióólogo Damasio (citado por Gómez, 2014), quien considera que la emoción (está vinculada con el cuerpo) y los sentimientos (con la mente). Dicho de otra manera, la afectividad se expresa en sensaciones subjetivas y se basa en activaciones fisiológicas, sentimientos y estados emocionales; contribuyendo a orientar la conducta hacia determinados objetivos. Por lo tanto, el deseo erótico, es una emoción que se asocia y puede activar otros efectos y emociones.

Figura 22

Expresión del deseo erótico según Félix López



Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad* [Ilustración], por Gómez, J., 2014, Alianza Editorial, CC BY 4.0.

Dentro de todos los tipos de expresión del deseo erótico mencionados en el organizador gráfico, se destacará a los siguientes:

- **El deseo: bases y expresiones:** El deseo erótico es una experiencia subjetiva que emerge de una interacción entre factores biológicos y sociales. Desde el punto de vista fisiológico, está mediado por neurotransmisores como la dopamina, responsables de la búsqueda de placer y gratificación (Fisher et al., 2002). Psicológicamente, el deseo se articula a través de la socialización y se manifiesta mediante fantasías, conductas y emociones que varían según el contexto cultural y la experiencia individual. En este sentido, el deseo puede percibirse como una tensión interna que impulsa a buscar interacciones eróticas, expresándose tanto en el plano físico como en el simbólico (Gómez-Zapiain, 2009)
- **La atracción: Dimensión interpersonal y erótica:** La atracción puede dividirse en dos dimensiones principales: la atracción interpersonal y la atracción erótica. La atracción interpersonal se basa en características como la similitud, la proximidad y la reciprocidad, mientras que la atracción erótica está vinculada a estímulos capaces de activar el deseo, como ciertos rasgos físicos o comportamientos. Ambos tipos de atracción pueden coexistir o manifestarse de manera independiente. Según estudios de psicología social, factores como la percepción de novedad y la compatibilidad cultural también influyen en la intensidad y dirección de la atracción (Hatfield & Rapson, 1993).

- **El amor: Una emoción singular:** El amor es una emoción compleja que impulsa al individuo a establecer vínculos duraderos y significativos. A diferencia del deseo, que puede dirigirse hacia múltiples objetos, el amor generalmente implica exclusividad y un compromiso profundo hacia una sola persona (Sternberg, 1986). Esta emoción combina aspectos de intimidad, pasión y compromiso, lo que la convierte en un factor crucial para la estabilidad emocional y el bienestar en las relaciones humanas.
- **El enamoramiento:** El enamoramiento es un estado emocional caracterizado por una intensa atracción hacia otra persona, que suele implicar un fuerte deseo de cercanía y conexión. Este estado, aunque a menudo es descrito como un "encantamiento", también puede ser percibido como una alteración psicológica que afecta la percepción de la realidad (Alberoni, 1979). Durante el enamoramiento, las emociones positivas, como la euforia y el entusiasmo, se mezclan con sentimientos de ansiedad o miedo al rechazo, lo que refleja la profundidad de la implicación emocional. Además, el enamoramiento fomenta conductas de idealización hacia la persona amada, generando un foco central en sus cualidades y minimizando sus defectos (Hatfield & Rapson, 1993). Aunque temporal, este estado desempeña un papel importante en la formación de vínculos afectivos más estables.

Nota: Los afectos y sentimientos relacionados con el deseo erótico son fundamentales para entender la naturaleza de las relaciones humanas. Desde el deseo como motor biológico hasta el amor como emoción vinculante, estas experiencias reflejan la complejidad de la condición humana. Su estudio desde perspectivas multidisciplinarias permite una comprensión más integral de cómo estos factores influyen en el comportamiento y las relaciones interpersonales.

Ahora bien, es imposible no referirnos a la experiencia amorosa sin hacer alusión al teórico Robert Sternberg y su teoría triangular del amor, propuesta en 1986, constituye una de las aproximaciones más influyentes en la comprensión de las relaciones amorosas. Este modelo describe el amor como



una combinación de tres componentes esenciales: la intimidad, la pasión y el compromiso. La interacción entre estos elementos da lugar a diversos tipos de amor, que reflejan las diferencias en la naturaleza y dinámica de las relaciones humanas. En la figura 23. se detallan los componentes del triángulo del amor según Sternberg.

Componentes fundamentales del amor

1. **Intimidad:** Este componente se refiere a la cercanía emocional y el vínculo entre dos personas. Incluye aspectos como la comprensión mutua, el apoyo emocional y el deseo de bienestar para la otra persona. La intimidad fomenta sentimientos de conexión y confianza, y es un factor clave para establecer relaciones profundas y significativas (Sternberg, 1986).
2. **Pasión:** Representa la dimensión erótica y la atracción física dentro de la relación. Este componente está vinculado al deseo de unión sexual y está influido por factores biológicos y psicológicos. La pasión, aunque intensa, tiende a ser más efímera en comparación con otros componentes del amor.
3. **Compromiso:** Este componente se refiere a la decisión consciente de amar y mantener una relación a largo plazo. Implica esfuerzos activos para superar los desafíos y trabajar en la estabilidad y continuidad de la relación. El compromiso es fundamental para construir un vínculo duradero y satisfactorio (Sternberg, 1986).

Figura 23

Triángulo del amor según Sternberg



Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad* [Ilustración], por Gómez, J., 2014, Alianza Editorial, CC BY 4.0.

Estos tres componentes pueden dar lugar a diferentes combinaciones amorosas:

1. **Cariño:** Caracterizado por la presencia de intimidad, pero sin pasión ni compromiso. Es común en relaciones de amistad profunda.
2. **Encaprichamiento:** Dominado por la pasión, sin intimidad ni compromiso. Suele ser un estado temporal de atracción intensa.
3. **Amor vacío:** Basado únicamente en el compromiso, sin pasión ni intimidad. Es común en relaciones mantenidas por conveniencia o tradición.
4. **Amor romántico:** Una combinación de intimidad y pasión, pero sin compromiso. Refleja relaciones intensas y apasionadas, pero de corta duración.
5. **Amor sociable:** Formado por la intimidad y el compromiso, pero sin pasión. Es común en parejas de largo plazo que han perdido la dimensión erótica.

6. **Amor fatuo:** Surge de la pasión y el compromiso, pero carece de intimidad.

Este tipo de amor puede ser impulsivo y fugaz.

7. **Amor consumado:** La forma ideal según Sternberg, en la que los tres componentes están presentes en equilibrio. Este tipo de amor es difícil de alcanzar y requiere esfuerzo constante para mantenerse.

La teoría triangular del amor tiene importantes aplicaciones en la terapia de pareja y la educación emocional. Al entender las dinámicas y combinaciones de los componentes del amor, las parejas pueden identificar áreas de mejora en su relación y trabajar en el fortalecimiento de los elementos que consideran esenciales. Además, esta teoría ofrece un marco valioso para investigar la diversidad de experiencias amorosas en diferentes contextos culturales.

4.6. Perspectivas del apego en las relaciones amorosas

La teoría del apego, desarrollada inicialmente por John Bowlby, proporciona un marco único para comprender las relaciones amorosas en la edad adulta al vincularlas con los patrones de apego formados durante la infancia. Esta perspectiva sostiene que las experiencias tempranas con las figuras de apego influyen profundamente en los modos de amar y relacionarse en la adultez (Bowlby, 1969).

4.6.1 Vinculación afectiva y relación de pareja

En las relaciones amorosas adultas, las dinámicas de apego se expresan a través de la búsqueda de proximidad, la necesidad de seguridad y el consuelo mutuo ante la ansiedad o el estrés. Hazan y Shaver (1987) postulan que las relaciones de pareja replican las funciones de las relaciones de apego infantiles, como la figura de refugio seguro y base de exploración.

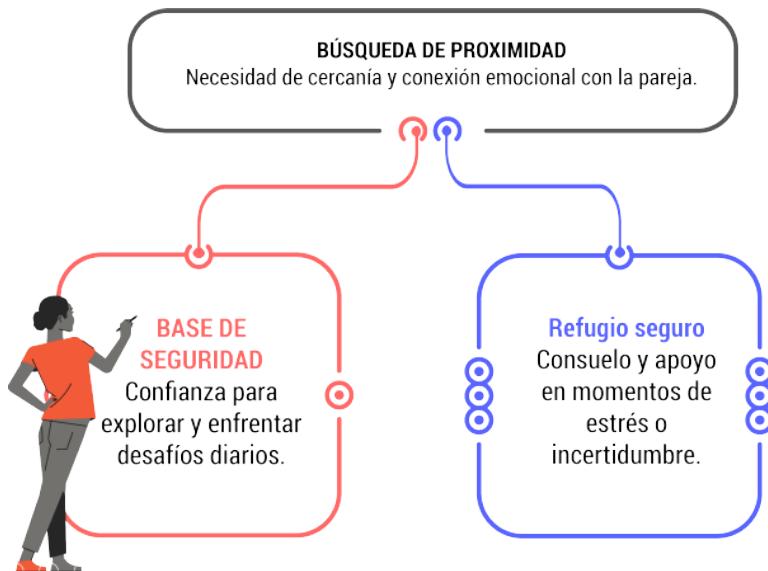
Según esta teoría, las personas transfieren los modelos internos generados en la infancia a sus relaciones amorosas. Por ejemplo, quienes desarrollaron un estilo de apego seguro tienden a formar relaciones confiadas y equilibradas,



mientras que los estilos inseguros, como el ansioso-ambivalente o el evitativo, pueden generar patrones de dependencia excesiva o distanciamiento emocional (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Figura 24

Funciones del apego en la relación amorosa



Nota. Adaptado de *ATTACHMENT AND LOSS* [Ilustración], por Bowlby, J., 1969, Basic Books Editorial; y de *Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of Personality and Social Psychology* [Ilustración], por Hazan, C., y Shaver, P. R., 1987, Asociación Estadounidense de Psicología, CC BY 4.0.

Como se evidencia en la figura 24, las funciones del apego en la relación amorosa desempeñan un papel fundamental en la construcción de vínculos estables y significativos. Estas funciones permiten a los individuos buscar proximidad emocional, establecer una base de seguridad que fomente la confianza mutua y brindar refugio seguro en momentos de dificultad. De esta manera, el apego contribuye al bienestar general y fortalece las relaciones interpersonales.

4.6.2. Bases seguras para relaciones afectivas estables

El concepto de "base de seguridad" es crucial para entender la estabilidad y satisfacción en las relaciones amorosas. Una pareja que actúa como base de seguridad permite a cada miembro explorar el mundo con confianza y enfrentar los desafíos de la vida diaria. Este apoyo emocional contribuye al bienestar general y fortalece el vínculo afectivo (Mikulincer & Shaver, 2007).

En la teoría del apego, dos dimensiones principales caracterizan los estilos de apego en adultos: la ansiedad y la evitación. La ansiedad se relaciona con el miedo al abandono y la necesidad constante de validación, mientras que la evitación refleja la dificultad para confiar en los demás y la tendencia a evitar la intimidad emocional. Las combinaciones de estas dimensiones configuran los estilos de apego seguro, ansioso-ambivalente, evitativo y temeroso, los cuales influyen directamente en la forma en que las personas experimentan y gestionan el amor (Fraley & Shaver, 2000).

La aplicación de la teoría del apego en el contexto de las relaciones amorosas tiene implicaciones significativas para la terapia de pareja y la educación emocional. Comprender los patrones de apego permite a los terapeutas identificar áreas de conflicto y trabajar con las parejas para mejorar la comunicación, la confianza y la seguridad emocional. Además, esta teoría ofrece una herramienta valiosa para educar a las personas sobre la importancia de las experiencias tempranas en sus relaciones actuales y fomentar estilos de apego más seguros.

Le invito a revisar la presentación titulada "[Mapas internos y estilos de apego](#)" complementa la teoría revisada al mostrar cómo los estilos de apego influyen directamente en las actitudes, comportamientos y expectativas en las relaciones románticas. Este material es clave para entender cómo los patrones desarrollados en la infancia se reflejan en las dinámicas afectivas de la adultez. Una vez haya revisado la diapositiva le invito a analizar la Figura 25, en ella se sintetizan los patrones de apego y su influencia en las relaciones interpersonales. Esta herramienta visual permite comprender cómo los estilos

de apego moldean las dinámicas afectivas en la vida adulta, proporcionando una perspectiva integral para analizar su impacto en el bienestar emocional y relacional.

Figura 25

Patrones de apego y su influencia en las relaciones



Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad* [Ilustración], por Gómez, J., 2014, Alianza Editorial, CC BY 4.0.

Como se evidencia en la figura 25, los patrones de apego juegan un papel fundamental en la forma en que las personas establecen y gestionan sus relaciones interpersonales. El estilo seguro promueve vínculos saludables y equilibrados, mientras que los estilos inseguros, como el ansioso-ambivalente y el evitativo-miedoso, generan dinámicas que dificultan la conexión emocional. Estos patrones influyen directamente en la manera de percibir, experimentar y mantener relaciones a lo largo de la vida.

Es así que el estilo de apego, permite que se genere un patrón de expectativas ante las relaciones interpersonales; de tal manera que las personas seguras se mostraran confiadas y abiertas y por el contrario las personas ansioso-ambivalentes se mostraran desconfiadas. En la figura 26 se describen algunos estilos de apego en adultos.

Figura 26

Estilos de apego en adultos



Nota. Macas, E., 2025.

Como se muestra en la figura 26, los estilos de apego en adultos influyen significativamente en la manera en que las personas experimentan y manejan sus relaciones. Mientras que el estilo seguro fomenta vínculos saludables y confiables, los estilos inseguros, como el ansioso-ambivalente, evitativo y miedoso, pueden generar dinámicas de relación conflictivas y complicadas. Estos patrones son esenciales para comprender las bases emocionales y conductuales de las relaciones interpersonales.

El siguiente artículo titulado: [Estilo de apego y estilo de amar](#), ofrece un enfoque interactivo para profundizar en los conceptos revisados. Este material permite a los estudiantes conectar la teoría con ejemplos prácticos, facilitando una comprensión más profunda sobre cómo los patrones de apego y los estilos de amar se reflejan en las relaciones cotidianas.

También se recomienda a fin de profundizar sus conocimientos sobre la temática revisar el siguiente modulo didáctico:

[La pareja: aspectos generales: segunda parte](#)

Una vez revise el módulo didáctico mencionado previamente comprenderá de mejor manera los contenidos que se revisan en la unidad 4, siendo que un elemento fundamental en la estabilidad de la pareja se remonta a la infancia de los miembros y el hecho de que hayan desarrollado un apego adecuado con sus cuidadores, quienes les deben haber proporcionado un marco de seguridad para su desarrollo. También se le invita a complementar su desarrollo con las actividades que se sugieren a continuación:



Actividades de aprendizaje recomendadas

1. Elaborando un resumen acerca de los afectos y sentimientos relacionados con el deseo erótico. Para realizar esta actividad, usted debe realizar el siguiente proceso:

- Lea comprensivamente los subtemas de la Unidad 4. [La pareja: Aspectos Generales.](#)
- Subraye las ideas principales.
- Subraye las ideas secundarias.
- Haga las anotaciones pertinentes.
- Desarrolle el resumen de la forma más específica, puede utilizar cualquier tipo de organizador gráfico si así lo requiere.

Nota: por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

Retroalimentación:

Una vez finalizada la actividad, es momento de revisar su resumen. Observe si la información que usted ha colocado es similar a la siguiente:

Modelos de evaluación

Existen diferentes propuestas de modelos de evaluación:

- **Diferencia entre afectos y sentimientos:** el neurobiólogo considera que la emoción (está vinculada al cuerpo) y los sentimientos (con la mente).
- El deseo erótico: emoción que puede activar otros efectos y emociones (deseo, atracción, amor, enamoramiento).
- **Según Sternberg:** teoría sobre contenidos o componentes de la experiencia amorosa (El triángulo del amor).
- **Los componentes del triángulo del amor:** pueden dar lugar a 7 combinaciones amorosas (amor pasional, amigable, formal, apego, futuro y amor pleno).



2. Estimado estudiante, una vez que ha leído comprensiblemente los subtemas de la Unidad 4: La Pareja: Aspectos Generales durante la semana 9 y 10. Le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo. Para ello, debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta.



Autoevaluación 4

1. ¿Qué influye en el deseo erótico?

