

# SEXOLOGÍA

AÑO 2025. VOLUMEN XX. NÚMERO 2 (JULIO-DICIEMBRE)

ISSN 1316-2756



**CENTRO DE INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS, PSICOLÓGICAS Y  
SEXOLÓGICAS DE VENEZUELA**



**SEXOLOGÍA  
DIRECTOR**

Fernando Torres  
Doctor en Sexología Médica  
Hospital Universitario de Caracas  
CIPPSV

**COMITÉ EDITORIAL**

Fernando J. Bianco C, Luis Andrade, Rubén Hernández, Miguel Sira, Ender Boscán, Florangel Parodi, Gustavo Torres, César Bracho

**COMITÉ CIENTÍFICO**

Francisco Cabello Santamaría, Adriana Arcila, Lázaro Hernández, Luis Delgado, Lourdes Lobo, Elías Silva, Mónica Ortíz, Carlos Cotiz, Santiago Cedrés, Manuel Lucas, María Luisa de Aldana, José Luis Rodríguez Veracierta, Tania del Valle Mendoza, Johannny Ojeda Valbuena, Florencia Antonia Tiapa de Torres, Ligia Chavez Flores, Mirian Zulay Sánchez de Díaz

**EDICIÓN EJECUTIVA**

Beatriz Bejarano

**PORTADA**

Arte: *Danae recibiendo la lluvia de oro*, Tiziano. 1560 – 1565. Museo Del Prado

**CENTRO DE INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS, PSICOLÓGICAS  
Y SEXOLÓGICAS DE VENEZUELA (CIPPSV)**

**PRESIDENTE:** Fernando J. Bianco C.

**CONSEJO DIRECTIVO**

**Director:** Eduardo Bianco C.

**Coordinador Académico:** Eduardo Bianco C. (Encargado)

**Coordinador de Investigación:** Vicglady Pérez

**Coordinador Asistencial:** Arbanys Galea

**Secretario:** Herman Bandez

La revista Sexología es una publicación anual con un número semestral, orientada a la difusión de los temas en el campo de la sexología y afines. Edición del Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (C.I.P.P.S.V), Instituto de Investigación y Posgrado

[revistasexologia@gmail.com](mailto:revistasexologia@gmail.com)

[www.cippsv.com .ve](http://www.cippsv.com.ve)

Depósito Legal p.p.199602DC2359

ISSN: 1316-2756



**CENTRO DE INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS,  
PSICOLÓGICAS Y SEXOLÓGICAS DE VENEZUELA**

**Doctorados, maestrías, especializaciones y diplomados**

**Preinscripciones abiertas permanentemente**

**Conoce nuestra oferta académica e intégrate a nuestra comunidad:**

**<https://cippsv.com.ve>**

**[info@cippsv.com.ve](mailto:info@cippsv.com.ve)**

**+58 412-226.00.22**

** Posgrados Virtuales CIPPSV**

** cippsv\_oficial\_ve**



## ÍNDICE

Editorial. ....pág. 7

### **Fernando Bianco**

XVIII Congreso Venezolano de Sexología.

Reseña. ....pág. 8

### **Eduard Montesano**

Discurso del graduando Eduard Montesano en ocasión  
del octogésimo acto de grado celebrado

el 16 diciembre de 2025. ....pág. 17

### **Artículos de investigación**

#### **Johanna Daza Torres - Vicglady Pérez Gómez**

Función sexual en mujeres practicantes de pilates. ....pág. 21

#### **Mary Lourdes Sánchez Ramo - Yulimar Carmona**

Relación entre el uso de redes sociales y la práctica

de cibersexo en adolescentes de 14-17 años. ....pág. 52

#### **Zare Andrade Araujo - Frank Cuenca**

Construcción de la masculinidad desde la función

sexual penecentrista en hombres jóvenes venezolanos. ....pág. 84

### **Artículos de revisión**

#### **Fernando Torres**

Eyacuación precoz: etiología, diagnóstico

y tratamiento. ....pág. 112

#### **Gerardo José Giménez Ramírez**

Función sexual y espectro autista. ....pág.124

Índice anual – Año 2025. ....pág.141

Calendario de eventos 2026. ....pág.142

## **NORMAS PARA POSTULACIÓN DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA SEXOLOGÍA**

Junio 2025

1. La extensión del artículo no superará las treinta (30) páginas tamaño carta, a 1,5 espacios, letra Arial 12 y márgenes estándar, en formato Word y resumen en español e inglés no mayor de 150 palabras. En la extensión mencionada se incluyen tablas, cuadros, gráficos y referencias.
2. El título debe escribirse todo en mayúsculas, en negritas, centrado.
3. El título no deberá incluir tiempo ni lugar de recolección de la data, si fuera el caso
4. El tiempo y lugar de recolección de la data deberá mencionarse una sola vez, al describir la población y la toma de la muestra, en el aparte Metodología.
5. Debajo del título, nombre del(los) autor(es), alineado a la izquierda, sin negritas y sin grado académico.
6. Debajo de cada autor, su correo electrónico.
7. Las citas y referencias bibliográficas en el área de salud deben ser hechas con apego a las normas de Vancouver. En las ciencias de la conducta, en formato APA.
8. La estructura del artículo deberá ajustarse al siguiente esquema: Resumen, Abstract, Introducción, Objetivos, Metodología, Resultados, Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias.
9. En hoja aparte se anotarán los siguientes datos: título del artículo, nombre y apellido del autor o autores, grado académico, filiación institucional, número telefónico y correo electrónico.
10. Los artículos serán sometidos a arbitraje (revisión por pares) a fin de garantizar la calidad y validez de las investigaciones.
11. Los artículos aceptados serán publicados y quedarán como propiedad de la revista Sexología.
12. El o los autores aceptan los “cambios de forma” que la redacción de las revistas estime oportunos.
13. Si el Consejo Editorial considera alguna corrección al artículo, la misma deberá ser realizada por el autor de este, para lo cual dispondrá de dos semanas.
14. La dirección y redacción de las revistas no se hacen responsables de las ideas y opiniones expresadas por los autores en los artículos publicados.
15. No se aceptarán cambios en los manuscritos una vez admitidos para su publicación.
16. La dirección y redacción de las revistas no están obligadas a explicar las razones que las llevaron a lo no aceptación de un artículo para su publicación.
17. Enviar los artículos al correo electrónico de cada sede o núcleo del CIPPSV, de donde serán reenviados al correo [revistasexologia@gmail.com](mailto:revistasexologia@gmail.com) en la medida en que sean recibidos.

**GUIDELINES FOR THE SUBMISSION OF ARTICLES TO SEXOLOGÍA**

June 2025

1. Article length must not exceed thirty (30) letter-sized pages, with 1.5 line spacing, Arial font size 12, and standard margins, in Word format. The abstract must be provided in both Spanish and English, not exceeding 150 words. The mentioned length includes tables, charts, graphs, and references.
2. The title must be written entirely in uppercase letters, bold, and centered.
3. The title should not include the time or place of data collection, if applicable.
4. The time and place of data collection should be mentioned only once, when describing the population and sample collection, in the Methodology section.
5. Below the title, the author(s)' name(s) should be aligned to the left, without bold and without academic degrees.
6. Below each author's name, their email address should be included.
7. Citations and bibliographic references in the health field must follow Vancouver style guidelines. In behavioral sciences, APA format should be used.
8. Article structure must follow this outline: Summary, Abstract, Introduction, Objectives, Methodology, Results, Discussion, Conclusions, Recommendations, References.
9. On a separate page, the following information must be provided: Article title, author(s)' full name(s), academic degree(s), institutional affiliation, telephone number, and email address.
10. Articles will be subject to peer review to ensure the quality and validity of the research.
11. Accepted articles will be published and become property of Sexología.
12. The author(s) agree to the "formatting changes" that the journal's editorial team deems appropriate.
13. If the Editorial Board requests any corrections to the article, these must be made by the author(s) within two weeks.
14. The editorial office and management of the journals are not responsible for the ideas and opinions expressed by the authors in the published articles.
15. No changes will be accepted in manuscripts once they have been approved for publication.
16. The editorial office and management of the journals are not obliged to explain the reasons for rejecting an article for publication.
17. Articles must be sent to the email address of each CIPPSV branch or center, from where they will be forwarded to [revistasexologia@gmail.com](mailto:revistasexologia@gmail.com) as they are received.

## EDITORIAL

La continuidad hace el hábito. Estamos en el Número 2 del Volumen XX de la revista, superando la adversidad con academia y constancia.

La Sexología como disciplina científica de la Ciencias Biológicas, una de las dos ramas de las Ciencias Naturales, se nutre de la observación y de la experimentación, vale decir de la experiencia y la repetición predecible, es por tanto aristotélica y empirista. Las áreas de su campo de estudio son el Sexo y la Función Sexual, las cuales se abordan como Procesos que tienen fases, las cuales tienen factores que las determinan.

Las publicaciones son el resultado de las discusiones académicas que permiten elaborar propuestas y a la larga hacer teorías y desarrollar principios, axiomas y leyes. La Sexología adquiere progresivamente más base científica, lo cual trae como consecuencia que muchos de los aficionados a ella se autodenominan “Sexólogos”, creando condiciones que hacen pensar que la Sexología como ciencia es una quimera. La Revista Sexología es la respuesta a toda diatriba.

Que todas y todos tengamos una Feliz Navidad y un muy productivo 2026.

## **XVIII Congreso Venezolano de Sexología Reseña**

Fernando J. Bianco C.

El pasado 6 de diciembre de 2024 la Sociedad Venezolana de Sexología Médica cumplió 40 años de fundada. En efecto, durante el Primer Congreso Venezolano de Sexología, celebrado en la Sala Plenaria de Parque Central el 6 de diciembre de 1984, el cual tuvo una asistencia de 700 participantes, se celebró la Asamblea Constitutiva de la Sociedad con la presencia de los profesionales que se dedicaban a la pedagogía, la orientación y la clínica de la Sexología.

El XVIII Congreso Venezolano de Sexología, que debía realizarse para esa fecha, por resolución de la Junta Directiva fue pospuesto para julio de 2025 por dos razones: a) el Libro 40 años de la Sociedad Venezolana de Sexología Médica estaría listo para el mes de mayo y b) el Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela(CIPPSV), Instituto de Investigación y Postgrado, Alma Mater de los profesionales con Maestría y Doctorado en Orientación en Sexología y en Sexología Médica, cumpliría 50 años de fundado el 26 de mayo de 2025. El XVIII Congreso tendría como principal objetivo conmemorar tan importante acontecimiento.

Durante los días 17, 18 y 19 de julio de 2025 se celebró el XVIII Congreso en la Zona de Convenciones y Teatros del Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas, Santa Fe Norte, Baruta, con una asistencia de 327 personas y una zona de exhibición (Show Room) donde expusieron 25 instituciones.

En Acto Académico celebrado el sábado 19 de julio se celebró la graduación de la III Promoción de Doctores del CIPPSV y se presentó el Libro de la Sociedad: 40 años, que contiene 28 trabajos científicos escritos por profesionales internacionales

y nacionales, el prólogo fue escrito por Dr. Sergio Osorio Morales, académico y decano de la Facultad de Medicina de la Ilustre Universidad del Zulia.

**XVIII**  
CONGRESO VENEZOLANO DE  
SEXOLOGÍA  
**2025**  
50 AÑOS  
DEL  
CIPPSV

17  
18  
19  
JULIO

**LUGAR**  
Colegio de médicos del  
Distrito Metropolitano  
Santa Fe norte  
Caracas

Nuevos medicamentos y modalidades de  
tratamiento para las disfunciones sexuales.  
Disturbios Específicos y Eróticos.  
Deseo Sexual Hipóactivo  
La Depresión y sexualidad  
Fortalecimiento de psicoterapia  
Aplicación de la inteligencia artificial  
en los ámbitos clínicos, educacionales e  
investigativos de la Sexología.  
Acoso sexual y abuso sexual en redes sociales.

Turismo sexual  
Políticas de diversidad sexual.  
Prevención, Manejo y Tratamiento de ITS.  
Relación COVID-19 y función sexual.  
Efecto de las redes sociales en la disordia de Pareja.  
Auxiliaras sexuales en el ejercicio  
de la función sexual

25\$  
30\$

Tif: 0412-9824721

Fundada en 1984

Sociedad Venezolana  
de Sexología Médica

**40**  
años

1984 - 2024

Editor: Fernando J. Bianco C.

## **XVIII CONGRESO VENEZOLANO DE SEXOLOGÍA MÉDICA**

CELEBRACIÓN DE LOS 50 AÑOS DE LA FUNDACIÓN DEL  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS  
PSICOLÓGICAS Y SEXOLÓGICAS DE VENEZUELA**  
Instituto de Investigación y Postgrado  
CONSEJO NACIONAL DE UNIVERSIDADES

**Julio 17, 18 y 19 - 2025**

Zona de Convenciones y Teatros del Colegio de Médicos del  
Distrito Metropolitano de Caracas. Santa Fe Norte. Baruta

### **PROGRAMA OFICIAL**

**Jueves, 17 de julio.**

7.00 am **Inscripciones**

9.00 am Bienvenidos. **Dres. Gustavo Torres SVSM y Eduardo Bianco C. CIPPSV.**  
**Maestro de Ceremonia: MSc. Eyra Morales**

9.15 am

Conferencia Magistral

Auditórium A:

El Modelo es Biosocial y No Biopsicosocial

El Error de Concepto de la Organización Mundial de la  
Salud desde 1948.

**Dr. Fernando Bianco C**

10.00 am

Conferencia Magistral

Auditórium A

Nuevas Tecnologías aplicadas a la Funciona Sexual

**Dr. Francisco Cabello Santamaría. España**

10.45 am Receso

11.00 am

Auditórium A

Clínica de las Alteraciones de las Fases de Programación  
y de Diferenciación del Proceso de Desarrollo del Sexo.

**Dr. Fernando Torres**

Auditórium B

El Pensamiento Bianconiano

**Dra. Marinés Guzmán**

Auditórium C

Conferencia Grabada. Autor al Teléfono

Pautas de Ejercicio Físico para una Función Sexual Saludable.

**Dr. Santiago Cedrés. Uruguay**

11.30 am

Auditórium A

Función Sexual y Tratamiento de la Hipertensión Arterial

**Dra. Florangel Parodi**

Auditórium B

La Impronta y la Escuela Bianco

**Dra. Karina González**

Auditórium C

Conferencia Grabada, Autor al Teléfono

Casos singulares en Sexología Medica

**Dr. Manuel Lucas. España.**

12.00 m

Auditórium A

**Acto de Instalación del XVIII Congreso Venezolano de Sexología Médica.**

**Salutación, Dr. Fernando Bianco, Presidente SVSM.**

**Discurso de Orden, Dra. Florangel Parodi. Vicepresidente SVSM.**

**Entrega de Reconocimientos**

**Maestro de Ceremonia: Dr. Fernando Torres**

12.45 pm Brindis

2.30 pm

Auditórium A

Abordaje del Síndrome de Excitación Genital Persistente

**Dr. Gustavo Torres**

Auditórium B

TEA y Sexualidad

**Dra. Aura Azócar Pitter.**

Auditórium C

Conferencia Grabada, Autor al Teléfono

Disforia de Género. ¿Biología vs Constructo Social?

**Dr. Lázaro Hernández C. USA**

3.00 pm

Auditórium A

De la Cangrejera a la Gargajera.

La Técnica de la Contracción y Dilatación

**MSc. Beatriz Espina. Argentina.**

Auditórium B

Conferencia Grabada, Autor al Teléfono

Innovación y Tecnología en el Abordaje Sexológico:

Implicaciones Clínicas, Educativas y Éticas

**Obst. Lyzzeth Alvarado. Perú**

Auditórium C

Taller: Biodanza y Relación de Pareja

**Dra. Florangel Parodi**

3.30 pm

Auditórium A Conferencia Magistral.

Infecciones Vaginales, cuidado del microbiota. Vagina y la Función Sexual.

**Dr. Jeison Marcano**

Auditórium B

Educación Para Padres. Estado del Arte

**MSc. Lesbia Chirinos**

Auditórium C

Sexología Clínica.1978

**MSc. Eulogio Gamboa**

4.00 pm Receso

4.15 pm

Auditórium A. Mesa Redonda

Repelentes del Ejercicio de la Función Sexual.

Coordina: **Dr. Ender Boscán**

Ponentes: **MSc. Yulimar Cardona y MSc. Arelis Córdoba**

Auditórium B

Relación entre los Tabúes religiosos/sexuales y la respuesta sexual de las mujeres con discapacidad visual del Distrito Capital, Caracas

**Abg. Candidato a MSc. Abel Plata Fuentes.**

Auditórium C

Diversidad Sexual y Neurodivergencia. Construyendo puentes para una Sexología Inclusiva

**Psic. Candidata a MSc. María de los Ángeles Rincón**

4.50 pm

Auditórium A

Encuentro de Egresados del CIPPSV.

Coordina **Esp. Herman Bandez.**

6.00 pm **Salida del transporte a Chacaíto.**

**Viernes**, 18 de julio.

8:15 am

Auditórium A

¿Qué relación tiene el deseo, erotismo y la Función Sexual en las Relaciones de Pareja?

**MSc. Naudy Tovar**

Auditórium B

Erosión de la Intimidad: El impacto Multidimensional de la Violencia Domestica en la Salud Sexual y Relacional de la Pareja

**MSc. María Fernanda Prieto**

Auditórium C

Habilidades Socioemocionales en la Educación Sexual

**Dra. Neddy Álvarez**

8.45 am

Auditórium A

De la ESCUELA BIANCO a la práctica: Impacto del Constructo paradigmático en la formación de profesionales en Orientación.

**Dra. Herly Pérez**

9.15 am

Auditórium A Conferencia Magistral.

Calidad de la Erección

**Dr. Luis Encarnación**

10.00 am

Auditórium A Conferencia Magistral

Deseo Hipoactivo del Varón. Explorando el “Modo Avión” de la Función Sexual.

**Dr. Francisco Cabello Santamaria. España**

10.45 am Receso

11.00 am

Auditórium A

Función Sexual y Testosterona

**Dr. Ender Boscán**

Auditórium B

Teoría de la Variante Fisiológica aplicada a la Neurodiversidad

**Dra. Raíza Esposito**

Auditórium C

Infidelidad Digital desde las perspectivas Sexológicas Jurídicas

**MSc. Grecia Alejandra Molina**

11.30 am

Auditórium A

“Vivir Feliz en Pareja” Preceptos y Experiencias de la Escuela para Parejas

**Dr. Miguel Sira**

Auditórium B Mesa Redonda

Tecnología y Función Sexual.

Coordina: **Dr. Carlos Alzualde**

Ponentes: **MSc. Eyra Morales y Sabrina Amaro**

Auditórium C

Inteligencia Espiritual y Sexología

**MSc. Pbro. Jesús Díaz**

12.00 m Conferencia

Auditórium A

Las Unidades Subjetivas de Ansiedad (Unidades USA) en la Consulta de Pareja

**Dr. Guillermo Rodríguez**

12.45 pm Almuerzo Libre

2.30 pm

Auditórium A

Prevalencia y factores asociados a la Disfunción Sexual en

personas con VIH. Revisión sistemática con metaanálisis.

**MSc Guillermo Alejandro Cáceres. Colombia**

Auditórium B

Sexualidad y Oncología: El placer y la intimidad como pilares en la recuperación

**Dra. Miriam Lorena Ramírez Ortega**

Auditórium C

Taller sobre Auxiliares de la Función Sexual

**MCs Eyra Morales**

3.00 pm

Auditórium A

Función Sexual y Vaginismo

**Dr. Luis Andrade**

Auditórium B

Psicología de la Obesidad y Deseo (Cualidad) Sexual

**MCs. Yarita Abreu**

Auditórium C

Taller: Marketing para Sexólogos

**Dr. Miguel Sira - Lic. Stiven Rojo**

3.30 pm

Auditórium A

Función Sexual y Autismo

**Dr. Gerardo Giménez**

Auditórium B

Expandiendo la Sexología. Estrategias para la Educación y la Consulta

**Dra. Rosaurora Cárdenas**

Auditórium C

Atrofia Vaginal y Respuesta Sexual en la Posmenopausia

**Dra. Desireé Alvarado Torge**

4.00 pm Receso

4.15 pm

Auditórium A Mesa Redonda

Piso Pélvico.

Coordina: **Dr. Fernando Torres.**

Ponentes: **MSc. Gabriela Berbís, Ladys Herrera, Hilari Bolívar**

Auditórium B

Influencia de “Only Fans” en la Violencia del Hombre/Mujer y del abuso sexual de adolescentes.

**Dra. Tibisay Oliveros**

Auditórium C

Clasificación de la Variación según Sexo y Función Sexual

**Dr. Jesús Guerrero**

4.50 pm

Auditórium A

Reunión de Orientadores en Sexología

Coordinan: **Drs. Karina Gonzales y Olga Quintero**

Auditórium B

Reunión de Orientadores de la Conducta

Coordinan: **Magísteres Adela Guzmán y Morela Rojas**

Auditórium C

Reunión de Orientación en Educación Para Padres

Coordinan: **Magísteres Lesbía Chirinos y Magaly Piñero**

6.00 pm **Salida del Transporte a Chacaíto**

**Sábado**, 19 de julio.

8.15 am

Auditórium A

Conferencia Grabada, Autor al Teléfono

Menopausia y Deseo: Lo que el patriarcado no quiere que sepas.

**Dra. Lourdes Lobo. USA**

Auditórium B

Alteraciones en la Función Sexual asociadas a la Cirugía de la

Reasignación de Sexo

**Dra. Jhorbelis Rojas**

Auditórium C

Conferencia Grabada, Autor al Teléfono

Tomografía con el Zuchongzhi del CIPPSV desde Yayas

Sexología Política Colaborativa Glocal (1982–2025).

**MSc. Cruz Yayas Barco: USA.**

8.45 am

Auditórium A

Conferencia Grabada, Autor al Teléfono

Urología y Función Sexual

**Dr. Fernando Bianco T. USA**

Auditórium B

Musculatura Perineal y la Silla.

**Dr. William Ferrer**

Auditorium C

Adulto Operativo y Salud Conductual

**Dra. Verónica Jatar**

9.15 am

Conferencia Magistral

Auditórium A

Modelo Médico y Modelos de Aprendizaje, Similitudes y

Diferencias

**Dr. Fernando Bianco C**

10.00 am

Conferencia Magistral

Auditórium A

Amor, Dopamina y otras drogas ¿Qué pasa en el Cerebro enamorado?

**Dr. Francisco Cabello Santamaria. España**

10.30 am

Auditórium A Conferencia Magistral.

Tratamientos Farmacológicos en la terapia de la Disfunción Eréctil.

**Dr. Eliezer Melian**

Auditórium B

Abrazando tu cuerpo. Papel de la Estética

Ginecológica en la Autoestima

**Dr. Andrés Lemmo**

Auditórium C

Manual de Técnicas Cognitivo Conductuales

**Drs. Andriana Herrera (República Dominicana) y Ángela Gamboa**

11.00 am

Auditórium A

Primer Curso de Postgrado en Terapia de la Conducta y Sexología  
1976

**Dr. Elías Silva**

Auditórium B:

Mujeres que cuidan a sus esposos con Demencia. La Vida Sexual

**MCs. Victoria Tirro**

Auditórium C

Taller/Trabajos Libres/Grabaciones

11.30 am

Auditórium A

Fernando Bianco y la Sexología

**Dr. Carlos Rojas Malpica**

Auditórium C

Taller/Trabajos Libres/Grabaciones

12.00 m

Auditórium A

**Acto Académico**

**50 años del CIPPSV.** Dr. Fernando José Bianco Colmenares

Graduación de Candidatos a Doctor del CIPPSV

Palabras de la Dra. Raíza Esposito, por los Graduandos

Palabras del Dr. Eduardo Bianco Colmenares. Director

Entrega de Reconocimientos. Placas y Botones

1.30 pm **Brindis**

3.30 pm **Salida del transporte a Chacaíto**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS, PSICOLÓGICAS Y  
SEXOLÓGICAS DE VENEZUELA  
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
CONSEJO NACIONAL DE UNIVERSIDADES**



**DISCURSO DEL GRADUANDO EDUARD MONTESANO EN  
OCASIÓN DEL OCTOGÈSIMO ACTO DE GRADO  
CELEBRADO EL 16 DICIEMBRE DE 2025**

Dr. Fernando Bianco, Fundador y presidente del CIPPSV; director, distinguidas autoridades académicas, Dra. Karina González, Coordinadora de la Sede Caracas y a todas las Coordinadoras Regionales presentes; apreciados profesores, personal administrativo y obrero; familiares y amigos que hoy nos acompañan; y a ustedes, mis colegas graduandos de todas las Menciones correspondientes. Buenas Tardes a todos

Es un profundo honor y una enorme responsabilidad estar aquí hoy, representando a este grupo excepcional de magísteres que culminan sus estudios a nivel nacional. Celebramos no solo la finalización de un programa, sino el inicio de una nueva etapa profesional y, me atrevería a decir, personal.

Este logro es el resultado de la perseverancia, de incontables horas de dedicación y esfuerzos sostenidos, de equilibrar múltiples roles —el profesional, el familiar, el académico—, tal como nos enseña la Escuela Bianconiana en su enfoque roles. Mirarnos hoy, como adultos operativos, es el reconocimiento al esfuerzo de haber manejado nuestra libertad y tolerado nuestras frustraciones hasta alcanzar esta meta.

Detrás de cada título de posgrado, hay un viaje personal. Para muchos de nosotros, este camino se inició con una simple curiosidad: el deseo profundo de comprender la dinámica del comportamiento humano. Entendimos que, para transformar cualquier realidad —ya sea la economía, la educación, la salud o la dinámica social, entre otros—, primero hay que comprender la raíz: la actitud y sus componentes, como la conducta, el lenguaje que hoy nos une.

Esa curiosidad inicial encontró un hogar y un propósito gracias a la impronta constante que el CIPPSV ha dejado en nosotros y el entorno. Esta filosofía conductual ha sido firmemente impartida y sostenida por toda nuestra directiva

académica, incluyendo a figuras clave como la Dra. Karina González, Coordinadora de la Sede Caracas, quien, con su dedicación, ha ayudado a que muchos comprendamos la base del estudio y el inmenso valor que deja pertenecer a esta institución. Por ello, extendemos nuestro profundo agradecimiento a todos quienes han sembrado esta impronta.

Debemos un agradecimiento fundamental a quien hizo posible esta escuela de pensamiento y acción: el Dr. Fernando Bianco. Su visión no solo fundó el CIPPSV, sino que generó miles de oportunidades para el estudio, la investigación y, lo más importante, la aplicación práctica del conocimiento conductual, sexológico y de todas nuestras menciones en Venezuela y más allá. Gracias Dr. Bianco por ser una figura pionera y por darnos la teoría, el léxico y la metodología para comprender al ser humano de forma integral.

Este logro no es solo nuestro. Es de la red de apoyo que nos sostuvo. Nuestros familiares, padres, hermanos, parejas y otros: gracias por su paciencia, su aliento incondicional y por recordarnos el para qué estábamos aquí. Su apoyo fue el contrapeso en la balanza de nuestros roles.

Hoy, nos graduamos con una herramienta de análisis sin paralelo. No solo hemos aprendido teoría; hemos desarrollado una capacidad profesional vital que se aplica a cualquier disciplina. Esta maestría nos dota de la capacidad de analizar, entender, comprender y lograr manejar las realidades de nuestras respectivas menciones, sea la conductual, la sexológica, entre otras. Esto es esencial, no solo como profesionales, sino en nuestra vida personal.

Hemos interiorizado, como base fundamental, el valor de ser un Adulto Operativo: la capacidad de reflexionar, darnos una pausa, escuchar activamente, autogestionar nuestras creencias, emociones y reacciones. Es la habilidad de manejar nuestra libertad y tolerar nuestras frustraciones. En términos bianconianos, es lograr esa variante fisiológica equilibrada y ser ese Adulto Operativo.

Colegas, al estudiar el Para Qué de esta maestría y no solo el Por Qué, hemos tomado una decisión consciente y hemos fijado nuestros objetivos. Ahora, la teoría ha terminado. El verdadero desafío comienza en la praxis, al aplicar esta visión en el campo.

Queda de nuestro lado impartir este conocimiento. En nuestras consultas, en nuestros salones, en nuestras empresas, en nuestros hogares y, lo más importante, con nosotros mismos. Debemos llevar esa Actitud Bianconiana —esa conducta operativa y reflexiva— a cada ámbito de nuestra vida.

Hoy, somos individuos y profesionales más completos, más conscientes y con una mayor responsabilidad social. Seamos la prueba viviente de la transformación que ofrece esta impronta.

¡Somos CIPPSV! Sigamos sembrando la impronta. ¡Felicidades, colegas magísteres!

## **FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES PRACTICANTES DE PILATES**

**Johanna Daza Torres**

[Johannadazatorres@gmail.com](mailto:Johannadazatorres@gmail.com)

**Vicglady Pérez Gómez**

[Vicglady@gmail.com](mailto:Vicglady@gmail.com)

### **Resumen**

Este estudio tuvo como objetivo general describir la función sexual en mujeres que practican Pilates. La metodología se basó en el paradigma positivista, diseño no experimental, de campo, descriptivo y transeccional. Se seleccionó una muestra aleatoria estratificada de 30 participantes correspondiente al 30% de cada turno, a quienes se les administró un cuestionario politómico: con una validez de constructo verificada y una confiabilidad por Alfa de Cronbach de  $\alpha=0.79$ . Los resultados indican que la mayoría de las participantes tienen una actitud predominantemente liberal y abierta hacia la función sexual, caracterizada por una predisposición favorable y erotofílica; aunque en el autoejercicio de la función sexual muestran una tendencia desfavorable. La investigación concluye que la práctica regular de Pilates beneficia la función sexual de la hembra, mejorando aspectos como el deseo, la frecuencia, la respuesta y el tiempo de funcionamiento sexual.

Palabras clave: actitud, función sexual, Pilates, hembras.

### **Abstract**

The main objective of this study was to describe the attitude towards sexual function in women who practice Pilates. The methodology was based on a positivist paradigm, with a non-experimental, field, descriptive, and cross-sectional design. A stratified random sample of 30 participants, representing 30% of each class, was selected. They were given a polytomous questionnaire with verified construct validity and a Cronbach's Alpha reliability of  $\alpha=0.79$ . The results indicate that most participants have a predominantly liberal and open attitude toward sexual function,

characterized by a favorable and erotophilic predisposition. However, their self-exercise of sexual function shows an unfavorable trend. The research concludes that regular Pilates practice benefits female sexual function, improving aspects like desire, frequency, response and sexual functioning time.

Keywords: attitude, sexual function, Pilates, females.

## **Introducción**

El bienestar humano reside en el funcionamiento operativo de los diversos ámbitos de la vida, entre los que se incluyen el personal, familiar, social, económico, académico, laboral y sexual. Sobre este último, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES), la Asociación Mundial de Sexología Médica (AMSM) y la Academia Internacional de Sexología Médica (AISM, 2014), señalan que el desarrollo del sexo es un proceso que se divide en tres fases: programación (factores cromosómicos y genéticos), diferenciación (factores hormonales) y expresión (manifestaciones físicas, sociales y culturales del sujeto).

Además, el aspecto sexual involucra el proceso de la función sexual, definido por las instituciones anteriormente mencionadas como: “el conjunto de fases sucesivas presentes en las actividades propias del sexo (...). Está presente desde el nacimiento y termina con la muerte, aunque se han observado actividades propias de la función sexual durante la vida intrauterina” (p.74). Este proceso posee una condición o deseo sexual, una fase de estimulación (administrador, método y frecuencia), una fase de respuesta (excitación, meseta, orgasmo y resolución) y un tiempo funcionamiento sexual.

Todo lo planteado, permite confirmar que el humano es un ser sexuado, pues el sexo y su función lo constituyen y lo acompañan a lo largo de su existencia. Según Ramírez (2004), el ser sexuado supone una construcción que se da en diálogo constante entre lo biofisiológico, lo vivencial, lo conductual y lo social. Es de agregar, que todo esto variará dependiendo del estadio evolutivo que se esté viviendo. La niñez, la adolescencia y la adultez (joven, media y mayor) tienen diferentes

características que van permitiéndole al individuo estar sano, reproducirse, relacionarse, conocerse, expresarse y sentir placer.

En este contexto, en el que se evidencia la trascendencia del ámbito sexual y haciendo particular referencia en la función sexual, Quevedo (2014) menciona que: “la conducta sexual es considerada como un indicador de salud e interacción social” (p. 72). En consecuencia, tener actividad sexual es beneficioso porque activa la circulación, mejora la memoria, fortalece las defensas, regula las funciones hormonales, alivia las molestias premenstruales, fomenta una sana autoestima, contribuye con el tratamiento de la depresión y ayuda a gestionar el estrés (Romin, 2020); tonifica el sistema osteomuscular, aumenta la longevidad, tiene efectos analgésicos, disminuye el riesgo de enfermedades cardíacas, puede reducir el riesgo de aparición de algunos cánceres y optimiza la calidad de vida (Arrondo, 2008).

