

# EXPERIENCIAS INFANTILES Y TRASTORNOS EN LA SEXUALIDAD EN JÓVENES UNIVERSITARIAS DE LIMA-PERÚ

## Infant experiences and sexual dysfunctions in university youngsters of Lima - Perú

Ysis Roa Meggo\*

### Resumen

*Investigación descriptiva correlacional con el objetivo es determinar la incidencia y prevalencia de los trastornos en la sexualidad femenina de una muestra representativa de estudiantes universitarias de Lima (n=287), así como precisar la relación entre las experiencias infantiles y los trastornos en la sexualidad. Para ello se elaboró una Encuesta Anónima, conteniendo 12 escalas sobre diversos aspectos de la sexualidad femenina.*

*Entre los principales resultados destacamos los siguientes: el análisis de confiabilidad y validez de la prueba son óptimos. Se encontró una relación significativa entre las experiencias infantiles y los trastornos en la sexualidad de las jóvenes universitarias. Los datos indican que una buena relación con la madre se asocia de forma lineal y significativa con la importancia vital de la maternidad y en forma inversa con los indicadores de síntomas neuróticos y los trastornos sexuales.*

**Palabras clave:** Madre, mujeres, sexualidad femenina, experiencias infantiles, trastornos y universitarias.

### Abstract

*The objectives of the present study were to determine the incidence and prevalence of the dysfunctions in the female sexuality of the representative sample of university students from Lim, as well as to specify the relationship between the infantile experiences and the dysfunctions in the sexuality. An anonymous survey was elaborated for it, containing 12 scales on diverse aspects of the female sexuality.*

*Among the main results we emphasize the following ones: the analysis of dependability and validity of the test are good. A significant relationship exists between the infantile experiences and the dysfunctions in the sexuality of the university youths. The data indicate that a good relationship with the mother associates in a lineal and significant way with the vital importance of the maternity and in inverse form with the indicators of neurotic symptoms and the sexual dysfunctions.*

**Key words:** Mother, women, feminine sexuality, infantile experiences, dysfunctions and university students.

\* Docente de la Universidad de San Martín de Porres. ysis\_roa@yahoo.com.

## INTRODUCCIÓN

Las necesidades económicas y profesionales actuales obligan que muchas mujeres trabajen fuera del hogar. Para muchos investigadores del desarrollo esta situación es perjudicial porque disminuye los cuidados, protección y soporte afectivo que necesita, para su adecuado desarrollo, el niño (Ribble, 1943; Freud A., 1965; Goldfarb, 1943; Spitz, 1945, 1946; Glueck, 1950; Ainsworth, 1966, 1972; Bowlby, 1985, 1986; Bowlby, Robertson y Rosenbluth, 1952; Reymond Rivier, 1980; Benedek, 1959<sup>a</sup>, 1959b, 1952<sup>a</sup>, 1959b; Winnicott, 1962, 1965; Porot, 1969; Rutter, 1990, entre otros).

Así, el modelo del mercado laboral actual presupone una sociedad sin familia y sin matrimonio. Debido a las exigencias de este mercado, cada uno debería ser independiente, libre para así asegurar su existencia económica. Es así que el sujeto del mercado es, en última consecuencia, el individuo soltero, no “entorpecido” por relaciones amorosas, matrimoniales o familiares. La sociedad del mercado vista de esta forma es, por consiguiente, también una sociedad sin niños, a no ser que los hijos crezcan con madres y padres solteros. (Beck y Beck-Gerseihm, 1996)

Si bien, debido a lo anteriormente dicho, la mujer contemporánea ha logrado aumentar su participación social y productiva, su participación en el cuidado de sus hijos ha disminuido. A decir de Marie Langer (1987, Pág. 13) tal situación acarrea distintos trastornos en su sexualidad: *“Antaño la sociedad imponía a la mujer severas restricciones en el terreno sexual (tomando el término en el sentido más estricto) y social, pero favorecía el desarrollo de sus actividades y funciones maternas. Las consecuencias de estas restricciones fueron la gran frecuencia de la histeria y otras manifestaciones psiconeuróticas en la mujer. Sin embargo, parece haber sufrido relativamente poco de trastornos psicósomáticos en sus funciones procreativas.”* Y esto según la autora se origina porque: *“La mujer actual que se adapta totalmente a una sociedad tan antiinstintiva y antimaternal sufrirá, de alguna manera, las consecuencias, siempre que no sepa integrar su logro profesional con su vida amorosa y de madre.”* (Langer, 1987; Pág. 23)

Pero aunque esta influencia ambiental es importante, los trastornos que padecen las mujeres pueden deberse a otro factor aún más importante que no ha sido objeto de análisis empírico. Los investigadores de la sexualidad femenina encontraron un trasfondo psicológico importante en la historia de las mujeres que padecían trastornos en la menstruación, la fertilidad, la gestación, el parto, la lactancia y el climaterio. La bibliografía existente documentó el hecho de que muchos de



los trastornos ocurridos en la sexualidad de las mujeres (dismenorrea, amenorrea, toxemia, hiperemésis gravídica, infertilidad, parto doloroso, frigidez, etc.) son producto de una relación hostil o fría con la madre durante la infancia (Langer, 1987, Deutsch, 1960; Meierhofer, 1975; Read, 1958; Heilbrun, 1968, 1965; 1962; Lynn, 1962; Sears, 1965; Wright y Taska, 1966; Mussen y Rutherford, 1963; Weiss y English, 1957; Drellich y Bieber, 1958; Després, 1937; Rheingold, 1964; Mann, 1959; Coppen, 1958; Barrucand, 1968; Benedek, 1959<sup>a</sup>, 1959<sup>b</sup>, 1952<sup>a</sup>, 1959<sup>b</sup>, entre otros).

En su mayoría, los estudios se realizaron bajo métodos retrospectivos en los cuales se analizaba junto a las pacientes su vida pretérita y los hechos que pudieron convertirse en orígenes de trastornos en su vida actual. Los estudios realizados por psicoanalistas tales como Helen Deutsch, Marie Langer, Joyce Mc Dougall, Marie Meierhofer entre otros, encontraron que la relación que la niña tuvo en la infancia, principalmente la relación con su madre, establecía núcleos psicológicos inconscientes importantes que la predisponían a reaccionar no solo favorable o desfavorablemente ante procesos propios de su sexualidad tales como la menarquia, el embarazo o el parto, sino que también influían en sus relaciones con sus parejas y en la forma en cómo consideraban debía ser la crianza de un niño. Tal es así que Helen Deutsch (1960) referiría: *“Las mujeres que no han recibido amor maternal en su infancia presentan menos tendencia maternal”*.

Estos investigadores demostraron que *“la primera relación amorosa entre la niña y la madre es fundamental para su capacidad de identificarse más tarde con ella. Si la madre ha sido buena y la niña logra esta identificación, será una buena madre para sus hijos y una buena esposa para su marido. Pero si la relación con la madre fue conflictiva, existe el peligro de que más tarde repita los mismos conflictos con su marido.”* (Langer, 1987; Pág. 38). Destacando el hecho de que una identificación saludable en los niños solo puede ser alcanzada *“a través del vínculo que se establece entre la madre y el padre.”* Enfatizando en que para que éste aprendizaje sea exitoso se requiere: *“el ejemplo de padres que se quieran, que sepan gozar juntos sexualmente. Así, “la hija de una madre amada y feliz, tratará de identificarse con ella y las demás personas de su sexo, y aprenderá como complementar su carácter con el del padre, primer representante masculino para ella.”* (Langer, 1987; Pág. 234)

Posteriormente, estos estudios fueron comprobados en investigaciones con niñas y jovencitas realizadas por Lynn (1962), Wright y Taska (1966), entre otros.