- A. Solo factores biológicos como los neurotransmisores.
- B. Factores biológicos, psicológicos y sociales.
- C. Solo factores psicológicos.
- D. Ninguna de las opciones es correcta

2. ¿Cuáles son los componentes del amor según Sternberg?

- A. Intimidad, pasión y confianza.
- B. Intimidad, pasión y compromiso.
- C. Compromiso, confianza y afecto.
- D. Pasión, afecto y seguridad.

3. ¿Qué permite la base de seguridad en una relación amorosa?

- A. Desconfianza en el otro.
- B. Limitar las interacciones sociales.
- C. Mantener una relación distante.
- D. Explorar el mundo con confianza.



4. ¿Cuándo se forman los modelos internos y pueden cambiar?

- A. Solo durante la adolescencia y no pueden cambiar.
- B. Se forman en la infancia y no cambian.
- C. Se forman en la infancia, pero pueden cambiar en la adultez.
- D. Solo en la adultez y no cambian.



5. ¿Qué caracteriza al estilo de apego seguro?

- A. Baja autoestima y desconfianza en los demás.
- B. Alta autoestima y confianza en los demás.
- C. Ansiedad y dependencia emocional.
- D. Evitación de relaciones cercanas.



6. ¿Qué caracteriza al estilo de apego ansioso-ambivalente?

- A. Miedo al abandono y búsqueda constante de validación.
- B. Evitación del compromiso emocional.
- C. Confianza total en su pareja.
- D. Desinterés por las relaciones afectivas.



7. () El amor consumado, según Sternberg, es aquel donde solo la pasión y el compromiso están presentes.

8. () La teoría del apego considera que las experiencias tempranas influyen en las relaciones amorosas de la adultez.

9. () En las relaciones amorosas, el concepto de “refugio seguro” hace referencia al apoyo y consuelo en momentos de dificultad.



10. () Las combinaciones de los componentes del amor según Sternberg pueden dar lugar a siete tipos diferentes de amor.

[Ir al solucionario](#)



Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 11

Unidad 5. Conflictos en la relación de pareja

En semanas anteriores hemos tratado acerca de la pareja (aspectos generales, factores que intervienen en una relación de pareja; así como también la experiencia amorosa desde la teoría del apego y sus diferentes modelos). Partiendo de esto, en la presente unidad daremos paso a los conflictos que se presentan en la relación de pareja. Le invito a revisar los contenidos de la Unidad 5 que se encuentran disponibles en la siguiente Presentación denominada: "[Conflictos en la relación de pareja](#)".

Para dar inicio al presente tema, es importante tener una idea clara de que el conflicto es un elemento inevitable en todas las relaciones y, de manera especial, en las relaciones de pareja. Es por ello, que, al momento de intentar solucionar un conflicto; después de una discusión aparentemente negativa, se da paso a un proceso en que los miembros de la pareja manifiestan su compromiso hacia el otro; llegando a plantear sus puntos de vista.

La pareja humana ha experimentado grandes cambios a lo largo de la historia: la búsqueda de la individualidad, la incorporación progresiva de la mujer en la sociedad y los paradigmas culturales impuestos han provocado profundas transformaciones en los roles que desempeñan hoy en día hombres y mujeres llevando a la pareja a estar insertada en un mundo de acelerados cambios sociales, que traen consigo un sinfín de oportunidades, pero que, a su vez, se imponen como un reto a superar. En ese sentido, el proceso de individualización ha llevado a las personas a experimentar fuertes tensiones que surgen a partir de la necesidad de establecer vínculos estrechos con los

demás y, al mismo tiempo, lograr que estos sean lo suficientemente flexibles como para poder deshacerlos en cualquier momento de la relación (Besoain et al., 2017).

También se podría mencionar que, los conflictos aparecen cuando en los dos miembros de la pareja existen dos motivaciones de carácter opuesto, pero de igual intensidad; es así como llegan a convertirse en la base de los malos entendidos de la relación de pareja y son los causantes de la insatisfacción, frustración y debilitamiento y hasta optar por dar finalización a la misma si estos no están bien resueltos.

Del mismo modo, la incapacidad para regular las emociones también se posiciona como uno de los motivos que abre la puerta a los problemas de pareja; evitando que se pongan en práctica estrategias constructivas para dar solución a las dificultades.

5.1. Definición de conflictos

Según Vinyamata (2015), el conflicto es un fenómeno propio de los seres vivos, por lo tanto, forma parte de nuestra naturaleza y está presente en la mayoría de los escenarios donde nos desarrollamos: familia, trabajo, amigos, etc. Es así que, las diferencias individuales llevan al surgimiento de los conflictos, siendo algo inevitable, pero sí que se puede trabajar.

El conflicto se constituye como una parte inherente a la sociedad, surge como resultado de la interacción humana; sin embargo, no debe contemplarse como algo negativo para las personas, a través del mismo la humanidad ha accedido a grandes cambios y ha logrado un progreso sustancial. De hecho, podría afirmarse que la vida, sin conflicto, se convertiría en algo monótono. Todos se verían obligados a pensar, sentir, actuar e incluso vestir de manera similar, puesto que, el conflicto facilita la expresión de las personas.

Por lo mencionado anteriormente podemos determinar que, los conflictos forman parte de la vida en sociedad; presentándose en los diversos escenarios relacionales del ser humano; principalmente en las relaciones de pareja,



trayendo consigo, resultados no solamente desfavorables para las partes implicadas, sino también, brindan la oportunidad de progresar, cambiar y aprender como personas a través del proceso de gestión de conflictos.

5.2. Tipos de conflictos

De manera general, los conflictos se pueden clasificar en dos grupos (positivos y negativos (León, 2016).

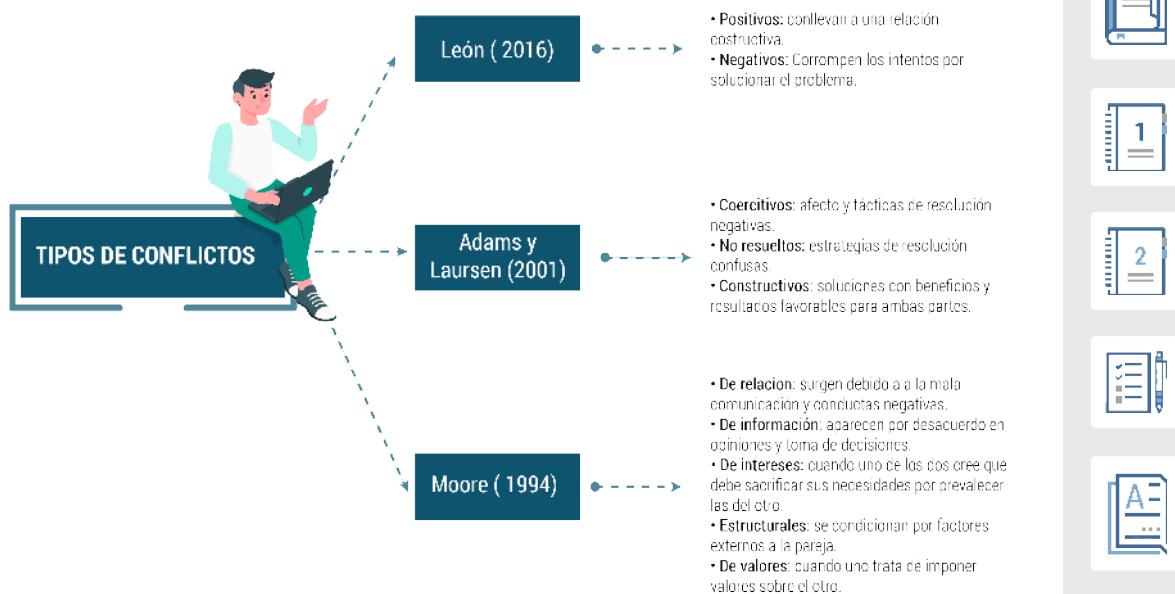
Adams y Laursen (2001), por su parte, identificaron tres tipos de conflictos (coercitivos, no resueltos y los constructivos).

Por el contrario, Moore (1994) menciona que existen cinco tipos de conflictos (los de relación, los de información, los de intereses, los estructurales y los de valores). Según los autores citados anteriormente, son varios los tipos de conflictos que se pueden suscitar, entre ellos tenemos: de interés, información, valores, constructivos y negativos. Estos pueden surgir en cualquier momento y tipo de relación, y van a depender de las causas y factores que condicionen el problema. En la figura 27 se detallan los tipos de conflictos.



Figura 27

Tipos de conflictos en la relación de pareja según varios autores



Nota. Macas, E., 2025.

5.3. Causas más frecuentes de los conflictos en la relación de pareja

Luego de haber abordado de forma breve los conflictos en la relación de pareja y los tipos de estos que se pueden presentar, es momento de abordar el tema relacionado a las causas de dichos conflictos.

Todos los seres humanos, desde nuestro nacimiento poseemos una tendencia básica innata, que se refiere, a la capacidad de establecer vínculos afectivos; es por ello que establecemos relaciones, que sean capaces de satisfacer nuestras necesidades básicas. Es así que, en consecuencia, de tal predisposición, en algún momento de nuestra vida nos enfocamos en buscar una pareja con la cual decidimos compartir y finalmente se adquiere un compromiso de vida en común, que puede estar o no legalizado socialmente. Se construye así el compromiso que es la decisión de permanecer en la relación pese a los problemas que vayan surgiendo, luchando con todas las fuerzas posibles para resolverlos.

Por todo lo antes mencionado, nuestra relación de pareja a lo largo de nuestra vida se llega a conformar de manera estable y duradera, breve e inestable o una combinación de estas variables.

Es muy importante tomar en cuenta que la mayoría de las veces, las personas no suelen decir lo que verdaderamente sienten; sino que pasan gran parte de su vida tratando de dar una buena imagen, de esconder sentimientos y emociones desagradables y de negar algo evidente. En fin, son definitivas las razones, por las cuales, por un lado, no dicen lo que verdaderamente sienten y por el otro lado, esconden incluso ante sí mismos lo que sienten. Esto puede crear dificultades porque los conflictos que se presentan no resuelven de la manera adecuada, sino que se crea una comunicación muy compleja que difícilmente entiende el otro.

Zapata y Gutiérrez (2016) indican que entre las causas más frecuentes de crisis en la pareja están:

- **Expectativas idealizadas:** los individuos se centran en la idea de encontrar una pareja “perfecta” creada bajo sus propias expectativas y cuando estas no se cumplen aparece la insatisfacción.
- **Falta de aprendizaje para la convivencia y déficit en las estrategias para resolver conflictos:** convivir con un compañero sentimental es un reto que requiere de gran esfuerzo y lamentablemente son escasas las habilidades que poseen los individuos para resolver los conflictos que trae consigo la cohabitación.
- **Nacimiento de un hijo:** los nuevos padres tienen que ajustarse a una nueva etapa de su vida, y pueden surgir una serie de conflictos a los que la pareja tiene que enfrentarse.
- **Problemas con la familia política:** se constituyen como una de las principales fuentes de discusión entre los compañeros sentimentales, debido a temas que involucran a familiares como: suegros/as, cuñados/as e incluso otros miembros.
- **Desequilibrio en el reparto de roles:** la mayoría de mujeres expresan que la carga doméstica es grande y al existir una resistencia por parte de su

pareja para ayudar en las tareas del hogar aumenta la insatisfacción marital.

- **Infidelidad:** ocasiona con frecuencia conflictos en la relación, puesto que va en contra del esquema de la pareja monógama ideal, siendo el elemento generalmente definitivo en la ruptura del vínculo sentimental.
- **Los celos:** afecta tanto al que los siente como al miembro que los recibe, desarrollando conductas de desconfianza y posesión, aún más si se presentan niveles excesivos de los mismos.
- **Insatisfacción sexual:** es capaz de llevar a sus miembros a verse envueltos en una serie de problemas, asociados con ansiedad, vergüenza, culpa, baja autoestima y disfunciones sexuales.

5.3.1. Déficit de estrategias para la resolución de problemas

Posterior a la fase del enamoramiento se atraviesa por una etapa de mayor tranquilidad, dando paso al establecimiento y consolidación del vínculo amoroso. Por ello es importante que la pareja ponga en marcha todos sus recursos y estrategias para afrontar de forma positiva los primeros problemas a los que se tiene que enfrentar.

A pesar de que la sociedad nos prepara para los enfrentarnos a resolver los oficios más sencillos, no nos prepara en sí de manera específica para aprender a convivir en pareja. Debido a que la satisfacción en pareja requiere reciprocidad positiva en el comportamiento y definitivamente todos los elementos necesarios (empatía, escucha, habilidad para expresar y recibir emociones, pedir cambios de forma eficaz, habilidades de comunicación, negociación y resolución de problemas) no se encuentran de forma implícita en el amor. Para que todo esto se desarrolle de la manera más adecuada es preciso aprender a convivir y desgraciadamente para muchas parejas este aprendizaje no llega a su debido tiempo.

Según Bados y García (2014) dentro del proceso de resolución de conflictos pueden estar presentes ciertos factores que impiden a las partes llegar a un común acuerdo, estos pueden ser:

- Negar la existencia del problema.
- Sentir que no se posee la capacidad o actitud suficiente para enfrentar la situación.
- No ser capaz de buscar distintas soluciones al dilema.
- Mostrar una actitud desinteresada a la hora resolver el problema.
- No evaluar las consecuencias de las posibles soluciones antes de ponerlas en práctica.
- Posponer la toma de decisiones para llegar a una solución.
- Incapacidad para controlar las emociones.

Es importante considerar que, al momento de solucionar los problemas, tanto hombres como mujeres emplean distintas estrategias, para las mujeres resulta más fácil expresarse de manera activa ante un conflicto; mientras que, los hombres suelen adoptar una actitud evitativa ante la situación. De igual forma, factores como la edad, estado civil y el nivel de estudios, pueden influir en las estrategias que los miembros de la pareja ponen en marcha para resolver sus conflictos.

5.3.2. Deficiencias y errores de comunicación

La comunicación en la pareja es uno de los pilares más importantes para sentirnos conectados, comprendidos, entendidos y recogidos por nuestra pareja es muy importante para que el vínculo se fortalezca y esto a veces no siempre se consigue.

Existen multitud de formas inadecuadas de comunicarnos en pareja, ya sea de forma agresiva, pasiva, a través de la manipulación.

Todos los individuos tenemos necesidades que son vitales para nuestro bienestar físico, social y emocional y éstas también tienen que ser atendidas en pareja; a través de los sentimientos descubrimos si están siendo atendidas o no.

Es así que las necesidades con la comunicación tienen mucho que ver, porque cuando no están siendo atendidas hay que comunicarlo y si no encontramos la forma adecuada de hacerlo adecuadamente podemos acabar en conflicto. Las necesidades emocionales son las que más dificultad generan en la pareja y en nuestra vida en general. La dificultad en el entendimiento emocional es uno de los problemas que más nos lleva a discusión; ya que todos necesitamos sentirnos valorados, ayudados, apoyados, comprendidos, protegidos, escuchados, entendidos, recogidos, con libertad y un sinfín más de necesidades dentro de la pareja. La dificultad llega cuándo el lenguaje emocional individual que hemos aprendido es diferente al de nuestra pareja (Zapata y Gutierrez, 2016)

Cuando la forma en la que atendemos nuestras necesidades es distinta a la forma en que lo hace nuestra pareja y si no hay una buena comunicación esto puede generar distancia entre ambos miembros de la pareja.

Es una gran realidad que los problemas de comunicación están presentes en la mayoría de las parejas en conflicto. Los patrones de comunicación de la pareja en conflicto contienen numerosos errores de comunicación tanto verbal como no verbal (hablar en exceso/evitar hablar, interrumpir utilizar un lenguaje impreciso/ vago, reproches, amenazas, insultos y gestos amenazantes), los mismos que contribuyen a generar más malestar en ambos miembros de la pareja.

5.3.3 Desequilibrio en el reparto de roles

Con el pasar del tiempo muchos hombres han ido cambiando su comportamiento y su actitud respecto al reparto de tareas en el hogar, sin embargo, a pesar del desequilibrio por causa de los estereotipos tradicionales de género sigue siendo evidentes y provoca a menudo que las mujeres

resulten las menos favorecidas. La incorporación de la mujer al mercado laboral supone la aparición de nuevas formas de organización familiar, en las que ambos miembros de la pareja contribuyen en la obtención de los recursos para el hogar.