Desde diversas perspectivas, son claras las ventajas de ejercer la función sexual. Por añadidura se cita que cuando una persona la realiza consigo misma, denominado autoejercicio de la función sexual (AEFS), afianza el autoconocimiento, la experiencia de darse placer y el autocuidado (Ribas, 2023). Y cuando el ejercicio de la función sexual (EFS) es en pareja, representa uno de los componentes que garantizan la continuidad operativa de la relación (Moles, 2007). Ahora bien, lo abordado se traduce y está inmerso en un constructo sumamente importante, como lo es la salud sexual, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006):

Es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad... requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (párr. 5).

De igual modo, la OMS (2024) explica que: “la salud sexual es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar general de las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades y los países” (párr. 1). Sin embargo, aunque dicha área sea tan primordial y beneficiosa,

ciertos desafíos en la adultez pueden deteriorarla. Al respecto Cornachione (2006) dice:

El adulto de hoy vive un momento histórico - social de profundos y acelerados cambios a nivel de la familia y su organización, del trabajo y de la vida social. Estos cambios hacen referencia a la influencia y significado del matrimonio, de la maternidad, de la paternidad, del divorcio, de la nueva pareja. También se refieren al mundo del trabajo, el que demanda constante actualización, capacitación y cuando no, reciclaje de las capacidades y habilidades técnico-profesionales, sin dejar de tener en cuenta, el aumento progresivo y significativo de la mujer en el mercado laboral. (p.8)

Como se evidencia, la mujer durante la adultez tiene roles y procesos que, de no ser bien gestionados, generarían ciertos fenómenos perjudiciales particularmente para la función sexual. Tales como: la obesidad (Ferrández et al, 2023); la vergüenza sobre el propio cuerpo, la fatiga, la depresión, la ansiedad, condiciones médicas que afecten a nivel neurológico, neurovascular, circulatorio, endocrino o muscular (Masters y Johnson, 1970 como se citó en Blázquez, 2011); varios aspectos negativos de la imagen corporal como: la preocupación por el peso, la condición física, el atractivo sexual y los pensamientos sobre el cuerpo durante el EFS (Pujols, Sello y Meston, 2010); los dolores crónicos (Gallach et al. 2018) y el estrés (Bodenmann, et al. 2010).

En tal sentido, Zhang et al. (2017) realizaron una encuesta en China Continental a mujeres de la población general y encontraron que 29,7% de ellas tenían complicaciones en su función sexual. Algunos de los aspectos asociados eran: la enfermedad inflamatoria pélvica y el prolapso de órganos pélvicos. A su vez, Safarinejad (2006) en Irán, detectó que 31,5% de las mujeres encuestadas del Centro de Investigación en Urología y Nefrología de la Universidad de Ciencias Médicas Shahid Beheshti refirieron dificultades en su función sexual. Entre los elementos relacionados estaban la baja actividad física, las enfermedades crónicas y el estado de menopausia de las teheraníes.

En la misma línea, un estudio realizado en México por Vega et al. (2014) con mujeres que acudían como acompañantes a la Unidad de Medicina Familiar de

Querétaro reportó que 59% de las encuestadas refirieron algún deterioro en su función sexual. De los factores que se asociaron significativamente estuvieron: la edad, laborar fuera del hogar, presencia de obesidad o sobrepeso, hipertensión arterial, diabetes mellitus, histerectomía, maternidad y depresión leve a severa. Dichos autores infieren que probablemente el que la queretana juegue un doble rol en la dinámica familiar, ama de casa y trabajadora, provoca un cansancio físico y emocional que redundando en la calidad del EFS.

Por su parte, Bustos y Pérez (2018) realizaron una investigación en Chile con usuarias que acudieron a control ginecológico o de planificación familiar en el Centro de Salud Familiar. Observaron que 41.6% de las mujeres presentaban dificultades en su función sexual y algunas de las determinantes fueron: niveles bajos de autoestima, sobrepeso y obesidad. Así mismo, Valenzuela (2014) hizo un análisis con mujeres trabajadoras del sector salud, pertenecientes a un hospital de alta complejidad de la Región del Biobío en Chile y concluyó que 32,6% tenían algún problema en su función sexual. Entre los fenómenos relacionados estaban: alguna enfermedad o discapacidad, falta de ayuda en el hogar, cuidado de un adulto mayor y más de 20 años de trabajo.

Igualmente, Gonzáles et al. (2018) efectuaron un estudio en Perú, en el que abordaron a las usuarias del programa de planificación familiar del Hospital Regional Virgen de Fátima en Chachapoyas, y evidenciaron que 38,3% manifestaban conflictos respecto a su función sexual. Algunos de los factores de riesgo que describieron son: las enfermedades crónicas, la ansiedad, la fatiga y la preocupación.

En Venezuela, Pérez y Salinas (1993) efectuaron una indagación con un grupo de médicos estudiantes de postgrados clínicos en el Hospital Universitario de Los Andes en el estado Mérida, donde determinaron que 53% mujeres encuestadas con vida sexual activa, tiene alguna desmejora en su función sexual. El componente asociado a esta situación fue la ansiedad.

En este mismo orden de ideas, la autora de este trabajo entrevistó a Torres (2024) el cual se desempeña como médico sexólogo adjunto del servicio de ginecología en el Hospital Universitario de Caracas. Dicho profesional expresó que

al menos 95% de las pacientes que llegan a la consulta presentan algún deterioro en su función sexual. Entre las causas que nombró están: disfunciones del piso pélvico, pobre imagen corporal, baja autoestima, sedentarismo, consumo de cigarrillo, obesidad, estrés y ansiedad.

Cabe destacar que, en marzo de 2024, se llevó a cabo una encuesta informal con un grupo de mujeres que practican Pilates en la institución cultural y espiritual denominada "Casa Vrinda" en Caracas. Los resultados mostraron que al menos 75% de las participantes había experimentado problemas en su función sexual. Esto se atribuyó a factores como: estrés, cansancio, sobrepeso, baja autoestima, dolores físicos, ansiedad, problemas del suelo pélvico, depresión y menopausia.

Es notorio observar a escala mundial, de acuerdo a todas las investigaciones citadas, que la función sexual de la mujer puede verse afectada debido a factores diversos como: la edad, el estrés, la fatiga, el cansancio, las preocupaciones, la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, los dolores físicos, la obesidad o el sobrepeso, la baja actividad física, las enfermedades crónicas, el consumo de cigarrillo, la histerectomía, la maternidad, la menopausia o alguna lesión en el piso pélvico.

Lo anteriormente expuesto evidencia que más allá de tratar de modo interdisciplinario las afecciones o situaciones perjudiciales que presente la mujer, es necesario promover un estilo de vida que contemple prácticas habituales que permitan principalmente prevenir y gestionar los detractores cotidianos de su función sexual. Al respecto, Pallarés (2023) menciona que para tener salud sexual se debe tener una alimentación sana y equilibrada; hacer alguna actividad física adecuada al tipo de actividad profesional, estado físico y edad de cada persona; y por último tener un estado psicológico saludable y relajado que posibilite valorar adecuadamente y superar los retos cotidianos.

Dicho autor, considera que “el sedentarismo es un elemento habitual en el estilo de vida imperante en nuestra sociedad, y contribuye en parte a una deficiente salud sexual...Mediante el ejercicio físico, podemos esperar que mejore la salud cardiovascular y sexual de nuestro organismo” (p.82). Agrega Jiménez (2023) que practicar ejercicio físico regularmente beneficia considerablemente la salud física,

mental y en consecuencia la esfera sexual. En concordancia con esto, Lindeman, King y Wilson (2007) manifiestan que quienes se ejercitan constantemente pueden experimentar beneficios fisiológicos que podrían mejorar su vida sexual ya que aumenta el flujo sanguíneo, la flexibilidad articular y muscular, propicia la liberación de endorfinas y genera mayor fuerza muscular.

Entonces, son muchas las actividades físicas que pudieran realizarse para gozar de las múltiples ganancias a las que conlleva. Entendiéndose por actividad física según la OMS, (2022):

Como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. La actividad física hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona... (párr. 10).

Entre las actividades físicas más comunes cabe mencionar caminar, montar en bicicleta, pedalear, practicar deportes, participar en actividades recreativas y juegos; todas ellas se pueden realizar con cualquier nivel de capacidad y para disfrute de todos (párr. 11).

Tal es el caso del método Pilates, definido por Aparicio y Pérez (2023) como:

Un programa de entrenamiento físico y mental que considera el cuerpo y la mente como una unidad, dedicándose a explorar el potencial de cambio del cuerpo humano. Este cambio, que tiene por meta alcanzar un mejor funcionamiento corporal, se basa en el fortalecimiento del centro de energía, expresión que denomina la circunferencia del tronco inferior, siendo ésta la estructura que soporta y refuerza el resto del cuerpo (p. 12).

Como resultado de su práctica, la evidencia demuestra según Perelló (2021) que mejora el tono muscular, la flexibilidad y la movilidad articular de la coordinación; además contribuye a una postura correcta, aumenta la autoconfianza, facilita la integración cuerpo-mente; provoca sensación de bienestar, es eficaz en la prevención e incremento de las condiciones físicas y mejora la calidad de vida. Paralelamente, Robinson (2022) señala que optimiza la conciencia, el control y el

tono del suelo pélvico. En relación a esto, Isacowitz (2016) dice que una musculatura pélvica sana, fuerte y flexible ayuda a prevenir y curar incontinencias y mejora la satisfacción sexual. En sintonía con lo escrito, Halis y Gökce (2023) demostraron que el método pilates podría mejorar la función sexual en mujeres y facilitar el tratamiento de las disfunciones sexuales.

En función de lo anteriormente expuesto, el presente estudio pretende dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cómo es la función sexual en mujeres practicantes de Pilates?

### **Objetivos de la Investigación**

#### General

Describir la función sexual en mujeres practicantes de Pilates.

#### Específicos

1. Detectar las características sociodemográficas de las mujeres practicantes de Pilates.
2. Especificar los componentes cognitivos hacia la función sexual en mujeres practicantes de Pilates.
3. Identificar los componentes afectivos hacia la función sexual en mujeres practicantes de Pilates.
4. Determinar los componentes conductuales hacia la función sexual en mujeres practicantes de Pilates.

### **Metodología**

Esta investigación se enmarca en el paradigma positivista, con un enfoque cuantitativo y un método deductivo. Además, se clasifica como una investigación de campo, de nivel descriptivo, y de diseño no experimental con corte transeccional.

Por su parte, la técnica de recolección de datos aplicada fue la encuesta y el instrumento usado fue el cuestionario, el cual quedó conformado por 26 items de preguntas cerradas con varias opciones de respuesta. Se usó la escala de Likert, mediante afirmaciones que se redactaron de forma positiva con las siguientes

opciones: totalmente de acuerdo (5); probablemente de acuerdo (4); indecisa (3), probablemente en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1).

Dicho cuestionario auto administrado y aplicado de manera colectiva, fue titulado: “Actitud hacia la función sexual en mujeres practicantes de Pilates” y en concordancia con los objetivos planteados, constó de las siguientes partes:

Parte A: Datos sociodemográficos que abarca perfil personal (rango de edad, número de hijos y estado conyugal); educación y ocupación (nivel educativo, ocupación y tiempo practicando Pilates); y religiosidad (tipo de religión) de las encuestadas.

Parte B: Componente cognitivo de la actitud y función sexual que comprende los conocimientos que poseen las encuestadas hacia la función sexual.

Parte C: Componente afectivo de la actitud y función sexual que contempla sentimientos que poseen las encuestadas hacia la función sexual.

Parte D: Componente conductual de la actitud y función sexual que contiene conductas que manifiestan las encuestadas en el ejercicio de la función sexual.

En lo relacionado a la validez del instrumento, se aplicó la validez de constructo. En tanto, a través del programa SPSS versión 26, se realizó un análisis de componentes que condujo a hacer una discriminación de aquellos ítems, que, según los participantes de la prueba piloto, fueron los relevantes, por lo tanto, ellos llevaron a la configuración definitiva del instrumento.

Referente a la prueba piloto, su confiabilidad se estableció por consistencia interna a través del método del coeficiente Alpha de Cronbach, para los ítems politómicos (selección múltiple) y el resultado fue de  $\alpha = 0,79$ .

Para este estudio, la población estuvo constituida por las 100 mujeres que practican pilates en la institución cultural y espiritual "Casa Vrinda" en Caracas, Venezuela. Se aplicó un muestreo probabilístico estratificado para garantizar la representatividad de la muestra, la cual se conformó por 30 de estas practicantes.

La selección se realizó de manera aleatoria a partir de los turnos de clase. Así, en los turnos con 20 practicantes, se seleccionaron aleatoriamente 6 personas

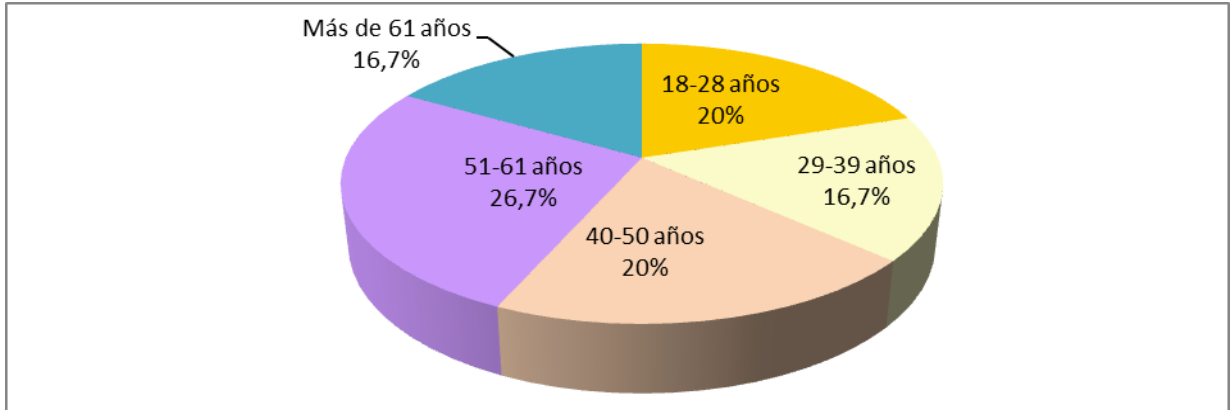
(30%), mientras que, en los turnos con 30 practicantes, la muestra incluyó a 9 personas (30%).

## **Resultados**

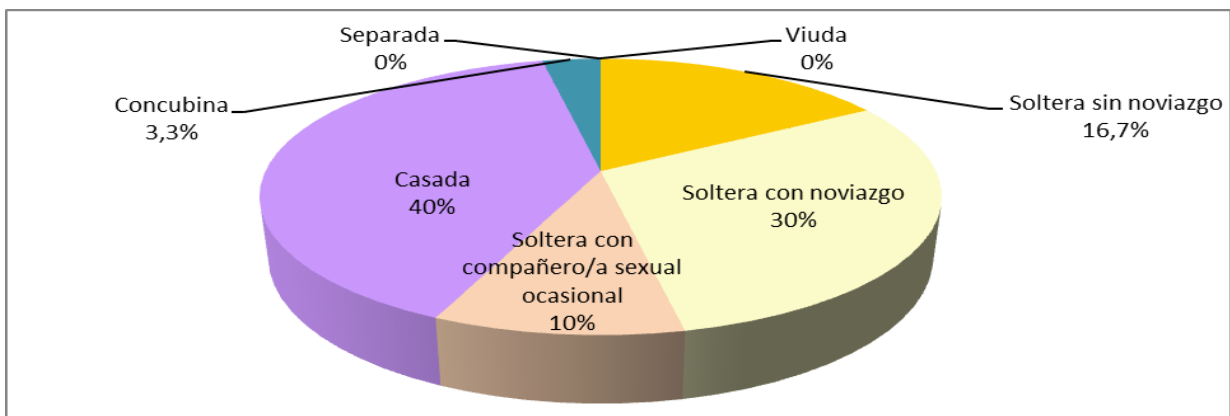
Datos sociodemográficos:

Respecto al objetivo específico 1: Detectar las características sociodemográficas de las mujeres practicantes de Pilates, se tiene con relación a la edad, en el rango de 51-61 años (26,7%), seguido por los grupos de 18-28 años y 40-50 años (ambos con 20%), y finalmente, los rangos de 29-39 años y más de 61 años (16,7% cada uno); 60% tiene hijos (distribuidos entre 1, 2, 3 y más de 3 hijos); 40% están casadas y un 30% mantienen una relación de noviazgo; 53,3% posee licenciatura y un 20% bachillerato; 40% son empleada y 40% trabaja por cuenta propia; 30% tiene entre 1 y 3 meses de práctica, mientras que un 23,3% tiene más de 3 años y un 20% entre 1 y 3 años; y 86,7% se identifica como católica

**Figura 1**  
**Rango de edad**

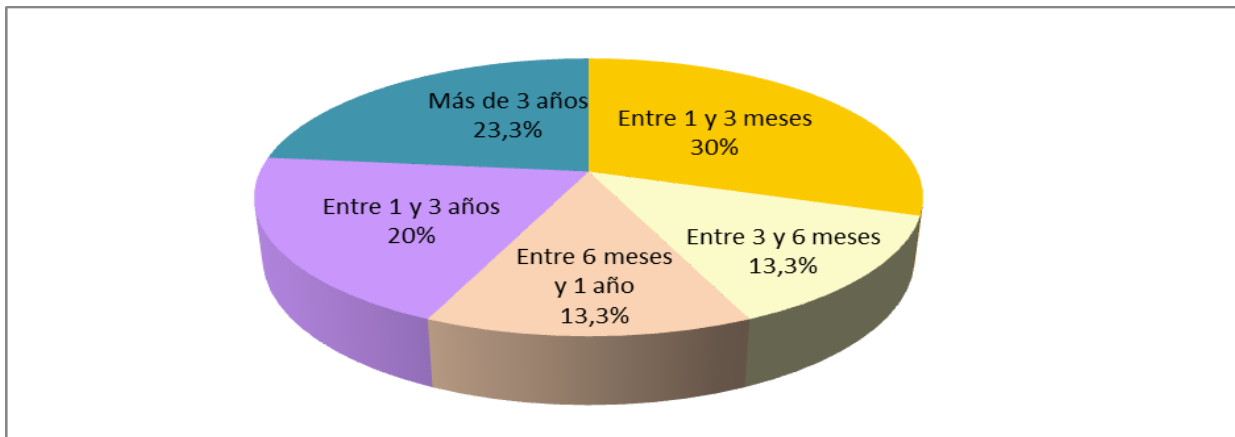


**Figura 2**  
**Estado conyugal**



**Figura 3**

**Tiempo practicando Pilates**

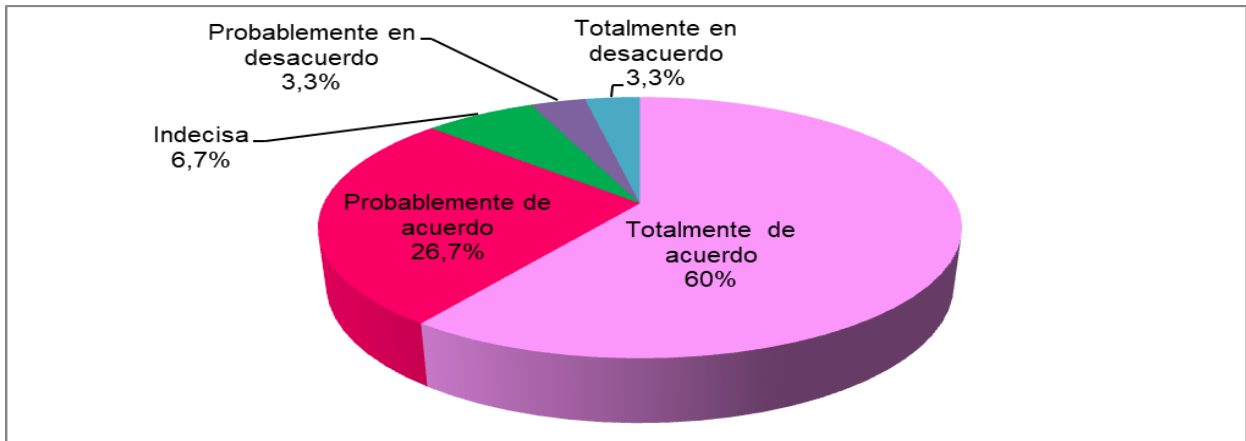


**Componente cognitivo de la actitud y función sexual**

En lo vinculado al objetivo específico 2: Especificar los componentes cognitivos hacia la función sexual en mujeres practicantes de Pilates, se observó que 86,7% (60% "totalmente de acuerdo" y 26,7% "probablemente de acuerdo") reconoce que las personas se activan sexualmente a través de fantasías; 66,6% (36,6% "totalmente de acuerdo" y 30% "probablemente de acuerdo") considera que las personas se activan sexualmente a través de recuerdos y 63,3% (40% "totalmente de acuerdo" y 23,3% "probablemente de acuerdo") cree que las relaciones sexuales suceden en un intervalo de tiempo determinado.

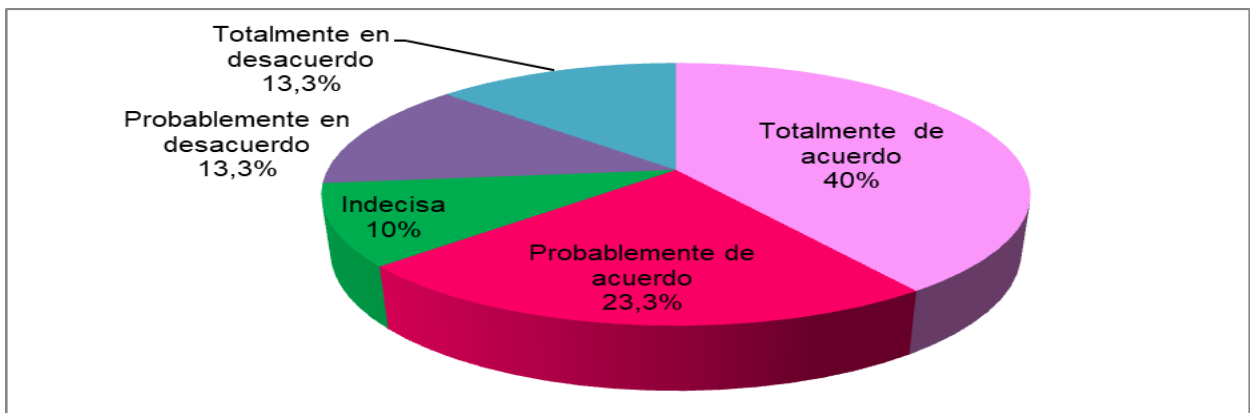
**Figura 4**

**Sé que las personas se activan sexualmente a través de fantasías.**



**Figura 5**

**Sé que las relaciones sexuales suceden en un intervalo de tiempo determinado**



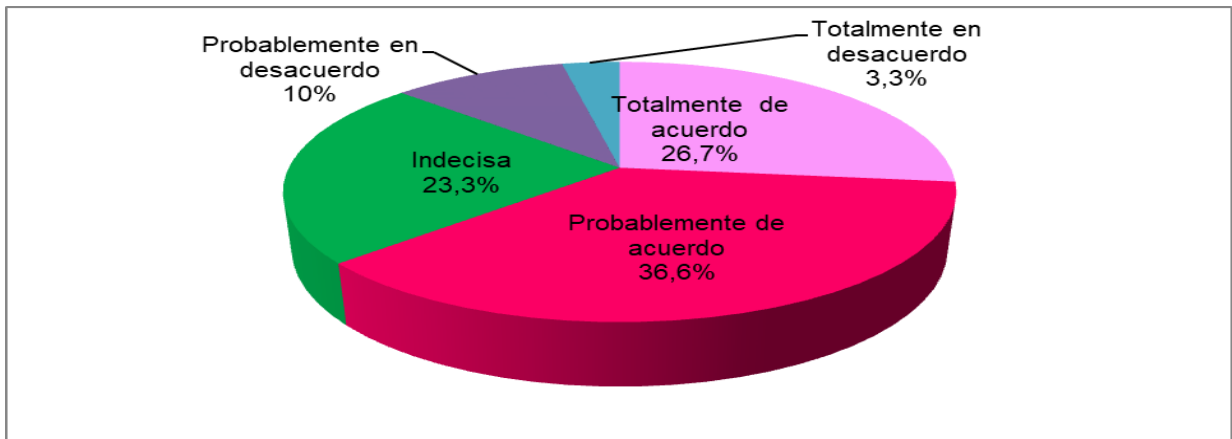
**Componente afectivo de la actitud y función sexual**

En lo concerniente al objetivo específico 3: Identificar los componentes afectivos hacia la función sexual en mujeres practicantes de Pilates, se constata que 63,3% (36,6% "probablemente de acuerdo" y 26,7% "totalmente de acuerdo") siente más ganas de tener relaciones sexuales desde que practica Pilates; 73,3% (40% "totalmente de acuerdo" y 33,3% "probablemente de acuerdo") se siente más animada con su compañero/a durante las relaciones sexuales; 53,3% (43,3%

"probablemente de acuerdo" y 10% "totalmente de acuerdo") sienten que tienen más fantasías sexuales; 53,3% (33,3% "probablemente de acuerdo" y 20% "totalmente de acuerdo") sienten que tienen más recuerdos sexuales; 63,3% (33,3% "totalmente de acuerdo" y 30% "probablemente de acuerdo") sienten que han aumentado sus orgasmos; 66,6% (33,3% "totalmente de acuerdo" y 33,3% "probablemente de acuerdo") sienten que tienen orgasmos más intensos; 76,6% (43,3% "totalmente de acuerdo" y 33,3% "probablemente de acuerdo") sienten que disfruta más tiempo durante sus relaciones sexuales; y 89,9% (76,6% "totalmente de acuerdo" y 13,3% "probablemente de acuerdo") se sienten más seguras de su cuerpo durante las relaciones sexuales. Cabe destacar que, se observó una tendencia desfavorable en la motivación a la masturbación (33,3% en desacuerdo) y una alta proporción de indecisión (36,6%).

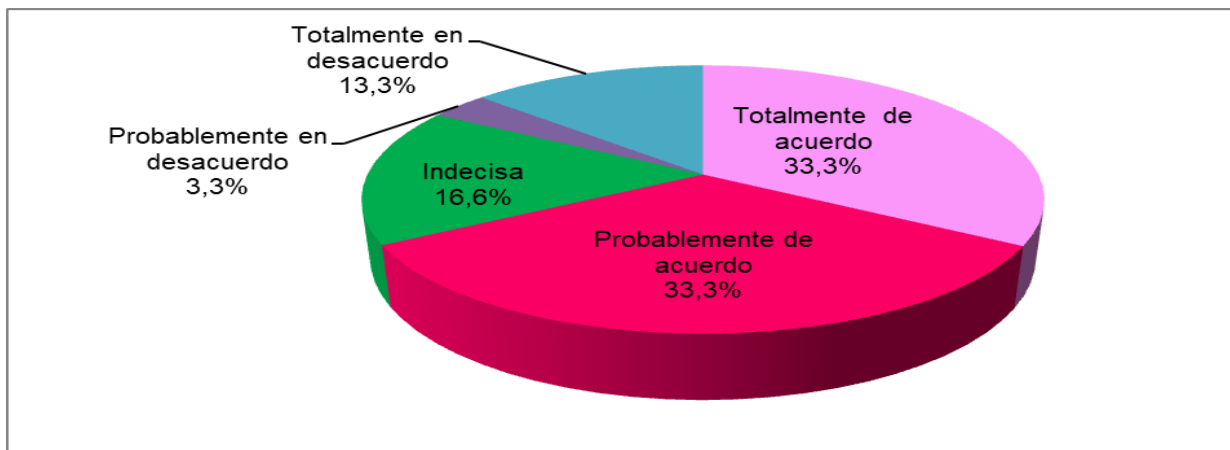
**Figura 6**

**Siento más ganas de tener relaciones desde que practico Pilates**



**Figura 7**

**Siento que tengo orgasmos más intensos desde que ejercito Pilates**

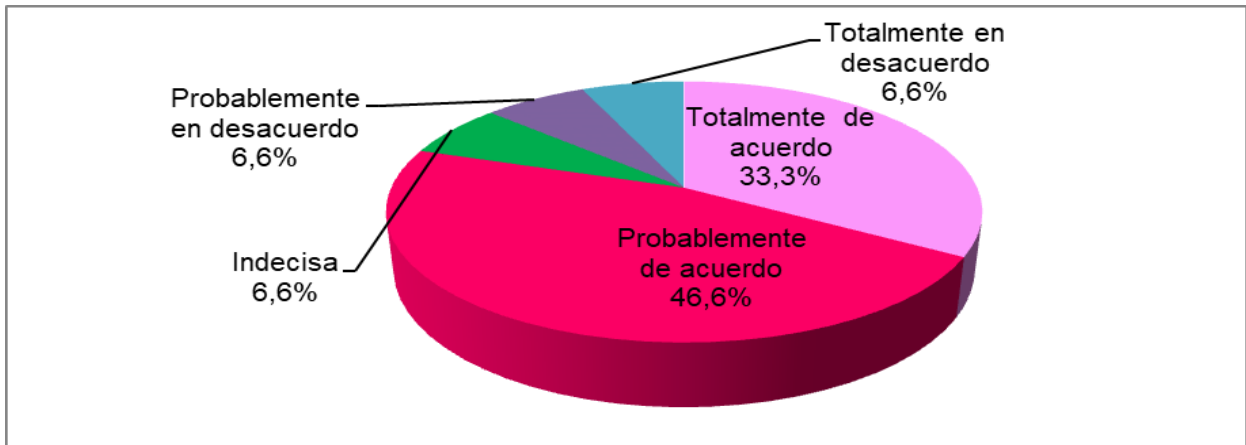


**Componente conductual de la actitud y función sexual**

En lo que respecta al objetivo específico 4: Determinar los componentes conductuales hacia la función sexual en mujeres practicantes de Pilates se denota que 66,6% (40% "probablemente de acuerdo" y 26,6% "totalmente de acuerdo") busca con mayor frecuencia tener relaciones sexuales; 79,9% (46,6% "probablemente de acuerdo" y 33,3% "totalmente de acuerdo") acepta con mayor frecuencia las iniciativas de su compañero/a para tener relaciones sexuales; 53,3% (30% "probablemente de acuerdo" y 23,3% "totalmente de acuerdo") tiene más relaciones sexuales; 63,2% (36,6% "probablemente de acuerdo" y 26,6% "totalmente de acuerdo") tiene mayor lubricación durante sus relaciones sexuales; 59,9% (36,6% "probablemente de acuerdo" y 23,3% "totalmente de acuerdo") dura más tiempo teniendo relaciones sexuales; y 66,6% (40% manifestó estar "totalmente de acuerdo" y 26,6% "probablemente de acuerdo") tiene más conductas eróticas. Es importante señalar que las opiniones sobre la frecuencia de la masturbación fueron divididas (36,6% a favor y 36,6% en contra, con 26,6% indecisas).

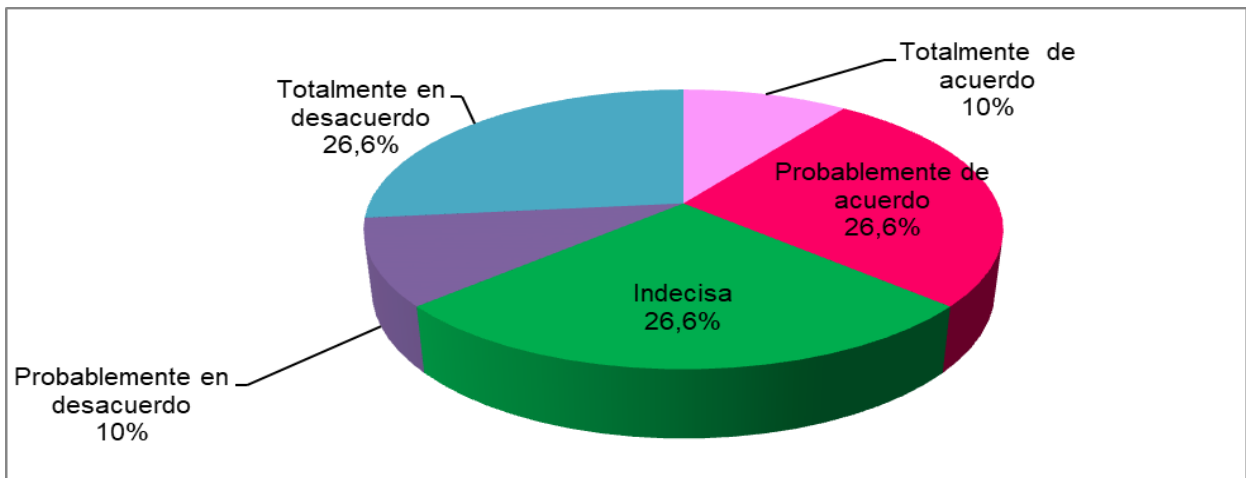
**Figura 8**

**Acepto con mayor frecuencia cuando mi compañero/a me busca para tener relaciones sexuales, desde que practico Pilates**



**Figura 9**

**Me masturbo con más frecuencia, desde que hago Pilates**



### Discusión

La distribución etaria predominante sitúa a la mayoría de las practicantes en el periodo diferenciado del postulado de desarrollo sexual funcional de la Teoría de la Variante Fisiológica del Sexo y su Función (Bianco, 1991). Este periodo,

caracterizado por la consolidación del patrón sexo-sexual, sugiere que la motivación hacia el Pilates en este grupo de edad podría estar fuertemente ligada al cuidado de la salud física, la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la autonomía, aspectos cruciales en esta etapa de la vida.