Estos autores encontraron que el grupo más femenino de jovencitas mostraba más cordialidad respecto a los padres que el grupo más bajo en femineidad. En cambio, las sujetos de Lynn, que puntuaban bajo en femineidad, atribuían más hostilidad hacia la figura de la madre que a la figura del padre. Siendo este hallazgo consecuente con el de Gray y Klaus (1956) quienes señalaban que las niñas con más afecto hacia sus madres se veían a sí mismas como muy semejantes a ellas. En otro estudio sobre 2650 estudiantes femeninas de college, Wright y Taska (1966) encontraron que las mujeres femeninas recordaban una madre emocionalmente satisfactoria y un padre favorable. Así, Rheingold (1964) habría sugerido también que los muchos y variados problemas de la función femenina tienden a estar relacionados y dependen de la misma fuente: problemas en la temprana relación con la madre. Así, Després (1937) informaría sobre las actitudes de 100 primíparas. Esta autora encontró que las mujeres con actitudes más favorables hacia sus embarazos eran menos neuróticas y habían tenido una relación más estrecha con sus madres. Barrucand (1968) encontró que 22 de las 24 mujeres con vómitos incontrolados en los primeros tres o cuatro meses de embarazo eran emocionalmente inmaduras, especialmente en la relación con sus madres. Coppén (1958) encontró que las mujeres que padecían toxemia en el embarazo habían tenido una menarquía con más disturbios emocionales, tensión pre-menstrual, pobre ajuste sexual, síntomas psiquiátricos durante el embarazo, y sentimientos enfermizos respecto del mismo, más acidez y vómitos repentinos durante el estado de gestación, altas puntuaciones en la escala de neuroticismo en el Maudsley y puntuaciones andrógenas anormales que indicaban conflicto con su femineidad.

Debido a las investigaciones realizadas podemos decir que la relación con la madre, en los primeros años de vida, se encuentra entre los factores decisivos para el buen curso de los aspectos de la sexualidad femenina adulta. Las crisis que se presentan en las etapas biológicas de la sexualidad femenina, tales como la menarquía, el embarazo, el parto, la lactancia, etc., al parecer son reviviscencias de conflictos psicológicos no resueltos en períodos más tempranos del desarrollo, conflictos que ocasionaron fallas en el proceso de identificación. La mayoría de psicoanalistas que se han dedicado a estudiar la sexualidad femenina coinciden en los conceptos citados (Deutsch, 1960; Meierhofer, 1975; McDougall, 1996; Langer, 1987, entre otros).

La experiencia cotidiana muestra que las jóvenes poseen una información distorsionada de los hechos mencionados, encontrándose que esta distorsión proviene de relaciones particularmente disfuncionales en la primera infancia con los



padres, en especial con la madre, predisponiéndolas en una forma errónea a concebir tales hechos. Tal es así que cuando, por ejemplo, la identificación de la gestante con su progenitora se dio en una atmósfera notoriamente comprensiva y protectora, el embarazo tiende a cursar con tranquilidad y la lactancia a ser satisfactoria, sino hay interferencias actuales (Montes y Silva, 1991). Siendo esta una consecuencia de la clase de relación primigenia con la madre la cual juega un rol muy importante. A decir de Langer (1987; Pág. 195): "*... la mujer embarazada necesita amparo y protección, porque sufre una regresión parcial. Su estado despierta sus angustias tempranas y principalmente las ligadas a la relación con su madre*".

La experiencia psicoanalítica demuestra que las enseñanzas impartidas consciente o inconscientemente por los padres, la coincidencia o la diferencia entre las palabras y sus hechos, el lenguaje verbal y preverbal, son incorporados en el aprendizaje vital de los hijos, pero mucho más aún, aquellas vivencias compartidas en la cotidianidad que aquello aprendido por medio de las palabras. Por lo que las enseñanzas impartidas con respecto a la evolución y características de la sexualidad debe ser un conocimiento que se imparta a través del ejemplo que transmiten las vivencias de los padres, es decir que forme parte de un aprendizaje continuo y cotidiano antes que encararlo simplemente como un proceso intelectual. Pues, "*si el niño tiene desde su primera infancia progenitores que se aman, se desean y se respetan recíprocamente, y cuyas eventuales disensiones no son duraderas (lo que quiere decir que aprenden que la agresión no es peligrosa cuando el amor es más fuerte que el odio), él se inclinará a seguir el modelo parental en su vida. La niña tratará de identificarse con la madre, no solo en su maternidad sino también en sus relaciones amorosas y sexuales*" (McDougall, 1996; Pág. 37). Enfatizando el hecho de que si bien los padres pueden enseñarle al niño mediante las palabras lo adecuado o no de ciertos comportamientos de convivencia, el niño solo podrá comprenderlo, creerlo y aceptarlo cuando ellos sean un ejemplo real de estos comportamientos. Esto se señala para explicar el hallazgo contradictorio de muchas investigaciones actuales que demuestran a jóvenes que a pesar de estar muy informados acerca de cómo se debe llevar una sexualidad sana y saludable, sus conductas sexuales siguen siendo de riesgo (Véase las investigaciones de Lescano, 2001; Padilla de Gil, 2000; entre otros). Demostrando con ello la poca eficacia de encarar el problema simplemente desde el punto de vista informativo e intelectual.

Acorde a lo dicho, mediante la presente investigación se pretende analizar la vigencia de los contenidos de las teorías psicológicas sobre el desarrollo sexual femenino, precisar si aún se mantienen vigentes y si se aplican a nuestra pobla-

ción femenina. De modo general, se pretende responder si existe una relación entre las experiencias infantiles y los trastornos de la sexualidad en la población femenina universitaria.

Por lo que, los objetivos de la presente investigación son determinar la incidencia y prevalencia de los trastornos en la sexualidad femenina de una muestra de estudiantes universitarias de Lima, así como precisar la relación entre las experiencias infantiles con los padres y los trastornos actuales presentes en su sexualidad.

## MÉTODO

### Diseño

Se utilizó un diseño descriptivo-correlacional.

### Participantes

La muestra está constituida por 287 mujeres solteras provenientes de cuatro universidades de Lima- Perú y de distintas carreras profesionales (psicología, administración, derecho, medicina humana, ingeniería industrial, educación, ciencias sociales, contabilidad, enfermería, entre otras). Sus edades oscilan en un rango de 16 a 30 años de edad.

### Análisis Estadístico

La tabulación, verificación y procesamiento de los datos se realizó en un procesador Intel Celerom 2.8.Ghz, y a través del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS 11.0). Los análisis estadísticos más utilizados son los indicadores de frecuencias, comparaciones de promedios, el coeficiente de correlación producto momento de Pearson, el coeficiente alfa de Cronbach, análisis de Varianza y el Análisis Factorial de componentes principales con rotación Varimax.

### Materiales

Se ha elaborado un instrumento específico para el estudio. La encuesta utilizada fue la "Encuesta Anónima sobre Sexualidad Femenina".

El instrumento consta de 68 preguntas distribuidas en las siguientes áreas:

1. Información demográfica (17 ítems)
2. Infancia (5 ítems)
3. Menstruación (7 ítems)
4. Ser Mujer (7 ítems)
5. Masturbación (2 ítems)
6. Relaciones sexuales (8 ítems)
7. Embarazo y parto (6 ítems)
8. Matrimonio (4 ítems)
9. Cuidado de los niños (6 ítems)
10. Actitudes frente los hombres (6 ítems).