Es decir que el número de horas que las mujeres dedican a las tareas domésticas, casi cuadriplica el número de horas que desempeñan los hombres, razón por la cual se llega a decir que la mujer cuando no cuenta con el apoyo de su pareja llega a desempeñar una doble jornada en sus labores.

La resistencia del hombre a la hora de compartir las responsabilidades del hogar, constituye una fuente de conflictos muy importante en la relación de pareja, llegando así muchas mujeres a expresar que la falta de apoyo en las tareas domésticas y con los hijos; son su mayor causa de insatisfacción marital.

5.3.4. Confusión de límites y autonomía personal

Por todo lo antes mencionado, es importante tener en cuenta que la unión de una pareja se da a partir del amor, del vínculo que se ha fortalecido entre ambas personas; pero siempre debemos tomar en cuenta que cada persona es diferente. Partiendo del noviazgo hasta el matrimonio, esto debe estar presente entre ambos para que puedan desarrollarse plenamente sin mayores complicaciones.

Conservar la autonomía y respetar la de la pareja es parte del éxito en una relación. Es muy importante recordar que la relación de pareja, se trata de la unión de dos personas diferentes que de alguna forma necesitan su espacio para desarrollarse en plenitud.

Cada persona tiene sueños, metas y proyectos propios. Hay aspectos que se comparten y otros que no, lo cual es normal porque no todo será igual para ambos; es decir que cada uno tiene su individualidad y el reto de vivir en pareja está en saber adecuar los elementos de ambos para vivir juntos. Es por ello



que, no se debe interponer el uno al otro y que ningún sueño sea superior y deben establecerse prioridades que se determinen según las condiciones de la pareja, es decir que en una relación no implica prohibir nada al otro.

Al haber dos personas que avanzan en su desarrollo personal, sin dejar a un lado el desarrollo familiar, si la persona se siente realizada y aprende algo nuevo, entonces tendrá mucho de qué hablar, estará entusiasta y de esta manera, la persona dará lo mejor de sí al estar en pareja y tendrá motivación para platicar sobre sus actividades diarias.

No hay claridad en la identidad de cada miembro ni existe delimitación de papeles, competencias, atribuciones decisiones y aspiraciones. No hay simetría (acuerdo mediante el cual tanto el varón como la mujer pueden definir o redefinir una situación dada); ni hay complementariedad (capacidad para que uno de ellos acepte lo definido por el otro). El proceso de elaboración de reglas que aclaren los niveles de la relación personal no está tampoco definido (Rios, 2006).

5.3.5. Infidelidad

La infidelidad de pareja es la ruptura de una promesa de permanecer confiables el uno al otro, en relación de pareja, llegándose a convertir en un abuso o mal uso de la confianza que se han depositado el uno al otro.

Una de las situaciones más graves que puede afrontar una pareja es la infidelidad de uno de sus miembros, la misma que consiste en una relación afectuosa o sentimental con una persona distinta de la pareja habitual. En estos casos, se produce una ruptura de la confianza entre ambas partes; sin esta confianza mutua, que es uno de los pilares básicos de cualquier relación sentimental, la pareja queda severamente dañada.

El propio concepto de infidelidad es de difícil precisión, ya que no necesariamente implica tener relaciones sexuales con otra persona. Puesto que la confianza es una cuestión muy subjetiva, cada individuo puede considerar como infidelidad algo distinto. En cualquier caso, este es considerado uno de los motivos más frecuentes de ruptura.

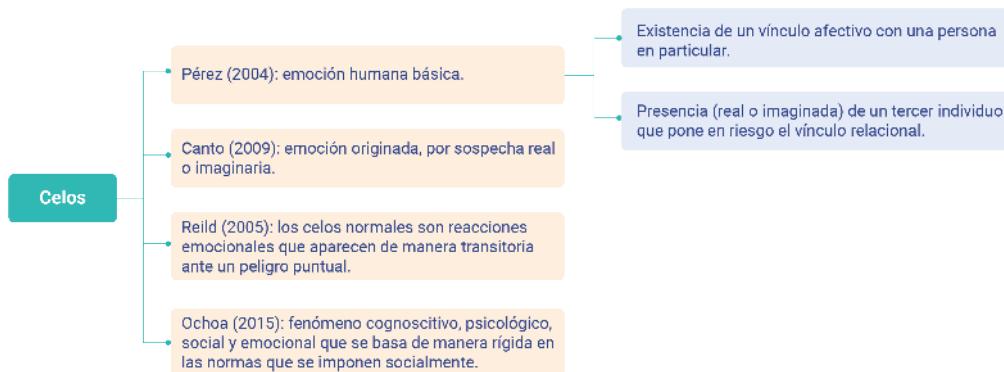
5.3.6. Celos

A los celos se los ha llegado a considerar como un estilo de amar posesivo, excesivo y en la mayoría de los casos patológico, llegando a constituir otra de las causas de los problemas de pareja; caracterizado por hacer sufrir tanto al que los siente como al que desgraciadamente sufre sus consecuencias.

Según (Costa y da Barros, 2008) los celos están presentes en la cotidianidad de la vida de las personas, pueden aparecer en distintos contextos relacionales: familia, amigos, pareja, trabajo, entre otros. En la figura 28 se detallan otros conceptos con su respectivo autor.

Figura 28

Definiciones de los celos según varios autores



Nota. Macas, E., 2025.

Es así que luego de analizar las diferentes definiciones sobre los celos, se puede resumir que, estos se entienden como una emoción básica que aparece cuando existe una amenaza real o imaginaria, que puede alejarnos de algo que

se considera verdaderamente preciado, sin embargo, para que estos surjan, será necesario la presencia de un vínculo estrecho y una posible amenaza que ponga en riesgo una relación determinada.

Finalmente se puede determinar que los celos en la pareja pueden aparecer en cualquier momento de la relación, estos tienen una asociación directa con el temor de perder al ser querido o que el vínculo afectivo llegue a su disolución.

Existen múltiples causas que pueden dar paso a los celos en la relación de pareja, entre ellas se encuentran las siguientes:

- **Exclusividad:** Los celos se fundamentan en el deseo de tener al ser amado de manera absoluta y exclusiva, los mismos que aparecen cuando se contempla la idea de que la pareja sentimental puede abandonar la relación, porque muestra interés por alguien más (C. Magnato y J. Magnato, 2010).
- **Inseguridad:** Los celos también funcionan a través de un mecanismo de proyección, es decir, muchas de las veces la persona que experimenta celos, padece ciertas inseguridades, lo cual la lleva a resaltar de sí misma los aspectos negativos y, por ende, a proyectarlos en la relación (Camacho, 2004).
- **Experiencias previas:** Las vivencias pasadas, especialmente un mal suceso, puede provocar que un individuo llegue a experimentar celos en su relación, por el miedo de que esta situación vuelva a ocurrir en el presente (Alvárez-Gayou, 2012).
- **Encontrarse en una relación con una persona poco confiable:** es decir, si un miembro de la relación ya ha cometido una infidelidad o existen razones suficientes para desconfiar, puede provocar que su pareja sienta celos con mayor frecuencia, los mismos que aparecen como respuesta a dichos acontecimientos (Lyon, 2016).

Se puede constatar que las causas que desencadenan los celos son diversas, sin embargo, todas guardan una característica común, el miedo o temor a que la pareja centre su afecto en alguien ajeno a su relación. Dicho en otras palabras, estos se simplifican en la preocupación que existe por perder al ser amado.

Estimado estudiante, le invito a continuar con el aprendizaje sobre las Causas más frecuentes de los conflictos en la relación de pareja

5.3.7. Violencia de pareja

La combinación de los celos y el sentimiento de posesividad, se hallan presentes en los malos tratos (físicos, psicológicos), los mismos que se pueden agravar si se le añade la existencia de las adicciones (alcohol, drogas) y problemas psicológicos (déficit en el control emocional, baja autoestima y autovaloración negativa); llegando a dar como resultado desfavorable el origen de la violencia en la relación de pareja.

Los efectos de la violencia de pareja se evidencian en la vida emocional, física, y/o social de todos los miembros de la familia y por lo tanto se manifiestan en las interacciones, relaciones, jerarquías, roles, comunicación y otros elementos que definen la dinámica familiar. La violencia de pareja es un fenómeno que afecta a todos y cada uno de los miembros del sistema y por ende a la sociedad; es un problema que repercute directa o indirectamente en todos los miembros de ese sistema.

Corsi (1994), considera que la violencia de pareja es aquella situación donde existe un desequilibrio de poder entre ambos miembros del subsistema conyugal, siendo uno de ellos quien someta mediante golpes, insultos o amenazas de cualquier tipo a su pareja, consiguiendo así un propósito.

Todas las formas de maltrato, abuso, agresión y violencia, se caracterizan por una relación asimétrica de fuerzas, en las que una parte daña y la otra es dañada. Es así que el maltrato psicológico es aquel que afecta en su gran mayoría y es una causa importantísima de sufrimiento que acaba destruyendo a las personas.

En cuanto al “*maltrato psicológico*” podemos decir que es todo aspecto de la relación de pareja, que bloquee, destruya o entorpezca sus funciones esenciales (protección, afecto, ayuda mutua y potenciación personal) (Zapata & Gutiérrez, 2016).

5.3.8. Problemas con la familia política

Es muy frecuente y conocido el dicho de que no te casas con una persona sino con una familia, el mismo que resulta muy cierto. Deseamos ser aceptados por la familia de nuestra pareja porque sabemos que la relación será más fácil y más bonita si sus seres queridos nos quieren a nosotros también.

Al principio, en las primeras etapas de la relación, generalmente todo el mundo intenta que la relación fluya; sin embargo, con el paso del tiempo todo puede llegar a complicarse. Posteriormente las relaciones con la familia de la pareja puede ser una fuente de tensión y conflicto, debido a que esta constituye una realidad con la que las parejas tienen que convivir en su día a día. Por tanto, que la pareja sea más o menos aceptada por la familia de origen, puede influir en el desempeño de la relación (aceptación de desigualdades económicas, estado civil, ideología política/ religiosa); para que esta relación no afecte negativamente a la relación de pareja es necesario saber manejar posibles intromisiones, establecer límites y desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas ante la llegada de posibles problemas.

Es así que uno de los problemas más difíciles de llevar para las parejas suele ser la relación con la familia política, generalmente por celos o luchas de poder: suegras que rivalizan por el amor de su hijo con la novia, suegros que rivalizan por el amor de su hija con el novio, hijastros e hijastras que no soportan a los padrastros o las madrastras, etc.

A veces, no se trata de luchar por la atención o el amor de tu pareja; sino que sucede que cuando nos vemos obligadas a relacionarnos con personas con las que tenemos una visión de mundo muy diferente a la nuestra, no es fácil construir una relación.

5.3.9. Insatisfacción sexual

Las relaciones sexuales constituyen una de las fuentes de satisfacción más importantes para la pareja, pero en ocasiones la convivencia acaba con nuestros deseos sexuales. Aunque somos conscientes que mantener la intensidad sexual inicial de la pareja es muy difícil, la pérdida del deseo suele llegar a ocasionar mucho daño a la relación.

La satisfacción sexual es un componente fundamental de la felicidad de la pareja.

En la insatisfacción sexual de las parejas se suele encontrar con mayor frecuencia:

- Problemas de comunicación sexual
- Falta de información sexual/información inadecuada
- Mitos y tabúes sexuales
- Baja autoestima/conceptos negativos de uno mismo o del otro
- Sentimientos de culpa
- Vergüenza/ansiedad
- Exigencias sexuales
- Miedo a la ejecución sexual
- Dolor en las relaciones sexuales
- Problemas/disfunciones sexuales ocasionados por (enfermedades, alcohol, drogas, medicación) (Zapata & Gutiérrez, 2016).

5.3.10. Fuerte resistencia al cambio

La resistencia al cambio es una de las principales causas de la inacción. Cuando no aceptamos el cambio, sino que nos aferramos a viejas formas de pensar o hacer las cosas nos condenamos a vivir en el terreno de la frustración y la insatisfacción. En algunos casos esa resistencia al cambio genera respuestas desadaptativas que conducen a trastornos psicológicos.

La pareja ha formado un “estilo” propio lleno de conflictos y florecido de “enfermedades” y no quiere modificarlo porque intentar tal cosa sería desafiar la propia capacidad creativa. Pero en la resistencia al cambio se agazapa el germen de la imposibilidad de reestructuración. Se pasa mal, se afirma que hay un deseo de cambiar, ninguno de los se decide al cambio, permanecen juntos y continúan pasándola mal. En el fondo, aunque parezca mentira, existe una gratificación secundaria neurótica consistente en tener algo y no arriesgarlo en la posibilidad de encontrar una situación más madura y progresiva (Ríos, 2006).



Actividad de aprendizaje recomendada

Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en la actividad que se describe a continuación:

Elaborando un organizador gráfico con las múltiples causas que pueden dar paso a los celos en la relación de pareja. Para realizar esta actividad, usted debe realizar el siguiente proceso:

- Lea comprensivamente el subtema abordado en la unidad 5: “Conflictos en la relación de pareja”, específicamente el apartado de celos.
- Subraye las ideas secundarias.
- Desarrolle el organizador colocando en el centro el tema principal.
- Con líneas como conectores, una las ideas principales y secundarias.
- Realice notas pequeñas que recuerden temas clave si es necesario.

Nota: por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

Retroalimentación:

Una vez culminada la actividad, comprenderá que las múltiples causas que pueden dar paso a los celos en la relación de pareja son:

- Exclusividad.
- Inseguridad.
- Experiencias previas.
- Encontrarse en una relación con una persona poco confiable.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 12

Unidad 5. Conflictos en la relación de pareja

Estimado estudiante, los temas que se tratarán en la presente semana se encuentran disponibles en la siguiente Presentación denominada "[Conflictos en la relación de pareja](#)".

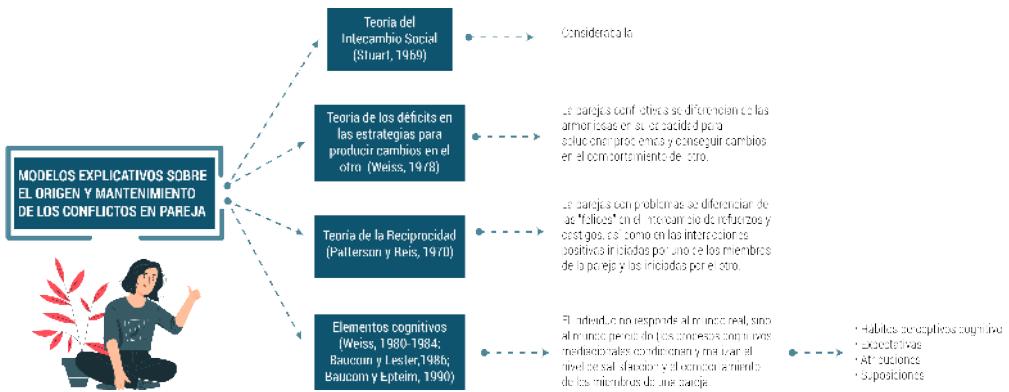
5.4. Modelos explicativos sobre el origen y mantenimiento de los conflictos en pareja

El estudio de la relación de pareja se inició desde una perspectiva aplicada, es decir que desde aquel momento se empezaron a desarrollar una serie de intervenciones en donde se intentaba enseñar a las parejas elementos de comunicación, gratificación, negociación y modificación el comportamiento del otro; con la finalidad de que lleguen a superar sus conflictos. A la vez que se iba trabajando en dichas intervenciones, se fueron desarrollando métodos cada vez más sofisticados. Hasta el momento desde la perspectiva cognitivo-conductual de la terapia de pareja, se han ido perfilando los modelos explicativos (teoría del intercambio social, teoría de los déficits en las estrategias para producir cambios en los otros, teoría de la reciprocidad y

elementos cognitivos) (Zapata & Gutiérrez, 2016). En la figura 29 se detalla cada modelo explicativo sobre el origen y mantenimiento de los conflictos en pareja.

Figura 29

Modelos explicativos sobre el origen y mantenimiento de los conflictos en pareja



Nota. Macas, E., 2025.