En cuanto a que la mayoría de la muestra tiene hijos (distribuidos entre 1, 2, 3 y más de 3 hijos), este porcentaje sugiere que la práctica de Pilates en esta población se asocia con los beneficios físicos y mentales que la disciplina aporta en la etapa de la maternidad y postparto, incluyendo la recuperación física, el alivio de dolores, la mejora postural, el fortalecimiento del suelo pélvico y el bienestar emocional. En este sentido, Adamany (2007), Armas et al. (2024) y el Instituto Internacional de Ciencias Deportivas (2024), señalan que las mujeres practican Pilates en el postparto para recuperarse físicamente, aliviar el dolor de espalda, mejorar la postura corporal, rehabilitar y fortalecer el suelo pélvico, prevenir problemas de salud como: la incontinencia urinaria y el prolapso, así como también favorecer su bienestar emocional. Adicionalmente, estudios como los de Montes, et al. (2020) contemplan la necesidad e importancia de la práctica de ejercicio físico en todas las etapas de la vida de una mujer, pero aún más, luego del embarazo, por ser una etapa de la vida llena de cambios y adaptaciones a nuevas circunstancias.

Acerca del estado conyugal, la predominancia de mujeres en relaciones de pareja estables sugiere un interés en mantener o mejorar aspectos de su bienestar integral que repercuten positivamente en su vida en pareja y, consecuentemente, en su salud sexual. En este contexto, Dufton (2005) destaca que la práctica de Pilates fomenta la autoestima y el vigor, y puede repercutir positivamente en su función sexual.

Sobre el nivel educativo, el que la mayoría sea licenciada y seguidamente bachiller, indica una posible correlación entre un mayor nivel educativo y una conciencia más desarrollada sobre el autocuidado y el acceso a actividades de bienestar, como la práctica de Pilates. Lo anterior encuentra respaldo en estudios previos, como el de Escobar y Pico (2013), quienes, en una investigación, determinaron una relación positiva entre las prácticas saludables de autocuidado y el nivel educativo universitario.

Las ocupaciones predominantes son empleada y trabajo por cuenta propia. Esta distribución refleja la necesidad de actividades que permitan gestionar el estrés laboral y mejorar la salud física y mental en mujeres con vidas laborales activas. En este orden de ideas, Boix, et al. (2017) encontraron en su estudio que tanto las personas empleadas como las trabajadoras por cuenta propia buscan actividades que les faciliten el manejo del estrés laboral y la mejora de su salud física y mental.

Estos autores destacan que los practicantes de Pilates alcanzan mayores niveles de estabilidad emocional y optimismo en comparación con sujetos sedentarios, y consideran que esta disciplina es una solución efectiva para minimizar el impacto de los factores de riesgo psicosocial y del sedentarismo sobre la salud de los trabajadores. Igualmente, resaltan que Pilates es valorado por su bajo impacto, sus beneficios posturales y su capacidad relajante, lo que lo convierte en una opción atractiva para individuos con horarios variables o que buscan un equilibrio entre las exigencias laborales y el autocuidado.

En cuanto al tiempo practicando Pilates, la mayoría tiene entre 1 y 3 meses de práctica, le siguen las que tienen más de 3 años y las que tienen entre 1 y 3 años. Este dato es relevante, ya que incluso periodos cortos de práctica pueden empezar a generar cambios positivos en la función sexual, mientras que la continuidad a largo plazo consolida y profundiza estos beneficios. Al respecto, Chagas et al. (2018) sostienen que los ejercicios de Pilates, cuando se realizan en sesiones de al menos 50 minutos y con una frecuencia de 3 veces por semana, pueden inducir cambios positivos significativos en la función sexual, efectos que pueden comenzar a observarse a partir de las 7 semanas de iniciado el programa. En complemento, Halis y Gokce (2023) demostraron que un programa de Pilates consistente en sesiones de 60 minutos, dos veces por semana durante un período de doce semanas, es capaz de mejorar todas las fases de la función sexual.

Con respecto a la religión, la mayor parte se identifica como católica. Esta alta proporción refleja el contexto sociocultural venezolano y sugiere que, si bien la religión puede modular las percepciones sobre las conductas sexuales, la práctica de Pilates es una conducta fisiológica socialmente aceptada que se integra en sus estilos de vida saludable. Sobre este tópico, Vargas et al. (2010), sostienen que la

influencia de la religión está intrínsecamente ligada a la interacción de los individuos con la sociedad y a la formación de sus valores personales.

Referente al componente cognitivo de la actitud hacia la función sexual en hembras practicantes de Pilates, la mayoría posee un conocimiento que se alinea con características de la erotofilia, la cual según López y Fuerte (2013), es una evaluación más positiva y operativa de todo lo relacionado con la función sexual. Este componente cognitivo de la actitud, se manifiesta en la comprensión, por un lado, de la fase situación estímulo sexual, específicamente del factor método, relacionado con la activación del pensamiento (fantasías) y de la memoria (evocaciones); y por otro lado del tiempo de funcionamiento sexual. Ambos pertenecientes al proceso de la función sexual.

Es esencial destacar la interacción entre este componente cognitivo y los demás elementos de la actitud. Como postulan Eagly y Chaiken (1998), los conocimientos (componente cognitivo) no operan de forma aislada, sino que influyen e interactúan con los sentimientos (componente afectivo) y las conductas (componente conductual) que conforman la actitud hacia la función sexual. En el caso de estas practicantes de Pilates, una mayor comprensión y aceptación de la diversidad de estímulos sexuales y de los procesos de la respuesta sexual (cognitivo) puede conducir a sentimientos más positivos (afectivo) y a una mayor proactividad y disfrute en sus experiencias sexuales (conductual), creando un ciclo de retroalimentación positivo que enriquece su bienestar sexual integral.

Por otro lado, los porcentajes del componente afectivo hacia la función sexual en hembras practicantes de Pilates, reflejan una actitud afectiva predominantemente favorable hacia la función sexual. La práctica de Pilates, entonces se asocia con un aumento de la cualidad o deseo sexual, una mejora en la fase de la respuesta sexual (orgasmos más frecuentes e intensos), más disfrute y mayor tiempo de funcionamiento durante el heteroejercicio de la función sexual (HFS), así como un incremento significativo en la seguridad corporal durante el ejercicio de la función sexual (EFS). Estos beneficios afectivos durante el proceso de la función sexual se vinculan con el impacto del método Pilates en el fortalecimiento del suelo pélvico, la

mejora de la circulación sanguínea, la reducción del estrés, el aumento de la conciencia corporal y el fomento de la autoestima y la autoconfianza.

Los mencionados hallazgos se alinean de manera robusta con la literatura científica, como lo demuestran los estudios de Halis y Gokce (2023) y Chagas et al. (2018), quienes han documentado cómo el Pilates mejora todas las fases de la función sexual. Asimismo, Ungaro (2011) explica que dicha práctica contribuye a una mayor confianza en el propio cuerpo, lo que, a su vez, incrementa la percepción de ser deseable sexualmente.

Resulta relevante indicar que se observó una tendencia desfavorable en la motivación a la masturbación. Esto sugiere que, a pesar de los beneficios generales del método Pilates en la función sexual, el autoejercicio de la función sexual puede estar influenciada por factores socioculturales y religiosos (dada la alta identificación católica de la muestra) que generan prejuicios o inhibiciones, lo que se traduce en errores de concepto.

Sobre el componente conductual de la actitud en hembras practicantes de Pilates, se puede calificar como predominantemente proactivo y positivo hacia la función sexual. La práctica de Pilates se asocia con un aumento en: la búsqueda y receptividad sexual (cualidad o deseo sexual), el factor frecuencia de la situación/estímulo sexual, la respuesta sexual (excitación específicamente lubricación) y el tiempo de funcionamiento sexual. Además de un incremento en las conductas eróticas. Estos cambios conductuales en el proceso de la función sexual son coherentes con los beneficios físicos (fortalecimiento pélvico, mejora de la circulación, resistencia) y psicológicos (autoestima, conciencia corporal) que el método Pilates aporta.

Estos hallazgos son coherentes con diversas investigaciones previas, donde autores ya mencionados como Halis y Gokce (2023) y Chagas et al. (2018) han demostrado que la práctica de Pilates no sólo potencia el deseo sexual, sino que también favorece la excitación y aumenta la satisfacción, elementos que predisponen positivamente hacia una mayor participación en la función sexual. El aumento en la búsqueda y aceptación de la función sexual por parte de las mujeres, desde que practican Pilates, puede estar mediado por un incremento general del

bienestar físico y emocional, así como por una mayor autoestima corporal (Gürkan Çelik, 2019; Brotto y Luria, 2014).

En cuanto a la percepción de la duración de las relaciones sexuales, la mayoría de las practicantes reflejó una mayor prolongación del tiempo en sus encuentros íntimos. Autores como Ungaro (2011) sugieren que la fuerza y flexibilidad adquiridas con Pilates contribuyen a un aumento del rendimiento y la técnica sexual. Complementariamente, Mattos (2016) señala que esta práctica desarrolla la capacidad pulmonar, la resistencia y la reducción del dolor, factores cruciales para un buen desempeño sexual y la posibilidad de prolongar el placer. La fuerza que el método confiere a los músculos abdominales y pélvicos, frecuentemente utilizados durante la función sexual, facilita el sostenimiento y la duración de la relación. La flexibilidad de la espalda y las piernas, que proporciona una mayor movilidad articular, también se traduce en un mejor movimiento y comodidad durante el ejercicio de la función sexual.

Adicionalmente, la mayoría de las mujeres encuestadas reporta un aumento en sus conductas eróticas. En este contexto, es pertinente la aseveración de Peña (2023), quien destaca que para la manifestación de conductas eróticas son necesarios factores como sentirse atractiva, tener conciencia corporal, realizar ejercicio físico y aumentar la capacidad para experimentar placer sexual. Dado que el Pilates, como método, contribuye a todos estos aspectos, es plausible que favorezca el incremento de las conductas eróticas, reflejando una mayor vitalidad y expresión sexual.

Lo analizado hasta aquí se vincula con el primer paradigma de la Escuela Bianco titulado Modelo Fisiológico vs Modelo Sociocultural, el cual permite aseverar que hacer Pilates es una conducta fisiológica y socialmente aceptada que beneficia y protege la salud mental, física y sexual de la mujer. Además, su práctica puede prevenir conductas patológicas en el ámbito sexológico. Lo anterior, le da protagonismo al Enfoque 1 de dicho Modelo: “El para qué y no el por qué” (CIPPSV 2021), pues desde la conciencia de los múltiples beneficios que genera este método, particularmente hacia la función sexual, las mujeres pudieran clarificar el para qué practicar regularmente Pilates.

Vale destacar a la luz del postulado de la Integración de la Función Sexual de Bianco, que desde la condición variante fisiológica del sexo y su función del ser humano y la capacidad de aprender a discriminar (Bianco, 1991), la mayoría de las encuestadas presentan variaciones positivas en su función sexual. Específicamente en el deseo, la respuesta sexual, la frecuencia sexual y el tiempo de funcionamiento. Además, puede considerarse que el Pilates puede funcionar como método de aplicación de la situación/estímulo sexual, definido como: “concerniente a la acción de cómo se ubica la situación/estímulo sexual. Se relaciona con la activación de algunos órganos de los sentidos, del pensamiento (fantasías) o de la memoria (evocaciones)” (FLASSES, WAMS y AISM, 2014). Es decir, practicar Pilates puede ser para las practicantes una forma de estimulación sexual.

Se considera pertinente destacar que las opiniones sobre la frecuencia de la masturbación fueron divididas, lo que reitera la persistencia en la muestra de tabúes y mitos en relación al AEFS. En tal sentido, es fundamental reconocer que el autoejercicio de la función sexual (masturbación) es una conducta fisiológica que ofrece múltiples beneficios para la salud y el bienestar individual, incluyendo la liberación de tensión, el autoconocimiento corporal y la exploración del placer. Sin embargo, su práctica puede verse obstaculizada por arraigados mitos históricos y prejuicios socioculturales (Ribas, 2023).

En consecuencia, y haciendo mención del primer paradigma de la Escuela Bianco: Modelo Fisiológico vs Modelo Sociocultural, la masturbación es una conducta fisiológica, pero por herencia sociocultural ha sido considerada socialmente rechazada, lo cual puede impedir su ejecución. También vale decir que la conducta de no masturbarse es un rasgo de erotofobia, que según López y Fuerte (2013), es una actitud o forma de evaluar, sentir y actuar negativa o no operativa ante lo concerniente a la función sexual.

Cabe destacar que para el subgrupo que sí reporta un aumento en la frecuencia de la masturbación, la explicación podría radicar en cómo Pilates enriquece la vida sexual, fomenta el disfrute y el placer (Dufton, 2005).

## Conclusiones:

Como conclusión general, se tiene que la actitud hacia la función sexual en hembras practicantes de Pilates es predominantemente liberal de tipo abierta por tener una tendencia favorable y erotofilica. A pesar de la tendencia desfavorable del AEFS (asociada a aspectos socioculturales y religiosos), las hembras aceptan la función sexual como un hecho humano que ofrece múltiples posibilidades como: procrear, tener un EFS placentero, formas de comunicación íntimas y de expresión de sentimientos. Además de vivir la función sexual y el placer como algo natural.

Finalmente, se contempla que hacer Pilates es una conducta fisiológica, socialmente aceptada, dado los beneficios que reporta para la hembra. Específicamente en el deseo, la frecuencia sexual, la respuesta sexual, el tiempo de funcionamiento sexual; así como la autoestima y el erotismo. Incluso, puede considerarse que el Pilates puede funcionar como método de aplicación de la situación/estímulo sexual. Por último, este trabajo da insumos a las mujeres para aumentar la conciencia sobre las ventajas del método, particularmente hacia la función sexual, lo cual las haría puntualizar el para qué practicar regularmente Pilates.

## Referencias

Adamany, K. (2007). *Pilates para el posparto*. Editorial Paidotribo.

[https://books.google.co.ve/books?id=fk8eMxn164oC&pg=PA17&dq=pilates+y+posparto&hl=es-419&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjhupbVpqaOAxUrRDABHdg4Aq4Q6AF6BAqGEAM#v=onepage&q=pilates%20y%20postparto&f=false](https://books.google.co.ve/books?id=fk8eMxn164oC&pg=PA17&dq=pilates+y+posparto&hl=es-419&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjhupbVpqaOAxUrRDABHdg4Aq4Q6AF6BAqGEAM#v=onepage&q=pilates%20y%20postparto&f=false)

Aparicio, E & Pérez, J. (2023). *El auténtico método pilates: el arte del control*. Editorial Booket.

[https://www.google.co.ve/books/edition/El\\_aut%C3%A9ntico\\_m%C3%A9todo\\_Pilates/\\_oi2EAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=definici%C3%B3n+de+pilates&pg=PP2&printsec=frontcover](https://www.google.co.ve/books/edition/El_aut%C3%A9ntico_m%C3%A9todo_Pilates/_oi2EAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=definici%C3%B3n+de+pilates&pg=PP2&printsec=frontcover)

Armas, V; Fácil I; Galindo, I; Horna, A; Malo, N& Ferrer, L. (2024). Review on the

benefits of pilates practiced in pregnancy. *Revista Médica Ocronos*. 7(8), 133.  
Revisión sobre los beneficios del pilates practicado en el embarazo – Ocronos  
Editorial Científico-Técnica

Arrondo, J. (2008). La sexualidad supone disfrutar, comunicarse, sentirse mejor y estar más sano. *Revista Internacional de Andrología*. 6 (4), 260-264.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1698031X08761570?via%3Dihub>

Bianco, F. (1991). Sexología, definición y concepto. Teoría de la variante fisiológica del sexo y su función. Propuesta. (2da versión). Editorial CIPV.

Bodenmann, G; Atkins, D; Schär, M & Poffet, V. (2010). La asociación entre el estrés diario y la actividad sexual. *Revista de Psicología Familiar*. 24(3), 271–279.

<https://doi.org/10.1037/a0019365>

Boix, S; León, E & Serrano M. (2017). Salud psicosocial en trabajadores que practican Pilates: un estudio descriptivo-comparativo. *Ciencia CCD* 34. 13(12), 27-37. <https://ccd.ucam.edu/index.php/revista/article/view/829/385>

Blázquez, A. (2011). *La influencia de la relación de pareja en la capacidad funcional en mujeres diagnosticadas de síndrome de fatiga crónica*. [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona]. Repositorio digital de la Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/42336>

Brotto, L. A., & Luria, M. (2014). Sexuality and mindfulness: Clinical interventions. In L. A. Brotto & J. L. Peterson (Eds.), *Sexuality and health* (pp. 233–256). Springer. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24814472/>

Bustos G & Pérez R. (2018). Relación entre factores psicosociales y el Índice de

Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule, Chile. *Revista: Perinatología y Reproducción Humana*. 32 (1), 9-18.  
<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.03.014>

Chagas, M; Gonçalves F; Dos Santos, N; Carneiro, E & Cámara C. (2018). La influencia de mat Pilates asociada a la contracción perineal en la respuesta sexual femenina. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*. 1–6.  
<https://doi.org/10.17784/mtprehabjournal.2018.16.579>

CIPPSV. (2021, 1 de julio). Formación de Actitudes. [Diapositivas de PowerPoint]. CIPPSV.

Cornachione, M. (2006). *Psicología del desarrollo: adultez*. (1era. Ed). Editorial Brujas.  
[https://www.google.co.ve/books/edition/Psicologia\\_del\\_Desarrollo\\_Aduldez/3BznIWwshLEC?hl=es-419&gbpv=1&dq=definici%C3%B3n++de+adultez&pg=PA8&printsec=frontcover](https://www.google.co.ve/books/edition/Psicologia_del_Desarrollo_Aduldez/3BznIWwshLEC?hl=es-419&gbpv=1&dq=definici%C3%B3n++de+adultez&pg=PA8&printsec=frontcover)

Dufton, J. (2005). *Pilates. Vive la diferencia*. Editorial Edaf.  
[https://www.google.co.ve/books/edition/Pilates\\_Vive\\_la\\_diferencia/0lhR7c8DPcMC?hl=es-419&gbpv=1&dq=dufton+2005&pg=PA4&printsec=frontcover](https://www.google.co.ve/books/edition/Pilates_Vive_la_diferencia/0lhR7c8DPcMC?hl=es-419&gbpv=1&dq=dufton+2005&pg=PA4&printsec=frontcover)

Eagly, A & Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. In D. T. Gilbert, S T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (4th ed., pp. 269–322). McGraw-Hill.

Escobar, M & Pico M. (2013). Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 31(2), 178-186.  
<https://www.redalyc.org/pdf/120/12028113003.pdf>

Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual

FLASSES; Asociación Mundial de Sexología Médica – AMSM & Academia Internacional de Sexología Médica - AISM. (2014). *Manual Diagnóstico en Sexología MDS III* (3era. Ed.). Editorial CIPV.

Ferrández, A; Novella, B; Khanc, K; Zamora, J; Jurado, A; Fragoso, M & Suárez, C. (2023). Obesidad y disfunciones sexuales femeninas: una revisión sistemática de la prevalencia con metanálisis. *Revista Medicina de Familia. SEMERGEN*. 49 (7). <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo/obesity-female-sexual-dysfunctions-a-S1138359323001016>

Gallach, E; De Juan, A; García, A; Izquierdo, R; Robledo, R; Fenollosa, P; Desé, J & Canos, M. (2018). Sexo y dolor: la satisfacción sexual y la función sexual en una muestra de pacientes con dolor crónico benigno no pélvico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 25(3), 145-154.  
<https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3600/2017>

Gonzáles, E; Carhuaz, L; De la Cruz, V; Cubas, N; Visalot, G; Smith, N & Guarniz L (2018). Factores de riesgo de la disfunción sexual de las usuarias del programa de planificación familiar, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2016. *Revista de Investigación Científica UNTRM: Ciencias Sociales y Humanidades*. 1(1): 33-44. <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD49910.pdf>

Gürkan, A. Ç., & Çelik, N. (2019). The effect of Pilates exercise on sexual satisfaction in healthy women: A randomized controlled study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(2), 127–137. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1518881>

Halis, F & Gokce, A. (2023). Efectos beneficiosos del ejercicio de pilates sobre la disfunción sexual femenina: un estudio piloto prospectivo. *Revista Internacional de Andrología*. 21(1). <https://doi.org/10.1016/j.androl.2021.09.003>

Instituto Internacional de Ciencias Deportivas (2024). Pilates posparto: beneficios y características. <https://cienciasdeportivas.com/pilates-posparto/>

Isacowitz, R. (2016). *Manual completo del método pilates*. (2da Ed). Editorial Paidotribo.

<https://cienciasdeportivas.com/pilates-posparto/>

<https://cienciasdeportivas.com/pilates-posparto/>

Jiménez, M. (2023). *Sexo y Deporte*.

<https://cienciasdeportivas.com/pilatesposparto/>

[419&gbpv=1&dq=pilates+y+suelo+p%C3%A9lvico&pg=PT40&printsec=frontcover](https://cienciasdeportivas.com/pilatesposparto/419&gbpv=1&dq=pilates+y+suelo+p%C3%A9lvico&pg=PT40&printsec=frontcover)

Organización Mundial de la Salud- OMS. (2022). *Actividad Física*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Organización Mundial de la Salud- OMS (2024). *Salud sexual*.

[https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1)

Organización Mundial de la Salud- OMS. (2006). *Salud sexual*.

[https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)

Quevedo, L. (2014). Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Cultura del Cuidado*, 10 (2), 70-79.

<https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/17527/Articulo%20No%2006%20Sexualidad%20en%20el%20adulto%20mayor.pdf?sequence=1&isAllowed>

[y](#)

Lindeman, H; King, K & Wilson, B. (2007). Efecto del ejercicio sobre la satisfacción sexual física informada por estudiantes universitarios. *Revista Californiana de Promoción de la Salud*. 5 (4), 40-51.

<https://journals.calstate.edu/cjhp/article/view/1267/1128>

López, F & Fuertes A. (2013). Para comprender la sexualidad. Editorial Verbo Divino.

Mattos, M. (2016). Pilates y vida sexual. *Revista Oficial de Pilates*. (1era Ed). 1(1).34-39.

[https://books.google.co.ve/books?id=pbwbDAAAQBAJ&newbks=1&newbks\\_redir\\_0&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.ve/books?id=pbwbDAAAQBAJ&newbks=1&newbks_redir_0&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Moles J. (2007). *Asesoramiento Clínico*. (2da. Ed). Ediciones CIPPSV.

Montes, A; Sánchez, J; Merino, E; Molina, E, & Rodríguez, R (2020). El ejercicio físico en el embarazo y/o el posparto frente a la fatiga percibida. *Journal of Negative and No Positive Results*. 5(3), 329-346.

<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.2916>

Pallarés, M. (2023). *Sexo y salud para niños y adolescentes*. (2da. Ed). Ediciones Montaber.

[https://www.google.co.ve/books/edition/Sexo\\_y\\_salud\\_para\\_adultos\\_y\\_adolescentes/1EPzEAAAQBAJ?hl=es419&gbpv=1&dq=salud+sexual+y+ejercicio+fisico&pg\\_PA82&printsec=frontcover](https://www.google.co.ve/books/edition/Sexo_y_salud_para_adultos_y_adolescentes/1EPzEAAAQBAJ?hl=es419&gbpv=1&dq=salud+sexual+y+ejercicio+fisico&pg_PA82&printsec=frontcover)

Perelló, C. (2021). *Anatomía & pilates*. Editorial Paidotribo.

[https://www.google.co.ve/books/edition/Anatom%C3%ADa\\_Pilates/rjZAEAAAQBJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=beneficios+del+pilates&printsec=frontcover](https://www.google.co.ve/books/edition/Anatom%C3%ADa_Pilates/rjZAEAAAQBJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=beneficios+del+pilates&printsec=frontcover)

Peña, B. (2023). Recupera el erotismo de tu sexualidad femenina.

<https://mejorconsalud.as.com/recupera-erotismo-sensualidad-femenina/>

Pérez, M & Salinas, P. (1993). Disfunciones sexuales en médicos aspirantes a

Post-grados universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes*. 2(1) 3138.

[https://www.academia.edu/12125830/Disfunciones sexuales en m%C3%A9dicos aspirantes a Post grados universitarios](https://www.academia.edu/12125830/Disfunciones_sexuales_en_m%C3%A9dicos_aspirantes_a_Post_grados_universitarios)

Pujols, Y; Sello, B & Meston, C. (2010). La asociación entre la satisfacción sexual y la imagen corporal en las mujeres. *Revista J Sex Med*. 7(2 Pt 2):905-16.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19968771/>

Ramírez, A. (2004). *El papel del pediatra en la educación sexual*.

<http://avpap.org/documentos/jornadas2004/ocariz.pdf>

Ribas, E. (2023). *Mindfulsex: el sexo que revolucionará tu vida*. (4ta. Ed).

Plataforma Editorial.

Robinson, L. (2022). *Pilates*. Editorial Blume.

<https://www.google.co.ve/books/edition/Pilates/jaaLEAAAQBAJ?hl=es419&gbpv=&dq=pilates+y+ piso+pelvico&pg=PA255&printsec=frontcover>

Romin (2020). *El Sexo es salud*. Amazon Digital Services LLC.

[https://www.google.co.ve/books/edition/El\\_Sexo\\_Es\\_Salud/GbS\\_zQEACAAJ?hl=s-419](https://www.google.co.ve/books/edition/El_Sexo_Es_Salud/GbS_zQEACAAJ?hl=s-419)

Safarinejad, M. (2006). Disfunción sexual femenina en un estudio poblacional en Irán: prevalencia y factores de riesgo asociados. *Revista Internacional de Investigación sobre la Impotencia*. (2006)18, 382–395.

[https://www.academia.edu/20456107/Female\\_sexual\\_dysfunction\\_in\\_a\\_population\\_based\\_study\\_in\\_Iran\\_prevalence\\_and\\_associated\\_risk\\_factors?email\\_work\\_card=view-paper](https://www.academia.edu/20456107/Female_sexual_dysfunction_in_a_population_based_study_in_Iran_prevalence_and_associated_risk_factors?email_work_card=view-paper)

Torres, F. (2024). Prevalencia y causas frecuentes de la disfunción sexual

Femenina en su consulta como médico sexólogo adjunto del servicio de ginecología en el Hospital Universitario de Caracas.

Entrevista realizada por videollamada de whatapps.

Ungaro, A. (2011). *Pilates practice companion: tighten up, reshape, and reinvent your body*. (1era Ed). Editorial: Penguin.

[https://books.google.co.ve/books?id=e9xu7IU7gr0C&pg=PA232&dq=pilates+y+se+ual&hl=es419&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwj3pdeLgYeJAXOmYQIHeALiQkQ6AF6BAgLEAI#v=onepage&q=pilates%20y%20sexual&f=false](https://books.google.co.ve/books?id=e9xu7IU7gr0C&pg=PA232&dq=pilates+y+se+ual&hl=es419&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwj3pdeLgYeJAXOmYQIHeALiQkQ6AF6BAgLEAI#v=onepage&q=pilates%20y%20sexual&f=false)

Urdaneta, D. (2019). Actitud de los conductores involucrados en accidentes de tránsito con daños materiales. Caso de estudio: Municipio Libertador del estado Mérida. *Revista Sapienza Organizacional*. 6 (12),182-216.

<https://www.redalyc.org/journal/5530/553066097011/html/>

Valenzuela, R. (2014). *Función sexual de trabajadoras en turno del sector salud*. [Tesis de Maestría, Universidad de Concepción]. Repositorio institucional de la Universidad de Concepción.

[http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/1610/1/Tesis\\_Funci%C3%B3n\\_sexual\\_e\\_%20trabajadoras\\_en\\_turno\\_del\\_sector\\_salud.Image.Marked.pdf](http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/1610/1/Tesis_Funci%C3%B3n_sexual_e_%20trabajadoras_en_turno_del_sector_salud.Image.Marked.pdf)

Vargas, E; Martínez, G & Potter, J (2010). Religión e iniciación sexual premarital en México. *Revista Latinoamericana de Población*, 4(7), 7-26.

<https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827303002.pdf>

Vega, G; Flores, P; Ávila, J; Becerril, A; Vega, A; Camacho, N & García, P. (2014). Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 79(2), 81-85.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000200003>

Zhang, C; Tong, J; Zhu, L; Zhang, L; Xu, T; Lang, J & Xie, Y. (2017). Un estudio epidemiológico poblacional sobre el riesgo de disfunción sexual femenina en China continental: prevalencia y predictores. *Revista: The Journal of Sexual Medicine*. 14 (11) 1348–1356.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.08.012>

## RELACIÓN ENTRE EL USO DE REDES SOCIALES Y LA PRÁCTICA DE CIBERSEXO EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS

Mary Lourdes Sánchez Ramos  
[marysanchezr@gmail.com](mailto:marysanchezr@gmail.com)

Yulimar Carmona  
[yulimr.carmonab@gmail.com](mailto:yulimr.carmonab@gmail.com)

### Resumen

El objetivo de la investigación fue analizar la relación entre el uso de redes sociales y la práctica de cibersexo en adolescentes venezolanos de 14 a 17 años. El diseño fue no experimental, transversal, con alcance descriptivo y correlacional. Se emplearon el Cuestionario de Adicción a Redes Sociales de Ecurra y Salas; el Internet Sex Screening Test de Delmonico y un cuestionario Ad Hoc de características Socio-demográficas. Los datos se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se encontró una correlación positiva moderada ( $r = 0.504$ ) entre las variables. 66.7 % fue clasificado como usuario recreativo, 29.8 % en situación de riesgo y 3.5 % con conductas no operativas asociadas al cibersexo, con mayor prevalencia en varones. 75.3% permanece conectado de forma continua, mostrando un nivel moderado-bajo de uso problemático de redes sociales.

### Abstract

The objective of the research was to analyze the relationship between social media use and the practice of cybersex among Venezuelan adolescents aged 14 to 17 years. The design was non-experimental, cross-sectional, with a descriptive and correlational scope. The Social Media Addiction Questionnaire by Ecurra and Salas, the Internet Sex Screening Test by Delmonico, and an Ad Hoc questionnaire of sociodemographic characteristics were used. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient. A moderate positive correlation ( $r = 0.504$ ) was found between the variables. 66.7% were classified as recreational users, 29.8% at risk, and 3.5% with non-functional behaviors associated with cybersex, with higher

prevalence in males. 75.3% remain continuously connected, showing a moderate-low level of problematic social media use.

## **Introducción**

La expansión de la virtualidad ha transformado profundamente los estilos de vida, las formas de recreación y los modelos de interacción social contemporáneos. Los avances en las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han configurado un ecosistema digital que redefine cómo las personas se comunican, se vinculan y construyen su identidad (Herlyn et al., 2025). En este contexto, la función sexual —como dimensión inherente a la experiencia humana— ha adquirido una visibilidad particular, mediada por prácticas como el intercambio de mensajes eróticos, la búsqueda de información sexual y el contacto interpersonal a través de plataformas digitales (Cabrales, 2019).

Las redes sociales desempeñan un papel central en estas dinámicas, especialmente entre adolescentes. Según el Pew Research Center (2022), 35 % de los jóvenes entre 13 y 17 años utiliza plataformas como YouTube, TikTok, Instagram y Snapchat varias veces al día. Aunque estos espacios pueden ofrecer apoyo emocional y entretenimiento, también constituyen entornos de riesgo que afectan el bienestar psicológico y la conducta sexual (Torres et al., 2024). Entre los efectos adversos se encuentran la exposición a contenido íntimo, el acoso digital, la alteración de rutinas diarias y el acceso a información errónea o violenta, lo que puede distorsionar la percepción del cuerpo, las relaciones interpersonales y la vida social.