A partir de estos ítems, para el análisis, se construyeron 12 escalas tipo Likert, las cuales fueron sometidas a análisis de fiabilidad y consistencia interna. Estas escalas miden la prevalencia e incidencia de ciertos hechos pero también las actitudes que poseen las jóvenes frente a procesos de su sexualidad adulta. Para muchos autores, tales como Read (1958), las actitudes de las jóvenes configuran su comportamiento en el futuro, lo cual es perjudicial cuando las actitudes están basadas en un pensamiento irracional y poco posible de comprobación científica. Las escalas son:

**1. Indicadores de síntomas neuróticos:** Escala que detecta si la mujer tiene conflictos con aspectos de su sexualidad, rasgos que denotan perturbaciones para aceptar los procesos propios de la sexualidad femenina. Está conformada por ítems tales como: “Me fastidia que la gente se de cuenta que estoy menstruando”, “Mi regla me pone de mal humor y/o me fastidia”, “Sería genial si el ciclo menstrual no existiera”, “La masturbación es sólo para mujeres enfermas”, “Los hombres también deberían embarazarse para que supieran cómo se sufre”, etc.

**2. Actitudes de privación maternal “primero el trabajo, después mi hijo”:** Escala que detecta actitudes con respecto a la crianza y cuidado de los niños. Está conformada por ítems tales como: “Trabajaré mientras mi hijo esté pequeño”, “A los niños debe dárseles más calidad de tiempo”, “A los bebés menores de 2 años no se les debe cargar cada vez que lloran porque se les malcría”, “Los bebés a veces lloran para manipular a sus padres”, etc.

**3. Independencia defensiva ante el esposo:** Escala que detecta cuáles son las actitudes de las jóvenes frente a experiencias de relación con una pareja. Está conformada por ítems tales como: “Así tuviera hijos, si mi pareja y yo no nos



entendemos, nos tendríamos que separar”, “Una mujer que trabaja y tiene dinero es más feliz que otra que no lo tiene”, “No tengo por qué contarle todo a mi marido”, “Una madre soltera puede salir adelante sola, sin ayuda de nadie”, etc.

**4. Creencias feministas:** Escala que detecta las creencias provenientes de la ideología feminista. Está conformada por ítems tales como: “Las mujeres siempre han sufrido discriminaciones por esta sociedad machista”, “Los hombres buscan siempre aprovecharse de las mujeres”, “Los hombres siempre tienen más privilegios”, etc.

**5. Trastornos y angustia menstrual:** Esta escala contiene ítems que indagan acerca de si la mujer padece trastornos tales como la dismenorrea (menstruación dolorosa) o cambios psicológicos asociados con el ciclo. La conforman los siguientes ítems: “Mi ciclo menstrual es doloroso y me impide hacer mis quehaceres”, “Las molestias de mi regla las alivio con pastillas”, “La duración de mi ciclo menstrual es irregular”, “Mi regla me pone de mal humor y/o me fastidia”, “Cuando estoy menstruando me siento cansada”, etc.

**6. Restricciones sexuales por salud (creencias):** Escala que detecta ciertas creencias de las mujeres con respecto a aspectos restrictivos relacionados a la sexualidad. Aspectos que aunque permanecen en el pensamiento de las jóvenes, han sido catalogados de infundados por la ciencia médica. Está conformada por ítems tales como: “Los anticonceptivos perjudican la salud y la belleza de las mujeres”, “La mujer no debe tener relaciones sexuales cuando está embarazada”, “La mujer no debe tener relaciones durante el ciclo menstrual”, etc.

**7. Angustia ante las relaciones sexuales “perversas”:** Escala que detecta las actitudes de las jóvenes con respecto a diversos aspectos de su sexualidad tales como la masturbación, las relaciones sexuales, etc. Está conformada por ítems tales como: “La masturbación es sólo para mujeres enfermas”, “Las relaciones sexuales son dolorosas”, “La mayoría de poses sexuales que le gustan a los hombres son solo para prostitutas”, etc.

**8. Importancia vital de la maternidad:** Escala que detecta la importancia que la joven otorga al hecho de convertirse en madre y sus expectativas con respecto a ello. Está conformada por ítems tales como: “Poder tener hijos es lo que más me gusta de ser mujer”, “Ser una buena madre es lo más importante para mí”, “Siento que podría ser una buena madre”, entre otros.



**9. Creencias tradicionales sobre la “mujer ama de casa”:** Escala que detecta las creencias tradicionales de la joven sobre las características de la “mujer ama de casa”.

**10. Actitudes sexuales tradicionales (mujer sumisa):** Escala que detecta las actitudes de las mujeres frente a las características que se denominan tradicionales en las mujeres. Está conformada por ítems tales como: “No me arreglo mucho porque sino me verían como un objeto sexual”, “La masturbación no es algo que me interesa”, “Los hombres son los que deben tener la iniciativa sexual”, entre otros.

**11. Experiencia infantil positiva:** Escala que recoge información acerca de la percepción de la joven frente a sus experiencias infantiles en el entorno familiar. Está conformada por ítems tales como: “La relación con mi madre era muy buena”, “La relación con mi padre era muy buena”, “Mi madre siempre prefería a mis hermanos varones antes que a mí”, “Mi padre siempre prefería a mis hermanos varones antes que a mí” y “Mi madre siempre prefería a una de mis hermanas más que a mí”.

**12. Angustia ante el embarazo y el parto:** Escala que recoge información acerca de las actitudes de la joven frente a experiencias propias de su sexualidad tales como el embarazo y el parto. Está conformada por ítems tales como: “El embarazo produce una serie de malestares (vómitos, náuseas, etc.)”, “El parto es una experiencia muy dolorosa”, “El embarazo obstaculiza el desarrollo profesional de la mujer”, etc.

**Tabla I:**  
Escalas de la Encuesta Anónima sobre Sexualidad Femenina

Escala	Numero de ítems	Fiabilidad (Alfa)
Indicadores de síntomas neuróticos.	7	0.8972
Actitudes de privación maternal "primero el trabajo, después mi hijo".	5	0.7843
Independencia defensiva ante el esposo.	5	0.7991
Creencias feministas.	4	0.7452
Trastornos y angustia menstrual.	6	0.8377
Restricciones sexuales por salud (creencias).	3	0.6823
Angustia ante las relaciones sexuales "perversas".	4	0.7170
Importancia vital de la maternidad.	3	0.6785
Creencias tradicionales sobre la mujer "ama de casa".	3	0.6965
Actitudes sexuales tradicionales (mujer sumisa).	4	0.7228
Experiencia infantil positiva.	5	0.7576
Angustia ante el embarazo y parto.	4	0.7316

## RESULTADOS

### 1. Descriptivos:

#### • Situación afectivo-sexual:

Del total de estudiantes entrevistadas: el 9.7 % afirma no haber tenido nunca pareja, mientras que el 90.3 % ha tenido de 1 a 10 parejas en su vida, siendo el promedio 2.59 parejas (D.E.=1.503). Actualmente el 45.7 % tiene pareja, con un tiempo de antigüedad que varía de 1 a 125 meses, siendo el promedio 30.9 meses (D.E.= 35.37). De las participantes que tienen pareja actual, el 39.1% afirma tener relaciones sexuales.