Es así que podemos concluir que dentro de los modelos sobre el origen y mantenimiento de los conflictos de pareja, en lo que se refiere a los elementos cognitivos se encuentran los de mayor importancia: hábitos perceptivos cognitivos (valoración que cada conyuge hace de la conducta del otro), las expectativas (el nivel de expectativas matizan el nivel reforzante del intercambio conductual de una pareja), las atribuciones (de causalidad y responsabilidad de los acontecimientos en la relación de pareja) y las suposiciones (sobre la relación y la pareja) (Zapata & Gutiérrez, 2016).

5.4.1. Teoría del intercambio social

Richard Stuart (1969) expone la “Teoría del intercambio social”, con la cual se empieza a considerar a la relación de pareja como una relación interpersonal que se mantiene por un intercambio de reforzadores; dependiendo es sí del número de intercambios positivos y negativos que produzcan los miembros de la misma. Es por ello que algunos estudios que se realizaron, llegaron a confirmar que las parejas en conflicto intercambian más castigos y menos

gratificaciones positivas que las no problemáticas. Dentro de esto, otros estudios llegaron a concluir que existe una relación entre la ejecución de conductas gratificantes y el nivel de satisfacción de la pareja (Zapata & Gutiérrez, 2016).

5.4.2. Teoría de los déficits en las estrategias para producir cambios en el otro

Weiss formuló este modelo en 1978, proponiendo que la presente teoría defiende el hecho de que las parejas conflictivas se caracterizan por presentar déficit en sus habilidades de comunicación, solución de problemas y la utilización de estrategias basadas en el refuerzo negativo (castigo, coerción, críticas, chantaje, amenazas, manipulación, etc.) con la finalidad de cambiar la conducta de su pareja; ya que las mismas contribuyen a fomentar el malestar y la insatisfacción en la pareja. Por el contrario las parejas armoniosas se caracterizan por su capacidad para afrontar y solucionar problemas y aplicación de reforzamientos positivos con la finalidad de llegar a producir cambios por parte de los dos miembros de la pareja (Zapata y Gutiérrez, 2016)

5.4.3. Teoría de la reciprocidad

Modelo experimental propuesto por Patterson y Reid en 1970, según esta teoría las parejas con problemas se diferencian de las “felices” por el intercambio de refuerzos y castigos, así como también por la función de la relación existente entre las interacciones positivas iniciadas por parte de uno de los miembros de la pareja y las iniciadas por el otro (reciprocidad); en este modelo se entiende a la reciprocidad como la taza de refuerzo global que recibe un miembro de la pareja frente al otro (Zapata y Gutiérrez, 2016)

5.4.4. Elementos cognitivos

Clínico e investigadores como: Weiss 1980-1983, Baucom y Lester 1986, Baucom y Epstein 1990, coinciden en la importancia que tienen los elementos cognitivos dentro de la relación de pareja. La satisfacción de ambos miembros

de la pareja está muy relacionada con la valoración e interpretación que ambos hacen de la conducta del otro. Dentro de estos podemos citar a los más importantes:

- **Hábitos perceptivos-cognitivos:** se refiere a la valoración que cada conyuge hace de la conducta del otro. Mismos que determinan la apreciación que un determinado individuo hace de su relación y del comportamiento del otro.
- **Expectativas:** los niveles de estas matizan el nivel reforzante del intercambio conductual de una pareja. Es muy importante que todas las expectativas de la pareja sean realistas en cuanto a lo que se puede exigir a las relaciones interpersonales y al comportamiento del otro, ya que toda relación de pareja lleva a aceptar un cierto grado de frustración y estimulación aversiva.
- **Atribuciones:** de causalidad y responsabilidad de los acontecimientos en la relación de pareja.
- **Suposiciones:** sobre la relación y la pareja (Zapata & Gutiérrez, 2016).

5.5. De la indiferencia a la incompatibilidad

Dentro de este apartado es importante mencionar que, desde el romanticismo, podemos concebir que el amor logra muchas veces extender el puente necesario para que las diferencias con el tiempo logren ser mejoradas.

Si profundizamos un poco más, podemos evidenciar el momento cuando nos enamoramos, en que llegamos a percibir a un ser completo de virtudes, llegando incluso a considerarlo/a en la “perfección”. A veces, incluso nos enamoramos, porque es tan diferente de nosotros que nos sentimos complementados.

Luego, cuando todo pasa, cuando la magia del enamoramiento baja su intensidad, la convivencia nos va mostrando a una persona totalmente diferente. Tanto que inclusive nos resulta incompatible y es justo en ese momento, que empezamos a darnos cuenta que no compartimos la misma



escala de valores, no existen proyectos en común o simplemente su carácter choca de frente con el nuestro, resultando con el tiempo dificultades en la convivencia.

Luego, cuando todo pasa, cuando la magia del enamoramiento baja su intensidad, la convivencia nos va mostrando a una persona totalmente diferente. Tanto que inclusive nos resulta *incompatible* y es justo en ese momento, que empezamos a darnos cuenta que no compartimos la misma escala de valores, no existen proyectos en común o simplemente su carácter choca de frente con el nuestro, resultando con el tiempo dificultades en la convivencia.

Es por ello que, para las parejas que se encuentran atravesando conflictos, en el transcurso de meses y años las diferencias acaban considerándose incompatibilidades. Para Jacobson y Chritensen (1998), este tipo de situación que explica el origen de muchos conflictos de pareja, conecta con los que se ha denominado *vulnerabilidades personales* (presencia de determinados temas o situaciones que resultan muy sensibles). Es por ello que, si debido a estas diferencias entre los conyugues, tales componentes aparecen, se reacciona en general, de forma inmediata, emocional y negativa. Por otro lado, según Kelley (1993) ciertas diferencias o “asimetrías”, asumidas con normalidad al comienzo de la relación pueden acabar generando conflictos al cabo del tiempo (Barraca, 2015).

Finalmente podemos referirnos a que las cosas en común que desde el principio parecían fluir adecuadamente ya porque parecían intrascendentes y eran fuentes de atracción o porque se fueron adquiriendo en lo posterior de la convivencia, con el pasar del tiempo cambian y terminan por verse como la razón por la que no se está gusto con la otra persona; dando origen a la *incompatibilidad*.

5.5.1. Amantes, novios, prometidos y extraños

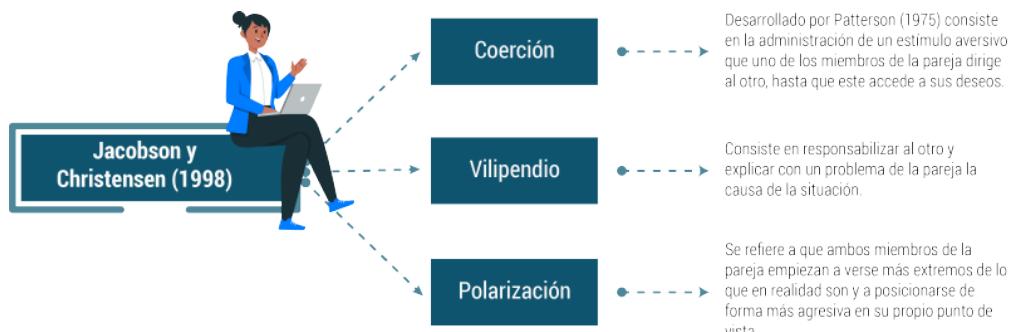
Es importante tener en consideración que durante el periodo de cortejo se priorizan las actividades divertidas y de ocio; situación que puede mantenerse después de la boda o en la convivencia en común, siempre que no se incrementen las presiones laborales o sociales. Sin embargo, es muy probable que se produzcan transformaciones inevitables con el paso de los años (nacimiento de los hijos, infidelidades, envejecimiento de los padres, pérdida del vigor juvenil, etc.) y muchos otros estresores vitales que suponen retos difíciles para la pareja y que pueden conducir a tensiones, discusiones y posteriores rupturas (Barraca, 2015).

5.5.2. Reacciones ante las incompatibilidades

En relación al planteamiento que propone Jacobson y Christensen (1998) existen tres reacciones negativas ante las incompatibilidades que se percibe en la pareja (Barraca, 2015). En la figura 30 se detallan las reacciones negativas ante las incompatibilidades.

Figura 30

Reacciones negativas ante las incompatibilidades según Jacobson y Christensen



Nota. Macas, E., 2025.

5.5.3. Soluciones para las incompatibilidades

Como se ha venido manifestando anteriormente, todas las relaciones de pareja llegan a un punto en donde tienen que atravesar incompatibilidades ya sea al comienzo de su relación o llegan a desarrollarse el paso del tiempo; a pesar de esta situación las parejas encuentran la mejor manera para solucionar este tipo de problemática.

Según Jacobson y Christensen (1998) proponen algunas posibilidades que han logrado identificar:

- **El grado de ajuste:** algunas parejas están más acopladas que otras y aunque las incompatibilidades son inevitables, su número e intensidad varía enormemente de unas a otras.
- **El atractivo:** si la pareja posee un notable atractivo del tipo que sea o por sus actividades, entonces hay una mayor disposición de minimizar las incompatibilidades.
- **La personalidad:** uno o los dos miembros de la pareja pueden albergar una forma de ser que permite a ambos tolerar mejor las incompatibilidades.
- **Las habilidades de resolución de conflictos:** haber adquirido estrategias para la resolución de conflictos interpersonales, es el mejor medio para resolver las incompatibilidades.
- **Circunstancias estresantes:** en presencia de incompatibilidades, cuando la pareja sufre presiones extra, ciertas incompatibilidades empiezan a complicar la vida en común; razón por la cual algún miembro de la pareja se ve forzado a actuar de manera muy distinta a la cotidiana.



Actividades de aprendizaje recomendadas



Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en las actividades que se describen a continuación:

1. Elaborando un organizador gráfico sobre las soluciones para las incompatibilidades en la relación de pareja. Para realizar esta actividad, usted debe realizar el siguiente proceso:

- Lea comprensivamente los contenidos de la unidad 5: Conflictos en la relación de pareja (semana 12), específicamente el subtema relacionado a las soluciones para las incompatibilidades.
- Subraye las ideas principales.
- Subraye ideas secundarias.
- Coloque el tema en el centro de la hoja
- Elaborando un organizador gráfico sobre las soluciones para las incompatibilidades en la relación de pareja. Para realizar esta actividad, usted debe realizar el siguiente proceso:
- Con líneas conecte las ideas principales con las secundarias.

Nota. Conteste la actividad en un cuaderno de apuntes o en un documento de Word.

2. Estimado estudiante, una vez que ha leído comprensiblemente los subtemas de la Unidad 5: Conflictos en la relación de pareja durante la semana 11 y 12. Le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo. Para ello, debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta.



Autoevaluación 5

1. () Los conflictos aparecen cuando en los dos miembros de la pareja existen motivaciones de carácter similar, pero de diferente intensidad; es así como llegan a convertirse en la base de los malos entendidos de la relación de pareja y son los causantes de la insatisfacción,

frustración y debilitamiento y hasta optar por dar finalización a la misma si estos no están bien resueltos.

2. () Según Silva (2008) el conflicto se constituye como una parte inherente a la sociedad, surge como resultado de la interacción humana, sin embargo, no debe contemplarse como algo negativo para las personas, a través del mismo la humanidad ha accedido a grandes cambios y ha logrado un progreso sustancial. alización a la misma si estos no están bien resueltos.
3. () Según el documento observado son específicamente los autores Bados y García (2014) quienes explican las causas más frecuentes de los conflictos en la relación de pareja.
4. () Según (Costa y da Silva, 2008) los celos están presentes en la cotidianidad de la vida de las personas, pueden aparecer en distintos contextos relacionales: familia, amigos, pareja, trabajo, entre otros.
5. () En lo referente a la confusión de límites y autonomía personal, existe claridad en la identidad de cada miembro, existe delimitación de papeles, competencias, atribuciones decisiones y aspiraciones.
6. () En lo referente a los elementos cognitivos. Según Jacobson y Chritensen (1998), este tipo de situación que explica el origen de muchos conflictos de pareja, conecta con los que se ha denominado *vulnerabilidades* personales (presencia de determinados temas o situaciones que resultan muy sensibles).
7. () Dentro de las soluciones para las incompatibilidades Jacobson y Christensen (1998) proponen algunas posibilidades (grado de ajuste, atractivo, personalidad, habilidades de resolución de conflicto y circunstancias estresantes).

Para las siguientes preguntas de opción múltiple seleccione la(s) respuesta(s) correcta(s):

8. Señale los tipos de conflicto según Moore (1994).

- A. Positivos y negativos
- B. De relación, de información, de intereses, estructurales y de valores
- C. Coercitivos, no resueltos y los constructivos



9. Señale la respuesta correcta a las causas más frecuentes de crisis en la pareja.

- A. Expectativas idealizadas
- B. Falta de aprendizaje para la convivencia y déficit en las estrategias para resolver conflictos
- C. Nacimiento de un hijo
- D. Problemas con la familia política
- E. Desequilibrio en el reparto de roles
- F. Infidelidad
- G. Los celos
- H. Insatisfacción sexual



10. Señale los modelos explicativos sobre el origen y mantenimiento de los conflictos en pareja.

- A. Teoría del intercambio social
- B. Teoría de los déficits en las estrategias para producir cambios en los otros
- C. Teoría de la reciprocidad
- D. Respuesta sensible
- E. Elementos cognitivos

[Ir al solucionario](#)



Semana 13

Unidad 6. Terapia sexual de pareja

A lo largo de la historia, los estudios sobre la sexualidad humana han abordado el comportamiento sexual desde perspectivas diversas. Inicialmente, se puso el énfasis en patologías y desviaciones (Krafft-Ebing, 1886). Con el tiempo, autores como Ellis (1896) promovieron el estudio del erotismo en contextos normales, lo que marcó un cambio hacia una comprensión más amplia de la sexualidad. La evaluación de los comportamientos sexuales tiene como objetivos clave:

- Promover criterios de salud sexual.
- Establecer una taxonomía que clasifique los comportamientos sexuales.
- Diseñar instrumentos de medición efectivos (OMS, 1975).

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud sexual implica la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad para enriquecer la personalidad y las relaciones humanas (OMS, 1975). Este enfoque se complementa con criterios de salud sexual, como la satisfacción personal y en pareja, la ausencia de sentimientos de culpa o vergüenza, y la ausencia de trastornos orgánicos.

La pluralidad de culturas y contextos muestra que no existe un criterio único para definir la salud sexual. Es esencial establecer principios amplios que identifiquen lo saludable sin imponer restricciones culturales o morales que fomenten prejuicios o diagnósticos innecesarios.

6.1. Tipología de los trastornos sexuales

La clasificación de los trastornos sexuales ha evolucionado considerablemente para reflejar los avances en el entendimiento de la sexualidad humana y sus múltiples dimensiones. Estas categorías buscan ofrecer una estructura comprensible que permita a los profesionales de la



salud mental y médica abordar las disfunciones y dificultades de manera integral, adaptada y basada en la evidencia. Una clasificación clara no solo facilita el diagnóstico y tratamiento, sino que también contribuye a desestigmatizar estos trastornos, promoviendo un enfoque más humanista y menos patologizante. A continuación, se describen en detalle las principales clasificaciones reconocidas y sus implicaciones:

- 1. Trastornos de la identidad sexual:** Estos trastornos reflejan una discordancia significativa entre el género experimentado o expresado por una persona y su sexo asignado al nacer. Un ejemplo destacado es la disforia de género, que está acompañada por un malestar clínico notable y puede requerir intervenciones psicológicas y médicas personalizadas. Según la American Psychiatric Association (APA), el tratamiento de la disforia de género debe incluir enfoques integrales que consideren tanto las necesidades psicológicas como las médicas, como la terapia hormonal o las cirugías de afirmación de género (APA, 2013). Es fundamental reconocer la importancia de validar las experiencias individuales de quienes enfrentan este trastorno para reducir el impacto del estigma social y promover el bienestar general.
- 2. Alteraciones del deseo sexual:** Las alteraciones del deseo sexual son comunes y pueden manifestarse como una falta persistente de interés en la actividad sexual (deseo sexual hipoactivo) o como una preocupación excesiva y compulsiva por el sexo (hipersexualidad). Estas condiciones pueden ser el resultado de factores psicológicos, biológicos o contextuales. Por ejemplo, el estrés crónico, los desequilibrios hormonales y las experiencias traumáticas son contribuyentes frecuentes. Levine (2003) enfatiza que el deseo sexual está intrínsecamente vinculado a factores emocionales y relaciones, por lo que su evaluación debe incluir un análisis detallado de las dinámicas personales y de pareja. Los tratamientos pueden variar desde la psicoterapia hasta el uso de intervenciones médicas para regular las funciones hormonales o abordar trastornos subyacentes.
- 3. Disfunciones sexuales:** Las disfunciones sexuales afectan las fases clave del ciclo de respuesta sexual, que incluyen el deseo, la excitación y el orgasmo. Ejemplos destacados son la disfunción eréctil, el trastorno de

excitación sexual femenina, la anorgasmia y la eyaculación retardada. Estas condiciones pueden tener causas orgánicas, como enfermedades cardiovasculares o problemas hormonales, o causas psicológicas, como ansiedad por el desempeño o conflictos de pareja (Basson et al., 2000). La terapia psicológica enfocada en reducir la ansiedad y mejorar la comunicación en pareja, combinada con intervenciones médicas cuando sea necesario, se ha demostrado efectiva en el tratamiento de estas disfunciones. Además, los avances recientes en farmacología han ampliado las opciones terapéuticas disponibles.