La adolescencia media (14–17 años) se configura como una etapa de alta vulnerabilidad bio-psico-social, en la que la presión social y la curiosidad sexual inciden directamente en la construcción de la identidad afectivo-sexual (García & Rodríguez, 2014; Pacheco et al., 2018). Prácticas como el sexting, el grooming y la difusión de contenido íntimo entre pares, muchas veces sin supervisión adulta, afectan el proceso de maduración emocional y sexual (Villanueva & Serrano, 2019). El cibersexo —entendido como el uso de internet con fines de gratificación sexual—

incluye el consumo de pornografía, el sexting y el contacto sexual en línea, con prevalencias diferenciadas por edad y sexo (Juliá et al., 2018; Wéry & Billieux, 2016; Ballester-Arnal et al., 2016). Estudios internacionales reportan que entre 14.8 % y 27.4 % de los adolescentes han participado en prácticas de sexting, muchas veces sin consentimiento (Madigan et al., 2018; Ojeda et al., 2020; Aguilar-Hernández et al., 2022).

El entorno digital, altamente accesible y poco regulado, se ha consolidado como un espacio de exploración sexual, pero también de exposición y riesgo. La presión social, la escasa educación afectivo-sexual y el consumo temprano de pornografía —especialmente de tipo violento— distorsionan el imaginario sexual y afectan el bienestar emocional de los adolescentes (Ballester et al., 2020; Sedano et al., 2024). En 2025, se reportan más de 5.24 mil millones de identidades activas en redes sociales, con una penetración global de internet del 63.9 % (We Are Social & Meltwater, 2025). En Venezuela, 53.1 % de la población está activa en redes sociales, lo que evidencia una creciente exposición a contenidos digitales. Diversos estudios advierten que el uso problemático de estas plataformas puede generar síntomas similares a la adicción, afectando el autocontrol, la autoestima y el bienestar emocional (Hernández, 2017; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

La sexología, como disciplina científica, ofrece un marco integral para comprender la función sexual humana. Se define como el estudio del sexo y su función sexual (Bianco & Montiel, 1988), entendiendo el sexo como las características orgánicas que diferencian al varón de la hembra, producto de un proceso de diferenciación biológica que inicia con la fecundación (Sadler, 2009). La función sexual, por su parte, se activa mediante la relación entre situación/estímulo y respuesta sexual (Bianco, 1978).

Desde una perspectiva educativa, la orientación se concibe como una rama de la ciencia de la educación que estudia la formación, modificación y corrección de conceptos, articulando lo biológico, psicológico y social en un modelo biopsicosocial

(Bianco, 2021). En este marco, el contexto sociocultural cumple un rol normativo esencial, ya que las contingencias del entorno pueden favorecer o dificultar el desarrollo saludable de la función sexual (CIPPSV/IIP, 2020). La OMS (2006) define la sexualidad como un componente fundamental de la experiencia humana, influido por múltiples factores: biológicos, psicológicos, sociales, culturales, éticos y espirituales.

El Postulado del Desarrollo Sexual Funcional (Bianco, 1982) propone tres periodos interconectados: indiferenciado, de transición y diferenciado. El período de transición que abarca desde los 8 hasta los 21 años, coincide con la adolescencia y se caracteriza por respuestas sexuales influenciadas por el entorno sociocultural, la exploración del erotismo y la discriminación de estímulos. Este proceso permite consolidar preferencias y patrones sexuales, aunque también se asocia con conductas de riesgo como el inicio precoz de relaciones sexuales o la exposición a presiones sociales.

Para abordar esta complejidad, la Escuela Bianco propone un modelo bio-social que integra la fisiología del organismo, las funciones cerebrales y las normas sociales (CIPPSV/IIP, 2020). En este contexto, las actitudes sexuales cumplen funciones clave: conocimiento, instrumental, ego-defensiva, valórico-expresiva y de adaptación social (Katz, 1960; Lippa, 1994; Oskamp, 1991; Perloff, 1993; Pratkanis & Greenwald, 1989; Stahlberg & Frey, 1990; Igartua, 1996). Estas actitudes se configuran a través de componentes cognitivos, afectivos y conductuales, y se ven influenciadas por normas sociales descriptivas y prescriptivas.

La evidencia científica respalda que el uso problemático de redes sociales puede generar deterioro funcional y psicológico, especialmente en adolescentes, quienes presentan mayor vulnerabilidad ante dinámicas digitales centradas en el ocio y la gratificación inmediata (Kuss et al., 2014; Kuss & Griffiths, 2017; López-Fernández, 2018, citado en Varona et al., 2022). Según el Pew Research Center (2021). Más de 90 % de los menores de 18 años utilizan redes sociales, y casi la mitad afirma estar conectada de forma casi constante. El uso problemático de redes sociales

virtuales (RSV) se define como un patrón de comportamiento vinculado al uso de tecnologías que presenta síntomas similares a los de una adicción, afectando negativamente la vida emocional, social, académica y física del individuo (Nesi et al., 2021). Esta problemática se caracteriza por cuatro elementos fundamentales:

Uso excesivo y prolongado, que interfiere con responsabilidades cotidianas como el estudio, el trabajo o las relaciones familiares.

Dependencia y compulsión, acompañadas de ansiedad o irritabilidad ante la imposibilidad de conectarse.

Falta de control, reflejada en la incapacidad para limitar el tiempo de uso, a pesar de reconocer sus efectos nocivos.

Impacto negativo, evidenciado en el aislamiento social, bajo rendimiento académico, trastornos del sueño, problemas de autoestima y aumento del estrés.

En contraste, la evolución de la Web 2.0 y la proliferación de RSV han transformado profundamente las formas de interacción, haciendo que los vínculos digitales sean más dinámicos, accesibles y emocionalmente significativos (Fernández, 2017). En este ecosistema, la función sexual ha adquirido una nueva dimensión, dando lugar a prácticas como el cibersexo, definido como la interacción entre personas mediante mensajes explícitos en formato de texto, voz o imagen con fines de gratificación sexual, ya sea en tiempo real o de forma asincrónica (Fernández, 2013, citado en Fernández, 2017).

El cibersexo se presenta como un espacio intermedio entre la fantasía y la acción, caracterizado por el anonimato, la libertad imaginativa y la ausencia de sanciones culturales explícitas (Búrdalo, 2000, citado en Sánchez & Iruarrizaga, 2010). Esta práctica, cada vez más común en chats, foros y plataformas digitales, permite a los adolescentes explorar su función sexual sin haber tenido experiencias presenciales, lo que puede derivar en patrones compulsivos o adictivos. Además, ofrece oportunidades de expresión a comunidades no heterosexuales, que encuentran en

el entorno digital un espacio seguro para conectar y compartir intereses (Fernández, 2017).

Las modalidades de cibersexo incluyen el uso de chats, correos electrónicos, webcams, videos, fotos y relatos eróticos, cada uno con distintos niveles de interactividad y exposición (Fernández, 2017). Desde una perspectiva motivacional, Cuesta y Gaspar (2013) señalan que los adolescentes buscan en estas prácticas una forma de conexión emocional, en un tránsito desde las relaciones familiares hacia vínculos con pares. Este deseo de “no sentirse solo” se convierte en un motor afectivo que puede intensificar la búsqueda de experiencias sexuales en línea.

Sin embargo, el acceso temprano y sin regulación al cibersexo puede implicar riesgos significativos. Serrano y Cuesta (2018) advierten que, aunque inicialmente se presenta como una práctica recreativa, puede evolucionar hacia un uso patológico, especialmente en adolescentes con baja autorregulación emocional. El modelo del “Motor de la Triple A” (Cooper, 1998, citado en Serrano & Cuesta, 2018) explica esta dinámica a partir de tres factores clave: asequibilidad, accesibilidad y anonimato. Estas condiciones permiten explorar fantasías desde la privacidad del hogar, acceder a contenido sexual sin restricciones y adoptar identidades ficticias, lo que puede desinhibir conductas y dificultar la percepción de consecuencias reales.

Además, prácticas como el sexting, el sexcasting y la sextorsión se han vinculado con fenómenos como el ciberacoso, el grooming y la violencia de género, especialmente cuando los agresores se ocultan tras perfiles falsos o ejercen presión emocional sobre sus víctimas (Orosco & Pomasunco, 2020; Sedano et al., 2024). En este contexto, los adolescentes se enfrentan a amenazas que muchas veces no logran identificar, mientras que padres y docentes desconocen la magnitud del riesgo y carecen de herramientas para intervenir eficazmente.

Este panorama se articula con los hallazgos previos sobre el uso problemático de redes sociales, donde la hiperconectividad, la falta de control y la exposición constante a contenidos sexualizados afectan la salud emocional, la autoestima y el

desarrollo afectivo-sexual de los adolescentes (Nesi et al., 2021; Varona, 2022). Por ello, se vuelve urgente integrar el abordaje del cibersexo en las estrategias de educación sexual integral, promoviendo la alfabetización mediática, la autorregulación emocional y la toma de decisiones informada.

Ante este panorama, el impacto de las redes sociales y las prácticas sexuales en línea ha reconfigurado los vínculos afectivos y sexuales en la adolescencia media, etapa marcada por la búsqueda de identidad, autonomía y pertenencia. La presente investigación surge de observaciones clínicas y escolares que evidencian una creciente demanda de orientación ante conductas digitales de riesgo, como el cibersexo, el sexting y la exposición no consentida de contenido íntimo. Desde un enfoque sexológico, se identifican conductas operativas y no operativas vinculadas al uso de redes sociales, que reflejan intentos de socialización y consolidación de la identidad por medio del vínculo con pares y figuras significativas, y fundamentan el diseño de estrategias psicoeducativas orientadas al fortalecimiento de habilidades bio-sociales, el pensamiento crítico y la salud sexual integral. Así, se consolida el aporte del CIPPSV como referente en el abordaje interdisciplinario de la función sexual adolescente en entornos virtuales.

En síntesis, los hallazgos científicos y teóricos antes mencionados permiten comprender las dificultades de autorregulación, toma de decisiones y gestión del deseo en contextos digitales, y conducen a la siguiente pregunta, ¿Cómo es la relación entre el uso de las redes sociales y la práctica del cibersexo en los adolescentes, con edades comprendidas entre 14-17 años?

## **Objetivos**

General:

Analizar la relación que existe entre el uso de las redes sociales y la práctica del cibersexo en los adolescentes, con edades comprendidas entre 14-17 años.

Específicos:

1. Caracterizar el uso de las redes sociales en los adolescentes.

2. Describir las prácticas del cibersexo en los adolescentes.
3. Establecer la relación que existe entre el uso de las redes sociales y la práctica del cibersexo en los adolescentes.

### **Metodología**

La investigación se fundamentó en el enfoque y análisis cuantitativo. Se adoptó un diseño no experimental, ex post facto, de tipo transversal y alcance descriptivo-correlacional, El análisis estadístico se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, conforme a los supuestos de normalidad.

La población estuvo conformada por 210 adolescentes cursantes de 3.º, 4.º y 5.º año del Colegio de la Presentación en Caracas. Se aplicó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional, considerando criterios de inclusión como edad (14–17 años), matrícula activa, acceso digital y consentimiento informado. La muestra final fue de 65 participantes (32 varones y 33 mujeres), equivalente al 30 % de la población accesible. Se obtuvo la aprobación institucional y de representantes legales, garantizando la confidencialidad de los datos.

### **Instrumentos**

Cuestionario de Adicción a las Redes Sociales (ARS), desarrollado por Escurra y Salas (2014), compuesto por 24 ítems distribuidos en tres subescalas: obsesión, falta de control personal y uso excesivo. Se responde en formato Likert de cinco opciones y permite clasificar el nivel de adicción en cuatro rangos. Presenta una alta confiabilidad ( $\alpha = .94-.96$ ) y validez de contenido confirmada por jueces expertos. Su aplicación en población venezolana fue respaldada por Cobis y Vilorio (2021), con índices de confiabilidad entre .88 y .92.

Internet Sex Screening Test (ISST), creado por Delmonico (1997) y adaptado por Ballester et al. (2010), consta de 25 ítems tipo verdadero/falso que evalúan cinco factores del comportamiento sexual en línea: compulsividad, interacción social, conducta solitaria, gasto sexual e interés. Incluye dos ítems adicionales sobre uso de dispositivos ajenos y acceso a contenido ilegal. Su confiabilidad general fue de

.88, con validez convergente y discriminante adecuada. Estudios previos en población latinoamericana (Ballester, 2018) refuerzan su pertinencia para el contexto venezolano.

Cuestionario Ad Hoc, diseñado para caracterizar aspectos socio-demográficos y conductas digitales de los participantes. Incluye ítems sobre edad, sexo, nivel educativo, vínculos afectivos, iniciación sexual, acceso a dispositivos y dinámicas familiares. La validación de contenido fue realizada por cinco expertos en adolescencia, función sexual y adicciones, siguiendo criterios de claridad, pertinencia y coherencia.

## **Resultados**

Los datos fueron organizados en Microsoft Excel (versión 2021) y procesados estadísticamente mediante SPSS (versión 27.0). Se aplicaron análisis descriptivos para calcular frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, incluyendo la media aritmética para la variable edad. Asimismo, se exploró la relación entre los puntajes obtenidos en las escalas de uso de redes sociales y cibersexo, mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

La muestra estuvo compuesta por 65 adolescentes (49.2 % varones; 50.8 % mujeres), con edades entre 14 y 17 años ( $M = 15.54$ ;  $DT = 1.05$ ), predominando la adolescencia media. La distribución educativa fue equilibrada entre 3.º, 4.º y 5.º año de bachillerato. 96.5 % reportó estar soltero/a y 15.8 % indicó tener actividad laboral. En cuanto al acceso tecnológico, 89.5 % dispone de computadora personal en el hogar, mientras que 10.5 % utiliza equipos prestados. Estos datos permiten contextualizar el perfil sociodemográfico de los participantes. Tal como se muestra en la siguiente gráfica 1.

Gráfica 1 Característica Socio-demográficas



Con ocasión a la caracterización de uso de redes sociales Los hallazgos evidencian una tendencia creciente hacia la exposición digital temprana: 52.6 % de los adolescentes comenzó a usar redes sociales antes de los 10 años. En cuanto al acceso tecnológico, 83.3 % posee un teléfono inteligente propio, mientras que 16.7 % utiliza dispositivos de sus padres. La conexión a redes sociales es predominantemente continua (55.3 %), seguida por accesos frecuentes entre 7 y 12 veces al día (20 %) Ver imagen 2.

Respecto a los contactos virtuales, 31.6 % conoce personalmente entre 51 % y 70 % de sus conexiones, mientras que el 11.5 % conoce al 10 % o menos. Además, 82.5 % declaró haber consignado datos personales reales en sus perfiles, lo que plantea riesgos en términos de privacidad y exposición digital.

Las principales motivaciones para el uso de redes sociales fueron: observar qué hacen los demás (19.9 %), socializar y crear vínculos (17.7 %), entretenimiento (10.2 %) y búsqueda de validación social (8.8 %). En menor proporción, se reportó el uso para compartir aspectos personales (6.6 %), seguir figuras públicas (6.6 %), establecer vínculos románticos o sexuales (5.3 %), consumir contenido sexual explícito (4.4 %) y realizar tareas académicas (2.7 %). Estos resultados reflejan un patrón de uso multifuncional, con implicaciones afectivas, sociales y sexuales relevantes.

Por último, la evidencia reveló que las redes sociales como TikTok (n = 54), WhatsApp (n = 43) e Instagram (n = 41) fueron las plataformas más mencionadas por los adolescentes, evidenciando su centralidad en las prácticas digitales juveniles. Otras redes como YouTube, Twitter y Snapchat registraron menor frecuencia, mientras que Telegram, Pinterest y Messenger mostraron una presencia discreta. Este patrón refleja una preferencia por entornos digitales que privilegian la interacción visual, la comunicación instantánea y la autoexpresión, consolidándose como espacios clave para la construcción identitaria y el consumo cultural en la adolescencia (ver gráfica 2).

Gráfica 2 Caracterización de Uso de redes Sociales Virtuales

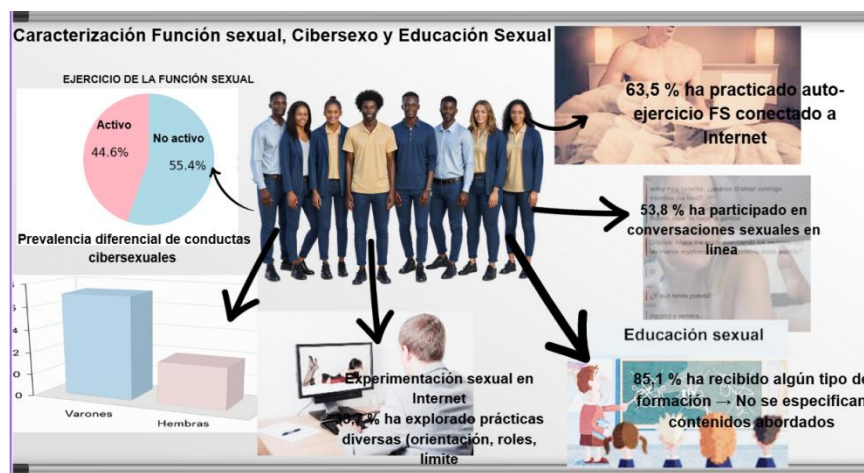


Por otra parte, con ocasión a las resultados asociadas a las prácticas de cibersexo y función sexual de los adolescentes se evidenció que 83,7 % de los adolescentes niega haber accedido a sitios sexuales en línea, mientras que 16,3 % reporta haberlo hecho. No obstante, 60 % reconoció haber realizado búsquedas activas de contenido sexual en internet, y 53,8 % indica haber participado en chats sexuales, lo que refleja una conducta digital vinculada a la exploración sexual. Asimismo, 63,5 % reportó haber practicado el auto ejercicio de la función sexual (masturbación) mientras estaba conectado, lo que puede asociarse a la accesibilidad a contenidos eróticos y la autonomía en entornos digitales. Un tercio de los participantes (33,7 %)

afirmó haber utilizado internet para experimentar con aspectos diversos de la función sexual, como prácticas no convencionales o exploración de orientación sexual, mientras que 66.3 % niega este uso. Además, 30 % señala que el cibersexo funciona como reforzador emocional, vinculado al alivio del estrés o la recompensa personal, en contraste con 70 % que no lo percibe de esa manera.

Respecto al inicio de la vida sexual, 44.6 % de los adolescentes reportó haber tenido relaciones sexuales, mientras que 55.4 % no había iniciado actividad sexual. Este dato adquiere relevancia considerando que la muestra se ubica en la adolescencia media (14–17 años). Por último, 85.1 % indica haber recibido algún tipo de educación sexual, aunque no se especifican los contenidos abordados, lo que limita el análisis sobre la calidad y profundidad de dicha formación. Estos hallazgos permiten reflexionar sobre el papel del entorno digital en la construcción de la función sexual adolescente y sus implicaciones psico-educativas

*Gráfica 3 Caracterización prácticas del cibersexo y ejercicio de la función sexual*



*Análisis comparativo por sexo: uso de redes sociales y práctica del cibersexo en adolescentes*

En cuanto al uso de redes sociales, el análisis comparativo por sexo no evidenció diferencias estadísticamente significativas. Los varones obtuvieron una media de 44.63 (DT = 17.82), mientras que las mujeres alcanzaron una media de 40.27 (DT = 15.81). Las pruebas de homogeneidad de varianzas ( $F = 1.116$ ;  $p = .283$ ) y de

comparación de medias ( $t = -1.385$ ;  $p = .169$ ) confirmaron que la experiencia de uso de redes sociales es comparable entre ambos grupos. En contraposición, el análisis estadístico evidenció diferencias significativas entre sexo en los niveles de práctica del cibersexo. Los adolescentes varones presentaron puntajes notablemente más altos ( $M = 9.43$ ;  $DT = 5.45$ ) en comparación con sus pares femeninas ( $M = 4.40$ ;  $DT = 3.66$ ), lo que sugiere una mayor prevalencia de conductas vinculadas al cibersexo en este grupo.

Relación entre el uso problemático de redes sociales y los comportamientos asociados al cibersexo

El análisis de correlación evidenció una asociación positiva moderada entre los puntajes obtenidos en el cuestionario de uso de redes sociales y los niveles de cibersexo, con un coeficiente de  $r = 0.504$ . Esta tendencia sugiere que, a medida que se intensifica el uso problemático de redes sociales, también tienden a incrementarse los comportamientos compulsivos vinculados al cibersexo (tabla 1).

*Tabla 1 Coeficientes de Correlación*

Parámetro	Valor
Coefficiente de correlación (r)	0.504
Estadístico F	38.120
Nivel de significancia (p)	<0.001

## Discusión

En el marco del primer objetivo de esta investigación, se identificaron indicadores preocupantes de uso problemático. 75.3 % de los participantes reportó estar en línea de forma casi permanente, con conexiones diarias entre 7 y 12 veces. Este patrón coincide con estudios internacionales recientes (Research Center, 2024; We Are Social & Meltwater, 2025), que evidencian una tendencia global hacia la

hiperconectividad adolescente, motivada principalmente por el deseo de mantener vínculos afectivos y ocupar el tiempo libre.

Llama la atención que 82.6 % de los encuestados comenzó a usar redes sociales de manera autónoma antes de los 11 años, lo que plantea desafíos importantes en términos de supervisión parental y protección digital. Esta exposición temprana, en un periodo de alta vulnerabilidad neurobiológica, puede favorecer el desarrollo de conductas impulsivas. Tal como señalan Herlyn et al. (2025), la maduración asincrónica entre las áreas cerebrales que procesan recompensas y aquellas responsables del autocontrol incrementa el riesgo de dependencia, especialmente en entornos diseñados para ofrecer gratificación inmediata.

Desde una perspectiva psicosocial, los adolescentes expresaron motivaciones centradas en la conexión social, la curiosidad por la vida de otros (19.9 %) y el deseo de conocer nuevas personas (17.7 %). También se evidenció una búsqueda de reconocimiento y expresión emocional a través de interacciones digitales como recibir “likes”, compartir contenido personal y mantener conversaciones a distancia. Estas prácticas reflejan procesos típicos de construcción de identidad digital y pertenencia grupal.

Aunque se reconocen beneficios educativos potenciales en el uso de redes sociales, como el acceso a recursos visuales y textos, solo una minoría (n = 6) asoció estas plataformas con oportunidades de aprendizaje. En contraste, las redes más populares fueron TikTok (n = 54), WhatsApp (n = 43), Instagram (n = 41) y YouTube, todas orientadas a la interacción visual y social. Este patrón de preferencia, junto con el bajo reconocimiento de su valor académico, se vincula con el rendimiento escolar limitado reportado por docentes, familias y estudiantes. Estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones psicoeducativas que promuevan el uso consciente de las redes sociales, integrando estrategias de auto regulación emocional, supervisión parental activa y fortalecimiento de competencias digitales con enfoque preventivo.

Los hallazgos obtenidos revelan que las actividades familiares más frecuentes entre los adolescentes encuestados giran en torno a medios digitales. Navegar o jugar en internet en conjunto (61.5 %), ver televisión (53.8 %) y practicar deportes en familia (46.2 %) destacan como espacios de interacción compartida. Otras prácticas como usar el ordenador en compañía (36.9 %) o jugar con videoconsolas (35.4 %) refuerzan la presencia de tecnologías en la dinámica familiar. Desde la perspectiva de Bandura (1984), estos modelos parentales pueden dificultar la regulación del uso de redes sociales virtuales (RSV), ya que los adultos también exhiben patrones de conexión frecuente, lo que reduce la probabilidad de que los adolescentes modifiquen conductas compulsivas.

En cuanto a los niveles de adicción, la Escala de Ecurra y Salas (2014) mostró que la mayoría de los estudiantes se ubica en un rango moderado-bajo, sin diferencias significativas entre sexos. No obstante, 70 % de la muestra presenta señales de riesgo, como uso excesivo y prolongado que interfiere con responsabilidades académicas y familiares (Nessi, 2021). Este hallazgo se interpreta desde el paradigma fisiológico-sociocultural de Bianco (2021), que advierte cómo una conducta inicialmente aceptada como el uso de RSV para socializar o entretenerse— puede evolucionar hacia formas compulsivas y disfuncionales, generando preocupación en padres y orientadores por el bajo rendimiento escolar y el incumplimiento de tareas cotidianas.

Los testimonios recogidos mediante observación participante revelan que muchos adolescentes se conectan porque sus pares y padres también lo hacen, lo que refuerza la percepción de normalidad. Desde el enfoque cuatro de Bianco, esta normalidad es un constructo sociocultural que puede invisibilizar riesgos cuando las prácticas se naturalizan por su frecuencia. Identificar cuándo una conducta se aparta de lo saludable es clave para intervenir desde la prevención educativa y terapéutica.

Asimismo, el enfoque tres de Bianco sobre los roles permite comprender las dificultades que enfrentan los adolescentes para equilibrar sus funciones como

personas, hijos/as y estudiantes. Esta desregulación puede obstaculizar el desarrollo personal y la comprensión de la felicidad, afectando su capacidad de adaptación. En este sentido, el uso compulsivo de RSV puede interferir en la construcción de un Adulto Operativo (AO), definido como aquel que maneja su libertad (L) y tolera la frustración (TF) con bajo costo emocional y mínimo impacto social (Bianco, 1986; Grupo Doctoral 3, 2021). Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la orientación familiar, la alfabetización digital y el acompañamiento emocional, promoviendo entornos que favorezcan el desarrollo integral en la adolescencia media.

En el marco del segundo objetivo de esta investigación, orientado a describir las prácticas de cibersexo reportadas por adolescentes, se identificaron patrones relevantes que permiten comprender la complejidad de esta conducta en la etapa de transición sexual. Aunque 83.7 % de los participantes negó haberse afiliado a plataformas de contenido sexual, este dato podría estar influido por factores como la escasa exposición, normas familiares restrictivas o el deseo de preservar la privacidad, evidenciado en los encuentros previos a la evaluación. En contraste, 16.3 % sí reportó afiliación, lo que representa una conducta significativa vinculada a la exploración sexual temprana, la búsqueda de autonomía digital y el riesgo de exposición a contenidos no regulados.

Un hallazgo especialmente relevante fue que 60 % de los adolescentes admitió haber buscado activamente contenido sexual en línea, lo que se interpreta como parte del proceso exploratorio descrito por Bianco (1982) en su modelo de desarrollo sexual funcional. En esta etapa de transición, las respuestas sexuales están influenciadas por el entorno sociocultural y cumplen funciones adaptativas que facilitan la integración grupal y la construcción de identidad.

Desde la teoría de la variante fisiológica (Bianco, 1991c), se observa que la alta frecuencia de exposición a estímulos sexuales digitales, junto con la baja exigencia fisiológica para su activación, favorece la repetición de conductas. En este contexto, 66.7 % de los adolescentes mantiene un funcionamiento preservado, mientras que

29.8 % presenta señales de riesgo y 3.5 % muestra patrones compulsivos compatibles con adicción al cibersexo. La incorporación de estímulos virtuales como desencadenantes legítimos de respuesta sexual como chats, imágenes eróticas o videos actualiza el modelo clásico de activación fisiológica, evidenciando que la función sexual digital puede generar respuestas comparables a las presenciales.

Además, 30 % de los adolescentes indicó utilizar el cibersexo como forma de auto refuerzo emocional, ya sea para gestionar el estrés o como mecanismo de validación personal, lo que revela su integración en procesos de autorregulación afectiva.

Este fenómeno puede entenderse como parte de un proceso de diferenciación individual, influido por factores biológicos, tecnológicos y contextuales, donde la capacidad de discriminar estímulos y respuestas se vuelve clave para el desarrollo saludable. En este sentido, se destaca la necesidad de diseñar estrategias de educación emocional y sexual que promuevan el autocuidado, la toma de decisiones informada y la prevención de riesgos. Finalmente, 53.8 % de los adolescentes reconoció haber participado en chats sexuales, una práctica que, en entornos digitales privados, adquiere una aceptación social implícita. Desde el Segundo Paradigma de Bianco (1992, 2022), esta conducta puede interpretarse como una expresión sexual desvinculada de componentes afectivos o reproductivos, lo que, en el caso de adolescentes con inmadurez biosocial, los expone a dinámicas de riesgo como el grooming. Este hallazgo subraya la urgencia de fortalecer la alfabetización digital, la supervisión adulta y el acompañamiento emocional en contextos educativos y familiares.

Asimismo, uno de los principales retos en la implementación de una educación sexual integral radica en la falta de delimitación conceptual entre las funciones afectiva, sexual y reproductiva. Esta confusión, especialmente presente en adolescentes varones, se ve amplificada por la impulsividad y la búsqueda de gratificación inmediata, propias de la inmadurez neuropsicológica en esta etapa. En un contexto de hiperconectividad, la exposición constante a estímulos sexualizados

como chats eróticos, imágenes explícitas y narrativas hipersexualizadas tiende a fusionar estas funciones de manera tautológica, dificultando la construcción de límites saludables, el reconocimiento del deseo propio y la toma de decisiones informadas.

Según Bianco (2022), esta fusión puede derivar en conductas impulsivas, desregulación emocional y dificultades para integrar la función sexual como parte coherente de un proyecto de vida. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer los procesos de orientación y psicoeducación sexual, incorporando marcos teóricos que permitan diferenciar funciones, validar experiencias y prevenir riesgos asociados al uso problemático de entornos digitales. La participación activa de padres, representantes y docentes resulta clave para acompañar el proceso de transición adolescente con supervisión sensible y eficaz.

Un dato especialmente preocupante fue que 40 % de los participantes reportó haber estado expuesto de forma accidental a material sexual ilegal en Internet. Esta situación evidencia fallas en los filtros de seguridad, insuficiencia en la supervisión adulta y un aumento del riesgo de victimización por parte de depredadores sexuales. Además, dicha exposición puede distorsionar las prácticas sexuales, normalizando dinámicas abusivas y afectando la función epistémica de la actitud, es decir, la capacidad de organizar y dar sentido al mundo sexual en construcción.

Desde el enfoque sistémico de Bronfenbrenner (1979), se plantea la necesidad de fortalecer los distintos niveles del entorno adolescente para comprender integralmente las dinámicas digitales. El abordaje de conductas desadaptativas exige una mirada multicausal que integre vulnerabilidades individuales como la soledad o el desconocimiento afectivo-sexual y presiones sociales que operan transversalmente.

En este contexto, se propone el diseño de procesos formativos sistematizados en educación sexual, tanto presenciales como virtuales, que permitan minimizar las amenazas identificadas. Esta necesidad se refuerza al considerar que 44.6 % de los

adolescentes encuestados ha iniciado su vida sexual, y 20 % reporta que sus actividades cotidianas se ven afectadas por prácticas vinculadas al cibersexo.

Desde el enfoque sieté de la toma de decisiones (Bianco, 1992), se destaca que la relevancia de una elección no depende solo de su impacto individual, sino también de sus consecuencias en otros. Por ello, se propone impulsar la capacidad de decidir como parte esencial del desarrollo personal, aceptar la flexibilidad de las decisiones ante cambios contextuales, asumir con autonomía sus consecuencias, y promover este proceso como un hábito saludable que favorezca el crecimiento integral.

En relación entre el uso problemático de redes sociales y las conductas de cibersexo, se identificó una correlación positiva y moderada entre el uso problemático de redes sociales y los comportamientos compulsivos asociados al cibersexo. Este hallazgo sugiere que, a medida que se intensifica la conexión digital, también aumentan las prácticas sexuales mediadas por tecnología, lo que coincide con estudios previos como los de Fernández (2017) y Serrano y Cuesta (2018), quienes advierten que la evolución de la Web 2.0 y el uso inmersivo de smartphones han transformado la interacción social y sexual, facilitando el acceso a experiencias eróticas virtuales y normalizando su práctica.

En esta muestra, se observó una mayor prevalencia de conductas no operativas vinculadas al cibersexo en adolescentes varones, lo que refuerza la necesidad de que orientadores y educadores comprendan cómo la búsqueda de gratificación inmediata y la hiperconectividad pueden derivar en comportamientos disfuncionales cuando no se promueve la autorregulación. Apoyar a los jóvenes en la construcción de una identidad sólida, que no dependa exclusivamente de la validación en línea, resulta esencial para enfrentar las presiones sociales y fortalecer su bienestar emocional.

Desde una perspectiva teórica, Sirianni y Vishwanath (2012) destacan que el comportamiento sexual en línea puede estar mediado por experiencias personales o por la observación de otros, lo que incrementa el riesgo de emulación sin una

comprensión crítica de sus implicancias afectivas y sociales. En contraste, los resultados del presente estudio subrayan que el desarrollo de la autoeficacia es un factor protector clave en la configuración de conductas sexuales operativas y saludables en entornos digitales.

Por ello, se plantea la necesidad de formar actitudes reflexivas tanto en adolescentes como en sus familias e instituciones educativas, integrando procesos de orientación sexual integral que permitan diferenciar funciones, validar experiencias y prevenir riesgos. Padres y educadores desempeñan un rol fundamental en el modelado de conductas operativas socialmente aceptadas (Bianco, 1992), especialmente ante una problemática emergente que exige respuestas éticas, educativas y emocionalmente inteligentes.