En cuanto a la edad de la primera relación sexual (coitarquia), el rango oscila entre 13 y 24 años, siendo el promedio 18.8 años (D.E.=2.48). El 71% afirma nunca haber tenido relaciones sexuales.

En cuanto a la sensación que tuvo en la primera relación sexual, casi la mitad (43.8%) afirma que fue "dolorosa", el 32.5% afirma que fue "placentera", el 12.5%



afirma que “no sintió nada”, el 5% afirma que fue “fría”, el 3.8% afirma “no recordar nada” y el 1,3% afirma que “sintió temor y miedo”.

• **Experiencias infantiles con los padres.**

Del total de la muestra, el 86.7% afirma haber vivido con ambos padres. De las participantes que afirman no haber vivido con ambos padres, el 78.9% vivió sólo con su mamá, el 13.2% sólo con su papá y 7.8% vivía con otros familiares (hermanas, abuelos o tíos).

Sobre la percepción de su propia infancia, 52.7% considera que fue “feliz”, un 35.3% la considera “normal”, un 7.8% la considera “conflictiva”, para 2.1% le parece “indiferente”, el 1.1% la describió como “infeliz” y el 1.1% afirmó “no recordar nada”.

En cuanto a su percepción de “quién mandaba en casa”, el 31.6% afirmó que “mandaba” su papá, el 31.3% afirmó que “mandaba” su mamá, para el 33.8% ambos padres “mandaban en casa”, y el 3.3% afirmó que otros familiares “mandaban” en su casa (abuelos por ejemplo).

En cuanto a la relación con la madre, el 48.4% afirma que tenía “siempre” una buena relación con su madre, el 35.9% afirma que tenía “casi siempre” una buena relación con su madre, el 15.4% afirmó que “a veces” tenía una buena relación con su madre y el 0.3% afirmó “nunca” haber tenido una buena relación con su madre. En cuanto a la relación con su padre, el 32.7% afirma que tenía “siempre” una buena relación con su padre, el 34.2% afirma que tenía “casi siempre” una buena relación con su padre, el 26.7% afirma que “a veces” tenía una buena relación con su padre y el 6.4% afirma que “nunca” tuvo una buena relación con su padre.

En cuanto a las preferencias de sus padres por alguno de sus hermanos, el 57.4% afirmó que su madre nunca tuvo preferencias por alguno de sus hermanos varones, el 28.3% afirmó que su madre “a veces” tenía preferencia por uno de sus hermanos varones y el 14.3% afirmó que su madre “siempre o casi siempre” tenía preferencias por sus hermanos varones más que por ella. En cuanto a si su padre tuvo preferencias por sus hermanos varones más que por ella, el 68.4% afirmó que su padre “nunca” tuvo preferencias por sus hermanos varones, el 21.4% afirmó que su padre “a veces” tenía preferencia por sus hermanos varones y el 10.2% afirmó que su padre “siempre o casi siempre” tenía preferencia por uno de sus hermanos varones más que por ella.

En cuanto a si su madre prefirió a una de sus hermanas más que a ella, el 58.8% afirmó que su madre “nunca” tuvo preferencias por una de sus hermanas, el 28.7% afirmó que su madre “a veces” tenía preferencias por una de sus hermanas más que por ella y el 12.5% afirmó que su madre “siempre o casi siempre” tenía preferencias por una de sus hermanas más que por ella.

### • **Experiencias con aspectos propios de la sexualidad.**

#### **- Menstruación**

Del total de la muestra, el 26.6% afirmó que su ciclo menstrual “siempre o casi siempre” era doloroso y le impedía hacer sus quehaceres, el 43.7% afirmó que “a veces” su ciclo menstrual era doloroso y el 29.7% afirmó que “nunca” su ciclo menstrual era doloroso.

El 30% afirmó que su ciclo menstrual “siempre o casi siempre” la fastidiaba y/o la ponía de mal humor, el 57.4% afirmó que su ciclo menstrual “a veces” la fastidiaba y/o la ponía de mal humor y sólo el 12.7% afirmó que su ciclo menstrual “nunca” la fastidiaba y/o la ponía de mal humor.

Frente a la premisa de “Sería genial si el ciclo menstrual no existiera”, el 43.7% afirma estar en desacuerdo, mientras que el 29.4% indica estar “de acuerdo” y el 26.9% afirma estar “totalmente de acuerdo” con tal premisa.

#### **- Femenidad**

Ante el ítem que dice “Ser una mujer exitosa significa ser una mujer que se ha desarrollado profesionalmente” el 36.6% dice estar “totalmente de acuerdo”, el 47% dice estar “de acuerdo”; el 14.6% dice estar “en desacuerdo” y el 1.7% dice estar “totalmente en desacuerdo” con tal premisa.

#### **- Relaciones sexuales**

Frente a la premisa “las relaciones sexuales son dolorosas”, el 35.3% afirmó estar de acuerdo, mientras que el 55.9% afirmó estar “en desacuerdo” y el 8.8% afirmó estar “totalmente en desacuerdo” con tal premisa.

#### **- Embarazo y parto**

Frente a la premisa “El embarazo produce una serie de malestares (vómitos, náuseas, etc.)”, el 28.1% afirmó estar “totalmente de acuerdo”, el 63.7% afirmó estar “de acuerdo” y sólo el 8.1% afirmó estar en desacuerdo con tal premisa”.



Frente a la premisa “El parto es una experiencia dolorosa”, el 29.1% afirmó estar “totalmente de acuerdo”, el 55.2% afirmó estar “de acuerdo”, el 14.6% afirmó estar “en desacuerdo” y sólo el 1.1% afirmó estar “totalmente en desacuerdo” con tal premisa.

• **Relaciones de pareja.**

Frente a la premisa “Así tuviera hijos, si mi pareja y yo no nos entendemos, nos tendríamos que separar”, el 41.5% afirma estar “totalmente de acuerdo”, el 48.9% afirma estar “de acuerdo”, el 8.5% afirma estar “en desacuerdo” y el 1.1% afirma estar “totalmente en desacuerdo” con tal premisa.

Frente a la premisa “Una mujer que trabaja y tiene dinero es más feliz que otra que no tiene dinero y depende del marido”, el 27.3% afirma estar “totalmente de acuerdo”, el 37.9% afirma estar “de acuerdo”, el 25.2% afirma estar “en desacuerdo” y el 9.6% afirma estar “totalmente en desacuerdo” con tal premisa.

Frente a la premisa “En estas épocas la mujer no debe dejarse llevar por el amor porque luego los hombres se aprovechan”, el 23% afirma estar “totalmente de acuerdo”, el 37.5% afirma estar “de acuerdo”, el 35% afirma estar “en desacuerdo” y el 4.6% afirma estar “totalmente en desacuerdo” con tal premisa.

Frente a la premisa “No tengo porque contarle todo a mi marido, cada uno debe tener su espacio”, el 20.2% afirma estar “totalmente de acuerdo”, el 42.6% afirma estar “de acuerdo”, el 26.6% afirma estar “en desacuerdo” y el 10.6% afirma estar “totalmente en desacuerdo con tal premisa.

• **Crianza y cuidado infantil.**

Frente a la premisa “trabajaré mientras mi hijo está pequeño para ahorrar dinero y darle un futuro mejor” el 18.9% afirma estar “totalmente de acuerdo”, el 42.9% afirma estar “de acuerdo”, el 33.8% afirma estar “en desacuerdo” y el 4.4% afirma estar “totalmente en desacuerdo” con tal premisa.