4. Trastornos relacionados con traumas sexuales: Las experiencias traumáticas, como el abuso o la violencia sexual, pueden generar una amplia gama de trastornos, entre ellos el estrés postraumático, la aversión sexual y la inhibición generalizada del deseo sexual. Estas condiciones a menudo requieren un enfoque terapéutico especializado que combine estrategias cognitivas y conductuales para abordar tanto los efectos psicológicos como fisiológicos del trauma (Foa et al., 1999). Los tratamientos efectivos suelen incluir la terapia de exposición prolongada y técnicas de regulación emocional para ayudar a los individuos a procesar y superar el impacto del trauma.

5. Problemas derivados de restricciones sociales o culturales: Este grupo de problemas abarca las dificultades sexuales que surgen debido a restricciones externas impuestas por contextos sociales, culturales o ambientales. Un caso representativo es el de las personas privadas de libertad, como los presos, quienes enfrentan barreras significativas para ejercer su sexualidad debido al confinamiento. La falta de acceso a relaciones sexuales o íntimas puede derivar en frustraciones emocionales, aislamiento y, en algunos casos, en alteraciones psicosexuales.

Otro ejemplo relevante es el de las personas con discapacidades físicas o mentales, quienes a menudo son objeto de sobreprotección o estigmatización. En muchos casos, se les niega la posibilidad de explorar o expresar su sexualidad debido a creencias erróneas o prejuicios sociales, lo que puede afectar gravemente su bienestar emocional y psicológico. Finalmente, en sociedades con normas culturales estrictas, como aquellas

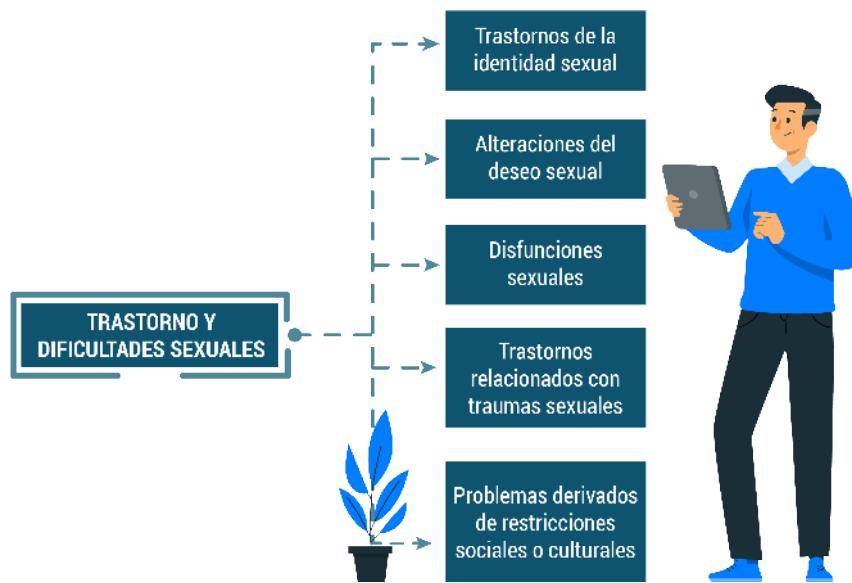


donde la sexualidad está rodeada de tabúes o se limita a contextos específicos como el matrimonio, las personas pueden experimentar dificultades sexuales relacionadas con la represión, la culpa o la falta de educación sexual adecuada (Laumann et al., 1999). Abordar estos problemas requiere intervenciones que consideren el contexto cultural, la educación sexual integral y políticas inclusivas que respeten los derechos sexuales de todos los individuos.

Una comprensión clara y basada en la evidencia de estas categorías permite desarrollar intervenciones más efectivas, adaptadas a las necesidades específicas de cada individuo y culturalmente sensibles. Además, es crucial promover una educación sexual integral para reducir el estigma y proporcionar a las personas las herramientas necesarias para abordar y comprender sus propias experiencias sexuales. La investigación futura debe centrarse en explorar las intersecciones entre factores biológicos, psicológicos y sociales para avanzar en la comprensión y el tratamiento de los trastornos sexuales. En la figura 31 se pueden observar las categorías anteriormente mencionadas:

Figura 31

Trastornos y dificultades sexuales



Nota. Adaptado de *Sex Is Not Simple* [Ilustración], por Levine, S. B., 1988, Cleveland: Key Books; de *Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications* [Ilustración], por Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., y Whipple, B., 2000, *The Journal of Urology*; y de *Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors* [Ilustración], por Laumann, E. O., Paik, A., y Rosen, R. C, 1999, *JAMA*, CC BY 4.0.

6.2. Métodos de análisis para las disfunciones sexuales

La evaluación de las disfunciones sexuales es un proceso esencial y multidimensional que busca identificar las causas subyacentes de las dificultades sexuales y proporcionar intervenciones personalizadas y efectivas. Al integrar herramientas psicológicas, médicas y sociales, se asegura una visión integral del paciente, lo que facilita tanto el diagnóstico como el tratamiento. Este enfoque permite no solo abordar el síntoma, sino también tratar los factores que lo mantienen o exacerbán.

A. Historia clínica y entrevista inicial

El primer paso en la evaluación es la recopilación de información detallada mediante una entrevista estructurada, semiestructurada o abierta, adaptada a las necesidades y nivel de comodidad del paciente. Esta fase incluye:

- **Historia sexual:** Se exploran las experiencias previas, el inicio de la vida sexual, las primeras relaciones y cualquier dificultad o disfunción experimentada.
- **Factores contextuales:** Incluyen relaciones de pareja, nivel de satisfacción en la relación, presión social, cultural o laboral, y situaciones de estrés.
- **Antecedentes médicos y psicológicos:** Como enfermedades crónicas, uso de medicamentos, antecedentes de trauma sexual o trastornos psicológicos como depresión y ansiedad.

Según Hawton (1985), esta etapa inicial permite identificar factores predisponentes (como experiencias traumáticas), precipitantes (como problemas recientes en la pareja) y mantenedores (como patrones de comunicación ineficaces). También es crucial evaluar el nivel de motivación del paciente para el tratamiento, ya que este factor puede influir significativamente en los resultados terapéuticos.

B. Uso de autoinformes y autorregistros

Los autoinformes son herramientas esenciales para obtener información detallada sobre la percepción que el paciente tiene de su propia sexualidad. Algunas de las más utilizadas incluyen:

- **Sexual Satisfaction Inventory (SSI):** Mide el grado de satisfacción en las relaciones sexuales.
- **Female Sexual Function Index (FSFI):** Evalúa las dimensiones clave de la función sexual femenina, como el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo y el dolor (Rosen et al., 2000).

Los autorregistros, por su parte, ofrecen una línea base sobre los patrones de comportamiento sexual y las emociones asociadas. Este tipo de registro es especialmente útil para identificar desencadenantes específicos y



evaluar cambios durante el tratamiento (Carrobles, 1981). Por ejemplo, un paciente puede registrar sus niveles de deseo sexual en diferentes momentos del día o en distintas circunstancias, proporcionando datos valiosos para el terapeuta.

C. Evaluación psicofisiológica

Cuando se sospecha que las causas orgánicas contribuyen a la disfunción sexual, se recurre a métodos psicofisiológicos, los cuales permiten una evaluación objetiva de la respuesta sexual. Algunas de las técnicas más destacadas son:

- **Pletismografía genital:** Mide cambios en el flujo sanguíneo genital durante la excitación sexual, proporcionando indicadores fisiológicos precisos.
- **Medición de la respuesta muscular pélvica:** Evalúa las contracciones musculares involuntarias asociadas con el orgasmo.
- **Análisis hormonal:** Incluye la evaluación de testosterona, estrógenos y prolactina, que son fundamentales para la regulación del deseo y la excitación sexual.

Estas técnicas suelen combinarse con cuestionarios subjetivos para correlacionar los datos físicos con la experiencia percibida por el paciente.

D. Contexto sociocultural y de pareja

El entorno en el que vive el paciente juega un papel crucial en su experiencia sexual. Factores como normas culturales, creencias religiosas, tabúes sociales y presiones familiares pueden influir significativamente en la forma en que las personas perciben y experimentan su sexualidad. Además, el análisis de la dinámica de pareja es esencial. Problemas como la falta de comunicación, discrepancias en el deseo sexual o conflictos no resueltos pueden contribuir significativamente a la disfunción. Por ejemplo, una pareja con expectativas sexuales diferentes podría beneficiarse de terapia de pareja enfocada en mejorar la comunicación y encontrar soluciones consensuadas.

E. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial permite distinguir entre disfunciones sexuales primarias (que han estado presentes desde el inicio de la vida sexual) y secundarias (que se desarrollan posteriormente). También ayuda a identificar posibles trastornos coexistentes, como depresión, ansiedad o efectos secundarios de medicamentos. Kaplan (1979) destaca la importancia de evaluar si la disfunción sexual es consecuencia de factores psicológicos, como ansiedad por el desempeño, o de causas orgánicas, como problemas vasculares o desequilibrios hormonales. Este análisis detallado permite seleccionar el tratamiento más adecuado para cada caso.

F. Evaluación continua y ajustes terapéuticos

La evaluación no termina con el diagnóstico inicial. Es fundamental realizar un seguimiento continuo para monitorear el progreso del paciente y ajustar las estrategias terapéuticas según sea necesario. Por ejemplo, si un paciente no responde a una intervención farmacológica, se podría considerar combinarla con terapia cognitivo-conductual.

 La evaluación de las disfunciones sexuales es un proceso complejo que requiere un enfoque integral y colaborativo. Al integrar herramientas clínicas, psicométricas, fisiológicas y socioculturales, los profesionales pueden comprender profundamente el problema y diseñar intervenciones personalizadas y efectivas. Este enfoque no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también fomenta una sexualidad saludable y plena.

6.3. Alteraciones en el deseo sexual

Los trastornos del deseo sexual se refieren a la alteración persistente o recurrente en la experiencia de deseo sexual, lo que puede generar un impacto significativo en la calidad de vida y las relaciones interpersonales de quienes

los padecen. Estas alteraciones abarcan desde una disminución o ausencia total de deseo hasta un interés sexual excesivo que resulta disfuncional. Identificar y comprender estos trastornos requiere un enfoque integral que considere aspectos psicológicos, fisiológicos y sociales.

El deseo sexual puede verse afectado por diversos factores, como el estrés, desequilibrios hormonales, experiencias traumáticas previas o problemas en las relaciones de pareja (Levine, 2003). La clasificación de los trastornos del deseo incluye dos categorías principales reconocidas: el trastorno de deseo sexual hipoactivo y el trastorno de aversión sexual (American Psychiatric Association [APA], 2013). Sin embargo, en la práctica clínica, el diagnóstico debe estar respaldado por una evaluación detallada que contemple el contexto individual y relacional.

Tabla 5*Criterios para el deseo sexual*

Criterio	Descripción
Frecuencia del deseo sexual:	<ul style="list-style-type: none">• Alta frecuencia: Asociada a un interés sexual elevado que puede interferir en la funcionalidad diaria.• Baja frecuencia: Relacionada con el trastorno de deseo sexual hipoactivo, particularmente dentro de relaciones de pareja.
Intensidad del deseo sexual:	<ul style="list-style-type: none">• Alta intensidad: Deseo persistente que puede derivar en conductas compulsivas.• Baja intensidad: Deseo débil o ausente, común en personas con trastorno de deseo sexual hipoactivo.
Orientación del deseo:	<ul style="list-style-type: none">• Heteroerótica: Deseo dirigido hacia personas del sexo opuesto.• Homoerótica: Deseo dirigido hacia personas del mismo sexo.• Combinada: Orientación sexual fluida o múltiple.
Factores contextuales:	<ul style="list-style-type: none">• Estrés: Impacto directo sobre la reducción del deseo.• Problemas de pareja: Conflictos o insatisfacción relacional como desencadenantes.• Normas culturales: Influencia de creencias sociales sobre la percepción del deseo.

Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad*, por Gomez, J., 2014, Alianza Editorial.

El organizador gráfico propuesto en la tabla 5 tiene como objetivo destacar los principales criterios para evaluar el deseo sexual desde una perspectiva clínica y multidimensional. La frecuencia y la intensidad permiten diferenciar entre alteraciones cualitativas y cuantitativas, mientras que la orientación y los factores contextuales subrayan la importancia del entorno en la configuración del deseo sexual. Este enfoque integral facilita el diagnóstico y el diseño de estrategias terapéuticas adaptadas a las necesidades individuales.

Por ejemplo, una persona con baja intensidad de deseo sexual podría beneficiarse de intervenciones dirigidas a regular el estrés o tratar conflictos de pareja. De manera similar, los casos en los que la orientación del deseo genera conflicto interno debido a normas culturales restrictivas pueden abordarse mediante intervenciones psicológicas centradas en la autoaceptación y la resiliencia.

6.3.1. Manifestaciones clínicas de las alteraciones del deseo

Los trastornos del deseo sexual presentan variantes clínicas que permiten diferenciar sus manifestaciones y orientar el abordaje terapéutico. Estas variantes se agrupan según las particularidades de su desarrollo, las cuales pueden clasificarse en primarias, secundarias, generalizadas o situacionales (Kaplan, 1979).

1. Trastornos primarios del deseo

Los trastornos primarios se caracterizan por una ausencia o deficiencia del deseo sexual desde las primeras etapas del desarrollo sexual. Estas alteraciones suelen estar asociadas a factores biológicos, como desequilibrios hormonales, o a experiencias tempranas traumáticas que afectaron la percepción de la sexualidad (Levine, 2003).

2. Trastornos secundarios del deseo

Los trastornos secundarios surgen en individuos que previamente tuvieron una vida sexual satisfactoria, pero que desarrollan alteraciones del deseo sexual debido a factores psicológicos o contextuales, como el estrés, conflictos de pareja o el uso de ciertos medicamentos (Basson et al., 2000). Estos casos suelen ser reversibles si se aborda la causa subyacente.

3. Trastornos generalizados del deseo

En esta variante, el deseo sexual está ausente o reducido en todos los contextos y hacia cualquier pareja potencial. Estos trastornos suelen estar relacionados con condiciones médicas crónicas, depresión severa o alteraciones hormonales (Laumann et al., 1999).

4. Trastornos situacionales del deseo

Los trastornos situacionales afectan el deseo sexual en contextos o relaciones específicas. Por ejemplo, una persona puede experimentar deseo en relaciones anteriores, pero sentir una falta de interés con su pareja actual debido a problemas de comunicación o insatisfacción emocional (Kaplan, 1979).

Estas variantes clínicas resaltan la importancia de una evaluación detallada para distinguir entre las diferentes manifestaciones del trastorno y diseñar un tratamiento adecuado.

6.3.2 Etiología de los trastornos del deseo

La etiología de los trastornos del deseo sexual es multifactorial, lo que implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Comprender estas causas es fundamental para desarrollar intervenciones terapéuticas integrales y personalizadas (Leiblum & Rosen, 2000).

1. Factores biológicos

- **Desequilibrios hormonales:** La reducción de testosterona en hombres y mujeres, así como la deficiencia de estrógenos en mujeres posmenopáusicas, son causas frecuentes de disminución del deseo sexual (Basson et al., 2000).
- **Trastornos médicos:** Condiciones como diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos neurológicos pueden interferir en la respuesta sexual.
- **Efectos secundarios de medicamentos:** Antidepresivos, anticonceptivos hormonales y medicamentos antihipertensivos pueden afectar negativamente el deseo sexual (Laumann et al., 1999).