## **Conclusiones**

Los resultados del estudio evidencian que no existen diferencias significativas entre varones y hembras en cuanto al uso general de redes sociales. Sin embargo, el patrón de conexión frecuente —con un 75.3 % de los adolescentes conectados de forma permanente o entre 7 y 12 veces al día— representa un indicador inicial de uso no operativo. Este comportamiento ha comenzado a impactar negativamente en los vínculos familiares, el rendimiento académico y el cumplimiento de roles cotidianos, además de dificultar procesos de autorregulación emocional y toma de decisiones.

Respecto al segundo objetivo, centrado en describir las prácticas de cibersexo, se observó una mayor prevalencia de conductas asociadas en varones. Según la tipología de Delmonico (1997), 66.7 % de los participantes se clasifican como usuarios recreativos, mientras que 29.8 % se encuentra en situación de riesgo y 3.5 % presenta patrones patológicos. Estas cifras alertan sobre la exposición a contenido sexual inapropiado, que puede generar distorsiones conceptuales sobre la función sexual y favorecer conductas impulsivas. De hecho, 40 % de los adolescentes reportó haber estado expuesto accidentalmente a material sexual

ilegal, y 20 % indicó que sus actividades cotidianas se ven afectadas por prácticas vinculadas al cibersexo.

Estos indicadores reflejan una vulnerabilidad significativa, tanto psicológica como física, que incrementa el riesgo de fenómenos como el ciberacoso, la sextorsión o el grooming. Además, se constató que muchos adolescentes iniciaron el uso autónomo de redes sociales a edades tempranas, sin supervisión adulta, lo que refuerza la necesidad de fortalecer los entornos de protección.

En relación con el tercer objetivo, se estableció una correlación positiva y moderada entre el uso problemático de redes sociales y los comportamientos compulsivos asociados al cibersexo. Este vínculo confirma que la hiperconectividad puede intensificar dinámicas sexuales digitales, especialmente cuando no existen estrategias de autorregulación ni acompañamiento emocional. Asimismo, se identificó que muchos padres y representantes presentan conductas no operativas en el uso de redes sociales, y desconocen la exposición de sus hijos a contenidos sexuales ilegales.

Ante esta realidad, se plantea la urgencia de promover actitudes críticas y formativas en adolescentes, familias e instituciones educativas. La complejidad de esta problemática exige una respuesta integral que combine educación sexual, alfabetización digital, acompañamiento emocional y supervisión ética, con el fin de proteger el desarrollo saludable de los adolescentes en entornos digitales.

### **Recomendaciones**

A partir de los hallazgos obtenidos, se plantea la necesidad de continuar investigando el fenómeno del uso problemático de redes sociales y la práctica del cibersexo desde una perspectiva multicausal. Para ello, se recomienda incluir variables como los estilos de crianza, la funcionalidad familiar y la presión de pares, con el fin de comprender con mayor profundidad los factores que configuran estas conductas en la adolescencia.

Asimismo, se propone el desarrollo de estudios con diseño pre-post test, orientados a evaluar el impacto de programas formativos grupales sobre el uso consciente de redes sociales y la función sexual digital.. Se sugiere conformar equipos multidisciplinarios integrados por psicólogos, psiquiatras, orientadores, educadores y sexólogos que impulsen investigaciones sistemáticas y brinden atención terapéutica tanto a los adolescentes como a sus núcleos familiares. Esta atención debe estar centrada en la prevención, el acompañamiento emocional y la promoción de conductas operativas basadas en el autocuidado.

Para fortalecer la evidencia empírica, se sugiere replicar el estudio en muestras aleatorias de adolescentes venezolanos, incorporando variables sociodemográficas, familiares y sociales que permitan ampliar la representatividad y robustez de los resultados.

## Referencias

- Aguilar-Hernández, M., Uscanga-Almaraz, V., & Blanco-Enríquez, F. (2022). Conductas sobre sexting en adolescentes mexicanos de secundaria y preparatoria. *Sociedad e Infancias*, 6(2), 139–150. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/SOCI/article/view/84002/4564456562314>
- Alonso, C., & Romero, E. (2019). Conducta de sexting en adolescentes: predictores de personalidad y consecuencias psicosociales. *Anales de Psicología*, 35(2), 214–224. <https://revistas.ucm.es/index.php/SOCI/article/view/84002/4564456562314>  
[s://revistas.um.es/analesps/article/view/339831](https://revistas.um.es/analesps/article/view/339831)
- American Academy of Pediatrics. (2019). Perfil profesional: Dra. Brittany Allen y Dra. Helen Waterman. <https://revistas.ucm.es/index.php/SOCI/article/view/84002/4564456562314>  
[s://revistas.um.es/analesps/article/view/339831](https://revistas.um.es/analesps/article/view/339831)

Andreassen, C. (2013). 6 señales de la adicción a las redes sociales. En *Bienestar180: El sitio que mejora tus hábitos de vida* (págs. 35-48). Alianza.

Andreu-Casas, M., Ortas-Barajas, F., García-Barba, M., Ruiz-Palomino, E., & Ballester-Arnal, R. (2023). Realidad afectivo-sexual en adolescentes: Análisis de género sobre prácticas sexuales tempranas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicología*, 1, 307-314.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n1.v1.2531>

Ballester Arnal, R., Castro Calvo, J., Gil Llario, M.<sup>a</sup> D., & Giménez García, C. (2020). *Adicción al cibersexo: Teoría, evaluación y tratamiento*. Alianza Editorial.

Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa Calpe.

Beckwith, S., et al. (2024). Trends in adolescent health: Successes and challenges from 2010 to the present. *Journal of Adolescent Health*, 75(4), S9–S19.

Bianco, F. (1982). La variante fisiológica sexual. Estado actual. *Acta Científica Venezolana*, 33(1), 363.

Bianco, F. (2010). La variante fisiológica aplicada al patrón y la función sexual. En *Sociedad Venezolana de Sexología Médica. 25 años, 25 autores* (págs. 65-78).

Blanco, F., & Montiel, C. (1988, febrero). *Sexología. Aproximación a su concepto*. Presentado en el Taller Teórico Metodológico. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela, Caracas.

Boubeta, R., Ferreiro, G., Salgado, G., & Couto, B. (2015). Variables asociadas al uso problemático de internet entre adolescentes. En *Health and Addictions/Salud y Drogas* (págs. 25-38). Castellana.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Harvard University Press. Cabrales, G. (2019). El cibersexo, fenómeno contemporáneo de la cibercultura en jóvenes universitarios. Universidad de la Costa.

<https://hdl.handle.net/11323/5171>

Cali, M. A. A. (2025). Adicción a los teléfonos inteligentes entre adolescentes en el sur de Italia y correlación con el bienestar emocional y otros comportamientos de riesgo (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=351273>

Canals, F. (2019). Diccionario de delitos cibercriminales. Mission News Theme by Compete Theme. <http://www.fcanals.com/diccionario-de-delitos-ciberneticos/>

Cárdenas M., Chaves, K., Neira, J., Neita E., & Ortiz D. (2018). Sexthink: Sexo Sin Restricciones 2 Sitio Web Informático Sobre Los Beneficios Y Riesgos De Practicar Cibersexo Como Manifestación De La Sexualidad En Parejas Heterosexuales [Trabajo de pregrado no publicado]. Universidad Católica de Colombia.

<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/15942/1/Cardenas,%20Chaves%20Neita,%20Neira%20&%20Ortiz%20-%20-%20CIBERSEXO.pdf>

Carbonell Sánchez, X. (2014). Adicciones tecnológicas: qué son y cómo tratarlas. Editorial Síntesis.

Castro, J., Ballester, R., Gil, M., Morell, V., & Salmerón, P. (2014). Internet, cibersexo y consumo de alcohol: estudio preliminar en adolescentes. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(1), 507-515.

Challco, K., Rodríguez, S., & Jaimes, J. (2016). Riesgo de adicción a las redes sociales, autoestima y autocontrol en estudiantes de secundaria.

<file:///C:/Users/Personal1/Downloads/236-311-1-PB.pdf>

Ciacchini, R., Orrù, G., Cucurnia, E., Sabbatini, S., Scafuto, F., Lazzarelli, A., Miccoli, M., Gemignani, A., & Conversano, C. (2023). Social media in adolescents: A retrospective correlational study on addiction. *Children*, 10(278), 278-288.

<https://doi.org/10.3390/children10020278>

Cobis, M., & Viloría, E. (2022). Adicción a las redes sociales en adolescentes. *Sistemas Humanos, Revista de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta*, 2(1).

<https://revistas.fondoeditorial.uru.edu/index.php/sh/article/view/vol2-num1-2022-cyv-18-33/pdfcobisyviloria2022>

Colonio, J. (2023). Revisión sistemática sobre la adicción a las redes sociales en adolescentes latinoamericanos entre el 2020-2022. *Propósitos y Representaciones*, 11(2), e1759. <https://doi.org/10.20511/pyr2023.v11n2.1759>

Cookingham, L. M., & Ryan, G. L. (2015). El impacto de las redes sociales en el bienestar sexual y social de los adolescentes. *Revista de Ginecología Pediátrica y Adolescente*, 28(1), 2-5. <https://doi.org/10.1016/j.jpap.2014.03.001>

Correa, M., & Vitaliti, J. (2018). Estudio sobre las redes sociales personales y las redes sociales virtuales en la cibercultura adolescente actual. *Summa Psicológica*, 1(29). <https://www.aacademica.org/conicet/box/jose.maria.vitaliti/32.pdf>

Crone, E. A. (2019). *El cerebro adolescente*. Editorial Narcea. Establés, M.-J., Llovet, C., & Gómez, C. G. (2025). Teléfonos móviles, socialización sexual y educación mediática: percepciones y retos en la protección digital de la infancia y la adolescencia. *Revista de Comunicación*, 24(1), 127–182.

<https://doi.org/10.26441/rc24.1-2025-3762>

Fernández, N. (2017). Redes sociales virtuales, ¿fortalezas o debilidades? ¿Un análisis psicosocial relacionado con el cybersexo y la soledad - ¿Virtual social networks, strengths or weaknesses? A psychosocial analysis in relation to cybersex and loneliness. *Hamut'ay*, 3(2), 42-54. <http://dx.doi.org/10.21503/hamu.v3i2.1309>

Folch, C., Álvarez, J., Casabona, J., Brotons, M., & Castellsagué, X. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 89(5), 471-485.

France, M., Jayo, L., Ortiz, D., Moreta, & Rodrigo. (2020). ¿Sexualidad al alcance de un clic? Sobre sexualidad y tecnología en la juventud. *CienciAmérica*, 9(1), 51-65. <http://cienciamerica.uti.edu.ec/openjournal/index.php/uti/article/view/254>

García, J., & Rodríguez, M. (2014). Trabajo de campo: Embarazo en adolescentes, incidencia, prevención y control. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. <http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/2619/1/1741684.pdf>

Gómez Cadena, D. A. (2022). Percepciones sobre la infidelidad en línea en adultos jóvenes [Trabajo de Grado]. <https://repositorio.uniandes.edu.co/entities/publication/f65dacb2-8c25-4f7b-89ca88d371cdb764>

Heredia, J. (2013). Nuevo Glosario Tecnológico. Sistema de Gestión de la Calidad Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Regional Cauca /Colombia. Centro de Teleinformática y Producción Industrial. <https://es.calameo.com/books/00358668153255b5b9373>

Hernández, K. D., Yanez Palacios, J. F., & Carrera Rivera, A. A. (2017). Las redes sociales y adolescencias. Repercusión en la actividad física. *Universidad y*

Sociedad, 9(2), 242-247. <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>

Herlyn, S., Seidmann, S., Ferrali, J. C., & Herlyn, D. L. (2025). Era digital y recompensa. En *Depresiones, historia, psicopatología y tratamiento*. Teseo Press. <https://www.teseopress.com/depresioneshistoriapsicopatologiaytratamiento/chapter/era-digital-y-recompensa/>

Jha, A. K. (2020). *Entendiendo la Generación Alfa*. Universidad Lalit Narayan Mithila. <https://doi.org/10.31219/osf.io/d2e8g>

Julià, J., García-Barba, M., Gil-Juliá, B., Morrell-Mengual, V., & Ballester-Arnal, R. (2018). Motivos para el consumo de cibersexo y su relación con el grado de severidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 94, 93-103. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1164/1013>

Losa-Castillo, R. I., & González-Losa, M. del R. (2018). Conductas sexuales en adolescentes de una escuela secundaria en Mérida, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 29(3), 81–87. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v29i3.625>

Luna, M. (2013). Discriminación en instituciones de cuidado de niñas, niños y adolescentes. RELAF-UNICEF.

Luna, M., Fridman, D., Sánchez, M., Pesenti, M., & Salgado, V. (2010). Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América Latina. RELAF-UNICEF.

Madigan, S., Rash, C. L., Ouytsel, J. V., & Temple, J. R. (2018). Prevalence of multiple forms of sexting behavior among youth. *JAMA Pediatrics*, 172(4), 327. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5314>

Martín, S. G., & Castiblanco, R. A. (2024). Interacciones en las redes sociales virtuales: Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Fuentes*, 22(4), 1-15.

<https://doi.org/10.12795/revistafuentes.2024.22046>

Moreira, R., Carvalho, T., Lopes, J., do Vale, J., de Oliveira, K., & Fontes, S. (2021). Percepciones de los adolescentes sobre el uso de las redes sociales y su influencia en la salud mental. *Enfermería Global*, 20(64), 324-364.

<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.462631>

Murden, A., & Cadenasso, J. (2018). SER JOVEN EN LA ERA DIGITAL. Una aproximación a los procesos de construcción de subjetividad. CEPAL – Naciones Unidas. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.462631>

<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.462631>

Nagata, J. M., Memon, Z., Talebloo, J., Li, K., Low, P., Shao, I. Y., Ganson, K. T., Testa, A., He, J., Brindis, C. D., & Baker, F. C. (2025). Prevalencia y patrones de uso de las redes sociales en adolescentes tempranos. *Pediatría Académica*, 25(4), 102784. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2025.102784>

Nesi, J., Burke, T. A., Bettis, A. H., Kudinova, A. Y., Thompson, E. C., MacPherson, H. A., Fox, K. A., Lawrence, H. R., Thomas, S. A., Wolff, J. C., Altemus, M. K., & Liu, R. T. (2021). Uso de las redes sociales y pensamientos y conductas autolesivas: una revisión sistemática y un metanálisis. *Clinical Psychology Review*, 87, 102038.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102038>

Ojeda, M., del-Rey, R., Walrave, M., & Vandebosch, H. (2020). Sexting in adolescents: Prevalence and behaviours. *Comunicar*, 64, 9–19.

<https://doi.org/10.3916/C64-2020-01>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health>.

Organización Mundial de la Salud. (2024). Adolescentes, pantallas y salud mental:

Los adolescentes necesitan adoptar hábitos en línea más saludables.

<https://www.who.int/europe/fr/news/item/25-09-2024-teens--screens-and-mental-health>

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), & Asociación Mundial de Sexología (WAS). (2000). Promoción de la salud sexual recomendaciones para la acción.

[http://www.esanitas.edu.co/diplomados/vih/modulo%201/lecturas/promocion\\_de\\_alud\\_sexual%20oms%202000.pdf](http://www.esanitas.edu.co/diplomados/vih/modulo%201/lecturas/promocion_de_alud_sexual%20oms%202000.pdf)

Pacheco, B., Lozano, J., & González, N. (2018). Diagnóstico de utilización de redes sociales: factor de riesgo para el adolescente. RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 8(16), 53-72.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200774672018000100053&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200774672018000100053&script=sci_arttext)

Pérez, D., & Oregón R. (2012). Estereotipos sexuales y su relación con conductas sexuales riesgosas. Universidad de Puerto Rico.

<http://www.redalyc.org/pdf/2332/233228917004.pdf>

Pew Research Center. (2022, August 10). Teens, social media and technology 2022.

<https://www.pewresearch.org/internet/2022/08/10/teens-social-media-and-technology-2022/>

Ridge, B. V. (2023). El origen y evolución de las redes sociales: Un vistazo histórico a su desarrollo. Medium Multimedia.

<https://www.mediummultimedia.com/social-media/como-fue-el-origen-y-evolucion-de-las-redes%20sociales/#:~:text=El%20surgimiento%20de%20las%20redes,usuariosC%20su%20popularidad%20fue%20ef%C3%ADmera>

San L. C., J., & Salazar F., G. A. (2024). Impacto de las redes sociales en la autoestima de adolescentes (Tesis de grado). Universidad de Oriente.

<http://ri2.bib.udo.edu.ve:8080/jspui/handle/123456789/6236>

Sánchez, S., & Iruarrizaga, I. (2009). Nuevas dimensiones, nuevas adicciones: la adicción al sexo en internet. *Intervención Psicosocial*, 18, 255-268.

Sánchez, S., & Iruarrizaga, I. (2010). Nuevas dimensiones, nuevas adicciones: la adicción al sexo en internet.

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2009v18n3a6.pdf>

Save the Children. (2022). Informe desinformación sexual, pornografía y adolescencia.

<https://www.savethechildren.es/informe-desinformacion-sexual-pornografia-y-adolescencia>.

Sedano Colom, S., Lorente De Sanz, J., Ballester Brage, L., & Aznar Martínez, B. (2024). Acceso, consumo y consecuencias del consumo de pornografía entre adolescentes: nuevos retos para la educación afectivo-sexual. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, (44), 161–175.

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2009v18n3a6.pdf>

Serrano O., & Cuesta V. (2018). Propuesta de variables para el diseño de un modelo sobre tecnoadicción al sexo en la población juvenil. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 9(1), 64-71.

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2009v18n3a6.pdf>

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2009v18n3a6.pdf>

Sirianni, J. M., & Vishwanath, A. (2012). Contenido sexualmente explícito generado por el usuario: Comprensión de las motivaciones y los comportamientos

mediante la teoría cognitiva social. *Ciberpsicología: Revista de Investigación Psicosocial en el Ciberespacio*, 6(1), Artículo 7.

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2009v18n3a6.pdf>

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2009v18n3a6.pdf>

Sotés Martínez, J. R., & Mesa Rodríguez, Y. (2024). Young university students, cybersex and online prostitution. *Acta Médica del Centro*, 18(3).

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S270979272024000300003g=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S270979272024000300003g=es&tlng=en)

Torres, J. (1991). *Metodología de la investigación: Métodos y procesos*. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela – Instituto de Investigación y Postgrado (CIPPSV/IIP).

Torres Peñafiel, J. S., Criollo Maroto, C. E., & Guaman Paguay, W. M. (2024). Las redes sociales y la educación sexual. *Política y Conocimiento*, 9(1), 2290–2300.

<https://doi.org/10.23857/pc.v9i1>

Varona, N., Muela, A., & Machimbarrena, J. M. (2022). Problematic use or addiction? A scoping review on conceptual and operational definitions of negative social networking sites use in adolescents. *Addictive Behaviors*, 134, 107400.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107400>

Villanueva, V., & Serrano, S. (2019). Patrón de uso de internet y control parental de redes sociales como predictor de sexting en adolescentes: una perspectiva de género. *Revista de Psicología y Educación*, 14(1), 16-26.

<https://www.almendron.com/tribuna/wp-content/uploads/2020/05/patron-de-uso-de-internet.pdf>

Vizzuetth, A., García, M., & Guzmán, R. (2015). Construcción y validación de dos

escalas para usuarios de redes sociales virtuales: conductas sexuales de riesgo y motivación hacia el sexo en línea. *Psicología Iberoamericana*.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107400>

We Are Social & Hootsuite. (2018). Informe detallado usuarios redes sociales.

<https://wearesocial.com/es/blog/2018/07/superamos-los-4-mil-millones-de-internautas-eso-y-mas-en-digital-2018>

We Are Social & Meltwater. (2025). Digital 2025: Global overview report.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107400>

## CONSTRUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD DESDE LA FUNCION SEXUAL PENECENTRISTA EN HOMBRES JÓVENES VENEZOLANOS

Zare Andrade Araujo

Frank Cuenca

### Resumen

La presente investigación tuvo como propósito describir la construcción de la masculinidad desde la función sexual penecentrista en hombres jóvenes venezolanos. Se utilizó un paradigma interpretativo con metodología cualitativa y método fenomenológico, seleccionando a conveniencia seis hombres como informantes clave. A través de entrevistas semiestructuradas, se recopiló información que fue analizada mediante el método hermenéutico-dialéctico para su categorización y triangulación de expertos. Los resultados arrojaron siete categorías: construcción histórico-social de la masculinidad, semiología del pene, el acto sexual, totalidad penecentrista, complacencia ególatra y una vida sin pene. Los hombres construyen su masculinidad basándose en parámetros históricos y culturales transmitidos desde la crianza y reforzados socialmente. Actualmente, el pene sigue siendo el centro de la función sexual y la masculinidad, mientras son replanteados otros aspectos como la relevancia de lo emocional y el interés en la satisfacción del otro.

Palabras clave: hombres, masculinidad hegemónica, función sexual masculina, penecentrismo.

## **Abstract**

The purpose of this research was to understand the construction of masculinity from peniscentrist sexuality in young Venezuelan men. An interpretive paradigm with qualitative methodology and phenomenological method was used, conveniently selecting six men as key informants. Through semi-structured interviews, information was collected and analyzed using the hermeneutical-dialectical method for categorization and expert triangulation. The results yielded seven categories: historical-social construction of masculinity, penis semiology, the sexual act, penetrant totality, self-complacency, and a life without a penis. Men build their masculinity based on historically and culturally established parameters, transmitted from upbringing and reinforced socially. Currently, the penis remains the center of sexuality and masculinity, while other aspects are reconsidered, such as the relevance of the emotional and the interest in the satisfaction of others,.

**Keywords:** men, hegemonic masculinity, male sexuality, peniscentrism.

## **Introducción**

La función sexual masculina ha sido abordada desde diversas disciplinas como la biología, la fisiología, la psicología y la sociología, en un esfuerzo por describir un fenómeno complejo y multifacético. Masters et al. (1987) destacan que la función sexual va más allá del cuerpo y el sexo, abarcando tanto aspectos personales como culturales, incluyendo sentimientos, conocimientos, conductas, valores e ideas socialmente construidas.

Desde el paradigma construccionista, la función sexual se entiende como una realidad variable según el contexto histórico-cultural (Figari, 2007). Es decir, lo que se concibe como función sexual no es algo fijo ni determinado, sino que va de la mano del contexto histórico-cultural estudiado. Tal como lo expone Weeks (1986), cada cultura establece reglas sobre lo sexual, determinando quién, qué, cómo y dónde se vivencia. En este sentido, ni la función sexual ni los cuerpos tienen

significados inherentes, sino que responden a creencias y relaciones socialmente construidas.

Adicionalmente, al estar inscrito en un orden cultural e interconectado con la economía, la subsistencia, la jerarquía y el patrón de expresión fenotípico, el concepto de función sexual implica procesos de agrupación, inclusión y exclusión, así mismo, facilita o limita el acceso al poder y al placer de los individuos (Rodríguez-Shadow y López, 2009). Tal como lo expone Foucault (1980), “el cuerpo, en una buena parte, está imbuido de relaciones de poder y de dominación” poder cuya finalidad principal es la autorregulación del individuo en pro de encajar en los parámetros de la “normalidad” mayormente marcados por la misma sociedad (Foucault, 1978).

Por otra parte, como se hizo mención, uno de los elementos implicados dentro de la temática de la función sexual y su influencia socio-cultural es el término del patrón de expresión fenotípico. Entendido como una categoría dinámica, se trata de una construcción social, que toma como base las diferencias biológicas sexuales entre hombres y mujeres para determinar sus roles sociales (Hardy y Jiménez, 2000). De este modo, cuando se habla de la construcción de la masculinidad, a partir de la sociedad se atribuyen características y comportamientos específicos a los hombres basados en el patrón de expresión fenotípico que representan, lo que trae como consecuencia la prevalencia y favorecimiento de cierto modo de configuración de lo masculino y a su vez, la exclusión social de aquellas formas de ser hombre que no encajen en la norma. De ahí que resulte apropiado destacar el concepto de masculinidad hegemónica, propuesto por primera vez por Connell (1997), definida como un “modelo social hegemónico que impone un modo particular de configuración de la subjetividad, la corporalidad, la posición existencial del común de los hombres y de los hombres comunes, e inhibe y anula la jerarquización social de las otras masculinidades” (Bonino, 2002).

Siguiendo esta concepción, Cruz (2006) plantea que la masculinidad favorecida socialmente se caracteriza por prácticas asociadas a la represión emocional, la poligamia masculina, la competitividad, la constante demostración de autoridad y una virilidad principalmente heteronormativa, alejada de cualquier rasgo de

feminidad. En esta línea, Sagaró y Moraga (2015) reafirman que el grupo entrevistado asocia masculinidad con hombría, excluyendo a "los hombres que no sean hombres". Ser masculino implica seguridad, protección familiar, virilidad, disposición sexual con mujeres, actitud conquistadora y ausencia de llanto, lo que refleja una versión hegemónica que excluye a otros hombres.

Ahora bien, en el ámbito sexual, una de las principales representaciones hegemónicas se evidencia en la configuración del hombre en torno a su genitalidad, consolidando su virilidad. Así, el aparato sexual masculino se convierte en el ícono y esencia de la masculinidad (Otegui, 1999). La genitalidad, y específicamente el pene, se concibe como expresión fundamental del poder, siendo considerado el "signo de los signos" que define al hombre y le otorga autoridad, control y dominio (Clare, 2002).

Como resultado se tiene una sociedad penecentrista, que centra las relaciones, especialmente las sexuales, en el falo, su erección y la penetración, configurando la unión sexual como un acto triangular donde el órgano masculino predomina (Fonseca, 2005). Estas representaciones de poder fomentan creencias como que un pene más grande, una erección duradera y múltiples parejas sexuales consolidan la virilidad y el estatus de dominio social. Además, priorizan la satisfacción masculina sobre la de la pareja, vista como medio para la autocomplacencia (Fonseca, 2005). Las conquistas amorosas, la erección, la penetración y las proezas sexuales se erigen como símbolos de virilidad (Hardy y Jiménez, 2000).

Una ejemplificación de lo anterior se encuentra en el estudio de Castro, et al (2016), donde evidenciaron una tendencia de los participantes a sobreestimar el tamaño de su pene, superando lo esperado según edad y raza, lo cual se asocia con rasgos de personalidad como neuroticismo, vulnerabilidad y responsabilidad. Esta investigación, reafirma la propuesta de la existencia de una sociedad penecentrista donde los hombres significan su masculinidad en torno a su genitalidad.

Actualmente, un gran reforzador de las creencias y conductas penecentristas es la industria pornográfica. Gracias a su fácil acceso, la pornografía se ha consolidado como uno de los principales medios de acercamiento a la función sexual,

fomentando una visión idealizada de los encuentros sexuales y de los roles masculinos y femeninos que deben cumplirse en el acto sexual. Entre sus características principales resalta la prevalencia del pene como protagonista del escenario sexual, enfatizando el tamaño, la duración de la erección y la eyaculación (Del Barrio-Álvarez y Garrosa, 2015). Incluso en la pornografía lésbica y homosexual, la figura del pene permanece destacada en forma de juguetes sexuales.

Además, la función sexual humana ha estado históricamente ligada a la función reproductiva, por lo que desde la tradición evolucionista se entiende el acto sexual como un impulso biológico centrado en los genitales, necesario para la reproducción. Así, la función sexual natural gira en torno al coito genital, donde el pene figura como pilar fundamental (Amuchástegui y Rodríguez, 2005). En consecuencia, no resulta extraña la importancia que se le asigna y su relevancia social.

En otro orden de ideas, para Kimmel (1997) los hombres viven bajo la constante valorización de sus pares, ya que la virilidad se consigue a través de la aprobación de otros hombres y la hombría se pone a prueba constantemente.

Prácticas como la valentía, el poder, la fuerza y las conquistas sexuales son demostraciones del desempeño masculino en una sociedad manejada bajo la validación homosocial, en la que se debe demostrar continuamente que se es un hombre. Sin embargo, esta búsqueda de aprobación no está libre de costos, tal como lo expone Cascales (2015), la posibilidad de fracaso, el miedo a no cumplir los estándares hegemónicos, y la presión de la competitividad entre hombres, arraiga consigo un núcleo de temores, inseguridades y miedos ante el posible rechazo y marginación del estatus masculino. Así, algunos elementos determinantes en la masculinidad son el miedo y el cuestionamiento del ser, en una batalla constante contra lo que la sociedad define como ser un hombre.

En apoyo a lo anterior, Venegas (2020), expone la existencia de una máscara conocida como «masculinidad», dotada de poder, dominancia, experticia sexual y constante disposición a la práctica sexual. Sin embargo, como toda máscara, tiene dos caras: detrás se oculta una presión constante que constriñe a la población

masculina, así como el miedo latente a perder la virilidad asociada a lo sexual.

A nivel de funcionalidad sexual, Abou Orm Saab y Camacaro (2013) demuestran cuantitativamente la prevalencia de creencias penecentristas en la sociedad masculina venezolana, destacando el miedo a perder la virilidad por no rendir sexualmente como se espera socialmente. Sus resultados reflejan que los temores principales son la disfunción eréctil (50,91%), la eyaculación precoz (20,09%) y el no complacer a la pareja (19,09%). Además, la mayoría de los hombres participantes vinculan la virilidad con la potencialidad sexual (60,91%), lo que conecta con el temor a experimentar disfunción eréctil en algún momento, pues sus actividades sexuales miden su masculinidad y los sitúan en riesgo constante a ellos y a sus parejas.

A propósito de lo planteado, la presente investigación busca, desde un enfoque cualitativo, responder a la siguiente interrogante: ¿cómo es la construcción de la masculinidad desde la función sexual penecentrista en hombres jóvenes venezolanos? De este modo, la misma, cuenta con una relevancia contemporánea al surgir en un escenario sociocultural donde el término masculinidad se replantea a raíz de los movimientos feministas y las revoluciones sexuales. Aunque actualmente existe una mayor diversidad sexual y sus prácticas, en esencia, aún, persisten límites penecentristas que afectan a gran parte de la población.

Siguiendo esta idea, el presente trabajo presenta contribuciones a nivel humano-social, al exponer la realidad de la función sexual masculina dominante mediante (a) la exploración y cuestionamiento de las creencias preestablecidas sobre la masculinidad tradicional como constructo vigente; (b) la comprensión de los roles que juegan los hombres y el pene en su función sexual; y (c) la concientización de las repercusiones psicológicas, sociales y sexuales de dicha construcción. Además, busca brindar un espacio seguro y confidencial para la expresión de los informantes, libre de expectativas sociales y de la máscara de hombría impuesta, promoviendo beneficios en el autoconocimiento personal, la calidad de las relaciones sexuales y la construcción de su masculinidad.

## **Objetivos**

### General

Describir la construcción de la masculinidad desde la función sexual penecentrista en hombres jóvenes venezolanos.

### Específicos

1. Analizar los elementos históricos, sociales, familiares y culturales que influyen en la construcción tradicional de la masculinidad en hombres jóvenes venezolanos.
2. Identificar las creencias, emociones y experiencias subjetivas que los hombres jóvenes atribuyen al significado y expresión de su masculinidad desde una perspectiva penecentrista.
3. Examinar los cambios y mutaciones actuales en las percepciones y prácticas de la masculinidad, especialmente en relación con la funcionalidad sexual, el placer y las formas de expresión masculina en este grupo poblacional.

## **Materiales y métodos**

La investigación se desarrolló bajo un paradigma interpretativo de enfoque constructivista, lo que permitió describir cómo los hombres conciben su masculinidad desde lo sexual, tomando en cuenta los ideales socioculturales. Se empleó una metodología cualitativa para explorar aspectos como creencias, sentimientos y experiencias relacionadas con la construcción sexual masculina, utilizando el método fenomenológico para profundizar en la subjetividad de los participantes.

Se seleccionaron seis (6) hombres como informantes clave mediante un muestreo intencional, bajo los siguientes criterios: ser hombres venezolanos de 25 a 30 años, con experiencia sexual activa. La participación fue voluntaria y consentida.