Frente a la premisa “a los niños debe dárseles calidad de tiempo más que cantidad”, el 70.2% afirmó estar “totalmente de acuerdo”, el 26.6% afirmó estar “de acuerdo”, el 2.5% afirmó estar “en desacuerdo” y el 0.7% afirmó estar “totalmente en desacuerdo” con tal premisa.

Frente a la premisa “los bebés a veces lloran para manipular a sus padres”, el 19% afirmó estar “totalmente de acuerdo”, el 47.3% afirmó estar “de acuerdo”, el 30.1% afirmó estar “en desacuerdo” y el 3.6% afirmó estar totalmente en desacuerdo con tal premisa.

## 2. De relación

En esta sección se analiza las relaciones existentes entre las experiencias infantiles y los trastornos en la sexualidad femenina.

### a. Frecuencias de experiencias infantiles y trastornos en la sexualidad.

Ciertas experiencias infantiles están relacionadas a los trastornos sexuales actuales. Así, la discriminación por parte de la madre a favor de los hijos varones parece estar asociado con las “creencias feministas” de las hijas ( $F=2.367$ ,  $p=0.071$ ;  $g.l.=3$ ), mientras que la discriminación por parte del padre a favor de los hijos varones parece estar asociado con los “trastornos y angustia menstrual” ( $F=2.589$ ;  $p=0.053$ ;  $g.l.=3$ ). De igual forma, la discriminación de la madre a favor de alguna otra hija parece estar asociado de forma negativa a la “importancia vital de la maternidad” ( $F=2.656$ ;  $p=0.050$ ;  $g.l.=3$ ), y de forma positiva a la “independencia defensiva ante el esposo” ( $F=3.832$ ;  $p=0.011$ ;  $g.l.=3$ ), así como con las “creencias feministas” ( $F=3.199$ ;  $p=0.024$ ;  $g.l.=3$ ) y los “indicadores de síntomas neuróticos” ( $F=3.375$ ;  $p=0.019$ ;  $g.l.=3$ )

En sentido contrario, los datos indican que una buena relación con la madre se asocia de forma lineal y significativa con la importancia vital de la maternidad ( $F=3.339$ ;  $p=0.020$ ;  $g.l.=3$ ) y en forma inversa con los indicadores de síntomas neuróticos. ( $F=3.375$ ;  $p=0.019$ ;  $g.l.=3$ )

### a.1. Escalas que se asocian con los indicadores de síntomas neuróticos

La tabla II nos permite ver con qué aspectos están relacionados los síntomas neuróticos. Estos indicadores se relacionan significativamente de forma positiva con: la “angustia ante el embarazo y el parto” ( $r=.492$ ,  $p<0.01$ ), la “independencia defensiva ante el esposo” ( $r=.339$ ,  $p<0.01$ ), los “trastornos y angustia menstrual” ( $r=.567$ ,  $p<0.01$ ), las “creencias feministas” ( $r=.496$ ,  $p<0.01$ ), las “actitudes de privación maternal, primero el trabajo, después mi hijo” ( $r=.497$ ,  $p<0.01$ ) la “angustia ante las relaciones sexuales perversas” ( $r=.476$ ,  $p<0.01$ ) y las “restricciones sexuales por salud”.



**Tabla II**  
**Correlación entre las escalas sexuales y los síntomas neuróticos.**

	Indicadores de Síntomas neuróticos
Importancia vital de la maternidad	.125*
Angustia ante el embarazo y parto	.492**
Independencia defensiva ante el esposo	.339**
Trastornos y angustia menstrual	.567**
Creencias feministas	.496**
Actitudes de privación maternal "primero el trabajo, después mi hijo"	.497**
Creencias tradicionales sobre la mujer "ama de casa"	-.041
Angustia ante las relaciones sexuales "perversas"	.476**
Restricciones sexuales por salud (creencias)	.329**
<b>Actitudes sexuales tradicionales (mujer sumisa)</b>	<b>.289**</b>

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

### **b. Análisis multivariado**

Para entender las relaciones previas dentro de un contexto global, se realizó un análisis de componentes principales (ACP) con rotación varimax de las escalas estudiadas. El análisis de las condiciones requeridas para realizar el ACP, indica que los datos son óptimos para ello (Determinante=0.00399; KMO=0.677;  $X^2$  Bartlett= 647.903, g.l.=66,  $p=0.0001$ )

Utilizando el criterio de eigenvalues mayores a la unidad, se obtuvo una solución factorial de tres componentes, los cuales explican, en conjunto, el 53.707% de la varianza de los datos. Rotados independientemente, cada componente explica proporciones de varianzas adecuadas (22.8%, 19.2% y 11.6% respectivamente)

Los pesos factoriales de cada escala, considerando solamente aquellos superiores a 0.30, son presentados en la tabla III. Del análisis de la tabla se encuentra lo siguiente:

- El primer componente está saturado por las escalas "indicadores de síntomas neuróticos" (0.782), "actitudes de privación maternal" (0.714), "independencia defensiva ante el esposo" (0.687), "creencias feministas" (0.629)

- y “trastornos y angustia menstrual” (0.559). Aunque las siguientes escalas no saturan en este componente, tienen valores que consideramos deben incluirse por su relación. La escala “angustia ante el embarazo y el parto” también se asocia a este componente (0.351), la escala “creencias tradicionales sobre la mujer ama de casa” también se relaciona con este componente pero de forma negativa (-0.417)
- El segundo componente está saturado por las escalas “restricciones sexuales por salud (0.744), “angustia ante las relaciones sexuales perversas” (0.630), “importancia vital de la maternidad” (0.597), “creencias tradicionales sobre la mujer ama de casa” (0.589) y “actitudes sexuales tradicionales” (0.493). Aunque las siguientes escalas no saturan en este componente, tienen valores que consideramos deben incluirse por su relación. La escala “indicadores de síntomas neuróticos” se asocia a este componente (0.452) y la escala de “angustia ante el embarazo y el parto” (0.401).
  - El tercer componente está saturado por las escalas “importancia vital de la maternidad” (0.442) y la “experiencia infantil positiva” (0.762). Mientras que se asocia con un menor valor pero de manera negativa con escalas tales como las “creencias feministas” (-0.398 ) y la “angustia ante el embarazo y el parto” (-0.493)

**Tabla III**  
**Matriz de Componentes Principales con rotación Varimax de las escalas**

<i>Eigenvalues</i>	Componentes		
	1	2	3
	2.74	2.31	1.40
Indicadores de síntomas neuróticos	.782	.452	
Actitudes de privación maternal “primero el trabajo, después mi hijo”	.714		
Independencia defensiva ante el esposo	.687		
Creencias feministas	.629		-.398
Trastornos y angustia menstrual	.559		
Restricciones sexuales por salud (creencias)		.744	
Angustia ante las relaciones sexuales “perversas”		.630	
Importancia vital de la maternidad		.597	.442
Creencias tradicionales sobre la mujer “ama de casa”	-.417	.589	
Actitudes sexuales tradicionales (mujer sumisa)		.493	
Experiencia infantil positiva			.762
Angustia ante el embarazo y parto.	.351	.401	-.493

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos pueden ser analizados a la luz de dos aspectos: la relación entre nuestros hallazgos, los antecedentes de investigación en este campo y su significación en cuanto a su utilidad para nuevos proyectos de investigación en sexualidad femenina.