2. Factores psicológicos

- **Estrés y ansiedad:** Estas condiciones impactan negativamente en la percepción y expresión del deseo sexual (Kaplan, 1979).
- **Depresión:** La disminución del interés generalizado y los efectos de ciertos tratamientos farmacológicos contribuyen a las alteraciones del deseo.
- **Trauma sexual:** Experiencias traumáticas pueden generar aversión al deseo sexual o bloqueos psicológicos que afectan su desarrollo (Leiblum & Rosen, 2000).

3. Factores sociales y culturales

- **Normas culturales restrictivas:** En sociedades donde la sexualidad es un tabú, las personas pueden desarrollar sentimientos de culpa o inhibición hacia su propio deseo sexual.
- **Problemas de pareja:** La insatisfacción relacional, la falta de comunicación y los conflictos frecuentes son desencadenantes comunes de las alteraciones del deseo (Laumann et al., 1999).

4. Interacción de factores

Es importante destacar que los factores biológicos, psicológicos y sociales no actúan de manera aislada. Por ejemplo, un desequilibrio hormonal puede exacerbar problemas psicológicos, como la ansiedad, y estos, a su vez, pueden amplificar los conflictos en la pareja, creando un ciclo negativo que perpetúa la disfunción sexual (Basson et al., 2000).

La comprensión de las variantes clínicas y la etiología de los trastornos del deseo sexual es clave para una evaluación precisa y un tratamiento efectivo. Un enfoque multidimensional que abarque aspectos biológicos, psicológicos y sociales permite abordar estas disfunciones de manera integral, favoreciendo la mejora de la calidad de vida y el bienestar sexual de los pacientes.

Una vez revisado el contenido de esta semana, se recomienda, a fin de profundizar sus conocimientos, revisar el siguiente módulo didáctico:

[Terapia sexual de pareja \(Primera parte\)](#)

Una vez analizado el módulo didáctico mencionado previamente, comprenderá de mejor manera los contenidos que se revisan en la unidad 6, siendo que los trastornos sexuales tienen una importante repercusión en la pareja, pues generan un malestar que en ocasiones llega a invadir otras esferas de la relación, por ello su tratamiento mediante técnicas especializadas es fundamental.



Actividad de aprendizaje recomendada

Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en la actividad que se describe a continuación:

Desarrollando un organizador gráfico sobre las diversas técnicas utilizadas para la evaluación de las disfunciones sexuales. Para realizar esta actividad, usted debe realizar el siguiente proceso:

- Lea comprensivamente la unidad 6: Terapia Sexual de Pareja en la guía didáctica, específicamente.
- Subraye las ideas principales.
- Subraye ideas secundarias.
- Para relacionar la idea central con los subtemas, utilice líneas.
- Recuerde que esta tarea resulta útil para aumentar la retención de información.

Nota: por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

Retroalimentación:

Con esta actividad ha comprendido acerca de las diversas técnicas utilizadas para la evaluación de las disfunciones sexuales. Es momento de chequear algunas posibles ideas que su organizador gráfico puede contener:

Técnicas para la evaluación de las disfunciones sexuales

Evaluación de las disfunciones sexuales: no solamente se debe tomar en cuenta la técnica con la que se debe trabajar una dificultad sexual, sino que también es importante ver todo aquello que influye en la aparición de tal disfunción.

Técnicas de evaluación:

- **La entrevista e historia clínica:** recabar la mayor cantidad de datos posibles, con el fin de comprender la naturaleza del problema.
- **Los autorregistros:** permiten evaluar determinados comportamientos, útiles para un análisis previo al tratamiento.
- **Los autoinformes:** documento complementario con el fin de recabar información relevante.
- **Registros psicofisiológicos:** instrumentos diseñados para la evaluación de cambios psicofisiológicos.





Semana 14

Unidad 6. Terapia sexual de pareja

6.3. Alteraciones en el deseo sexual

6.3.3. Parafilias

Las parafilias se definen como patrones persistentes e intensos de interés sexual que se desvían de las normativas culturales y sociales tradicionales. Aunque históricamente se han considerado trastornos sexuales en manuales como el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), se plantea una visión más comprensiva desde la psicología de la sexualidad, donde se interpretan como manifestaciones específicas del deseo erótico. Estas inclinaciones pueden incluir atracción hacia objetos inanimados, situaciones particulares o prácticas poco convencionales, siendo elementos centrales del deseo en algunas personas (American Psychiatric Association, 2013).

El deseo sexual es una experiencia subjetiva y emocional que dirige a las personas hacia la búsqueda de satisfacción sexual. Esta búsqueda puede orientarse en tres grandes áreas: personas del sexo opuesto, personas del mismo sexo y otros intereses, entre los cuales se encuentran las parafilias. Dichos intereses reflejan configuraciones personales del deseo, y aunque a menudo se presentan como peculiaridades benignas, pueden evolucionar hacia problemas significativos si interfieren con el bienestar emocional o social de la persona (Levine, 1992).

Para distinguir entre una parafilia como peculiaridad o trastorno, se consideran dos factores clave: la compulsión y la exclusividad. Cuando una persona solo puede alcanzar la satisfacción sexual mediante el estímulo parafílico y no puede controlarlo, este comportamiento se convierte en un problema clínico. Por ejemplo, la necesidad exclusiva de observar a otros en situaciones íntimas



(voyeurismo) o de infligir dolor para lograr excitación (sadismo) puede tener implicaciones negativas en las relaciones interpersonales y la calidad de vida (Money, 1986).

Según el DSM-5, las parafilias se clasifican como trastornos solo cuando provocan un malestar significativo en la persona o afectan a otros de forma no consensuada. Estas condiciones deben persistir durante al menos seis meses e implicar fantasías, impulsos o comportamientos que causen problemas en áreas importantes de la vida (American Psychiatric Association, 2013).

Estimadas y estimados estudiantes, para profundizar en la temática se recomienda analizar la presentación titulada "[Parafilias](#)". Esta presentación incluye notas breves en las diapositivas que serán de gran utilidad para su comprensión. Además, la tabla 6, presentada a continuación, ofrece un esquema visual claro sobre las parafilias más comunes.

Tabla 6
Parafilias más comunes según el DSM-IV

PARAFILIAS

Travestismo	Vestir ropa del sexo opuesto para sentir placer sexual.
Sadismo	Logro del placer sexual a través de actos que causen dolor/humillación.
Masoquismo	El logro del placer sexual similar al sadismo, la diferencia está en que la persona provoca intencionalmente.
Fetichismo	Investimento de valor erótico a objetos inanimados.
Exhibicionismo	Alcanzar la excitación mostrando sus genitales o exponiéndose a lugares públicos.
Paidofilia	Deseo de obtener gratificación erótica con niños.
Voyerismo	Obtención de excitación al espiar a personas desnudas o realizando alguna actividad sexual.
Necrofilia	Excitación con cadáveres humanos.
Zoofilia	Excitación provocada por actividades sexuales con animales.
Froterismo	Excitación al frotar sus genitales con personas desconocidas.
Coprofilia	Excitación mediante manipulación e ingestión de heces fecales.
Urofilia	Placer obtenido por la orina.
Climasfilia	Placer por realizar enemas e inyectar alguna sustancia por el recto.
Hipoxifilia	Intensificar la excitación por restricción del oxígeno.

Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad*, por Gomez, J., 2014, Alianza Editorial.

6.4. Trastornos de la excitación

Los trastornos de la excitación sexual constituyen una disfunción que afecta la capacidad para experimentar o mantener las respuestas fisiológicas propias de esta fase del ciclo sexual humano. Estas respuestas, que incluyen la vasodilatación y la vasocongestión en los genitales, son esenciales para la

lubricación vaginal en mujeres y la erección en hombres. Este tipo de dificultades puede tener un origen físico, psicológico o una combinación de ambos factores, impactando negativamente la calidad de vida sexual y emocional de las personas afectadas (American Psychiatric Association, 2013).

Desde una perspectiva psicológica, se ha planteado que los trastornos de la excitación frecuentemente surgen debido a estados emocionales negativos, como el miedo, la ansiedad o la inseguridad. Estos factores interfieren con el sistema nervioso autónomo, responsable de las respuestas sexuales involuntarias, y pueden bloquear los reflejos fisiológicos necesarios para la excitación. En este contexto, la teoría de Kaplan enfatiza el rol de la relajación y un entorno adecuado para favorecer la excitación sexual. La tensión emocional y la autoobservación excesiva son particularmente relevantes como desencadenantes de estas dificultades (Kaplan, 1979).

En términos de etiología, los trastornos de la excitación pueden clasificarse en causas físicas y psicológicas. Entre las primeras se incluyen condiciones médicas como diabetes, desequilibrios hormonales (bajos niveles de testosterona o andrógenos), enfermedades neurológicas (como esclerosis múltiple) y el uso de ciertas sustancias o medicamentos, como antidepresivos o alcohol en exceso. Estas condiciones interfieren con los complejos mecanismos vasculares y neurológicos que regulan la respuesta sexual (Basson et al., 2004).

Por otro lado, las causas psicológicas incluyen conflictos internos, expectativas irreales o experiencias previas negativas relacionadas con la sexualidad. La presión social y cultural sobre el rendimiento sexual puede exacerbar estos problemas, generando una “ansiedad de ejecución” que interfiere con la respuesta espontánea del cuerpo. Esta ansiedad puede ser particularmente problemática en hombres, quienes pueden desarrollar una preocupación excesiva por el desempeño, bloqueando el reflejo de erección en situaciones sexualmente estimulantes (Masters & Johnson, 1970).

Además, desde una perspectiva de pareja, los trastornos de la excitación suelen estar influenciados por dinámicas relacionales. Problemas de comunicación, conflictos no resueltos o la percepción de rechazo pueden generar un ciclo de frustración y disminución de la excitación sexual. Los estudios sugieren que la terapia de pareja puede ser efectiva para abordar estas dificultades, proporcionando herramientas para mejorar la comunicación y fomentar un entorno emocional más seguro y positivo (Perelman, 2007).

El tratamiento de los trastornos de la excitación sexual debe ser multidisciplinario, considerando tanto las posibles causas físicas como psicológicas. En muchos casos, el manejo incluye intervenciones psicoterapéuticas, como la terapia cognitivo-conductual, que busca modificar pensamientos y comportamientos negativos asociados con la respuesta sexual. Asimismo, la educación sexual puede ayudar a las personas a comprender mejor su cuerpo y las respuestas naturales de este, disminuyendo la presión y el estrés relacionados con el desempeño (Rosen et al., 2006).

En conclusión, los trastornos de la excitación sexual representan una interacción compleja entre factores fisiológicos, emocionales y relaciones. Abordar estas dificultades de manera integral y personalizada es esencial para promover la salud sexual y el bienestar emocional de las personas afectadas.

La disfunción eréctil es uno de los trastornos de excitación sexual más comunes y, a menudo, está rodeada de mitos y desinformación que pueden dificultar su comprensión y tratamiento. Para abordar estas ideas erróneas, se ha preparado una infografía que presenta los tres mitos más frecuentes sobre la disfunción eréctil junto con evidencia que los refuta. A través de esta infografía, se busca proporcionar información clara y respaldada científicamente, fomentando una mayor comprensión sobre el tema y promoviendo el acceso a soluciones adecuadas. Por lo tanto, le invito a revisarla a continuación:

[Mitos más comunes de la disfunción eréctil](#)



Actividad de aprendizaje recomendada



Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en la actividad que se describe a continuación:

Elabore un cuadro sinóptico acerca de las parafilias. Para realizar esta actividad, usted debe seguir el siguiente proceso:

- Lea comprensivamente la unidad 6: Terapia Sexual de Pareja, específicamente el subtema “Parafilias”.
- Subraye las ideas principales.
- Subraye las ideas secundarias.
- A partir de esa idea central, genere una lluvia de ideas que estén relacionadas con el tema.
- Recuerde que esta tarea resulta útil para aumentar la retención de información.

Nota: por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

Retroalimentación:

Con esta actividad ha comprendido el tema relacionado con las parafilias y que corresponde al tipo de ellas. Es momento de chequear algunas posibles ideas que su cuadro sinóptico puede contener:

Parafilias

Desde la psicología de la sexualidad, son consideradas como una forma explícita de orientación del deseo erótico.

- **Criterios para el diagnóstico:** según el DSM-IV, la característica esencial es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio que engloban: objetos no humanos, sufrimiento o humillación de uno mismo o de la pareja, niños u otras personas que no son conscientes. Que se presente durante en un periodo de al menos 6 meses.

- **Tipos:** todos los propuestos por el DSM-IV, que son los de mayor incidencia

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 15

Unidad 6. Terapia sexual de pareja

6.5. Trastornos del orgasmo

Eyaculación precoz u orgasmo prematuro

La eyaculación precoz se define como la incapacidad recurrente para retrasar la eyaculación durante la actividad sexual, lo que genera consecuencias negativas en la satisfacción personal y de la pareja. Este trastorno puede evaluarse bajo tres criterios fundamentales: la latencia eyacularia, el control percibido sobre el proceso y el impacto en la relación de pareja (Gonzalez-Torres et al., 2010).

La *latencia eyacularia intravaginal* ("Intravaginal Ejaculation Latency Time", IELT) es un indicador clínico relevante, considerando un umbral menor a un minuto como característico de este trastorno (Serefoglu et al., 2014). Por otro lado, el control voluntario percibido del reflejo eyaculario está mediado por factores psicológicos y fisiológicos, como la actividad del sistema nervioso simpático y los niveles de ansiedad (Kaplan, 1974). Las distracciones cognitivas, asociadas a preocupaciones por el rendimiento, dificultan la identificación de las señales preorgásmicas, agravando el problema (Zilbergeld, 1992).

La etiología incluye factores biológicos, como hipersensibilidad en los receptores de serotonina, y psicológicos, como patrones de aprendizaje inadecuados relacionados con la masturbación rápida en la adolescencia (McMahon et al., 2013). Las intervenciones terapéuticas abarcan desde técnicas conductuales, como el método de pausa-compresión propuesto por



Masters y Johnson (1970), hasta el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para prolongar la IELT (Waldinger et al., 2004).

Eyaculación retardada u orgasmo retardado



La eyaculación retardada, también conocida como inhibición orgásmica masculina, se caracteriza por una dificultad persistente o recurrente para alcanzar el orgasmo tras una estimulación sexual adecuada. Este trastorno puede ser situacional o generalizado, dependiendo del contexto en el que ocurre (Rowland et al., 2005).

Desde una perspectiva fisiológica, se han identificado posibles causas relacionadas con el uso de medicamentos que interfieren en la actividad adrenérgica o niveles bajos de testosterona. Sin embargo, la mayoría de los casos tienen una base psicológica, incluyendo ansiedad de ejecución, conflictos intrapersonales y experiencias sexuales negativas previas (Kaplan, 1979). Además, las expectativas culturales en torno al rendimiento sexual pueden intensificar la dificultad.

El tratamiento de la eyaculación retardada requiere un enfoque multidisciplinario que combine técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en mindfulness y terapia de pareja. Estas estrategias ayudan a reducir la ansiedad, mejorar la comunicación y fomentar una experiencia sexual más satisfactoria para ambos miembros de la relación (Masters & Johnson, 1970).

Trastornos del orgasmo en la mujer

Existen diversas patologías que afectan al orgasmo femenino, entre ellas se encuentran:

Anorgasmia femenina

La anorgasmia, definida como la ausencia recurrente o persistente del orgasmo tras una adecuada estimulación, afecta significativamente la calidad de vida sexual de las mujeres. Este trastorno puede ser clasificado en modalidades primarias (nunca se ha alcanzado el orgasmo), secundaria (desarrollada tras un periodo de normalidad) y situacional (limitada a contextos específicos) (Basson et al., 2001).

Culturalmente, el orgasmo femenino ha sido históricamente malinterpretado, considerándolo muchas veces como una respuesta obligatoriamente vinculada al coito. Sin embargo, investigaciones actuales subrayan la importancia de otras formas de estimulación en el logro del orgasmo. La denominada “anorgasmia vaginal” puede ser más una construcción cultural que una disfunción sexual genuina (Leiblum & Rosen, 2000).