Para la recolección de datos se utilizaron entrevistas, realizadas de forma virtual mediante videollamadas, con una duración de 15 a 35 minutos. Las preguntas, previamente establecidas, abordaron temas como la funcionalidad sexual, las creencias sobre la virilidad, la simbología del pene y preocupaciones sexuales,

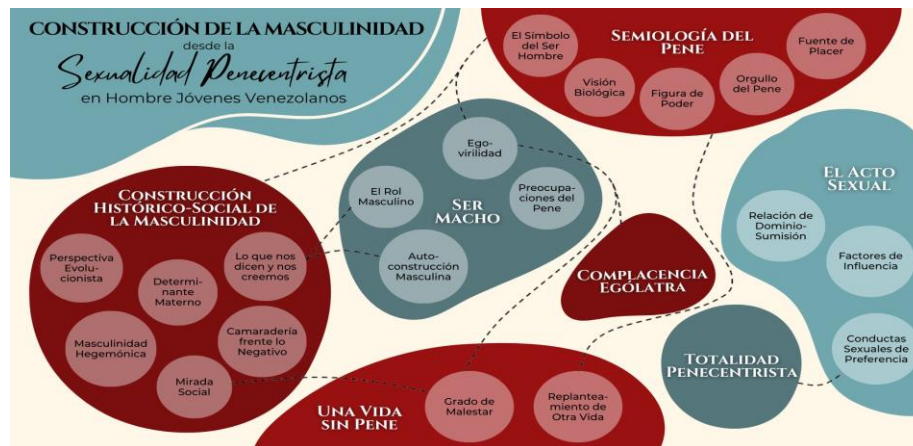
permitiendo también la inclusión de preguntas adicionales según el desarrollo de cada entrevista.

Las entrevistas fueron grabadas (previo consentimiento), transcritas y analizadas mediante un enfoque hermenéutico-dialéctico. El análisis se llevó a cabo en tres etapas: primero, se realizó una lectura y categorización mixta, identificando categorías generales y subcategorías relacionadas con la visión de la función sexual masculina; luego, se efectuó una triangulación de expertos con la participación de cuatro profesionales en psicología y/o sexología, quienes validaron la categorización inicial respetando el anonimato de los informantes; finalmente, se compararon los resultados iniciales con las observaciones de los expertos, estableciendo así las categorías definitivas.

## **Resultados**

Con el propósito de responder la pregunta de investigación, ¿cómo es la construcción de la masculinidad desde la función sexual penecentrista en hombres jóvenes venezolanos?, en este apartado se presentarán, primeramente, las categorías y subcategorías representativas de los resultados obtenidos a partir de los discursos pertenecientes a los informantes entrevistados, a su vez, esquematizadas en la Figura 1. Posteriormente, se analizarán y discutirán dichas categorías, a la luz de las teorías y antecedentes previamente expuestos.

Figura 1



*Construcción de la masculinidad y función sexual penecentrista.*

Categoría Construcción histórico-social de la masculinidad: Implica un recorrido por las diversas áreas implicadas en la construcción de lo que se ha concebido como masculinidad a lo largo de la historia, incluyendo la visión biologicista, la influencia del entorno y la tradición cultural, el elemento materno como determinante, la mirada social y la especie de compromiso implícito compartido por los hombres de no hablar sobre lo negativo. Como subcategorías se encontraron: lo que nos dicen y creemos, determinante materno, perspectiva evolucionista, masculinidad hegemónica, mirada social y camaradería frente a lo negativo.

Lo que nos dicen y creemos: Constituye el conjunto de ideas y opiniones que reflejan la concepción social de la función sexual masculina, las cuales pueden o no ajustarse a la realidad y están fuertemente influenciadas por factores externos que acompañan el desarrollo humano, como la crianza, el entorno social, la religión, la cultura y la pornografía. Entre ellas destacan la importancia del tamaño del pene, el apetito sexual exacerbado, la completa disposición sexual, la autocomplacencia, la visión negativa de la función sexual y la idealización de los encuentros sexuales. Sobre esta subcategoría, se tomaron las siguientes líneas:

“...que ese apetito sexual de los hombres está exacerbado al mil por ciento y que sólo, nosotros somos unas máquinas de sexo y no pensamos en más nada” (I.1-L.166-167) \*

“...a más tamaño, más placer, si no me equivoco, algo así dicen.” (I.2-L.57) \*  
“...entonces es más hombre el que lo tenga más grande. Es más hombre el que aguante más. Es más hombre el que eh... eh... tenga... ¿cómo es? el que sea más agresivo en la cama. El que pueda tener a más personas eh... sexualmente hablando.” (I.5-L.143-145) \*

“Creo que debe ir desde la crianza, o sea, debe afectarte la crianza así que tengas, en el entorno donde crezca y el entorno donde te desarrolles” (I.6-L.74-75) \*

Determinante materno: Énfasis por parte de los informantes en el rol que juega la figura materna como educadora de la función sexual, siendo, en ocasiones, una figura castradora y/o machista. Para tener un ejemplo, se citaron las frases:

“...a veces hay mamás y abuelas que no dejan que los hombres cocinen o que limpien o que laven porque son actividades de la mujer. Entonces eso también... como que influye en lo que nosotros pensamos que puede ser la masculinidad” (I.3-L.75-77) \*

“...de la construcción del hombre, de si son muy machistas, o... si incluso la misma mamá, porque hay mamás que son remachistas, entonces perpetúan eso, ¿sabes? Como que “ay tengan novias y no sé qué y tal”. O sea, es la misma mamá que la que aplaude eso.” (I.6-L.328-331) \*

Perspectiva evolucionista: Visión de la función sexual y desarrollo de la masculinidad asociados a aspectos biológicos y evolutivos, como la predisposición natural de los hombres a ciertos comportamientos o cualidades, el inicio del desarrollo a partir de la pubertad, y el entendimiento del acto sexual como sinónimo de la capacidad reproductiva. Al respecto, se tomaron las siguientes líneas:

“...los hombres tenemos predisposiciones a ciertas cosas” (I.1-L.80) \*

“...después de... cuando ocurre la pubertad y esas cosas, es que pienso que se va fomentado eh... I-la verdadera masculinidad, (...) Después de la pubertad,

bueno, este... allí entonces, es donde... comienzas a saber que son las cosas que te gustan, y... y puedes, eh... definirte mejor si te encuentras... dentro de lo que es género masculino.” (I.3-L.83-87) \*

“...en realidad, ehh... las relaciones sexuales están hechas... es para la reproducción, aunque también se puede... se puede hacer solamente como con el objetivo del placer, pero principalmente, ajá, es-es para la-la reproducción.” (I.3-L.117-120) \*

Masculinidad hegemónica: Se entiende por la prevalencia de un tipo de masculinidad preferida desde la visión sociocultural, que exalta características tales como la separación de lo masculino y femenino, la promoción de la vivencia sexual masculina, represión de la emocionalidad, y la heteronormatividad. Para ejemplificar, se presentan a continuación algunos fragmentos del discurso:

“...culturalmente, es como que eso también forma parte, de... esa división de género, de lo que es masculino y lo que es femenino. Así como cuando ajá desde pequeño, si... si somos varones nos relacionan con el color azul y a las mujeres con el color rosa, pero este... al final nada más son colores. Pero eso también va como que fomentando lo que es, eh... la división entre lo masculino y lo femenino.” (I.3-L.79-83) \*

“...recuerdo que una vez yo le dije a mi papá, este que lo amaba y él me dijo que no le dijera eso, que eso era para mujeres”. (I.5-L.92-93) \*

“...todas esas conductas de los patrones de referencia que tienes te van guiando para que tú... ehm... construyas esta-este-este-este prototipo de masculinidad” (I.5-L.93-95) \*

Mirada social: Perspectiva social de la función sexual que implica la opinión de los otros miembros de la sociedad sobre un individuo basándose en su desempeño sexual, la fama resultante; la presión del juicio externo y de la expectativa de lo que se cree que implica un adecuado desempeño sexual; y la relevancia de dicho desempeño como predictor de rendimiento en otras áreas. Como ejemplos, se tomaron las siguientes líneas discursivas:

“...he conocido amigos que... ganan otra reputación solo porque son buenos en esa área. O sea, pueden ser malos en otro, pero si son buenos en esa área,

ganan otro tipo de respeto” (I.1-L.308-309) \*

“...el ser juzgado sexualmente eh... por... por cómo me desempeñe.” (I.5-L.290) \* “Obviamente la gente te va a tachar como que ok, o sea, no tienes-o sea, siempre van a haber los prejuicios y tal” (I.4-L.170-171) \*

"Porque me imagino, que ajá, la otra persona espera más de lo que... lo que ya había mencionado pues." (I.2-I.94-95) \*

Camaradería frente a lo negativo: Se entiende como un pacto implícito entre los hombres a no permitirse conversar sobre preocupaciones o vivencias negativas de su función sexual, negándolas o restándoles importancia. Como ilustración de lo anterior, se tienen los siguientes hilos del discurso:

“...eso es un punto de honor entre hombres. De que... no-no se habla de eso” (I.1-L.333-334) \*

“No, porque en realidad, bueno, esa parte no... no la hablaba con... con mis otros amigos.” (I.3-L.23) \*

Categoría semiología del pene: Comprende los significados asociados al pene, correspondientes a: todo lo inherente del hombre y por ende de lo masculino; su funcionalidad reproductiva como órgano; su función placentera; un signo de estima, renombre y orgullo; y asociación al poder. Las subcategorías que emergieron al respecto fueron:

El símbolo del ser hombre, visión biológica, orgullo del pene, fuente de placer y figura de poder.

El símbolo del ser hombre: Expone al pene concebido como la principal representación simbólica del hombre y por ende de lo masculino. Respecto a esta subcategoría, se tomaron las siguientes citas:

“...un signo característico... por ser un signo característico del hombre significa todo lo masculino” (I.1-L.142-143) \*

“¿Qué simboliza el pene? Masculinidad.” (I.2-L.68) \*

“...se usa mucho para representar lo masculino, creo, o sea, lo viril” (I.6-L.250)

**Visión biológica:** Representación del pene como un órgano con capacidad reproductiva.

Las siguientes líneas discursivas son ejemplo de lo expuesto:

“...la predisposición a la vida, es decir, en el pene, se encuentran todos esos microorganismos que permiten que exista vida humana, (...) para mí es un barco, que lleva la posibilidad de vida.” (I.1-L.154-155) \*

“...al pene, eh-el órgano sexual masculino.” (I.3-L.91) \*

“...la reproducción, es como que ok, este... es tu aparato reproductor masculino.” (I.4-L.150-151) \*

Orgullo del pene: El pene es un símbolo de alta estima que proporciona renombre y honra.

Las verbalizaciones a continuación ilustran lo descrito:

“...es un honor tener un pene, entonces un hombre debería sentirse honrado de tener un pene... de que este sea fuerte, de que este sea capaz de llevar vida” (I.1-L.158-159) \*

“...se te concedía como un orgullo, al ser hombre y al tener... algo entre las piernas” (I.5-L.51-52) \*

Fuente de placer: Visión funcional del pene como medio para proporcionar y recibir placer.

A modo de ejemplo, se exponen los siguientes hilos discursivos:

“...placer, porque ajá, al momento de... estar en un encuentro eh... eh-es esa-esa, es el... el uso que le das, pues” (I.4-L.147-148) \*

“...para mí es simplemente... algo que guinda \*risa\*, que se pone duro y que... pues, da placer, y ya.” (I.6-L.255-256) \*

Figura de poder: Percepción del miembro fálico como una representación de poder que permite posicionarse en una jerarquía social superior, por medio de su posesión y uso a través de la penetración. Para ejemplificar, se extrajeron los siguientes fragmentos:

“...para mí representa fuerza, o sea, para mí, al estar ligado a lo masculino representa un órgano que... que te otorga fuerza” (I.1-L.157-158) \*

“...antes habían culturas donde eh... a un hombre se le quitaba su hombría cuando otro hombre se lo cogía. Si o-o-un hombre podía como... este... penetrarlo, este hombre que era penetrado era como desvirilizado y

desmoralizado. Entonces, eh... desde allí, empieza como una construcción desde... como... este-este-esta figura fálica, como figura de...de-de poder, que... que tiene el hombre” (I.5-L.172-176) \*

“...le entregamos todo ese poder a ese miembro y por ende, mientras más grande, mientras más eh... carnoso, mientras más este... poderoso sea, eh-más poderoso va a ser este hombre.” (I.5-L.193-195) \*

Categoría ser macho: Percepción subjetiva de los participantes sobre lo que implica ser un hombre desde su perspectiva, incluyendo la confianza viril ligada a la presencia del pene, el desempeño en actividades relacionadas, los roles que deben cumplir y las preocupaciones asociadas a su función sexual. Las subcategorías asociadas fueron: Ego-virilidad, el rol masculino, autoconstrucción de la masculinidad y preocupaciones del pene.

Ego-virilidad: Implica la concepción de la virilidad como la confianza propia del hombre, resultado de la visión positiva de sí mismo y seguridad brindada por la presencia del pene y un desempeño idóneo, o por el contrario, la pérdida de las mismas, en caso de la ausencia del miembro viril o un desempeño diferente al esperado. Los siguientes extractos textuales sirven como ejemplo:

“...lo primero, que yo pienso que, que lo construye es la confianza en sí mismo, y eso antecede al acto sexual en sí” (I.1-L.93-94) \*

“...eso debe-debe ir como que, primero en la confianza que el sujeto tenga en sí mismo, o sea, la seguridad que pueda tener en sí mismo” (I.6-L.76-78) \*

“es un latigazo al honor, por lo menos en mi caso, para mí como hombre” (I.1-L.274-275) \*

“...sí sé que se vería afectado. Porque... digamos que un 70 por ciento de la seguridad que uno tiene, está ahí, creo yo.” (I.6-L.273-274) \*

El rol masculino: Concepción de la función que debe desempeñar el hombre en el ámbito sexual (protector, benefactor, dispuesto), con énfasis en la obligación implícita de cumplir y finalizar un encuentro sexual una vez iniciado a pesar de que no se quiera. Como ejemplos, se exponen las siguientes citas:

“Protector... Protector en primera instancia, y... creo que... no se si sería la palabra, pero es benefactor” (I.1-L.208-209) \*

“...eso de que tengo que cumplir. O sea... me sentí obligado o forzado a cumplir” (I.1-L.246-247) \*

“Hay que complacer a la pareja, hay que satisfacer sexualmente.” (I.3-L.114-115) \*

“...cuando sientes que tienes que cumplir o tienes ese tal, eso es fatal, eso es horrible” (I.6-L.205-206) \*

Autoconstrucción de la masculinidad: Entendimiento de la masculinidad como un constructor, que puede ser modificado desde la particularidad subjetiva de los informantes, involucrando procesos de deconstrucción de ideales y toma de consciencia. A modo de sustentar, se extrajeron las frases:

“...yo he tenido que conectarme con ciertas cosas, por así decirlo, de mi lado femenino, pero no dejo de ser papá” (I.1-L. 123-124) \*

“...la... virilidad o masculinidad, es una especie de constructo social” (I.6-L.104) \* “...no comprendía en ese momento que para mí la construcción de la masculinidad va mucho más allá de lo que haga o no haga.” (I.5-L.126-128) \*

“...el desarrollo más completo es cuando uno es consciente sobre su propia función sexual.” (I.6-L.95-96) \*

Preocupaciones del pene: Engloba el conjunto de preocupaciones manifiestas por los entrevistados en relación con la funcionalidad del miembro fálico, principalmente asociadas a la calidad de la erección, el tiempo de eyaculación, el desempeño sexual y la cualidad fértil. Para ejemplificar, se presentan los siguientes fragmentos extraídos:

“Puede ser que no haya tenido este... una erección plena.” (I.2-L.75) \*

“que... en algún momento sufra de alguna disfunción eréctil. Eso creo que también es algo muy importante, puede afectar a... a-a cualquier hombre, es que... ajá, que no se le pare.” (I.3-L.148) \*

“venirme rápido, por ejemplo. Pero nunca fui precoz-precoz, pero tenía ese miedo,

¿sabes? Tenía como ese nervio como que ay que me pase” (I.6-L.215) \*

Categoría el acto sexual: Expone los aspectos implicados en torno a la vivencia

de un encuentro sexual, tales como los factores de influencia, el conjunto de conductas consideradas placenteras, y los roles propios del encuentro. Surgieron tres subcategorías: factores de influencia, relación de dominio-sumisión y conductas sexuales de preferencia.

**Factores de influencia:** Los encuentros sexuales no son sólo una relación carnal, sino que involucran una globalidad de aspectos cognitivos, emocionales, intereses, atracción, apoyo y empatía, que potencian o disminuyen de manera directa en la satisfacción sexual de los involucrados. A modo de ejemplo, se tomaron las siguientes líneas del discurso:

“...principalmente conexión emocional” (I.1-L.14) \*

“...el modo, como el estado de ánimo, de que... o sea, si te sientes mal yo siento que... es como que no es muy o sea, no es muy momento como para... o sea, para, estar en un encuentro pues” (I.4-L.114-116) \*

“...también estaba pensando en otras cosas que no me hacían concentrarme.” (I.3-L.134-135) \*

“pero si no me gusta y no es algo que me atraiga, pues puro sexo me da como asquito” (I.6-L.196) \*

**Relación de dominio-sumisión:** Se entiende como la visión del encuentro sexual como un acto de dominio, donde hay en juego roles de control, dominancia y pasividad. Como ejemplos, se tienen las siguientes líneas discursivas:

“...yo suelo llevar las riendas del acto” (I.1-L.52) \*

“...a veces tomamos rol, que-que yo, o sea, eh... yo hago como que ajá, soy el dominante o yo-yo me dejo a dominar y tipo así.” (I.4-L.39-40) \*

**Conductas sexuales de preferencia:** Conjunto de comportamientos y modos prevalentes de practicar la función sexual, conformado por prácticas que involucran las zonas genitales (vulva, vagina, pene, testículos, próstata), tales como: sexo oral, sexo anal, penetración vaginal, y masturbación; prácticas que no involucra las zonas genitales, tales como: besos, caricias, y la piel en general y juegos previos. Las siguientes verbalizaciones ejemplifican lo descrito:

“...la penetración vaginal, sin duda. Eh... eh, eh, en segundo lugar, el sexo oral, y en tercero la masturbación” (I.1-L.49-50) \*

“...también puede ser con-con frote, (...) Y este... puede ser también a través de sexo oral.” (I.3-L.125-127) \*

“...sexo oral y, eh... sexo anal.” (I.5-L.253) \*

“...los besos, las caricias, me gustan el... eh-los juegos previos” (I.2-L.14) \*

“...siempre iniciamos como juego previo” (I.4-L.35) \*

Categoría totalidad penecentrista: Comprende la concepción del acto sexual altamente ligado a la presencia del pene, la práctica de la penetración y la eyaculación, como puntos claves para su completitud, por lo que no se complementa si no hay presencia de las mismas dentro del encuentro. A modo de ilustrar, se presentan las siguientes líneas discursivas:

“Y penetración, como para concluir.” (I.2-L.17) \*

“...hasta llegar al clímax o a la eyaculación... de ambos, pues, esa es la idea de... de una relación sexual, que ambos lleguen a... a su eyaculación” (I.3-L.115-116) \* “...piensan que el sexo termina cuando el hombre eyacula.” (I.6-L.178) \*

“...el que tengo que-que producirle placer a la otra persona mediante la penetración”. (I.2-L.46-47) \*

Categoría complacencia ególatra: Implica el especial interés en la opinión del otro, su reacción ante el encuentro y experiencia sexual, así como en su disfrute y goce como determinantes de la satisfacción sexual propia. Lo que proporciona un sentimiento de autocomplacencia por haber sido capaz de generar placer. Los siguientes referentes textuales sirven como ejemplo:

“...la otra persona siente que... como que... tiene la cara de como que... de que no está cómoda o algo así, siento que es como un mal rendimiento como que mío” (I.2-L.115-116) \*

“Porque quiero que lo pase igual de bien que yo. Incluso si lo pasa mejor que yo, para mí es ganancia” (I.1-L.222-223) \*

“...primero está la mujer. Y... yo soy como que los que yo no me concentro en mí hasta que yo no sepa que ella está bien” (I.6-L.141-142) \*

“...me siento bastante eh-satisfecho. Porque... eh... eh-por lo menos en tres de cada cinco encuentros, o sea, por lo menos ella llega al orgasmo, o sea que me hace sentir bastante satisfacción.” (I.4-L.142-144) \*

Categoría una vida sin pene: Comprende el planteamiento de una vivencia sin la presencia del miembro viril desde la perspectiva particular de los informantes, incluyendo el malestar subjetivo ante los escenarios relacionados. En relación a este tema, surgieron dos categorías: grado de malestar y replanteamiento de otra vida.

Grado de malestar: Implica el indicador de malestar subjetivo de los participantes frente a situaciones asociadas a la falta de pene o a un inadecuado funcionamiento. Como ejemplos, se extrajeron los siguientes hilos discursivos:

“Yo creo que cambiaría todo principalmente, es más, no sé ni siquiera como me sentiría. Que probablemente, capaz entre en depresión y-y... tendría que buscar ayuda para salir de eso, pero... Es un escenario muy, muy, muy difícil.” (I.2-L.120-122) \*

“...te sentirías inservible en ese aspecto” (I.4-L.159) \*

“Hubo frustración, hubo ansiedad” (I.5-L.273) \*

“O sea, sería... refuerte. Sinceramente, sería refuerte porque... es como que... jum, muy triste, llorar, llorar \*risas\*. No sé, me siento llorar dos días, tres días. Ni idea, no es que yo... que pregunta tan horrible esa...” (I.6-L.269) \*

Replanteamiento de otra vida: Corresponde el planteamiento por parte de los participantes de la posibilidad de una vida sin pene y los aspectos que comprendería, como el efecto negativo que tendría en la concepción social de la hombría, en el ejercicio de su función sexual y la capacidad reproductiva. Así como la reinención de la forma de dar y recibir placer. Para ilustrar lo expuesto, se presentan las siguientes citas:

“...en cuanto a lo no sexual, si pueden sobrevivir sin pene, realmente. Pero... a-a-a la función sexual, yo no me veo... de otra manera, o sea no... indiferentemente, si yo voy a practicar penetración o no... no me veo de otra manera... porque en el caso de la masturbación, como se hace, no me veo, no-no... no siento como que... que se podría, este... hacer algo sin él.” (I.2-L.134-137) \*

“...habrá que reinventar, por completo lo que es dar y recibir placer”. (I.6-L.312)

\* “...ante la figura de otros hombres, al saber que yo no tengo... que yo no tuviese pene, yo sé que quedaría repudiado, porque... no sería considerado un hombre,

porque no tengo pene, a mí me-me mirarían por debajo, solamente por no tener pene.” (I.5-L.235-238) \*

## Discusión

Se puede observar que existe un claro determinante socio-cultural e histórico tras la construcción de la masculinidad. Weeks (1986) explicaba cómo es el contexto el que regula y da sentido a las creencias y prácticas de sus ciudadanos en torno a lo sexual. De modo tal que la noción subjetiva que se tiene del ser hombre, no es más que el resultado de una construcción histórica consecuente de la mirada social y cultural, ampliamente nutrida por variedad de perspectivas y agentes de influencia. Destacando, entre los informantes, un conjunto de factores de índole externa y característicos del período del desarrollo, que juegan un rol importante dentro de la conformación del individuo como hombre.

Dichos factores corresponden a la crianza recibida, el cuidador particular (materno en su mayoría), la religión predominante, la pornografía como medio de referencia sexual, y la visión global y cultural que se tenga sobre el hombre y su función sexual. Así mismo, estos factores sirven como medio para la transmisión y propagación de mitos y creencias, que anteriormente fueron mencionadas por varios autores, entre las cuales se encuentran: los hombres siempre están dispuestos a mantener relaciones sexuales (Sagaró y Moraga, 2015), los hombres sólo se interesan por su propia satisfacción sexual (Fonseca, 2005), el tamaño del pene es importante (Castro, et al, 2016; Del Barrio-Álvarez y Garrosa, 2015). Otras creencias destacadas por los informantes se relacionaron con apetito sexual exacerbado masculino, la función sexual como algo negativo y prohibido, y cierta idealización de los encuentros sexuales.

Desde la percepción de los informantes, algunas de estas creencias si bien no son más que mitos, otras sí son reflejo de la realidad. Entre ellas, resulta notable la asimilación común de la población masculina de su rol como proveedores de satisfacción sexual y la presencia de un marcado «deber» en cumplir con los encuentros sexuales iniciados, incluso si no existe un deseo sexual presente o este se ha perdido. «Deber» que nutre y es nutrido por la creencia alegada por Sagaró y

Moraga (2015), sobre la permanente disposición de los hombres a establecer contacto sexual sin importar las condiciones.

Algo similar ocurre con la perspectiva esencialista expuesta por Amuchástegui y Rodríguez (2005), donde, aunque los entrevistados manifiestan variedad de elementos personales y sociales inmiscuidos en lo sexual, su discurso aún presenta rastros de dicha visión, en la que la función sexual se concibe como sinónimo de reproducción y la masculinidad se vincula al desarrollo evolutivo y la capacidad reproductiva.

Retomando el conjunto de creencias descritas, se hace constar la presencia de la masculinidad hegemónica presentada por Connell (1997). Existe así, una preferencia social, expuesta inicialmente por Cruz (2006) y compartida por los informantes, de un tipo de masculinidad específica caracterizada por la sexualización del varón, las relaciones heterosexuales como normativa, la división de roles basada en el patrón de expresión fenotípico, suprimiendo al hombre de cualquier indicio de feminidad y la represión de la emocionalidad. Incluso dentro de la comunidad homosexual puede estar presente dicho fenómeno.

Hasta el momento, se ha expuesto como el recorrido histórico, social, cultural y familiar regula lo que es o no la masculinidad, sin embargo, entre los resultados de los informantes se destaca el replanteamiento de algunas creencias preexistentes y la toma de conciencia de la masculinidad como un constructo modificable, lo que trae como consecuencia una construcción subjetiva de la masculinidad propia de cada individuo, derrocando algunos de los criterios tradicionalmente impuestos, como la heteronormatividad y el rechazo a cualidades intrínsecas femeninas; y manteniendo otros, como la sexualización del varón y la relevancia del pene en su constitución.

En relación a este último punto, se destaca la significancia del miembro fálico como producto de la misma construcción histórico-cultural. El principal significado brindado por los entrevistados corresponde a la concepción del pene como principal representación simbólica del ser hombre y por ende de lo masculino, lo que afianza lo referido por Otegui (1999) sobre cómo el órgano sexual masculino es ícono y

sustancia de la masculinidad. A su vez, Clare (2002) especificaba que el pene es la marca que posiciona al hombre como tal y le proporcionaba un poder social, visión compartida por los informantes quienes perciben el miembro viril como una herramienta de poder, cuya presencia, tamaño, calidad de turgencia y firmeza en la penetración permite posicionarse dentro de la jerarquía social, promoviendo su alta estima y orgullo al poseerlo. Otros significados presentes dentro del grupo de informantes se asocian a la visión biológica producto de la perspectiva esencialista anteriormente discutida y a la perspectiva del pene como herramienta para brindar y recibir placer.

Respecto a la virilidad que se atribuye a lo masculino, las investigaciones de Venegas (2020) y Abou Orm Saab y Camacaro (2013) concluyeron que las poblaciones masculinas asocian el término de virilidad a la potencialidad sexual, vivenciando un miedo constante por la pérdida de la misma en caso de no cumplir con el rendimiento sexual socialmente esperado. Dentro de la presente investigación los entrevistados ratifican dicha aseveración, planteando que la virilidad apunta a la confianza y seguridad en sí mismos como hombres, gracias a la presencia del pene y su adecuado funcionamiento; y por el contrario, la pérdida de la cualidad viril si no hay miembro o sí el mismo no se desempeña de acuerdo a lo esperado. Gran parte de esto, fruto de la construcción simbólica en torno al pene, discutida previamente. Es por dicha razón que entre sus principales preocupaciones y miedos a nivel sexual se encuentran la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, un desempeño sexual inadecuado e infertilidad.

Delimitando lo concerniente al encuentro sexual, se reafirma lo estipulado por Foucault (1980) sobre el poder en cuestiones del cuerpo, evidenciándose en los informantes la percepción del acto sexual como un juego de roles de dominio y sumisión. Según Clare (2002) y Venegas (2020), el hombre debe asumir el rol dominante, sin embargo, los entrevistados expresan que dicha norma no siempre se cumple, permitiendo la posibilidad de un rol hombre-sumiso en ciertos contextos.

Siguiendo lo anterior, la prevaleciente idea de que el sexo masculino cuenta con un exacerbado interés sexual y siempre están dispuestos a mantener un encuentro sexual indiferente de quién fuera la contraparte (Sagaró y Moraga, 2015) es otra

creencia que se pone en entredicho. Al contrario de lo socialmente creído, dentro del discurso de los entrevistados se identifican variedad de factores de influencia que pueden afectar el desarrollo y disfrute sexual masculino, e incluso el desempeño que se tenga, más allá de la cualidad biológica y viril. Desde lo cognitivo como la concentración, lo emocional como el estado de ánimo del momento, pasando por la atracción e interés en la pareja, hasta la mutua comprensión y comunicación, son algunos de los elementos que pueden influir dentro del encuentro.

En el factor emocional, resulta relevante destacar la importancia que adquiere la conexión afectiva en el encuentro sexual, incluso si va en contra de la construcción tradicional de la masculinidad que reprime la expresión emocional en los hombres (Cruz, 2006). Contrario a lo esperado, los entrevistados valoran la apertura emocional y la manifestación del sentir como elementos que potencian la satisfacción sexual. Esto sugiere que, aunque la represión emocional prevalece a nivel social, su aplicabilidad se limita a las interacciones sociales externas y no necesariamente en la intimidad sexual.

Respecto a las conductas sexuales de preferencia, estas se agrupan en dos categorías. El primer grupo incluye las prácticas no genitales, que desde una perspectiva global funcionan como escenario preliminar para el segundo grupo, compuesto por prácticas directamente vinculadas a las zonas genitales. En este último, el pene figura como elemento común y determinante, en consonancia con lo planteado por Fonseca (2005) sobre la unión sexual como un acto de tres elementos: el hombre, su pareja y su pene. Los informantes coinciden en que un acto sexual sólo se considera completo si hay presencia del pene, penetración y eyaculación, lo que confirma una función sexual fundamentalmente penecentrista.

Cuando se aborda la satisfacción sexual masculina, los entrevistados muestran un interés destacado en el disfrute de la pareja, priorizando incluso su vivencia placentera sobre la propia y considerando que la retroalimentación de la contraparte es un factor determinante en la satisfacción masculina y la autopercepción de virilidad. Esta realidad contradice notablemente lo planteado por Fonseca (2005) sobre la autocomplacencia sexual y la visión del otro como un mero medio de

autosatisfacción.

Haciendo un recuento de lo expresado, desde la construcción histórico-social, pasando por la ego-virilidad, hasta la complacencia del otro, resulta evidente el peso de la opinión externa sobre la vivencia del ser hombre y su función sexual. Basándose en su desempeño y desenvolvimiento sexual, los hombres son catalogados a nivel social, de ahí que exista el temor ante el posible rechazo y marginación del estatus masculino comentado por Cascales (2015), lo que fomenta esta tendencia masculina, comentada por los informantes, de no conversar sobre las preocupaciones o experiencias negativas vivenciadas en la práctica sexual. Sin embargo, a diferencia de lo indicado por Kimmel (1997), la presión social experimentada por los hombres, que se ha venido discutiendo, no es exclusiva del juicio de sus pares, sino que la opinión femenina y la propia visión subjetiva también juegan un rol importante en la percepción de la cualidad viril.

Lo anterior sustenta lo expuesto por Hardy y Jiménez (2000) sobre cómo las pseudoproezas sexuales constituyen un símbolo de afirmación de la virilidad dentro de la sociedad, al menos hasta cierto punto. Como respuesta a la evolución del principal interés dentro del encuentro sexual, el criterio de afirmación de la virilidad por medio de las pseudohazañas sexuales se ve redireccionado a una mayor calidad en los encuentros y no en la cantidad. En otras palabras, en la actualidad ya no es más hombre quién más relaciones sexuales mantenga, sino quien más placer sexual y encuentros de calidad brinde.

Finalmente, ante la posibilidad de perder el miembro viril, los informantes manifiestan un profundo e intenso grado de malestar ante la simbólica posibilidad de la carencia del pene, manifestando entre algunas de las posibles consecuencias negativas el desarrollo de trastornos depresivos, sintomatología ansiosa, sentimientos de frustración, vergüenza, inutilidad y pérdida del sentido de vida. Simultáneamente, se planteaban la posibilidad de una vida sin pene, donde se presentan incógnitas sin resolver asociadas a ¿seguiría siendo un hombre?, ¿cambiaría mi orientación sexual?, ¿cómo recibiría o brindaría placer?, y ¿qué tan hombre sería si no tuviera capacidad reproductiva? Así como también la posibilidad de adaptación a un nuevo rol, estigmatizado, basado en la denigración social del

estatus masculino y la continuidad normativa en otros aspectos de la vida, exceptuando la sexual.

## **Conclusiones**

Los hombres en su propio proceso de construcción masculina toman como base la concepción histórico-social, principalmente infundida desde la cultura y el hogar, introyectando, a mayor o menor grado, los lineamientos propios de la tipología hegemónica tradicional. Algunos de ellos, incluso vivencian en su proceso de construcción, momentos de replanteamiento, reestructuración y flexibilización de algunos de dichos lineamientos asimilados, lo que trae como consecuencia el surgimiento de nuevas versiones de masculinidad.