En primer lugar uno de los objetivos de la investigación fue determinar la relación entre las experiencias infantiles y los trastornos en la sexualidad femenina. El grado de significancia de esta relación pudo ser hallado, al demostrarse que una experiencia infantil positiva, en especial una buena relación con la madre, se relacionaba estrechamente con una sexualidad femenina libre de trastornos. Es así que una buena relación con la madre en la infancia se asocia fuertemente y de forma positiva con la importancia que las jóvenes le dan a funciones específicas de su sexualidad tales como la maternidad y, en sentido contrario, se asocia de forma negativa con la presencia de síntomas neuróticos. De estos resultados se desprende que una mala calidad en la relación de la niña con su madre dispone la presencia de síntomas neuróticos y trastornos en la función sexual femenina adulta tales como los “trastornos y angustia menstrual”, “angustia ante el embarazo y el parto”, “creencias feministas”, “independencia defensiva ante el esposo” y las “actitudes de privación maternal”.

Los resultados también demuestran que las experiencias infantiles de discriminación parental por algún hermano u hermana afectan el desarrollo sexual de las mujeres. A decir de Sherman (1978; Pág. 140) *“Los factores que influyen en la adopción por parte de las niñas de una conducta congruente con el rol sexual incluyen el nivel de desarrollo cognoscitivo, la autoridad de los padres y sus cuidados, la posición ordinal y la edad, sexo y status de los hermanos”*. Así, la preferencia de la madre por uno de los hijos varones en detrimento de la niña, aumenta su disposición a tener “creencias feministas” en la juventud; resultado que estaría apoyado por la literatura psicoanalítica en sus conceptos relativos a la “envidia del pene”. En este contexto, si la madre prefiere más al hijo varón que a la mujer, la niña siente envidia de los privilegios que otorga esta preferencia de la que le gustaría también gozar. Así, la “envidia del pene” tendría una base real que se hace evidente por el hecho de que la madre prefiere y valora más el papel masculino, no tanto por su valor cultural sino por su ligazón inconsciente. Es importante acotar que estos resultados han sido comprobados por Rosenberg y Sutton-Smith (1964) quienes encontraron que las chicas pertenecientes a familias de dos hijos con hermanos varones eran menos femeninas que las niñas con hermanas. A decir



de Joyce McDougall (1996, Pág. 68): “*Si la niña advierte que su feminidad no es aceptable a los ojos de la madre, interpreta esta percepción como una demanda materna de que adquiriera los atributos psíquicos «masculinos» a fin de gustarle y merecer su amor.*” Por otro lado, los resultados indican que cuando la madre prefiere a una de las hermanas más que a ella, afecta de forma más marcada aún a la sexualidad de la niña. Así, cuando la madre prefiere más a una de las hermanas en detrimento de la niña, aumenta su disposición a poseer actitudes y comportamientos asociados a la “independencia defensiva ante el esposo”, las “creencias feministas” y la presencia de “síntomas neuróticos”. En sentido inverso, disminuye su disposición a atribuirle “importancia vital a la maternidad”.

Es importante resaltar que no se considera que la madre debe inculcar un papel femenino en la hija o el padre un papel masculino en el hijo, sino que ésta identificación se da con la interacción de ambos padres, quienes participan de forma diferente en la educación y el cuidado de los hijos. Siendo, a decir de Heilbrun (1968; Pág. 135) que en el caso de las niñas: “*El patrón de identificación intermedio predominante de una identidad femenina en la sexualidad de las chicas consiste en la identificación con una madre femenina.*” Siendo evidente que si la madre no tolera su propio cuerpo de mujer, la hija no tendrá posibilidad de identificarse con la madre como mujer.

Los autores han encontrado que las actitudes de las jóvenes prefiguran su comportamiento. Lo cual es importante detectar cuando se tienen actitudes que contradicen el desarrollo óptimo de una determinada función. Así Levitt y Lubin (1967), con respecto a la sintomatología menstrual, en una muestra de 221 sujetos encontraron correlaciones que sugerían que las dolencias menstruales están relacionadas con las actitudes hacia una menstruación no deseada y con las tendencias neuróticas y paranóicas. Hurst y Strousse (1938) entrevistaron a 100 mujeres embarazadas y encontraron que únicamente tres estaban menos ansiosas durante el embarazo, 22 conservaban en todo el periodo el mismo estado de ansiedad y las restantes 75 acusaban mayor ansiedad. Read (1958) también encontró que las mujeres embarazadas con trastornos que atendía en consulta tenían actitudes que contradecían un desarrollo óptimo de procesos tales como el embarazo, encontrando que poseían una serie de ideas que giraban en torno a los malestares en el embarazo y al dolor que suponían tendrían en el momento del parto, lo cual según él obstaculizaba ya de antemano un proceso tan natural y libre de dolor como podría ser el parto. Por lo que obtener resultados tales como que el 91,8% considera que el embarazo produce una serie de malestares (hiperemesis gravídica) y el

84,3% considera que el parto es una experiencia dolorosa, nos parecen cifras importantes a ser analizadas con el fin de elaborar medidas preventivas adecuadas.

La frecuencia de trastornos y angustia menstrual nos señala un porcentaje también alarmante, un 70% de la muestra nos indica que padece de estos trastornos (dismenorrea o cambios psicológicos asociados con el ciclo). Las investigaciones han demostrado la asociación entre los cambios psicológicos (tales como la ansiedad, la depresión, los temores, el mal humor, mayor hostilidad, entre otras) y el proceso de la menstruación. A pesar de que estos trastornos se hayan convertido en fenómenos frecuentes en estos tiempos y que por lo tanto hayan recibido su clasificación de «normales», no podemos como profesionales dejar de analizar si este hecho es producto de una sexualidad saludable. Diversas investigaciones (Paulson, 1961; Levitt y Lubin, 1967; Spera, 1969) han encontrado correlaciones significativas entre los trastornos y las actitudes neuróticas de la mujer hacia la menstruación y hacia sí misma. Las investigaciones psicoanalíticas, por su parte, han demostrado que los trastornos asociados a la menstruación no suelen ser características de mujeres con una sexualidad satisfactoria. A decir de Benedek (1942, 1952<sup>a</sup>, 1959) “éstos efectos no son tan grandes en las mujeres normales como en las neuróticas y sexualmente frustradas”. Los escritos psicoanalíticos han acentuado el papel de varias actitudes neuróticas en los síntomas menstruales; como son los sentimientos de protesta viril, miedo al embarazo, frustración de los deseos de concebir y un renacimiento de la angustia de castración original (Sherman, 1978) Así Weiss y English (1957) concluyeron que “las mujeres odian la menstruación como símbolo de su feminidad”. Teniendo como etiología principal este conflicto, una falla en el proceso de identificación. Así el camino de una sexualidad saludable y libre de trastornos estaría relacionado con la presencia de una madre en la infancia que demuestre satisfacción con las funciones y procesos propios de su sexualidad. Así Joyce Mc Dougall (1996, Pág. 38) referiría: “la madre tiene que valorizar la feminidad de su hija, así como se estima a sí misma como mujer en su vida social y sexual.”

En cuanto a la escala de “independencia defensiva ante el esposo” se encuentra un porcentaje significativo (60.5%) de mujeres que considera que “no debe dejarse llevar por el amor porque luego el hombre se aprovecha” y un 62.8% que considera que “no tiene por qué contarle todo a su esposo porque cada uno debe tener su espacio”. Siendo ambas actitudes contrarias a lo que significa una vida en comunión con su pareja. Manifestándose a través de esta actitud una independencia que se asocia más a una posición defensiva contar el varón.