La anorgasmia femenina puede tener causas orgánicas, como adherencias en el clítoris o un tono muscular perivaginal reducido, aunque estas hipótesis carecen de un respaldo empírico concluyente (Kegel, 1952). Más comúnmente, la etiología es psicógena e incluye ansiedad, conflictos de pareja y actitudes erotofóbicas. Kaplan (1974) argumenta que la ansiedad interfiere en el desarrollo normal de la respuesta sexual al activar mecanismos inhibitorios.

El tratamiento de la anorgasmia incluye reestructuración cognitiva para modificar esquemas disfuncionales y ejercicios focalizados en la sensibilización y fortalecimiento muscular (p. ej., ejercicios de Kegel). Además, terapias sexuales integradoras que aborden tanto aspectos relacionales como individuales han demostrado eficacia (Basson et al., 2001).

6.6 Otros trastornos

Dispareunia

La dispareunia, caracterizada por dolor genital recurrente durante la penetración, afecta principalmente a las mujeres, aunque también puede presentarse en hombres. Este trastorno puede clasificarse en causas orgánicas, como lesiones o inflamaciones, y psicógenas, relacionadas con ansiedad o traumas previos (Binik et al., 2002).

El tratamiento depende de la causa subyacente. En casos orgánicos, la intervención médica es esencial. Para causas psicógenas, se recomienda una combinación de terapia cognitivo-conductual y técnicas de relajación (Brotto et al., 2008).

Vaginismo

El vaginismo es un espasmo involuntario de los músculos que rodean la entrada vaginal, dificultando o imposibilitando la penetración. Aunque las causas pueden ser orgánicas, el origen suele ser psicológico, incluyendo miedos y actitudes negativas hacia el sexo (Reissing et al., 1999).

El tratamiento combina desensibilización sistemática, ejercicios de dilatación y terapia psicológica para abordar fobias subyacentes. En casos complejos, la terapia sexual integrada puede ser efectiva. En la figura 32 se detallan las condiciones antes descritas:

Figura 32

Trastornos del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual



Nota. Adaptado de *Psicología de la sexualidad* [Ilustración], por Gómez, J., 2014, Alianza Editorial, CC BY 4.0.

6.7. Estrategias terapéuticas para la sexualidad: Un acercamiento a la terapia sexual

La terapia sexual se erige como una disciplina esencial dentro del tratamiento de las disfunciones sexuales, ofreciendo un enfoque centrado en la mejora de las dificultades sexuales y el incremento de la satisfacción sexual y emocional. Esta intervención integra elementos de la psicoterapia, ejercicios conductuales y la educación sexual.

Principales enfoques terapéuticos

Uno de los principios fundamentales de la terapia sexual es la focalización en el síntoma reportado por la persona o pareja, ya sea anorgasmia, eyaculación precoz o dificultad en la erección. Modelos como el de Masters y Johnson (1970) y Kaplan (1974) destacan por su énfasis en abordar las causas inmediatas, como la ansiedad y las disfunciones de comunicación. Por otro lado, enfoques como el psicoanalítico exploran las causas remotas de los conflictos sexuales, como traumas infantiles o experiencias formativas negativas (Kaplan, 1979).

Prescripciones terapéuticas

La utilización de prescripciones terapéuticas constituye un elemento central en la terapia sexual. Estas prescripciones incluyen actividades que los pacientes realizan en privado, como ejercicios de sensibilización sensorial y tareas enfocadas en la comunicación emocional y física. Dichas actividades buscan desensibilizar patrones disfuncionales y fomentar una mayor conexión en la pareja (Masters y Johnson, 1970). Kaplan (1974) enfatiza que estas técnicas también pueden revelar resistencias psicológicas que deben abordarse en las sesiones terapéuticas.

Multicausalidad y abordaje integrador

La terapia sexual reconoce la naturaleza multicausal de las disfunciones sexuales, abarcando factores biológicos, psicológicos y sociales. Por ejemplo, las causas inmediatas como la ansiedad de ejecución o expectativas irreales



suelen tratarse con técnicas conductuales y de reestructuración cognitiva, mientras que las causas remotas, como traumas infantiles o conflictos intrapsíquicos, requieren un enfoque psicodinámico o humanista (Kaplan, 1974; Barlow, 1986).

Objetivos de la terapia sexual

El objetivo primordial de la terapia sexual es transformar un sistema sexual percibido como insatisfactorio en uno satisfactorio. Esto implica:

1. Mejorar la calidad de las relaciones sexuales.
2. Redefinir las fuentes de placer.
3. Establecer criterios propios de satisfacción basados en valores personales, en lugar de estándares culturales impuestos (Leiblum & Rosen, 2000).

Un elemento crucial para lograr estos objetivos es fomentar una comunicación efectiva entre los miembros de la pareja, indispensable para superar barreras psicológicas y emocionales (Masters y Johnson, 1970). Para finalizar este apartado estimadas y estimados estudiantes se recomienda, a fin de profundizar sus conocimientos, revisar el siguiente módulo didáctico:

[Terapia sexual de pareja \(Segunda parte\)](#)

Una vez usted revise el módulo didáctico mencionado, comprenderá de mejor manera los contenidos que se revisan en la Unidad 6, siendo que ciertos trastornos sexuales, están ocasionados por distintas causas y pueden tener una afectación negativa en la relación de pareja, por lo que es recomendable su tratamiento.



Actividades de aprendizaje recomendadas



Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en las actividades que se describen a continuación:

1. Desarrolle un resumen acerca de la terapia sexual. Para realizar esta actividad, usted debe realizar el siguiente proceso:

- Lea comprensivamente la unidad 6: Terapia Sexual de Pareja.
- Subraye las ideas principales.
- Subraye las ideas secundarias.
- Haga las anotaciones pertinentes.
- Desarrolle el resumen de la forma más específica, puede utilizar cualquier tipo de organizador gráfico si así lo requiere.

Nota: por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

Retroalimentación:

Una vez finalizada la actividad, es momento de revisar su resumen. Observe si la información que usted ha colocado es similar a la siguiente:

Terapia sexual

- **Concepto:** conjunto de técnicas terapéuticas para tratar disfunciones del desempeño sexual.
- **Objetivo:** utilizar los recursos terapéuticos necesarios para hacer transitar ese sistema de relación, percibido como insatisfactorio, hacia una nueva percepción de satisfacción.
- **Autores de los principales modelos específicos de tratamiento:** Master y Johnson, Kaplan, Crepault, etc.
- **Consideraciones de los diferentes modelos terapéuticos:** focalizar la atención en las disfunciones sexuales demandadas, reconocer que las disfunciones sexuales se pueden deber a múltiples causas

de tipo intrapsíquico e interpersonal, orientar sus intervenciones hacia la resolución de conflictos intrapsíquicos.

2. Estimado estudiante, una vez que ha leído comprensiblemente los subtemas de la Unidad 6 durante la semana 13, 14 y 15. Le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo. Para ello, debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta.



Autoevaluación 6

1. ¿Qué aspectos de la sexualidad abarca la salud sexual según la OMS?
 - A. Solo aspectos somáticos y emocionales.
 - B. Aspectos emocionales, intelectuales, somáticos y sociales.
 - C. Solo aspectos psicológicos.
 - D. Solo aspectos biológicos.
2. () La disforia de género se refiere únicamente a la insatisfacción con el cuerpo físico, sin implicar aspectos psicológicos.
3. ¿Qué causa el trastorno de deseo sexual hipoactivo?
 - A. Solo desequilibrios hormonales.
 - B. Factores psicológicos, emocionales y hormonales.
 - C. Solo problemas emocionales.
 - D. Exclusivamente causas sociales.
4. ¿En qué fases del ciclo sexual pueden ocurrir disfunciones sexuales?
 - A. Solo en la fase de excitación.
 - B. Solo en la fase de orgasmo.
 - C. Solo en la fase de deseo.
 - D. En cualquier fase del ciclo sexual, incluyendo deseo, excitación y orgasmo.



5. ¿Qué tipo de terapia es útil para tratar los efectos psicológicos del trauma sexual?



- A. Terapia de aceptación y compromiso.
- B. Terapia cognitivo-conductual.
- C. Terapia farmacológica.
- D. Terapia psicoanalítica.

6. () La eyaculación precoz se evalúa utilizando indicadores como la latencia eyacularia intravaginal.



7. ¿Qué factores pueden contribuir a la anorgasmia femenina?



- A. Solo problemas físicos.
- B. Solo causas psicológicas.
- C. Factores psicológicos, emocionales y físicos.
- D. Solo factores sociales.

8. () El vaginismo puede tratarse eficazmente mediante técnicas de desensibilización sistemática y ejercicios de dilatación.



9. () La terapia sexual reconoce la multicausalidad de las disfunciones sexuales, abarcando factores biológicos, psicológicos y sociales.

10. () Kaplan y Masters & Johnson propusieron enfoques terapéuticos similares, enfatizando la resolución de las causas remotas de los trastornos sexuales.



[Ir al solucionario](#)



Semana 16

Actividades finales del bimestre

A modo de resumen, en este segundo bimestre hemos estudiado sobre los aspectos importantes que se requieren dentro de una relación de pareja (comunicación, reciprocidad, afecto, etc.). En caso contrario, se pueden generar diversos conflictos que pueden influir en la calidad de vida de los implicados. Además, un elemento necesario es la sexualidad; sin embargo, en ocasiones pueden existir dificultades en esta área que es necesario abordar con una terapia sexual.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en las actividades que se describen a continuación:

- Revise los apuntes realizados de cada uno de los aspectos importantes que usted elaboró sobre cada tema.
- Revise los organizadores gráficos de los temas estudiados en el primer bimestre.
- Estudie y analice cada una de las ideas anotadas como importantes en sus anotaciones personales extraídas de la guía didáctica.

Procedimiento: Subraye las ideas principales, tome notas de los aspectos que considere importantes, realice gráficos o mapas mentales que le permitan describir características esenciales de cada uno de los contenidos.

Nota. Conteste la actividad en un cuaderno de apuntes o en un documento de Word.





4. Autoevaluaciones

Autoevaluación 1

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	La evidencia arqueológica, como las estatuillas de Venus, muestra que la sexualidad y la fertilidad eran temas relevantes desde tiempos muy antiguos.
2	F	A diferencia de otras épocas, el Código de Hammurabi no daba especial valor a la castidad, sino que regulaba aspectos como la esterilidad y el adulterio.
3	A	En la antigua Grecia, la homosexualidad era aceptada, especialmente en las clases altas, como una práctica vinculada a la educación y la estructura social.
4	C	Durante la Edad Media, la sexualidad era considerada principalmente como algo relacionado con la reproducción y estaba altamente regulada, lo que resultó en una represión de las expresiones sexuales fuera del matrimonio.
5	C	La medicina victoriana tenía una visión muy negativa de la sexualidad no reproductiva y consideraba que la actividad sexual frecuente podría ser perjudicial para la salud física y mental.
6	V	Freud revolucionó la psicología al hacer de la sexualidad un aspecto central de la personalidad humana.
7	F	El sistema endocrino, al regular hormonas como la testosterona y los estrógenos, juega un papel esencial en la sexualidad humana./td>
8	A	La dimensión psicológica de la sexualidad incluye no solo la percepción del propio cuerpo, sino también cómo las personas se identifican y se relacionan con su sexualidad a nivel emocional y cognitivo.
9	C	El género no es una categoría biológica, sino una construcción social que define las expectativas y comportamientos asociados a los sexos. Estas construcciones varían según la cultura y el contexto histórico.



Pregunta Respuesta Retroalimentación

10

A

La reproducción sexual surgió como una estrategia evolutiva para aumentar la variabilidad genética y, por ende, la adaptabilidad de las especies al entorno.

[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 2

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	F	La identidad sexual no es exclusivamente biológica; también depende de factores psicológicos y culturales que interactúan entre sí para formar la identidad global de cada individuo.
2	V	El género se refiere a las construcciones socioculturales que dictan cómo deben comportarse hombres y mujeres según su sexo biológico, mostrando cómo los roles sociales influyen en la percepción de identidad.
3	F	John Money utilizó el término "género" para describir las construcciones culturales y sociales asignadas a los sexos biológicos, no para referirse a diferencias biológicas.
4	V	La androginia, según Sandra Bem, propone la integración de rasgos masculinos y femeninos, promoviendo flexibilidad en la identidad de género y una mayor capacidad de adaptación y bienestar.
5	F	Los roles de género son dinámicos y cambian con los contextos históricos y culturales. Las transformaciones sociales y movimientos como el feminismo han cuestionado estas construcciones rígidas.
6	C	El desarrollo psicosexual humano es un proceso complejo que involucra la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.
7	B	El gen SRY en el cromosoma Y es responsable de activar la formación de los testículos durante la diferenciación sexual.
8	C	Este síndrome muestra que las características biológicas y las hormonas pueden no coincidir con la identidad de género, como en el caso de personas XY que desarrollan características físicas femeninas.
9	B	El desarrollo hipotalámico-hipofisario es fundamental en el dimorfismo sexual, ya que regula las hormonas que influyen en la diferenciación sexual de los órganos y características secundarias.
10	B	Aunque las características biológicas juegan un papel importante, la identidad de género también está influenciada por la cultura, las experiencias personales y la socialización, lo que permite su desarrollo independientemente de las características biológicas.

[Ir a la autoevaluación](#)

Autoevaluación 3

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	C	El deseo sexual no depende solo de los factores biológicos, sino que está influenciado por una combinación de factores psicológicos y sociales.
2	B	La fase de resolución es el periodo en el que el cuerpo y la mente vuelven a su estado de reposo tras la excitación y el orgasmo, con una relajación física y emocional.
3	F	La excitación sexual involucra tanto respuestas físicas como emocionales, no solo genitales. También está asociada con procesos psicológicos y afectivos.
4	F	El modelo de Kaplan es trifásico e incluye las fases de deseo, excitación y orgasmo, no cuatro.
5	V	La fase de meseta se caracteriza por un aumento gradual de la excitación sexual antes del clímax.
6	B	El concepto de "potencial erótico" de Schnarch implica que la sexualidad está relacionada con el crecimiento personal, la autorrealización y la profundización de la intimidad en la pareja.
7	F	El orgasmo es una fase rápida, no la más extensa, en comparación con la excitación y la resolución.
8	V	Factores psicológicos como la ansiedad pueden inhibir el deseo sexual, afectando la respuesta en la fase de excitación.
9	V	Las diferencias en los tiempos de resolución se deben a factores fisiológicos y hormonales entre hombres y mujeres.
10	D	Schnarch plantea que la sexualidad puede ser una vía para la autorrealización, donde el erotismo se convierte en una experiencia profunda que va más allá del placer físico.

[Ir a la autoevaluación](#)

Autoevaluación 4

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	B	<p>El deseo erótico no solo depende de factores biológicos, sino que también está influenciado por procesos psicológicos y sociales. Los neurotransmisores como la dopamina juegan un papel importante en la excitación, pero el contexto emocional y las experiencias previas también son determinantes clave en la respuesta erótica.</p>
2	B	<p>En la teoría triangular del amor de Sternberg, los tres componentes fundamentales son la intimidad, la pasión y el compromiso. Aunque la confianza es importante en las relaciones, no forma un componente separado, sino que está implícita dentro de la intimidad, que se refiere al nivel de cercanía y comprensión en la relación.</p>
3	D	<p>La base de seguridad en una relación amorosa permite que los individuos se sientan lo suficientemente seguros como para explorar el mundo con confianza y afrontar nuevos retos.</p>
4	C	<p>Los modelos internos se desarrollan en la infancia, pero pueden cambiar a lo largo de la vida, influenciados por nuevas experiencias.</p>
5	B	<p>Las personas con un estilo de apego seguro tienen una autoestima saludable y confianza tanto en sí mismas como en los demás.</p>
6	A	<p>El estilo de apego ansioso-ambivalente está marcado por la ansiedad constante por el abandono y la búsqueda de validación emocional en las relaciones.</p>
7	F	<p>El amor consumado, según Sternberg, es la combinación perfecta de intimidad, pasión y compromiso. La presencia solo de pasión y compromiso no sería suficiente para formar un amor consumado, ya que la intimidad, que implica una conexión emocional profunda y el entendimiento mutuo, es igualmente esencial para la estabilidad de la relación.</p>
8	V	<p>La teoría del apego plantea que las experiencias tempranas de relación con figuras parentales influyen profundamente en cómo las personas se relacionan con sus parejas románticas más adelante en la vida. Un apego seguro en la infancia favorece la formación de relaciones amorosas saludables y equilibradas en la adultez.</p>



Pregunta Respuesta Retroalimentación

- 9 V El concepto de “refugio seguro” en las relaciones amorosas hace referencia a la capacidad de la pareja de ofrecer apoyo emocional y consuelo en momentos de estrés o conflicto. Este concepto es fundamental en la teoría del apego, donde se destaca la importancia de una figura de apoyo confiable en la vida de una persona.
- 10 V Sternberg describe que existen diferentes tipos de amor, dependiendo de cómo se combinan los tres componentes esenciales: intimidad, pasión y compromiso. Estas combinaciones pueden dar lugar a diferentes formas de amor, como el amor romántico, el amor compañero o el amor fatuo, cada uno con características y dinámicas únicas.