También resalta la influencia que tiene la crianza y el entorno de formación infantil como principal medio de aprendizaje social dentro de la formación propia de su masculinidad. La figura materna juega un rol importante como promotor de la masculinidad normativa y tradicional, transmitiendo a sus hijos mitos y creencias que posteriormente se pueden consolidar como los pilares bases de constitución de su masculinidad.

Otro elemento destacable corresponde a la directa correspondencia del concepto de masculinidad con lo sexual y la virilidad. De manera que, por un lado, en un contexto donde las mujeres juegan un rol activo en su propio placer sexual, en la actualidad existe una evolución en la forma de afirmación viril, donde el interés masculino dentro del encuentro sexual tiende a estar orientado a la satisfacción de la contraparte, ya que su retroalimentación positiva se traduce en la confirmación de la cualidad ego-viril.

Por otro lado, esta situación contribuye a que se mantengan las creencias asociadas al debeísmo sexual masculino. Deber que está sumamente ligado a la expectativa de la pareja, a la exigencia sociocultural y a la percepción de que el hombre siempre está dispuesto a iniciar y mantener un encuentro sexual. Creencias que traen consigo malestares a nivel de autoestima dentro de la relación de pareja y sexual, ya que, ante un escenario de incumplimiento, el hombre puede sentirse contrariado al no llevar a cabo su rol, mientras que la contraparte, puede llegar a

percibirse como indeseable o poco atractiva.

Aunado a lo anterior, la influencia de factores adicionales al pene (como órgano directamente sexual) influyen dentro de la calidad del encuentro sexual, tal es el caso, por ejemplo, de la vivencia del factor emocional. En la actualidad, la vinculación emocional con el otro se traduce como un factor favorecedor en lo que a satisfacción sexual masculina se refiere.

Por otra parte, más en específico a lo que respecta al pene, el mismo es percibido como elemento indispensable dentro del acto sexual, tanto para brindar placer, como para recibirla. Lo que corresponde a la percepción masculina de que no existe una vida sexual sin la presencia del pene, la práctica de la penetración y la eyaculación. Aunque, si bien, es posible plantearse la idea de una vida sin presencia del órgano sexual masculino, el malestar significativo referido por los informantes ante lo que implica para su función sexual y concepción de hombría resulta inadmisibles, ya que supondría la reestructuración del conjunto de creencias subyacentes a lo que es un hombre y por ende, su función sexual.

En síntesis, se puede decir que en su forma base la construcción de la masculinidad viene siendo el resultado de una serie de elementos del pasado colectivo (históricos, sociales, familiares, culturales) y del presente subjetivo (creencias, emociones y experiencias propias). Sin embargo, es importante destacar que hoy en día se está en un momento histórico donde la visión de la masculinidad ha mutado y sigue mutando, dónde los criterios que daban forma y determinaban lo que era la masculinidad años atrás han ido cambiando. Entendiendo que la construcción de la masculinidad es algo que se sigue dando, no es completo ni inamovible. Y si bien, algunos elementos base se mantienen, como, por ejemplo, la figura del pene como centro y pilar de la virilidad y por ende de la masculinidad; los criterios en relación a ellos, como el entendimiento de su funcionalidad sexual, los modos de recibir y brindar placer, las formas de expresión de la masculinidad, entre otros, han ido evolucionando.

## Referencias

Abou Orm Saab, K., & Camacaro Cuevas, M. (2013). Determinantes

socioculturales que condicionan la masculinidad y su impacto en la salud sexual y reproductiva de los hombres. *Comunidad y Salud*, 11(1), 25-34.

<https://www.redalyc.org/pdf/3757/375740252005.pdf>

Amuchástegui, A., & Rodríguez, Y. (2005). La sexualidad ¿invención histórica?

[http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S\\_01\\_05\\_La%20Sexualidad.pdf](http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_05_La%20Sexualidad.pdf)

Bonino, L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes*, 6(1), 7-35.

Cascales Ribera, J. (2015). El patriarcado contra los hombres: el mantenimiento de la categoría masculina en las nuevas masculinidades. En I Congreso de Investigaciones Feministas en Transformación. Textos y reflexiones entre campus y calles (pp. 333-341). <https://core.ac.uk/download/pdf/71051832.pdf>

Castro-Calvo, J., Gil Juliá, B., Juárez Tamargo, C., & Salmerón Sánchez, P. (2016). «¿Que cuánto me mide? Pues lo normal, 22 cm». Discrepancia entre cuánto los jóvenes dicen que les mide el pene y cuánto les mide realmente. *Ágora de salud*, III, 75-83.

[https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/154827/08-Jesu%cc%81s%2c\\_Beatriz.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/154827/08-Jesu%cc%81s%2c_Beatriz.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Clare, A. (2002). *Hombres: La masculinidad en crisis*. Editorial Taurus.

Connell, R. W. (1997). *La organización social de la masculinidad*.

<https://www.academia.edu/download/33995240/georganizacion.pdf>

Cruz, S. (2006). Cuerpo, masculinidad y jóvenes. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, I(I), 1-9.

<https://www.redalyc.org/pdf/2110/211015574006.pdf>

Del Barrio-Álvarez, E., & Garrosa, E. (2015). ¿Educando en igualdad? Análisis de la triada pornografía-discriminación-violencia. *Feminidad y masculinidad en la pornografía convencional*. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 1. <https://doi.org/10.15366/jfgws2015.1.003>

Figari, C. (2007). *Sexualidad, ciencia y religión*. Editorial Brujas.

Fonseca, C. (2005). Reflexionando sobre la construcción de la masculinidad en el Occidente desde una postura crítica. *Bajo el Volcán*, 5(9), 135-155.

Foucault, M. (1978). *Microfísica del poder*. Editorial La Piqueta.

Foucault, M. (1980). *El ojo del poder*. Editorial La Piqueta.

Hardy, E., & Jiménez, A. (2000). Masculinidad y género. En *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 352-354).

Kimmel, M. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. *Masculinidad/es. Poder y crisis*, 24, 49-63. <https://www.redalyc.org/pdf/2110/211015574006.pdf>

Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1987). *La sexualidad humana*. Editorial Grijalbo.

Otegui, R. (1999). La construcción social de las masculinidades. *Política y sociedad*, 32, 151.

<https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/download/POSO9999330151A/246>

98

Rodríguez-Shadow, M., & López, M. (2009). Antropología y arqueología de la sexualidad: premisas teóricas y conceptuales. *Contribuciones Desde Coatepec*, 16, 77-89. <https://revistacoatepec.uaemex.mx/article/view/181>

Sagaró, N., & Moraga, A. (2015). Creencias acerca del sexo, el género y la masculinidad en adolescentes de distintos niveles de enseñanza. *MEDISAN*, 19(10), 1216-1223.

<https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/download/POSO9999330151A/24698>

Venegas, M. (2020). La masculinidad como máscara: clase, género y sexualidad en las masculinidades adolescentes. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 27, 1-27. <https://doi.org/10.29101/crcs.v27i0.14142>

Weeks, J. (1986). *Sexuality*. Editorial Ellis Horwood.

## EYACULACIÓN PRECOZ: ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Fernando Torres  
[fernandotorres1950@gmail.com](mailto:fernandotorres1950@gmail.com)

### Introducción

La eyaculación precoz (EP) es una disfunción sexual masculina caracterizada por una latencia eyaculatoria intravaginal (LEI) corta, dificultad para controlar el momento de la eyaculación y malestar personal o interpersonal asociado a la condición<sup>1</sup>. Según los consensos actuales, la EP se clasifica en dos formas principales: de inicio temprano y adquirida. La de inicio temprano se define por una LEI  $\leq 1$  minuto desde la primera experiencia sexual, mientras que la EP adquirida implica una reducción significativa de la LEI respecto a la experiencia previa, generalmente  $\leq 3$  minutos, junto con pérdida de control y malestar<sup>2,3</sup>. Esta definición reconoce limitaciones en la aplicación estricta de los criterios de LEI, especialmente en relaciones no heterosexuales o en casos de eyaculación antes de la penetración<sup>2,3</sup>.

### Etiología

La etiología de la EP es multifactorial y varía según se trate de la forma de inicio temprano o adquirida. En la primera de ellas, predominan factores neurobiológicos y genéticos, con evidencia de una contribución hereditaria moderada y alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica, especialmente en los receptores 5-HT, que regulan el umbral eyaculatorio. Polimorfismos en los genes transportadores de serotonina y dopamina han sido asociados con mayor susceptibilidad a EP de inicio temprano<sup>3,4</sup>. Además, se han propuesto otros mecanismos como la hiperactividad de la vía serotoninérgica central y la hipersensibilidad peneana<sup>4</sup>.

En la EP adquirida, los factores orgánicos cobran mayor relevancia. Se han identificado comorbilidades como disfunción eréctil, prostatitis crónica, alteraciones endocrinas (hiper o hipotiroidismo, disfunción del eje gonadotrópico), diabetes mellitus y trastornos metabólicos como contribuyentes frecuentes<sup>3,5</sup>. La presencia de prostatitis crónica y alteraciones tiroideas, especialmente el hipertiroidismo, se asocian con una mayor prevalencia de EP adquirida. El uso de fármacos, el síndrome de abstinencia de opioides y el consumo de sustancias también pueden desencadenar EP secundaria<sup>3,6</sup>.

Los factores psicógenos son relevantes en ambas formas de EP. Ansiedad, depresión, estrés, baja autoestima, conflictos de pareja y antecedentes de abuso sexual pueden precipitar o exacerbar la EP, y suelen estar presentes en una proporción significativa de pacientes con EP adquirida<sup>3,5</sup>. La ansiedad de desempeño sexual y la preocupación por la satisfacción de la pareja son especialmente frecuentes y pueden perpetuar el cuadro<sup>7</sup>.

En cuanto a medicamentos, los que pueden causar eyaculación precoz según los datos de farmacovigilancia y estudios recientes son principalmente los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (especialmente sildenafil) y, en casos menos frecuentes y paradójicos, los ISRS, aunque la mayoría de los efectos adversos reportados con estos fármacos corresponden a otros tipos de disfunción eyaculatoria<sup>8,9</sup>.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de la EP se fundamenta en criterios clínicos consensuados internacionalmente y en métodos validados. Los criterios diagnósticos principales incluyen:

Latencia eyaculatoria intravaginal corta: Para EP de inicio temprano, se considera diagnóstico una LEI de aproximadamente  $\leq 2$  minutos durante la mayoría de los encuentros sexuales con penetración vaginal. Para EP adquirida, se acepta una reducción significativa del tiempo respecto al valor basal del paciente, típicamente por debajo de 2-3 minutos, aunque este umbral puede variar según el contexto clínico<sup>1,3</sup>.

**Pérdida de control sobre la eyaculación:** El paciente debe reportar una incapacidad persistente o recurrente para retrasar la eyaculación durante la función sexual, lo que implica que la eyaculación ocurre antes de lo deseado en la mayoría de las ocasiones<sup>1,3</sup>.

**Malestar clínicamente significativo:** La EP debe causar un grado relevante de angustia personal, insatisfacción sexual o impacto negativo en la relación de pareja<sup>10,11</sup>.

**Frecuencia y duración:** Los síntomas deben estar presentes durante al menos 6 meses y ocurrir en aproximadamente el 75 -100% de los encuentros sexuales en el contexto identificado (generalizado o situacional)<sup>3</sup>.

**Exclusión de causas secundarias:** Es fundamental descartar que la disfunción sea atribuible a otros trastornos psiquiátricos, problemas de pareja graves, efectos de fármacos o condiciones médicas subyacentes<sup>1,3</sup>.

La Asociación Europea de Urología hace las siguientes recomendaciones para la evaluación diagnóstica de la EP<sup>12</sup>:

- Realizar el diagnóstico y clasificación de la EP con base en la historia clínica y sexual, que debe incluir evaluación del tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (autoestimado), control percibido, distrés y dificultad interpersonal debido a la disfunción eyaculatoria.

- Utilizar los resultados informados por los pacientes en la práctica clínica.

- Incluir un examen físico en la evaluación inicial de la EP para identificar anomalías anatómicas que puedan estar asociadas con esta u otras disfunciones sexuales, en particular la disfunción eréctil.

- No realizar pruebas de laboratorio ni neurofisiológicas. Éstas deben basarse en los hallazgos específicos de la historia clínica o la exploración física.

Se requiere una exploración física específica para detectar comorbilidades como enfermedad tiroidea, hiperplasia prostática benigna y prostatitis. Se recomienda la

exploración genital para descartar enfermedad testicular y enfermedad de Peyronie, pero, sobre todo, para la tranquilidad del paciente<sup>13</sup>.

Generalmente no se requieren análisis de laboratorio a menos que se sospeche disfunción eréctil asociada. En tales casos, se deben medir los niveles de testosterona total y libre, junto con la HbA1c para descartar diabetes, además de una evaluación del riesgo cardiovascular y de los síntomas del tracto urinario inferior<sup>13</sup>.

Se encuentran disponibles varios cuestionarios que pueden ser útiles para el estudio de esta disfunción sexual, entre ellos La Herramienta de Diagnóstico de la Eyaculación Precoz (PEDT)<sup>14</sup>, el Perfil de Eyaculación Precoz (PEP)<sup>15</sup>, el Índice de Eyaculación Precoz (IPE)<sup>16</sup> y el Cuestionario de Salud Sexual Masculina sobre Disfunción Eyaculatoria (MSHQ-EJD)<sup>17</sup>. Actualmente, su papel es opcional en la práctica clínica diaria.

## **Prevalencia**

En cuanto a prevalencia, los estudios poblacionales revelan cifras muy variables que van del 2% al 60%<sup>18,19</sup>, aunque el estudio de Laumann et al.<sup>20</sup> registró la prevalencia más baja en Oriente Medio (12,4%), mientras que la más alta se registró en el Sudeste Asiático (30,5%). Una disparidad tan amplia posiblemente esté relacionada con las diferencias en la población de estudio seleccionada, *por ej.*, hospitalaria *versus* comunitaria *versus* poblacional, edad, metodología de la encuesta, tamaño de la población participante, método de recolección de datos, definición de trastorno o síntomas y cultura o etnia<sup>13</sup>.

## **Tratamiento**

Antes de comenzar cualquier terapia, es crucial identificar el subtipo de EP y evaluar las expectativas del paciente. La farmacoterapia se considera el tratamiento principal para quienes presentan EP de inicio temprano, mientras que, en pacientes con la forma adquirida, el enfoque inicial debe centrarse en tratar la causa

subyacente (por ejemplo, DE, prostatitis, STUI, ansiedad o hipertiroidismo)<sup>21</sup>. Los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (PDE5) están indicados para el manejo de la DE y los STUI, y pueden ofrecer un beneficio clínico adicional<sup>13</sup>.

Varias técnicas conductuales pueden ser beneficiosas para tratar la EP, como el método de "parar y arrancar" y la técnica de "apretar", reportadas por Semans en 1956<sup>22</sup>, y Masters y Johnson en 1970<sup>23</sup>, respectivamente, las cuales han sido posteriormente enriquecidas con otras técnicas y procedimientos como automasaje, desensibilización sistemática, técnicas del pequeño papel y de observación y coito programado<sup>24</sup>. La lógica subyacente a estos métodos es la distracción y una disminución de la excitación o estimulación sexual; sin embargo, estos enfoques pueden conducir a niveles más bajos de satisfacción sexual<sup>25</sup>.

Los ejercicios de arranque y parada, combinados con psicoeducación y técnicas de atención plena, mejoran los síntomas de EP, la angustia asociada, la ansiedad y la depresión<sup>26</sup>. La atención plena por sí sola también tiene algunos datos positivos<sup>27</sup>.

Aunque se utilizan otros tratamientos fuera de etiqueta para la EP, el único medicamento oral autorizado por la FDA para la eyaculación precoz es la dapoxetina en una dosis de 30 a 60 mg tomada de 30 a 60 minutos antes de la función sexual<sup>28</sup>.

Tabla 3. Resumen de los tratamientos farmacológicos para la eyaculación precoz.

Fármaco	Frecuencia de administración	Dosis	Aumento del IELT	Estado de prescripción	Efectos secundarios
Paroxetina <sup>a</sup>	Diariamente	10–40 mg	8	Uso fuera de indicación	- Náuseas
Clomipramina <sup>a</sup>	Diariamente	12.5–50 mg	6	Uso fuera de indicación	- Fatiga
Sertralina <sup>a</sup>	Diariamente	50–200 mg	5	Uso fuera de etiqueta	- Bostezos
Fluoxetina <sup>a</sup>	Diariamente	20–40 mg	5	Uso fuera de indicación	- Diarrea
Citalopram <sup>a</sup>	Diariamente	20–40 mg	2	Uso fuera de indicación	- Transpiración
	luego según sea necesario				- Disfunción eréctil
Paroxetina <sup>a</sup>	Según sea necesario	10–40 mg	1.4	Uso fuera de indicación	
Clomipramina <sup>a</sup>	Según sea necesario	12.5–50 mg	4	Uso fuera de etiqueta	

Medicine (BSSM). British Society for Sexual Medicine (BSSM) Position Statement on Premature Ejaculation. World J Mens Health. 2025 Jul;43(3):510-522. doi: 10.5534/wjmh.240262. Epub 2025 Feb 26.

Un analgésico que funciona dentro del sistema nervioso central, el tramadol, tiene dos efectos principales: impacta el receptor opioide mu y reduce la recaptación de norepinefrina y serotonina. No está clara la forma exacta en que funciona en relación con la EP, aunque ambos mecanismos de acción pueden estar involucrados: el primero disminuye la sensibilidad y el segundo causa un retraso en la eyaculación. Sus datos de seguridad y frecuencia de eventos adversos son aceptables<sup>29</sup>. En comparación con un placebo, un estudio demostró que 50 mg de tramadol tomados

2 horas antes de la relación sexual durante un período de 8 semanas aumentaron la latencia eyaculatoria y la satisfacción sexual<sup>30</sup>.

### **Tratamientos tópicos**

El tiempo hasta la eyaculación se ha prolongado mediante el uso de agentes tópicos, como la crema o el aerosol de lidocaína-prilocaina (5%), la crema local Severance Secret y la crema de diclonina-alprostadil, que reducen el grado de estimulación en el pene. Estas formulaciones tópicas fueron más eficaces en la eyaculación precoz que un placebo, ya sea solo o como complemento de ISRS o inhibidores de la PDE5<sup>31</sup>.

### **Próximos tratamientos**

Los tratamientos actuales solo proporcionan un retraso temporal en el tiempo de latencia de la eyaculación, y la EP tiende a reaparecer al suspenderlo. Por lo tanto, aún es difícil encontrar un tratamiento eficaz para la EP. Se han obtenido resultados prometedores de ensayos clínicos en los que se evaluó la eficacia de las terapias para la EP a demanda dirigidas a neurotransmisores distintos de la serotonina, como los antagonistas de los receptores adrenérgicos  $\alpha_1$ . Actualmente se están desarrollando antagonistas de la oxitocina para la EP, al igual que el KH-001 oral, un alcaloide natural derivado de la planta *Sceletium tortuosum*, también conocida como kanna, utilizada durante siglos en Sudáfrica para mejorar el estado de ánimo y el rendimiento<sup>13</sup>.

### **Referencias**

1. Shindel AW, Althof SE, Carrier S, et al. Disorders of ejaculation: an AUA/SMSNA guideline. *J Urol.* 2022;207(3):504-12. [doi:10.1097/JU.0000000000002392](https://doi.org/10.1097/JU.0000000000002392).

2. [Sin autores listados en tu texto] Diagnostic evaluation of sexual dysfunction in the male partner in the setting of infertility: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2023;120(5):967-72. doi: [10.1016/j.fertnstert.2023.07.001](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.07.001).
3. Jeste DV, Lieberman JA, Fassler D, et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association; 2022.
4. El-Hamd MA, Saleh R, Majzoub A. Premature ejaculation: an update on definition and pathophysiology. *Asian J Androl.* 2019 Sep-Oct;21(5):425-32. doi: [10.4103/aja.aja\\_122\\_18](https://doi.org/10.4103/aja.aja_122_18).
5. Culha MG, Tuken M, Gonultas S, Cakir OO, Serefoglu EC. Frequency of etiological factors among patients with acquired premature ejaculation: prospective, observational, single-center study. *Int J Impot Res.* 2020;32(3):352-7. doi:[10.1038/s41443-019-0188-x](https://doi.org/10.1038/s41443-019-0188-x).
6. Buvat, J. Pathophysiology of premature ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine.* 2011;8(Suppl 4), 316–327. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02384.x>
7. Shindel AW, Althof SE, Carrier S, et al. Disorders of ejaculation: an AUA/SMSNA guideline. *J Urol.* 2022;207(3):504-12. doi:[10.1097/JU.0000000000002392](https://doi.org/10.1097/JU.0000000000002392).
8. Nacchia A, Franco A, Cicione A, et al. Medications mostly associated with ejaculatory disorders: assessment of the Eudra-Vigilance and Food and Drug Administration pharmacovigilance databases entries. *Urology.* 2024; 185:59-64. doi: [10.1016/j.urology.2023.12.021](https://doi.org/10.1016/j.urology.2023.12.021).

9. Tram M, Meyerson B, Welliver C, Inouye B. Differences in sexual adverse events for premature ejaculation medications from a public federal database. *Int J Impot Res.* 2024;36(5):515-20. doi:10.1038/s41443-023-00676-7.
10. Althof SE, McMahon CG, Rowland DL. Advances and missteps in diagnosing premature ejaculation: analysis and future directions. *J Sex Med.* 2022;19(1):64-73. doi: 10.1016/j.jsxm.2021.10.010
11. Perelman MA. Reexamining the definitions of PE and DE. *J Sex Marital Ther.* 2017;43(7):633-44. doi:10.1080/0092623X.2016.1230161.
12. Salonia A, Bettocchi C, Capogrosso P, Carvalho J, Corona G, Dinkelman-Smit M, et al. Directrices de la EAU sobre salud sexual y reproductiva [Internet]. European Association of Urology; Available from: [https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Sexual-and-Reproductive-Health-2024\\_2024-05-23-101205\\_nmbi.pdf](https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Sexual-and-Reproductive-Health-2024_2024-05-23-101205_nmbi.pdf)
13. Hackett GI, Kirby M, Schartau P, Ossei-Gerning N, David J, Lee WG; British Society for Sexual Medicine (BSSM). British Society for Sexual Medicine (BSSM) Position Statement on Premature Ejaculation. *World J Mens Health.* 2025 Jul;43(3):510-522. doi: 10.5534/wjmh.240262. Epub 2025 Feb 26.
14. Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, et al. Desarrollo y validación de una herramienta de diagnóstico de la eyaculación precoz. *Eur Urol.* 2007;52:565–573. doi: 10.1016/j.eururo.2007.01.028.
15. Patrick DL, Giuliano F, Ho KF, Gagnon DD, McNulty P, Rothman M. El perfil de eyaculación precoz: validación de medidas de resultados autoinformadas para la investigación y la práctica. *BJU Int.* 2009;103:358–364. doi: 10.1111/j.1464-410X.2008.08041. x.

16. Althof S, Rosen R, Symonds T, Mundayat R, May K, Abraham L. Desarrollo y validación de un nuevo cuestionario para evaluar la satisfacción sexual, el control y la angustia asociados con la eyaculación precoz. *J Sex Med.* 2006; 3:465–475. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00239. x.
17. Rosen RC, Catania JA, Althof SE, Pollack LM, O'Leary M, Seftel AD, et al. Desarrollo y validación de la versión de cuatro ítems del cuestionario de salud sexual masculina para evaluar la disfunción eyaculatoria. *Urología.* 2007; 69:805–809. doi: 10.1016/j.urology.2007.02.036.
18. Montorsi F. Prevalencia de la eyaculación precoz: una perspectiva global y regional. *J Sex Med.* 2005;2(Suppl 2):96–102. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.20369. x.
19. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. Encuesta de Prevalencia y Actitudes ante la Eyaculación Precoz (PEPA): prevalencia, comorbilidades y búsqueda de ayuda profesional. *Eur Urol.* 2007; 51:816–823. doi: 10.1016/j.eururo.2006.07.004.
20. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Grupo de Investigadores del GSSAB. Problemas sexuales en mujeres y hombres de 40 a 80 años: prevalencia y correlatos identificados en el Estudio Global de Actitudes y Comportamientos Sexuales. *Int J Impot Res.* 2005; 17:39–57. doi: 10.1038/sj.ijir.3901250.
21. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, Serefoglu EC, Shindel AW, Adaikan PG, et al. Actualización de las directrices de la Sociedad Internacional de Medicina Sexual para el diagnóstico y tratamiento de la eyaculación precoz (EP). *Sex Med.* 2014; 2:60–90. doi: 10.1002/sm2.28.
22. Semans JH. Eyaculación precoz: un nuevo enfoque. *South Med J.* 1956; 49:353–358. doi: 10.1097/00007611-195604000-00008.

23. Masters WH, Johnson V. Human sexual inadequacy. 1970. Little, Brown and Company. Boston.
24. Bianco F, Suarez MR, Cárdenas R, Barrasa E. Manual de tratamiento de las enfermedades en sexología. Caracas: Editorial CIPV; 2002.
25. Saleh R, Majzoub A, Abu El-Hamd M. Una actualización sobre el tratamiento de la eyaculación precoz: una revisión sistemática. Arab J Urol. 2021; 19:281–302. doi: [10.1080/2090598X.2021.1943273](https://doi.org/10.1080/2090598X.2021.1943273).
26. Ventus D, Gunst A, Arver S, Dhejne C, Öberg KG, Zamore-Söderström E, et al. Los ejercicios de inicio y parada asistidos por vibrador mejoran los síntomas de eyaculación precoz: un ensayo controlado aleatorio. Arch Sex Behav. 2020;49:1559–1573. doi: [10.1007/s10508-019-01520-0](https://doi.org/10.1007/s10508-019-01520-0)
27. Stephenson KR, Welch JP. Mediadores estadísticos de la asociación entre la atención plena y las experiencias sexuales en hombres con deterioro de la función sexual. Arch Sex Behav. 2020;49:1545–1557. doi: [10.1007/s10508-019-01467-2](https://doi.org/10.1007/s10508-019-01467-2)
28. Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) Eyaculación precoz: dapoxetina. Resumen de la evidencia [ESNM40] [Internet] NICE; c2014.
29. Salem EA, Wilson SK, Bissada NK, Delk JR, Hellstrom WJ, Cleves MA. El clorhidrato de tramadol es prometedor en el uso a demanda para tratar la eyaculación precoz. J Sex Med. 2008; 5:188–193. doi: [10.1111/j.1743-6109.2006.00424.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00424.x).
30. Safarinejad MR, Hosseini SY. Seguridad y eficacia del citalopram en el tratamiento de la eyaculación precoz: un estudio doble ciego, controlado con

placebo, de dosis fija y aleatorizado. *Int J Impot Res.* 2006; 18:164–169. doi: [10.1038/sj.ijir.3901384](https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901384).

31. Lee HY, Pyun JH, Shim SR, Kim JH. Efficacy of Various Treatment in Premature Ejaculation: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *World J Mens Health.* 2023 Aug 9;42(2):338-346. doi: [10.5534/wjmh.230030](https://doi.org/10.5534/wjmh.230030)

## FUNCIÓN SEXUAL Y ESPECTRO AUTISTA

Gerardo José Giménez Ramírez  
[ggmedsex@gmail.com](mailto:ggmedsex@gmail.com)

La función sexual en personas con Trastorno del Espectro Autista es un área compleja influenciada por desafíos sociales, comunicación y sensopercepción. Se manifiesta en una variedad de formas, desde comportamientos sexuales

inapropiados y una mayor vulnerabilidad a abusos, hasta una expresión más abierta y menos presionada socialmente de la diversidad de patrones de expresiones fenotípicas. La educación sexual adaptada es crucial para ayudar a comprender los límites, el consentimiento, la intimidad y para desarrollar autonomía.

### Trastornos del Espectro Autista

Para Martín del Valle y colaboradores, de la Asociación Española de Pediatría, en sus Protocolos actualizados al año 2022<sup>1</sup>, los trastornos del espectro autista (TEA) son trastornos del neurodesarrollo caracterizados por la presencia de dificultades en la comunicación e interacción social, así como patrones repetitivos y restrictivos de comportamiento, intereses o actividades. En los últimos años se ha venido asistiendo a un número significativo de la prevalencia, llegando en algunos estudios a 1/59 habitantes. Este aumento puede ser debido a los cambios sufridos en los criterios diagnósticos, a una mayor sensibilidad para el diagnóstico o a factores etiológicos que todavía no han sido adecuadamente identificados.

En la actual clasificación del DSM-5<sup>2</sup>, los TEA se encuentran dentro de los trastornos del neurodesarrollo, e incluyen lo que antes era en trastorno autista, trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, y los trastornos generalizados del desarrollo no especificados. Los TEA son, por tanto, un grupo muy heterogéneo que incluye a personas con diferentes etiologías y, por tanto, diferentes grados de afectación.

El DSM-5<sup>2</sup> establece una graduación de la gravedad de los síntomas, siendo el grado 1 si “necesita ayuda”, grado 2 si “necesita ayuda notable” y grado 3 si “necesita ayuda muy notable”. Además, se debe especificar si presenta déficit intelectual, si existe un deterioro del lenguaje acompañante, si está asociado a una afección médica, genética o factor ambiental conocidos, asociado a otro trastorno neurológico, mental o de comportamiento, o si presenta catatonía. Las manifestaciones clínicas pueden cambiar con la edad y no ser evidentes hasta que no aumentan las demandas del entorno, especialmente en los niños con buena capacidad intelectual y un lenguaje conservado<sup>1</sup>.

### **Fase de expresión fenotípica**

El Manual Diagnóstico en su 3ra edición (MDS-III. 2014)<sup>3</sup> define la fase de expresión fenotípica como la etapa final del proceso de desarrollo del sexo que va desde el nacimiento hasta la muerte. El factor que la determina es la interacción entre el modelo fisiológico y el modelo sociocultural cuyo resultado es el *patrón de expresión fenotípica* que se caracteriza por las manifestaciones físicas, psicológicas, sociales y culturales presentes en cada persona.

Como consideraciones fundamentales se contemplan:

- El recién nacido es identificado por su entorno social como varón o hembra, niño o niña ya que es incapaz de hacerlo por sí mismo.
- El entorno y el proceso de civilización tendrán como objetivo enseñar al recién nacido conceptos, valores, actitudes y conductas propias de la identificación que realizó, la cual está vinculada con la morfología presente a nivel genital. Al discriminarlo como varón o como hembra, niño o niña, le indicará el aprendizaje progresivo de conductas “de hombre o de mujer”, “masculinas” o “femeninas” (estereotipos) tanto universales como propias de cada país y región.
- El individuo manifestará por medio de palabras, miradas, gestos y/o conductas lo aprendido y ello constituye el patrón de expresión fenotípico.

La hipótesis de trabajo para explicar lo precedente es la siguiente:

- Los seres humanos desde su nacimiento interactúan con el medio ambiente y poseen la capacidad de ordenar esta interacción. Esta capacidad se ha denominado construcción en el contexto del paradigma de la complejidad.
- El resultado de esta construcción es el patrón de expresión fenotípico, propio de cada individuo, el cual es relativamente permanente una vez establecido, aunque puede cambiar a través del tiempo y no siempre coincide con lo esperado por el entorno sociocultural. Es el resultado de la capacidad de ordenar la continua interacción entre “el ser”, “como soy” y “el deber ser”, “como debo ser”<sup>2</sup>.

### **Variante Fisiológica del Sexo y su Función**

El constructo Variante Fisiológica<sup>3</sup> se conceptualiza como la condición necesaria del organismo que le permite funcionar, fundamento de los procesos fisiológicos. Éstos se caracterizan por su variación dentro de un rango determinado, conocido o no. La variabilidad fisiológica está presente o implícita en todos los procesos biológicos: presión arterial, contractilidad cardíaca, respiración, temperatura corporal, sudoración, erección, entre otros. Aplicada a la Sexología, la condición de variabilidad del organismo permite el funcionamiento de los Procesos de Desarrollo del Sexo y de la Función Sexual, es decir de las distintas fases contenidas dentro de ambos procesos.

A modo de ejemplo, la Variante Fisiológica explica las diferentes manifestaciones sexuales observadas durante la infancia cuando se responde a estímulos provenientes de diferentes fuentes: adultos (hombres o mujeres), niños, niñas, animales u objetos.

Los seres humanos poseen la capacidad de Discriminar, es decir, de diferenciar una cosa de otra. Esta capacidad influye sobre la variabilidad fisiológica limitándola sin afectar su existencia. Podríamos afirmar que a mayor discriminación menor variabilidad.