En cuanto a la escala que mide “Actitudes de privación maternal «primero el trabajo, después mi hijo»” encontramos de la muestra total que un 61,8% esta de acuerdo con la premisa “trabajaré mientras mi hijo está pequeño para ahorrar dinero y así darle un futuro mejor”. Sin duda esta es una premisa bastante popular entre las jóvenes hoy en día, pero que es potencialmente nociva, debido a que los estudios del desarrollo infantil han enfatizado en la importancia del vínculo madre-hijo en los primeros años de vida, como factor importante de protección para diversas perturbaciones en el desarrollo (Ribble, 1943; Freud A., 1965; Goldfarb, 1943; Spitz, 1945, 1946; Bender, 1947; Glueck, 1950; Ainsworth, 1966, 1972; Bowlby, 1958, 1966, 1969; Bowlby, Robertson y Rosenbluth, 1952; Odier, 1947, 1950, Reymond Rivier, 1980; Benedek, 1959<sup>a</sup>, 1959<sup>b</sup>, 1952<sup>a</sup>, 1952<sup>b</sup>; Winnicott, 1962, 1965; Porot, 1969; Schaffer y Emerson, 1964; Rutter, 1990, entre otros). De este modo se ha afirmado que los cuidados maternos adecuados no eran posibles cuando la madre salía a trabajar (Baers, 1954 en Rutter, 1981) porque a decir de Bowlby (1951) un niño pequeño es incapaz de mantener una relación con una persona en su ausencia y que por esta razón incluso las separaciones breves quebrantan una relación. Por su parte, el empleo de guarderías diurnas tiene un efecto pernicioso y especialmente grave (Comisión de expertos en Salud Mental de la OMS, 1951) Ainsworth (1969 en Rutter, 1981) llegó a la conclusión, sobre la base de la interacción madre-bebé, de que un rasgo clave era la sensibilidad materna a las señales de su hijo, situación que es rara en una guardería debido a que muy pocas veces en una institución una mujer se puede ocupar únicamente de un bebé.

Del análisis de los componentes principales (ACP) se encuentran 3 tipos de componentes, lo que equivale a decir que los tipos de sujetos que se encontraron en la muestra se han agrupado en 3 grupos debido a sus características en común. Así, se delimitan 3 tipos de mujeres marcadamente distintas entre sí. La Tabla III nos señaló los 3 tipos de perfiles que encontramos en el análisis de ésta muestra y que pueden ser descritas de la siguiente forma:

- a. Las mujeres que tienen un conflicto intenso con aspectos de su sexualidad. Y se caracterizan por tener una relación significativamente positiva con: los “indicadores de síntomas neuróticos”, las “actitudes de privación maternal, primero el trabajo, después mi hijo”, la “independencia defensiva ante el esposo”, las “creencias feministas”, y los “trastornos y angustia menstrual”. Confirmando los estudios de Coppen (1958) en los cuales encontró que las mujeres que padecían toxemia en el embarazo habían tenido una menarquía con más disturbios emocionales, tensión pre-



menstrual, pobre ajuste sexual, síntomas psiquiátricos durante el embarazo, y sentimientos enfermizos respecto del mismo, más acidez y vómitos repentinos durante el estado de gestación, altas puntuaciones en la escala de neuroticismo en el Maudsley y puntuaciones andrógenas anormales que indicaban conflicto con su femineidad.

- b. El segundo grupo conformado por mujeres que están en conflicto con algunos aspectos de su sexualidad. Mujeres que bien podrían calificarse de “mujeres antiguas” aquellas que ya nos describían algunos textos psicoanalistas. Estas mujeres se caracterizan por ser muy maternales pero a la vez son prácticamente ascéticas debido a un conflicto sexual, considerando en su mente la existencia de 2 tipos de mujeres: “la mujer ama de casa” y “la mujer sexualmente despierta o mujer de la calle” como la denominan. Así, aunque poseen actitudes positivas frente a la experiencia de ser madre y a la diferenciación de roles en el hogar, tienen también “restricciones sexuales por considerarlas nocivas para salud” y “angustia ante las relaciones sexuales”.
- c. Un tercer grupo formado por mujeres que han tenido una experiencia infantil muy positiva, la cual se relaciona de forma significativa e inversa con la angustia ante el embarazo y el parto y con las creencias feministas. Confirmando lo que Grimm, Venet (1966) y Grimm (1969) en una muestra de 124 mujeres embarazadas encontraron, que el deseo de ese embarazo estaba significativamente asociado a la relativa falta de síntomas neuróticos. Y también con lo que Després (1937) informaba sobre las actitudes de 100 primíparas. Esta autora encontró que las mujeres con actitudes más favorables hacia sus embarazos eran menos neuróticas y habían tenido una relación más estrecha con sus madres.

De la tabla III podemos subrayar el hecho de que los 2 primeros grupos señalan conflictos con aspectos de su femineidad y a su vez ninguno de los dos señala una significativa experiencia infantil positiva. En cambio el tercer grupo está compuesto por mujeres que han tenido una experiencia infantil positiva en la infancia lo que estaría significativamente relacionado con la ausencia de angustia ante el embarazo y el parto y con la ausencia de creencias feministas.

## CONCLUSIONES

- En la actualidad muchos de los trastornos de la sexualidad femenina se califican de normales debido a la frecuencia con que ocurren (p.ej. dismenorrea, vómitos y náuseas en el embarazo, partos dolorosos, entre otros) tal es así que los cambios emocionales ocurridos durante el embarazo son considerados “normales” y por ello se recomendaba que la mujer estuviera «preparada» para su llegada (Tobin, 1957). Pero la principal obligación de un profesional no es dejarse llevar por criterios de normalidad sino por el análisis y la delimitación de procesos saludables que beneficien las funciones humanas e investigar también, la etiología de los trastornos con el fin de prevenirlos.
- Los estudios psicoanalíticos han enfatizado en la calidad de la relación entre los padres y el niño como factor importante para un desarrollo saludable. Resaltando, en el caso de la niña, que la calidad de la relación madre-hija es un aspecto que necesariamente debe ser tomado en cuenta cuando se analizan trastornos de la sexualidad femenina adulta.
- Las investigaciones demuestran que cuando la joven recuerda a una madre emocionalmente satisfactoria, tiene menos disposición a padecer trastornos en su sexualidad actual.
- La mala calidad en la relación con la madre predispone a la joven a sufrir de trastornos neuróticos tales como: trastornos y angustia menstrual, angustia ante las relaciones sexuales, angustia ante el embarazo y el parto, independencia defensiva ante el esposo, entre otras.
- Otras experiencias infantiles tales como la discriminación que los padres hacen por uno u otro hermano afecta también de forma significativa a la joven. Aunque los resultados indican que el hecho que la madre prefiera más a una hermana que a un hermano predispone a mayores indicadores neuróticos. En este punto, el papel de la madre juega un papel más significativo que el del padre.
- Es importante resaltar que no se considera que la madre debe inculcar un papel femenino en la hija o el padre un papel masculino en el hijo, sino que, como indican los datos, ésta identificación ocurre en la interacción de

ambos padres, pues el discurso parental sobre la sexualidad desempeña un papel importante en la estructura psicosexual del niño pero el papel principal lo desempeña aquello que el niño logra comprender de las relaciones entre sus progenitores, sus conflictos sexuales, sus temores y sus deseos inconscientes que son transmitidos a través del trato directo con el niño.