[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 5

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	F	La respuesta es falsa, debido a que los conflictos aparecen cuando en los dos miembros de la pareja existen motivaciones de carácter opuesto, pero de la misma intensidad ; es así como llegan a convertirse en la base de los malos entendidos de la relación de pareja.
2	V	La respuesta es verdadera, ya que según Silva (2008) el conflicto se constituye como una parte inherente a la sociedad, surge como resultado de la interacción humana, sin embargo, no debe contemplarse como algo negativo para las personas, a través del mismo la humanidad ha accedido a grandes cambios y ha logrado un progreso sustancial.
3	F	La respuesta es falsa, ya Zapata y Gutiérrez (2016) explican las causas más frecuentes de los conflictos en la relación de pareja.
4	V	La respuesta es verdadera, debido a que según Costa y da Silva (2008) los celos están presentes en la cotidianidad de la vida de las personas y pueden aparecer en distintos contextos (familia, amigos, pareja, trabajo, entre otros).
5	F	La respuesta es falsa, ya que en lo referente a la confusión de límites y autonomía <i>no hay claridad</i> en la identidad de cada miembro <i>ni existe delimitación</i> de papeles, competencias, atribuciones decisiones y aspiraciones.
6	F	La respuesta es falsa, debido a que hace mención a lo referente de <i>la diferencia a la incompatibilidad</i> , en donde Jacobson y Christensen (1998), mencionan que este tipo de situación que explica el origen de muchos conflictos de pareja, conecta con los que se ha denominado <i>vulnerabilidades personales</i> (presencia de determinados temas o situaciones que resultan muy sensibles).
7	V	La respuesta es verdadera, ya que dentro de las soluciones para las incompatibilidades, Jacobson y Christensen (1998) proponen algunas posibilidades tales como: grado de ajuste, atractivo, personalidad, habilidades de resolución de conflictos y circunstancias estresantes.
8	B	Los tipos de conflictos según Moore (1994) son: de relación, de información, de intereses, estructurales y de valores.
9	A-H	Las causas más frecuentes de crisis en la pareja son: las expectativas idealizadas y la insatisfacción sexual.

Pregunta Respuesta Retroalimentación

10

A-B-C-E

Los modelos explicativos sobre el origen y mantenimiento de los conflictos en pareja son: teoría del intercambio social, teoría de los déficits en las estrategias para producir cambios en los otros, teoría de la reciprocidad y elementos cognitivos.

[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 6

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	B	Según la OMS, la salud sexual no solo implica aspectos físicos, sino también emocionales, intelectuales y sociales, lo que contribuye al bienestar general.
2	F	La disforia de género involucra una incongruencia entre la identidad de género experimentada y el sexo asignado al nacer, y tiene un componente psicológico importante, no solo relacionado con el aspecto físico del cuerpo.
3	B	Este trastorno puede estar relacionado con factores hormonales, pero también con aspectos psicológicos y emocionales, como el estrés y la ansiedad.
4	D	Las disfunciones sexuales pueden afectar cualquiera de las fases del ciclo de respuesta sexual, lo que impacta la experiencia sexual en su totalidad.
5	B	La terapia cognitivo-conductual es eficaz para tratar los efectos psicológicos del trauma sexual, ya que ayuda a modificar patrones de pensamiento negativos y promover conductas saludables.
6	V	La evaluación de la eyaculación precoz incluye indicadores como la latencia eyacularia intravaginal, los cuales ayudan a medir la duración del coito y la capacidad de control durante la penetración.
7	C	La anorgasmia femenina puede tener causas tanto físicas como psicológicas, incluyendo trastornos emocionales y dificultades en la relación de pareja.
8	V	El vaginismo, que implica una contracción involuntaria de los músculos vaginales, se puede tratar eficazmente con técnicas como la desensibilización sistemática y el uso de dilatadores para reducir la ansiedad y la tensión muscular.
9	V	La terapia sexual reconoce la multicausalidad de las disfunciones sexuales, considerando los factores biológicos, psicológicos y sociales como interrelacionados en la evaluación y tratamiento de estos trastornos.
10	F	Aunque Kaplan y Masters & Johnson propusieron enfoques terapéuticos similares, las diferencias radican en su enfoque: Masters & Johnson se centró en la técnica y la educación, mientras que Kaplan incluyó la importancia del deseo sexual y los aspectos emocionales.



Pregunta Respuesta Retroalimentación

Ir a la autoevaluación





5. Referencias bibliográficas

A

Angulo, J., Eguizabal, J., & García, M. (2008). Sexualidad y erotismo en la Prehistoria. *Revista Internacional de Andrología*, 6(2), 127-139.

Arango de Montis, I. (2008). *Sexualidad Humana. Manual Moderno.*

B

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Barbas, H. S. (1986). A Taxonomy of Problem-Based Learning Methods. *Medical Education*.

Barberá, E. y Martínez, I. (2004). *Psicología y Género*. Pearson Prentice Hall.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>

Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., ... & Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *The Journal of Urology*, 163(3), 888-893. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1020174>

Basson, R., Brotto, L. A., & Laan, E. (2004). Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 171(5), 449-452. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15883409/>



Basson, R., et al. (2001). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(4), 221-229. <https://doi.org/10.3109/01674820109049965>



Bebel, A. (1879). *Die Frau und der Sozialismus* [La mujer y el socialismo]. Stuttgart: Dietz.



Boscán, A. (2015). Constructivismo versus Biologismo en la explicación del género, ¿confrontación superada? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 20(68), 51-64.



Binik, Y. M., Bergeron, S., & Khalifé, S. (2002). Dyspareunia and vaginismus: Toward a new nosology. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(1), 11-26. <https://doi.org/10.1097/00003081-197803000-00018>



Brotto, L. A., Basson, R., & Luria, M. (2008). A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1646-1659. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00850.x>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.

Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.

Boichenko, Sr., Shevchenko, Z., & Pituley, V. (2019). El rol de factores biológicos y sociales en la identidad de determinación de género. *Mediciones antropológicas de la investigación filosófica*. <https://doi.org/10.15802/AMPR.V0I15.169468>.

Black, P., & Wiliam, D. (1998). Assessment and Classroom Learning. *Assessment in Education*.

C

Castelo-Branco, C., & Molero, F. (2019). *Manual de sexología clínica*. Panamericana.

Carrobles, J. A. (1990). *Biología y psicofisiología de la conducta sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa; Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Carrobles, J. A. (1981). Evaluación de las disfunciones sexuales. En Fernández-Ballesteros y Carrobles (Eds.), *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones* (pp. 221-240). Pirámide.

Castelo-Branco, C., & Molero, F. (2019). Identidad sexual y de género: Perspectivas actuales. *Journal of Gender Studies*, 12(2), 45-63.

Connell, R. W. (2005). *Masculinities* (2nd ed.). University of California Press.

D

Drucker, D. (2014). The Couples Laboratory and the Penis-Camera: Seeking the Source of Orgasm. 45-67. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7064-5_3.

E

Ellis, H. (1896). *Studies in the Psychology of Sex*. Londres: F.A. Davis Company.

Elías, J. (1988). Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y género. *Pirámide*.

F

Fisher, H., Aron, A., & Brown, L. L. (2002). Defining the brain systems of lust, romantic attraction, and attachment. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 413-419. <https://doi.org/10.1023/A:1019888024255>

Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132-154. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.132>

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (1999). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, NY: Guilford Press.

Franco-Mariscal, A. J. (2015). Aprendizaje por indagación en el aula. *Investigación en Educación*.

G

Gómezjurado, J. (2019). *Amor y sexo en la historia de Quito*. PPL Impresores.

Gómez-Zapiain, J. (2009). *Apego y sexualidad: Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Desclée de Brouwer.

Gómez-Zapiain, J. (2009). *Apego y sexualidad: Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Alianza Editorial.

Green, M., & Green, L. (1998). The new sex therapy: an interview with David Schnarch.

Gómez, J. (2014). *Psicología de la sexualidad*. Alianza Editorial.

Goff, J. (2010). The Impact of Differentiation of Self and Spirituality on Sexual Satisfaction. *Journal of Psychology and Christianity*, 29, 57.

H

Hernández, A. (2018). Psicología y sexualidad: una mirada a las exigencias de la educación en psicología en Venezuela. *Revista de Psicología*, 20, 195-205.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

Hawton, K. (1985). *Sex therapy: A practical guide*. Oxford University Press.

Hatfield, E., & Rapson, R. L. (1993). *Love, sex, and intimacy: Their psychology, biology, and history*. New York: HarperCollins.

Helpert, S., & Warschburger, P. (2013). The face of appearance-related social pressure: gender, age, and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 16. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-16>.

J

Johnson, D. W., & Johnson, R. T. (1999). *Learning Together and Alone: Cooperative, Competitive, and Individualistic Learning*. Allyn & Bacon.

K

Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. Simon and Schuster.

Kaplan, H. S. (1979). Anxiety and sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 5(1), 3-20. <https://doi.org/10.1080/00926237908403732>

Kegel, A. H. (1952). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 62(2), 238-248.

Kelland, M. (2018). *Social Learning Theory and Personality Development*.

Kimmerly, A. (2015). Running head: APPROACHES TO HEALTH BEHAVIOR CHANGE 1 Approaches to Health Behavior Change: An Analysis of Social Cognitive Theory and Operant Conditioning.

L

Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, 281(6), 537-544. [h
https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537](https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537)

Levine, S. B. (1988). *Sex Is Not Simple*. Cleveland: Key Books.

Levine, S. B. (1992). Psychiatric Aspects of Sexuality. In R. C. Rosen & S. B. Leiblum (Eds.), *Principles and Practice of Sex Therapy* (2nd ed., pp. 241-264). New York: Guilford Press.

Levine, S. B. (2003). The nature of sexual desire: A clinician's perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 279-285. <https://doi.org/10.1023/A:1023421819465>

LeVay, S. (1993). *The Sexual Brain*. MIT Press.

Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (2000). *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Leahy, R., & Eiter, M. (1980). Moral Judgment and the Development of Real and Ideal Androgynous Self-image During Adolescence and Young Adulthood. *Developmental Psychology*, 16, 362-370. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.16.4.362>.

Lozano, J., & Ledo, G. (2008). Apuntes sobre la génesis del espacio psicológico en la obra *El Onanismo*, de Samuel-Auguste Tissot (1760). *Revista de historia de la psicología*, 29(3/4), 101-106.

M

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Little Brown.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown.

McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., et al. (2010). Sexual dysfunction in men and women. *Journal of Sexual Medicine*, 7(4), 1581-1602. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01795.x>

Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 159-187). Wiley.

Marina, P., García-Portilla, M., Jiménez, L., Palicio, L., Trabajo, P., & Bobes, J. (2014). Función sexual en pacientes deprimidos: relación entre síntomas depresivos y disfunción sexual. *Revista Psiquiatría Clínica*, 76(3), 203-210. <https://doi.org/10.20453/RNP.V76I3.1183>

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.

Money, J. (1972). *Man and Woman, Boy and Girl: Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity*. Johns Hopkins University Press.

Money, J. (1972). *Sexual Signatures: On Being a Man or a Woman*. Little, Brown and Company.

Money, J. (1986). *Lovemaps: Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, and gender transposition in childhood, adolescence, and maturity*. New York: Irvington Publishers.

McMahon, C. G., Jannini, E., Waldinger, M., & Rowland, D. (2013). Standard operating procedures for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 10(1), 204-229. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02842.x>

Mayer, R. E. (2009). *Multimedia Learning*. Cambridge University Press.

Marshall, A., & Arvay, M. (1999). Perspectives on Voice and Sense of Self among Young Adolescents. *Professional School Counseling*, 3, 43-51.

N

Nadales, M. (15 al 31 de octubre de 2019). La sexualidad femenina en la edad media. [Comunicación]. IX Conferencia virtual sobre Historia de las mujeres, Jaén, España.

Nolet, K., Guay, J., & Bergeron, S. (2021). Validation of the French-Canadian Version of the Sexual Inhibition and Sexual Excitation Scales-Short Form (SIS/SES-SF): Associations With Sexual Functioning, Sociosexual Orientation, and Sexual Compulsivity. *Sexual Medicine*, 9. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100374>.

O

Obeso Terrones, W., & Barrantes Cabrera, M. (2013). Construcción de la sexualidad en edad reproductiva con enfoque de género desde la perspectiva médica: Bases sociohistóricas culturales. *Revista de Investigación en Ciencias de la Salud*, 4(1), 95-112.

Organización Mundial de la Salud. (1975). *Salud sexual y derechos humanos*. Recuperado de <https://www.who.int>

P

Palacios, J. (2014). *Desarrollo psicológico y educación*. Alianza Editorial.

Pachankis, J., Rendina, H., Restar, A., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. (2015). A minority stress–emotion regulation model of sexual compulsivity among highly sexually active gay and bisexual men. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 34(8), 829-840. <https://doi.org/10.1037/he0000180>

Parsons, T. (1955). *Family, Socialization and Interaction Process*. Free Press.

Perelman, M. A. (2007). A new combination treatment for erectile dysfunction: Exploring the impact of improved sex therapy/counseling effectiveness. *Journal of Sexual Medicine*, 4(1), 286-294. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00314.x>

R

Reissing, E. D., Binik, Y. M., & Khalifé, S. (1999). Vaginismus: A review of the literature on the classification/etiology, and treatment. *The Journal of Sex Research*, 36(2), 117-128. <https://doi.org/10.1080/00224499909551974>

Rathus, S., Nevid, J., & Ficher-Rahtus, L. (2005). *Sexualidad Humana*. Pearson.

Rowland, D. L., & Cooper, S. E. (2005). Behavioral and psychologic models in ejaculatory function research. *Current Sexual Health Reports*, 2, 29–34. <https://doi.org/10.1007/s11930-005-0019-6>

S

Schnarch, D. M. (1991). *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy*. New York: W. W. Norton & Company.

Schnarch, D. (1997). *Passionate Marriage: Keeping Love and Intimacy Alive in Committed Relationships*. W.W. Norton & Company.

Schrader, D. (1990). The legacy of Lawrence Kohlberg. *Philosophy, Psychology, Education*.

Schachter, E. (2018). Intergenerational, unconscious, and embodied: Three underdeveloped aspects of Erikson's theory of identity. *Identity*, 18, 315-324. <https://doi.org/10.1080/15283488.2018.1523731>

Seizert, C. (2018). The neurobiology of the male sexual refractory period. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92, 350-377. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.06.011>

Stortelder, F. (2014). Varieties of male-sexual-identity development in clinical practice: A neuropsychoanalytic model. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01512>

Serefoglu, E. C., McMahon, C. G., Waldinger, M. D., et al. (2014). An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 11(6), 1426-1441. <https://doi.org/10.1111/jsm.12524>

Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.93.2.119>

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., ... & Ferguson, D. (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. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>

V

Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Rev Biomed*, 9(2), 116-121.

W

Warren, D., & Yu, M. (2016). Pubertal status and emotional, school, and social functioning—LSAC Annual Statistical Report 2015.

Waldinger, M. D., Zwinderman, A. H., & Olivier, B. (2005). On-Demand Treatment of Premature Ejaculation with Clomipramine and Paroxetine: A Randomized, Double-Blind Fixed-Dose Study with Stopwatch Assessment. *European Urology*, 46(4), 510-516. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.05.005>

Z

Zhi-Zhong, Z. (2005). A Comparison of Piaget's and Kohlberg's Theories on Moral Development.

Zilbergeld, B. (1992). *The New Male Sexuality*. New York: Bantam Books.