A modo de ejemplo, la Variante Fisiológica está limitada a nivel de la administración del estímulo sexual cuando se discrimina hacia un patrón sexual

específico (heterosexual, homosexual), mientras que se mantiene variando cuando el patrón es bisexual.

Los seres humanos en estado de discriminación pueden manifestar haber sentido, conocido o presenciado o realizado un hecho, circunstancia o acontecimiento ocasional, que puede o no ser recurrente, a ello lo denominamos Experiencia. En otras palabras sería la pérdida temporal de la discriminación.

A modo de ejemplo, una persona con un patrón heterosexual puede en alguna oportunidad tener un encuentro homosexual. Ello constituye una experiencia. Cuando el funcionamiento sucede por fuera del rango, la variante fisiológica está suspendida. A esta situación se le denomina fijación o especificidad y no es una forma de discriminación.

A modo de ejemplo, una persona que sólo se activa sexualmente (fijación) con animales desarrollando un patrón zoofílico, independiente de que puede tener una historia previa de discriminación heterosexual, homosexual o bisexual o que no la tenga<sup>2</sup>.

### **Función Sexual**

FLASSES, WAMS y AISM<sup>3</sup> conceptualizan el constructo PROCESO DE LA FUNCIÓN SEXUAL como el *conjunto de fases sucesivas presentes en las actividades propias del sexo*. Posee una condición denominada cualidad, 2 fases y sucede en un tiempo variable.

Este proceso está presente desde el nacimiento y termina con la muerte, aunque se han observado actividades propias de la función sexual durante la vida intrauterina.

Los componentes de la función sexual son:

- Cualidad o deseo sexual
- Fase de estimulación
- Fase de respuesta
- Tiempo de funcionamiento

En cuanto a la Cualidad o deseo del proceso de la función sexual, esta una condición natural e innata del individuo, inherente y latente al proceso de la función

sexual que permite activar, mantener o inhibir las actividades propias del sexo, vale decir, la situación/estimulación sexual y los componentes de la respuesta sexual. FLASSES, WAMS, AISM<sup>3</sup> han denominado Cualidad a esta condición, comúnmente conocida como Deseo Sexual. Factores externos (activación de alguno de los órganos de los sentidos) o internos (hormonales, neurobiológicas, cognitivos, emocionales) influyen sobre esta condición facilitando su activación, mantenimiento o inhibición. Algunos autores denominan a estos factores como inductores.

La Cualidad o Deseo Sexual se manifiesta a través de la presencia de fantasías, evocaciones, motivación, ganas, incitación a la búsqueda y receptividad al ser buscado para ejercer la función sexual.

Cabe destacar, que la situación/estímulo sexual y la respuesta sexual pueden, cada una por separado, activar, mantener o desactivar a esta cualidad, creando un sistema de retroalimentación entre las fases del proceso de la función sexual. Por ejemplo, una erección matutina (respuesta) puede desencadenar la activación de actividades propias del sexo, las cuales pueden ser mantenidas por el continuo diálogo erótico o ser inhibidas por la presencia de situaciones desagradables ajenas a las mismas (halitosis, dolor, distractores, etc.).

Analizando las siguientes situaciones, se obtiene que:

- 1) El individuo de repente “siente ganas”, o sea, se le activó la función sexual. Posiblemente producto de una estimulación interna, la cual puede o no ser concientizada por la persona. Ejemplo: picos hormonales, evocaciones involuntarias, elaboración de fantasías sexuales.
- 2) La persona no “tiene ganas”, un estímulo externo puede activar la función sexual. No había deseo sexual y una actividad casual lo activó. Ejemplo: visualización de una persona desnuda o vestida de forma seductora.
- 3) El individuo “tiene ganas”, busca ejercer la función sexual y durante la misma “se enfría”. Posiblemente por la aparición de un estímulo interno y/o externo que la inhibió. Ejemplo: durante el ejercicio de la función sexual un miembro de la pareja llama por otro nombre a su compañero/a, la aparición de un dolor agudo o utilización de expresiones groseras.

4) A la persona le “dan ganas” o “pierde las ganas” frente a una persona o situación específica. La función sexual se activa frente a un tipo determinado de administrador sexual o se desactiva frente a un repelente sexual determinado. Ejemplo: María cada vez que ve a Pedro siente estimulación sexual. Ramiro cada vez que hace el ejercicio de la función sexual con Alejandra se desactiva debido al olor característico de la axila de ella.

5) La persona realiza el ejercicio de la función sexual sin tomar en cuenta las “ganas”. Funciona de forma automática. Ejemplo: trabajadoras sexuales, cumplimiento del débito matrimonial.

Esta cualidad del proceso de la función sexual también ha sido denominada popularmente como “líbido”, “necesidad”, “drive”, “ganas”, “estar birriando”, “estar arrecho”, “estar caliente”, “estar cachondo”, entre otros términos<sup>2</sup>.

En los seres humanos se encuentran los siguientes grupos:

- Deseo sexual alto: se refiere a la activación de la cualidad de forma diaria hasta cada cuatro días.
- Deseo sexual medio o moderado: se refiere a la activación de la cualidad cada cinco a nueve días.
- Deseo sexual bajo: se refiere a la activación de la cualidad cada diez a catorce días.

En lo que respecta a la Fase Situación/Estímulo Sexual, es conceptualizada como la acción de ubicar cualquier cambio en el ambiente externo o interno de un organismo, que provoca la ejecución de una actividad de carácter sexual.

Tres factores determinan esta fase:

o Factor administración

o Factor método

o Factor frecuencia

- Factor administración de la situación/estímulo sexual

Se refiere a entre *quién o quiénes* se ubica la situación/estímulo sexual. La situación/estímulo sexual que puede ubicarse entre un hombre y una mujer se denomina administración *heterosexual*; entre dos hombres o dos mujeres, es denominada administración *homosexual*; entre hombres y mujeres indistintamente,

es denominada administración *bisexual*; a uno mismo, administración *autosexual*, entre seres humanos y animales administración *zoofílica*; y así sucesivamente.

- Factor método de aplicación de la situación/estímulo sexual

Se refiere a la acción de *cómo* se ubica la situación/estímulo sexual. La situación/estímulo sexual tiene infinidad de métodos de ubicación, sin embargo, todos tienen como denominador común la activación de algunos órganos de los sentidos, del pensamiento (fantasías) o de la memoria (evocaciones), de allí la diversidad de formas de estimulación sexual que han sido descritas.

- Factor frecuencia de la situación/estímulo sexual

Se refiere a la ubicación *por unidad de tiempo* de la situación/estímulo sexual. Es decir, cada *cuánto* se ejecuta la función sexual. Encontramos tres categorías:

o Frecuencia alta: Se refiere a la ubicación diaria o hasta cada cuatro días de la situación/estímulo sexual.

o Frecuencia media o moderada: Se refiere a la ubicación cada cinco a nueve días de la situación/estímulo sexual.

o Frecuencia baja: se refiere a la ubicación cada diez a catorce días de la situación/estímulo sexual.

A los fines de los proyectos de investigación, FLASSES, WAMS y AISM<sup>3</sup> recomiendan que cuando se planifique el estudio sobre la cualidad de la función sexual (*deseo sexual*), se utilice el reporte verbal del paciente para objetivarlo, es decir, las veces que “sintió ganas”, mientras que, en los estudios relativos a la frecuencia de la función sexual, se utilice el reporte conductual, es decir, las veces que realmente ejerció la función sexual (solo y/o en pareja).

La fase de la respuesta sexual (Rs) es conceptualizada como toda actividad caracterizada por la presencia de activación cortical y/o medular en el sistema nervioso la cual se correlaciona con un fenómeno de tumescencia, contractibilidad muscular lisa y/o estriada y un fenómeno de detumescencia (tanto a nivel genital como extragenital) efecto de una estimulación sexual. Factores anatomo–hormono–neurovásculo–endoteliales y funcionales, determinan esta fase.

Las fases se inician generalmente con la aplicación del estímulo sexual, aunque en ocasiones se inicia con algún componente de la respuesta sexual que actúa como estímulo sexual.

FLASSES, WAMS y AISM<sup>3</sup> hacen referencia que toda respuesta tiene tres componentes:

- a) Componente psicológico: el cual es subjetivo e individual, medible a través de cuestionarios, escalas y test.
- b) Componente fisiológico: el cual es objetivo, universal y medible a través de instrumentos fabricados para estos fines.
- c) Componente sociológico: que tiene tres maneras de expresarse: enfrentamiento, inhibición o escape/evitación. Es objetivo, variable y medible a través de la observación de la conducta, la cual se puede registrar en instrumentos diseñados para tal fin.

Estos componentes en la Fase de Respuesta Sexual tienen las siguientes

- a. El componente psicológico: es muy variable y personal, lo refieren como: “alegría”, “deseo”, “atracción”, “placer”, “fantasía”, “agrado”, “plenitud”, “gratificación”, “excitación”, “felicidad”, “ganas de estar, de penetrar”, “de ser penetrado”, “de continuar”, “sentirse rico”, “inquietud”, “sabrosura”, entre otros. Existen cuestionarios, escalas y tests que miden estas manifestaciones.
- b. El componente fisiológico: el cual es universal, se caracteriza por aceleración cardio-respiratoria, sudoración, dilatación de pupilas, rubor sexual, miotonía y vasodilatación incrementando general y localizada, verbalizaciones o sonidos guturales.

Existen equipos que registran las actividades vasculares, musculares, respiratorias, glandulares, que suceden durante la Fase Respuesta Sexual.

- c. El componente sociológico: el cual es universal, se caracteriza por el acercamiento, vale decir, tendencia a intimar, compartir, abrazarse, besarse, tocarse, desnudarse, lamer, chupar, penetrar, compartir, verbalizar. Existen instrumentos (videos y cuestionarios) que permiten registrar las conductas descritas.

En lo que se refiere al Tiempo de funcionamiento sexual. Este es conceptualizado como el intervalo que transcurre entre el inicio de la acción de ubicar la situación/estímulo sexual hasta que concluye la respuesta sexual. Este intervalo tiene una relación directa entre su duración y la capacidad de controlar el proceso de la función sexual, bien sea a nivel de la situación/estímulo sexual o de la respuesta sexual.

Como el rango fisiológico del tiempo del proceso de la función sexual no se ha establecido, FLASSES, WAMS y AISM<sup>3</sup> recomiendan tomar como criterio el reporte verbal de la persona, el cual puede ser: “no me controlo, soy muy rápido”, “no me controlo, soy muy lento o me tardo mucho”, o “me controlo, estoy conforme/satisfecho con mi tiempo”. En consecuencia, hay una relación entre tiempo y control. Entendemos que la relación tiempo/control es directamente proporcional. Es decir:

- Si el período de tiempo es corto, el control es insuficiente y el proceso de la función sexual es rápido.
- Si el período de tiempo es largo, el control es insuficiente y el proceso de la función sexual es lento.
- Y si el período de tiempo es variable, el control es suficiente y el proceso de a función sexual es variable, lo cual explica y valida el reporte verbal de la persona como criterio clínico.

El tiempo de funcionamiento no es operativo en los dos primeros casos, mientras que sí lo es en el último caso<sup>2</sup>.

### **Función sexual en TEA**

Haracopos y Pedersen<sup>4</sup>, en su informe danés sobre función sexual y TEA, establecen que todas las personas somos seres sexuados y que la función sexual es diferente en cada persona, esto implica que se hace imprescindible abordar esta área desde la individualidad y el respeto, dando unas pautas de conducta adecuadas y normalizadas que les permita desarrollarse en esta área.

La función sexual determina en cada persona una serie de cualidades y características que es preciso comprender y que en las personas con TEA en ocasiones presenta dificultades.

Muchas personas con TEA tienen un comportamiento sexual anormal, encontrándose con problemas en el momento de satisfacer sus necesidades sexuales. Una conducta sexual inapropiada y los intentos de mantener contactos sexuales son a menudo fuente de tensiones con su entorno inmediato. Ello puede llevar a un tratamiento equivocado o, incluso, a anular las posibilidades del entorno de emprender acciones, con el consiguiente arrinconamiento del problema. De hecho, los problemas sexuales no resueltos pueden provocar una disminución de la calidad de vida. Cuando se cae en cuenta de cómo la función sexual influye en las emociones y en la conducta humana, resulta obvio que este tema debería merecer más atención.

El problema primordial de los portadores de TEA - especialmente en relación con la función sexual- es su falta de capacidad para iniciar, mantener y entender las relaciones sociales con otras personas. Cualquiera que sea su nivel cognitivo y su capacidad para el lenguaje, y a pesar de su interés en tener contactos con otros, el autista sufre de un trastorno básico en lo que respecta a su capacidad para interactuar socialmente. Este trastorno puede llevarle a ser rechazado por el entorno, resultando en un retraimiento del portador del TEA.

Los jóvenes y adultos con TEA tienen también dificultad para expresar sus propios sentimientos de forma que los otros puedan entenderlos o aceptarlos. Parece ser que casarse no es la única cosa que ellos no pueden conseguir. Amigos y conocidos en general parecen estar fuera de su alcance. Incluso con un nivel de funcionalidad alto y siendo capaz de cuidar de sí mismo en el contexto de la vida cotidiana, producirá una impresión ingenua e inmadura.

Su desarrollo y su proceso de madurez pueden verse afectados por un gran número de trastornos en el sistema nervioso, en el metabolismo y en el proceso hormonal. La epilepsia es normal y a menudo requiere medicación. También se usa la medicina antipsicótica para suprimir conductas agresivas y automutiladoras, pudiendo ciertamente afectar al impulso sexual. Estudios hechos con pacientes

psiquiátricos adultos sugieren que la medicina antipsicótica puede tener un efecto inhibidor del deseo sexual, de la erección y de la eyaculación.

Por otro lado, se sabe que la interacción social, la comunicación y el contacto físico son las principales áreas problemáticas para los autistas. Se conoce que encuentran dificultades en, o no son capaces de, sentir empatía por otra gente y que también tienen problemas para comprender y expresar sus propios sentimientos, sus necesidades y sus deseos, así como que tanto su fantasía como su capacidad de imaginar son limitadas, así como su tendencia a ritualizar y repetir ciertos esquemas de conducta de una forma estereotipada les impide sentir la vida. Tienen una capacidad limitada para explicar sus experiencias, tanto en un contexto físico, social o psicológico.

La pubertad con su súbito crecimiento y cambio del aspecto físico, y el aumento del impulso sexual a menudo tiene como resultado crear ansiedad en los jóvenes autistas. Una chica con TEA describía la horrible sensación de picor que sentía en y alrededor del clítoris. A veces le hablaba diciéndole que parara, en situaciones extremas podía llegar a golpearlo con fuerza. Se negaba a tocarse, no por estar asustada de lo que sentía, sino porque encontraba la idea de tocarse "sencillamente, demasiado desagradable". Un joven contaba que tenía miedo a que su pene se quebrara si tenía una erección.

La falta de comprensión de las normas y reglas sociales pueden llevar a un joven a desnudarse en público y, quizás, a empezar a masturbarse. La falta de capacidad para sentir empatía puede llevar a un autista a intentar tocar, besar o arrimarse a un desconocido. Los jóvenes con TEA pueden sentirse igualmente atraídos por niños pequeños y por colegas suyos. A pesar de que a los jóvenes les faltan los medios para mantener una relación amorosa, el deseo de tener un novio o una novia puede convertirse en una obsesión. Fracasos en intentos de establecer una amistad o una relación amorosa y/o ser rechazados de un contacto físico con fines sexuales, puede llevarles a sentirse frustrados y resultar en una conducta agresiva o automutilante. La persona puede también encerrarse en sí misma o incluso renunciar totalmente a la función sexual<sup>3</sup>.

## **Desarrollo psicosexual y TEA**

Un primer aspecto es el relativo a asumir un patrón de expresión fenotípico, identificarse con un rol masculino o femenino comprendiendo las diferencias entre ambos roles. También está presente el asumir una identidad “quien soy yo”, identidad que nos significa y diferencia de los demás<sup>5</sup>.

En cada cultura, la función sexual presenta unas pautas de comportamiento diferentes que se basan en el establecimiento de una relación entre personas dentro de un marco cultural, con unas pautas de comunicación, en ocasiones muy sutiles y que precisa además del conocimiento de las normas que la regulan unas habilidades comunicativas y una empatía, aspectos estos que en las personas con TEA pueden presentar déficit.

También en el proceso de desarrollo del patrón sexual son importantes las experiencias, que van conformando la práctica sexual y que están ligadas a aspectos evolutivos y sociales; así la etapa de la adolescencia facilita de manera considerable la identificación de roles y la adquisición de experiencias de reafirmación sexual, y en esta etapa las personas con TEA pueden presentar dificultades importantes para adaptarse y relacionarse con los compañeros en conceptos tan ligados a las relaciones personales y a la búsqueda de identificación de grupo. Esta dificultad que se presenta de manera más patente a partir de la adolescencia, se va evidenciando a lo largo del desarrollo del niño. Así, en los dos primeros años, mientras los niños establecen relaciones de apegos y vínculos, los niños con TEA establecen apegos peculiares y en ocasiones apenas establecen vínculos afectivos.

Entre los 2 y los 6 años de edad los niños sin TEA adquieren la identidad sexual, así como la capacidad de imaginar estados mentales. En este periodo los niños con TEA presentan un déficit de atención a las respuestas afectivas y no son conscientes de pertenecer a un grupo sexual ni el rol que desempeñan. Mientras que los niños de 6 a 12 años, realizan juegos sexuales infantiles e interiorizan las claves de la moral sexual adulta, en las personas con TEA empiezan a desarrollarse conductas de apego y manifestaciones sexuales de exploración y conocimiento tanto de su cuerpo como del de otras personas. En algunos casos algunos niños con TEA se identifican con el grupo sexual, así como del rol que desempeñan.

También pueden aparecer sentimientos y emociones, pero no los controlan de manera socialmente razonable. En el periodo de 12 a 16 años, se produce un cambio corporal y una afirmación de la identidad sexual, así como el establecimiento de relaciones con amigos a través del grupo. Se establece un interés por el otro sexo y se hace más evidente el deseo corporal. También es más evidente la sensibilidad sexual y emocional, una mayor atención al aspecto personal y una mayor independencia de la familia. Las personas con TEA también en esta etapa presentan un cambio corporal, establecen relaciones con los compañeros, pero sobre la base de compartir aficiones, no desarrollan un interés sexual por los demás, aunque si aumenta la sensibilidad sexual, presentan un escaso interés por la apariencia física y mantienen su apego a la familia. A partir de los 16 años, las personas sin TEA, llevan a cabo una búsqueda de su pareja y se vinculan afectivamente. En el caso de las personas con TEA, presentan una gran variedad de intereses en base a su nivel de funcionamiento y su expresión sexual es variada<sup>4</sup>.

Más aspectos sobre función sexual y TEA

Otras características sobre la función sexual en las personas con TEA son<sup>6</sup>:

- Pueden y tienen relaciones sexuales, al igual que cualquier otra persona. Sin embargo, es fundamental reconocer que las experiencias pueden variar ampliamente de un individuo a otro.
- Algunas de ellas pueden tener relaciones sexuales sin problemas, mientras que otras pueden enfrentar desafíos adicionales debido a sus características específicas.
- Algunas personas **pueden** experimentar dificultades en la comunicación o la comprensión de las señales sociales y las expresiones emocionales de sus parejas sexuales, lo que puede afectar la interacción sexual porque puede llevar a malentendidos y problemas de comunicación en situaciones sexuales.
- Otro aspecto puede ser la sensibilidad sensorial, que también es un factor importante, ya que las personas con TEA pueden tener sensibilidades sensoriales que influyen en su experiencia sexual. Pueden ser más sensibles

a ciertos estímulos táctiles, auditivos o visuales. Esto puede hacer que algunas experiencias sexuales sean incómodas o abrumadoras.

- Algunas personas pueden tener patrones de comportamiento repetitivos que pueden interferir con la intimidad sexual. Esto puede incluir rituales o necesidades específicas que deben cumplirse antes o durante el acto sexual.
- Las personas con esta condición pueden experimentar ansiedad social o emocional, lo que puede aumentar el estrés durante las relaciones sexuales. La ansiedad puede dificultar la relajación y el disfrute del momento.
- Algunas personas en el espectro pueden tener dificultades para expresar sus deseos y necesidades sexuales de manera clara y directa, lo que puede dificultar la comunicación con su pareja sobre lo que desean y necesitan en la intimidad.
- 5% de los adultos TEA se identifican como asexuales, en comparación con aproximadamente el 1% en la población general. Por lo tanto, tienen más probabilidad de ser asexuales, es decir, de no tener interés en tener relaciones sexuales<sup>7</sup>.
- Pueden tener una diversidad de administradores sexuales al identificarse como heterosexuales, homosexuales, bisexuales, pansexuales u otras. Algunos profesionales opinan que tienen más dificultades en comprender su orientación sexual, por lo que sus intereses sexuales tienden a fluir y a cambiar en el tiempo en mayor intensidad que la población general.
- Pueden enfrentar desafíos específicos en relación con su vulnerabilidad y abuso sexual por su dificultad para interpretar segundas intenciones o señales sociales sutiles, que puede llevar a situaciones de explotación o abuso sexual, ya que pueden ser manipuladas o engañadas por personas que actúan con malas intenciones. Además, algunas personas con TEA pueden tener dificultades para defenderse, decir «no» y establecer límites de manera efectiva en situaciones sexuales incómodas o no deseadas.
- Sus intereses sexuales pueden variar considerablemente y pueden abarcar una amplia gama de preferencias, fantasías y prácticas sexuales. Algunas

personas con TEA pueden tener intereses atípicos, pero esto no los hace menos válidos ni menos dignos de respeto<sup>5</sup>.

### **Manejo sexológico de la Función Sexual en TEA**

Se sugiere el adecuado manejo sexológico al tratar a personas con TEA, para lo que se recomienda:

- Educación sexual de comienzo temprano para establecer bases sólidas.
- Debe ser continua para hacerles acompañamiento en todo su desarrollo psicosexual.
- Adaptada a sus necesidades.
- Centrarse en las normas sociales que rigen las relaciones personales y sexuales, así como en la comprensión de las conductas sexuales de riesgo.
- Debe ser práctica y visual para ayudarles a comprender las reglas sociales que rigen las relaciones sexuales y personales, y a tomar decisiones informadas y seguras en sus vidas sexuales.
- Incluir información sobre seguridad sexual y la importancia de reconocer situaciones de riesgo y buscar ayuda si es necesario.
- Abordar comportamientos sexuales apropiados, comprender cuándo y dónde es apropiado expresar su función sexual y respetar los límites de los demás.
- Enfatizar la comunicación efectiva y abierta con su pareja, de sus deseos y necesidades, y el consentimiento mutuo en las relaciones sexuales<sup>5</sup>.

Para el autor del presente trabajo, en su conferencia sobre función sexual y TEA, en el marco del XVIII Congreso Venezolano de Sexología en Julio 2025<sup>8</sup>, es necesario seguir estas recomendaciones para el manejo sexológico en TEA:

- Higiene sexual genital.
- Autorespeto y respeto a la pareja.
- Cortejo elaborado.
- Asertividad sexual.
- Intimidad y privacidad para sus prácticas sexuales individuales y en pareja.

- Dialogar con su pareja para estimular la comunicación efectiva y asertiva.
- Buscar ayuda y contar con el apoyo interdisciplinario de profesionales de la salud que comprendan las necesidades específicas del TEA.
- Mejor manejo de la contingencia Fisiología vs. Sociocultura, en sí “Cómo soy” vs. “Cómo debo ser”
- Fomentar y fortalecer la autoestima y el autoconcepto.
- El valor humano de la responsabilidad sexual hacia sí mismo y su pareja debe ser inculcado desde muy temprana edad y deben entender lo ético y lo moral.
- Criterios de normalidad de acuerdo a su entorno familiar y sociocultural.
- Toma de decisiones para su vida futura, sobre todo en aquellas personas TEA que necesiten ayuda.
- Establecerse metas de vida de acuerdo a su nivel de funcionalidad<sup>6</sup>.

### **Derechos sexuales en TEA**

Las personas con discapacidad tienen derecho:

- A vivir libremente su función sexual protegida de abusos.
- Al reconocimiento de sus necesidades sexuales facilitando los apoyos necesarios para su desarrollo.
- A relacionarse con personas de su mismo sexo y a la expresión de la función sexual con el apoyo de su elección.
- A la educación sexual y la responsabilidad que socialmente implica.
- A la práctica de una función sexual segura y orientada.
- A una función sexual confidencial.
- A una dignidad y respeto.
- A un contexto de privacidad de acorde a las necesidades de la persona.
- Al acceso a los apoyos que permitan una función sexual satisfactoria.
- Al consejo para la reproducción y la elección del método anticonceptivo más adecuado<sup>4</sup>.

## Referencias

1. Martín del Valle F, García Pérez A, Losada del Pozo R. Trastornos del espectro del TEA. Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2022 [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2025]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/>
2. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5.<sup>a</sup> ed. Arlington (VA): Asociación Estadounidense de Psiquiatría; 2013.
3. Manual Diagnóstico en Sexología – 3era Edición. Editorial CIPV. Caracas, 2014
4. Haracopos D, Pedersen L. Sexualidad y autismo: Informe danés. Reino Unido: Sociedad para Personas con Discapacidad Autista; 1992. Disponible en: <http://www.rmplc.co.uk/eduweb/sites/autism/sexaut.html#report>  
<https://www.TEAandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/ILLERA-Sexualidaddescripcionyabordaje.pdf>  
[https://www.espacioautismo.com/relaciones-sexuales-y-autismo-todo-lo-que-necesitas-saber/#google\\_vignette](https://www.espacioautismo.com/relaciones-sexuales-y-autismo-todo-lo-que-necesitas-saber/#google_vignette)
5. Schöttle D, Brandt S, Bibow I, Lichtenstein P, Bölte S. Sexualidad en el autismo: comportamiento hipersexual y parafílico en el trastorno del espectro autista de alto funcionamiento. Arch Sex Behav. 2017;46(2):431-441. doi:10.1007/s10508-016-0887-3.
6. Conferencia “Función Sexual y Trastorno del espectro autista”. Dr. Gerardo Giménez Ramírez. XVIII Congreso Venezolano de Sexología. Caracas, Venezuela. Julio 2025

**ÍNDICE ANUAL - AÑO 2025**

<b>Autor(es)</b>	<b>Artículo</b>	<b>Vol.</b>	<b>Nº</b>	<b>Págs.</b>
Ariana Díaz Jhander Rosario	Función sexual en personas con trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual	XX	(1)	8-21
Betty Pacheco Vicglady Pérez Gómez	Actitud hacia el ejercicio de la función sexual en varones policonsumidores de drogas	XX	(1)	22-48
Desireé Alvarado Nora Ramírez	Relación entre la atrofia vaginal y la respuesta sexual en pacientes postmenopáusicas	XX	(1)	49-67
Pedro Guevara Nora Ramírez	Actitud de las madres adolescentes ante el abordaje de la educación sexual de sus hijo/as	XX	(1)	68-93
Fernando Torres Luz Jaimes	Ideología de género desde la perspectiva filosófica de Thomas Kuhn, Karl Popper, Imre Lakatos, Paul Feyerabend y Baruch Spinoza	XX	(1)	94-115
Fernando J. Bianco C.	XVIII Congreso Venezolano de Sexología. Reseña	XX	(2)	7-8
Eduard Montesano	Discurso del graduando Eduard Montesano en ocasión del octogésimo acto de grado celebrado el 16 diciembre de 2025	XX	(2)	17 - 20
Johanna Daza Torres Vicglady Pérez Gómez	Función sexual en mujeres practicantes de pilates	XX	(2)	21 – 51
Mary Lourdes Sánchez Ramo Yulimar Carmona	Relación entre el uso de redes sociales y la práctica del cibersexo en adolescentes de 14-17 años	XX	(2)	52- 83
Zare Andrade Araujo Frank Cuenca	Construcción de la masculinidad desde la función sexual penecentrista en hombres jóvenes venezolanos	XX	(2)	84 - 111
Fernando Torres	Eyaculación precoz: etiología, diagnóstico y tratamiento	XX	(2)	112-123
Gerardo José Giménez Ramírez	Función sexual y espectro autista	XX	(2)	124-140
	Índice anual - año 2025	XX	(2)	141
	Calendario de eventos 2026	XX	(2)	142

**CALENDARIO DE EVENTOS  
2026**

- Enero**      **XII Jornadas Internacionales de Investigación en Sexología (SEIS-UAL)**  
31 de enero y 1 de febrero. **Almería, España.**
- Febrero**    **12th Cisef International Sexual Health Congress:** del 5 al 8 de febrero.  
**Chipre**
- ISSWSH Annual Meeting 2026** (Salud Sexual Femenina) 12 - 15 de febrero.  
Por confirmar.
- Positive Sexuality Conference 2026:** el 21 y 22 de febrero. De forma  
virtual.
- 27th World Meeting on Sexual Medicine (WMSM).** 25 - 28 de febrero.  
**Oporto, Portugal.**
- Erosxcon 2026:** 28 de febrero y 1 de marzo. **Santiago de Chile.**
- Mayo**      **18º Congreso de la Federación Europea de Sexología (EFS).** 28 - 30 de  
mayo. **Lisboa, Portugal.**
- Junio**      **AASECT Annual Conference (Educadores y Terapeutas).** 4 - 7 de junio.  
**San Juan, Puerto Rico.**
- 7th International Conference on Gender Studies and Sexuality.** 19 - 21  
de Junio. **Ámsterdam, Países Bajos.**
- Julio**      **CIPPSV. Celebración de los 50 años de los Estudios de Postgrado en**  
**Sexología. Medio Siglo de una experiencia creadora.** Julio 16 al 18.  
**Caracas – Venezuela.** [info@cippsv.com.ve](mailto:info@cippsv.com.ve)
- Septiembre** **I Congreso sobre Teoría Cognitivo Conductual y sus aplicaciones,**  
Septiembre 25 y 26. **Caracas - Venezuela.** [info@cippsv.com.ve](mailto:info@cippsv.com.ve)
- Octubre**    **6º Congreso Internacional Neuro-Eros:** del 7 al 9 de octubre. **Bogotá,**  
**Colombia.**
- XXIII CLASES. Evento Máximo de la FLASSES.** 28 al 30 de oct. Morelia,  
**Michoacán - México.** [veronicadpa@gmail.com](mailto:veronicadpa@gmail.com)



**CENTRO DE INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS,  
PSICOLÓGICAS Y SEXOLÓGICAS DE VENEZUELA**

**INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

AUTORIZADO POR EL C.N.U.  
(G.O. N°, 34.678 DEL 19-3-91; RESOLUCIÓN N° 17 DEL 7-3-1991)

.....

**DOCTORADO:** SEXOLOGÍA MÉDICA  
**DOCTORADO:** CONSEJERÍA EN SEXOLOGÍA  
**DOCTORADO:** SALUD CONDUCTUAL  
**MAESTRÍA EN CIENCIAS:** MENCIÓN SEXOLOGÍA MÉDICA  
**MAESTRÍA EN CIENCIAS:** MENCIÓN ORIENTACIÓN EN SEXOLOGÍA  
**MAESTRÍA EN CIENCIAS:** MENCIÓN ORIENTACIÓN DE LA CONDUCTA  
**MAESTRÍA EN CIENCIAS:** MENCIÓN EDUCACIÓN PARA PADRES  
**MAESTRÍA EN CIENCIAS:** MENCIÓN TERAPIA DE LA CONDUCTA  
**MAESTRÍA EN CIENCIAS:** MENCIÓN PSICOPOLÍTICA  
**MAESTRÍA EN CIENCIAS:** MENCIÓN RECURSOS HUMANOS  
**MAESTRÍA:** PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN  
**MAESTRÍA:** SUPERVISIÓN Y GERENCIA DE LA EDUCACIÓN  
**ESPECIALIZACIÓN:** TERAPIA DE LA CONDUCTA INFANTIL  
**ESPECIALIZACIÓN:** PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN  
**ESPECIALIZACIÓN:** SUPERVISIÓN Y GERENCIA DE LA EDUCACIÓN  
**ESPECIALIZACIÓN:** RECURSOS HUMANOS

.....

**PREINSCRIPCIONES PERMANENTES**

**Información**

**SEDE NACIONAL**

Urbanización San Bernardino, Avda. Paramaconi, Torre Blanco. Caracas 1011. Venezuela

+58.212 5513055; 552.89.22 (máster), 552.42.98 / 45.80

[www.cippsv.com.ve](http://www.cippsv.com.ve)

[info@cippsv.com.ve](mailto:info@cippsv.com.ve)

SEDE REGIONAL  
CARACAS

SEDE REGIONAL  
LARA

SEDE REGIONAL  
ZULIA

NÚCLEO REGIONAL  
ARAGUA

NÚCLEO REGIONAL  
ANZOATEGUI

NUCLEO REGIONAL  
TACHIRA

NÚCLEO REGIONAL  
MONAGAS

NÚCLEO REGIONAL  
SUCRE