- En todo caso, es importante que estos resultados se verifiquen en otras poblaciones femeninas, como mujeres casadas, mujeres con hijos, mujeres de la tercera edad y escolares adolescentes nulíparas.

## REFERENCIAS

- Ainsworth, M. (1962) The effects of maternal deprivation: a review of findings and controversy in the context of research strategy, en *Deprivation of Maternal Care: A Reassessment of its effects*, Public Health Papers, 14, Ginebra, WHO.
- Barrucand, D. (1968) La psicogénesis del vómito incontrolado en la mujer embarazada. *Annales Médico -Psychologiques*, 2, 618-26. Resumido en Psychological Abstracts.
- Beck, U. y Beck-Gerseihm, E. (1996) *El normal caos del amor*. Barcelona: El Rouero.
- Benedek, T. (1959a) Parenthood as a developmental phase. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.
- Benedek, T. (1959b) Sexual function in women and their disturbance. En Silvano Arieti (Ed.) *American Handbook of Psychiatry*. Nueva York: Basic Books, 726-748.
- Benedek, T. (1952a) *Psicosexual functions in women*. Nueva York: Ronal Press.
- Benedek, T. (1952b) Infertility as a psychosomatic defense. *Fertility and Sterility*, 3, 527-544.
- Bowlby, J. (1985) *Cuidado maternal y amor*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bowlby, J. (1986) *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.



- Bowlby, J., Robertson, J. y Rosenbluth, D. (1952) A two-year-old goes to hospital. *Psychoanal. Study Child*, 7, 82-94.
- Coppen, A. (1958) Vomiting of early pregnancy-psychological factors and body build. *Lancet*, 1, 172-173.
- Després, M. (1937) Favorable and infavorable attitudes toward pregnancy in primiparae. *Journal of Genetic Psychologic*, 51, 241-59.
- Deutsch, H. (1960) *Psicología de la Mujer*. Parte I y II .Buenos Aires: Losada.
- Drellich, M. y Bieber, I. (1958) The psychologic importante of the uterus ans its functions. *Journal of Nervous and Mental diseases*, 126, 322-36.
- Freud, A. (1965) Normality and pathology in chilhood: Assessments of development. En: "*The Writtings of Anna Freud*". Vol. 6. New York: Int. Univ. Press.
- Glueck, B. (1950) Early sexual experiencies in schizoprenia. en Hugo Beigel. *Advances in sex research*. Nueva York: Hoeber.
- Goldfarb, W. (1943) Infant rearing and Problem Behaviour. *American Journal of Orthopsychiatry*. 13: 249-65
- Gray, S. y Klaus, R. (1956) Perceveid similarity to parents and adjustment. *Child Development*, 30, 91-107.
- Grimm, E. (1969) Women's attitudes and reactions to childbirth. En G. D. Goldman y D. Milman (eds.): *Modern woman*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Grimm, E. y Vennet, W. (1966) The relationship or emotional adjustment and attitudes to the course and outcome of pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 28, 34-49.
- Heilbrun, A. (1968) Sex-role identity in adolescent females a theoretical paradox. *Adolescence*, 3, 79-88 y 185-193.
- Heilbrun, A. (1965) Sex differences in identification learning. *Journal of Genetic Psychology*, 106, 185-193.
- Heilbrun, A. (1962) Parental identification and college adjustment. *Psychological Reports*, 10, 853-854.
- Hurst, J. y Strousse, F. (1938) The origin of emotional factors in normal pregnant women. *American Journal of Medical Science*, 196, 95-99.
- Langer, M. (1987) *Maternidad y Sexo*. México: Paidós

- Leibl, M. (1961) *Psicología de la Mujer*. Buenos Aires: Psique.
- Levitt, E. y Lubin, B. (1967) Some personality factors associated with menstrual complaints and menstrual attitude. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 267-70.
- Lescano, E. (2001) *Adolescência e anticoncepção: estudo de adolescentes atendidas na maternidade do Hospital de Apoio III, Sullana, Peru / Adolescence and contraception: study of adolescents assistend at the Maternity Department of Hospital III, Sullana - Peru*. Tesis presentada en la Universidad de Sao Paulo. Facultad de Salud Pública. Departamento de Salud Materno-Infantil para obtención del grado de Maestro. Sao Paulo; s.n; 2001. 133 p. ilus, tab.
- Lynn, R. (1962) Sex-role preferente and mother-daughter fantasies in young girls. *Dissertation Abstracts*, 22, 4084.
- Maccoby, E. (1972) *Desarrollo de las diferencias sexuales*. Madrid: Marova.
- Mann, E. (1959) Habitual abortion: a report in two parts on 160 patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 77, 706-18.
- McDougall, J. (1996) *Las mil y un caras de eros*. Buenos Aires: Paidós.
- Meierhofer, M. (1975) *Los primeros estadios de la personalidad*. Barcelona: Herder.
- Montes, S. y Rivera, J. (1991) *Maternidad y Cultura*. Lima: Energeia-Instituto de Desarrollo Humano.
- Mussen, P. y Rutherford, E. (1963) Parent-child relations and parental personality in relation to sex-role preferences. *Child Development*, 34, 589-607.
- Padilla de Gil, M. (2000) Aspecto médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia / Medical and social characteristics of the pregnancy in adolescent. *Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Infant. Adolesc*; 7(1):16-25. tab
- Paulson, M. (1961) Psychological concomitants of premenstrual tension. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 81, 733-38.
- Porot, M. (1969) *La familia y el niño*. Barcelona: Luis Miracle.
- Read, G. (1958) *Parto sin dolor: Teoría y práctica del parto natural*. Buenos Aires: Central.
- Reymond-Rivier, B. (1980) *El desarrollo social del niño y del adolescente*. Barcelona: Herder.
- Rheingold, J. (1964) *The fear of being a woman: A theory of maternal destructiveness*. Nueva York: Grune y Stratton.

- Ribble, M. (1943) *Derechos de los niños*. Barcelona: Marova.
- Rosenberg B. y Sutton-Smith, B. (1964) Ordinal position and sex-role identification. *Genetic Psychological Monographs*, 70, 297-328.
- Rutter, M. (1990) *La privación materna*. Madrid: Morata
- Sears, R. (1965) *Identification and child rearing*. Stanford California: Stanford University Press.
- Sherman, J. (1978) *Psicología de la mujer: Revisión de estudios empíricos*. Madrid: Marova.
- Smirnoff, V. (1969) *El psicoanálisis del niño*. Barcelona: Luis Miracle.
- Spero, J. (1969) A study of the relationship between selected functional menstrual disorders and interpersonal conflict. *Dissertation Abstracts*, 29A, 2905-2906.
- Spitz, R. (1945) Hospitalism: an enquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2: 313
- Spitz, R. (1946) Anaclitic depresión, *Psichoanal. Stud. Child*, 2: 313.
- Spitz, R. (1965) *The first year of the life*. Nueva Cork: Internacional Universities Press.
- Tobin, S. (1957) Emotional depresión during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 10, 677-681.
- Tyler, L. (1980) *Psicología de las diferencias sexuales*. Barcelona: Marova
- Weiss, E. y English, O. (1957) *Psychosomatic Medicine*. 3era ed. Philadelphia: Saunders.
- Winnicott, D. (1962) *Conozca a su niño: Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1965) *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Paidós.
- Wright, B. y Taska, S. (1966) The nature and origin of feeling feminine. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5: 140-149.

Fecha de recepción: 6 de enero, 2006

Fecha de aceptación: 10 de marzo, 2006