

240
2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ESTUDIO COMPARATIVO DE LA COMUNICACION
MARITAL Y ESTILO DE COMUNICACION EN MUJERES
QUE PRESENTAN DISFUNCION SEXUAL Y MUJERES
QUE NO PRESENTAN DISFUNCION SEXUAL"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
ARACELI ROLDAN FLORES

DIRECTOR DE TESIS:
DR. FRANCISCO ANTONIO MORALES CARMONA

REVISORA: MARIA ISABEL MARTINEZ TORRES

MEXICO, D. F.

1998



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

262613



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mis Padres por darme la oportunidad de realizarme como profesionista e iniciar el primer paso de muchos más.

Amis Hermanos por darme su apoyo a través de su entusiasmo por este momento.

A Alberto por estar conmigo en esta etapa de mi vida tan importante

A la Maestra Claudia Sánchez Bravo por guiarme y darme ánimos.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Francisco Morales Carmona por apoyarme con sus conocimientos durante la realización de mi tesis.

A la Maestra Isabel Martínez Torres por tener la paciencia de orientarme en este camino recorrido.

Al Instituto Nacional de Perinatología por abrirme sus puertas para conseguir mi objetivo de titulación.

A la UNAM por brindarme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente.

INDICE

RESUMEN.....1

INTRODUCCION.....111

CAPITULO I. SEXUALIDAD

1.1 *Concepto de Sexo y Sexualidad*.....1

1.2 *Estudio de la Sexualidad*.....3

1.3 *Teorias de la Sexualidad*.....5

1.4 *Teoría Psicoanalítica de la Sexualidad Femenina*.....12

1.5 *Sexualidad y Género*.....14

1.6 *Etapa Transcicional del Género*.....20

CAPITULO II. DISFUNCIONES SEXUALES

2.1 *Concepto de Disfunción Sexual*.....22

2.2 *Clasificación de las Disfunciones Sexuales*.....26

2.3 Causas y Efectos de las Disfunciones Sexuales.....	34
--	----

2.4 Tratamientos de las Disfunciones Sexuales.....	43
--	----

CAPITULO III. COMUNICACION

3.1 Teorías de la Comunicación.....	47
-------------------------------------	----

3.2 Comunicación Marital.....	52
-------------------------------	----

3.3 Estilo de Comunicación.....	57
---------------------------------	----

CAPITULO VI. METODOLOGIA

4.1 Planteamiento y Justificación del Problema.....	64
---	----

4.2 Objetivos.....	64
--------------------	----

4.2.1 Objetivo General.....	64
-----------------------------	----

4.2.2 Objetivo Específico.....	65
--------------------------------	----

4.3 Hipótesis.....	65
--------------------	----

4.3.1 Hipótesis Conceptual.....	65
---------------------------------	----

4.3.2 Hipótesis de Trabajo.....	65
---------------------------------	----

4.4 Variables.....	66
--------------------	----

4.4.1 Variable Independiente.....	66
-----------------------------------	----

4.4.2 Variable Dependiente.....	67
---------------------------------	----

4.4.3 Variables Sociodemográficas.....	68
--	----

4.5	Sujetos.....	71
4.6	Muestreo.....	72
4.7	Tipo de Estudio.....	72
4.8	Diseño.....	72
4.9	Instrumentos.....	73
4.10	Procedimiento.....	78
4.11	Análisis de Resultado.....	79

CAPITULO V. RESULTADOS

5.1	Análisis Descriptivo de la Población.....	80
5.1.1	Distribución de la Muestra por Edad.....	81
5.1.2	Distribución de la Muestra por Estado Civil.....	82
5.1.3	Distribución de la Muestra por Número de Hijos.....	83
5.1.4	Distribución de la Muestra por Religión.....	84
5.1.5	Distribución de la Muestra por Escolaridad.....	85
5.1.6	Distribución de la Muestra por Ocupación.....	86
5.1.7	Distribución de la Muestra por Ingreso Mensual.....	87
5.1.8	Distribución de la Muestra por Motivo de Ingreso.....	88
5.1.9	Distribución de la Muestra por Masturbación.....	89
5.1.10	Distribución de la Muestra por Temores Sexuales.....	90
5.1.11	Distribución de la muestra por Trauma Sexual.....	91
5.1.12	Distribución de la Muestra por Proposición de las relación sexual.....	92
5.2	Escala de Comunicación Marital.....	92

5.3 Escala del Estilo de Comunicación.....	96
--	----

5.3.1 Estilo de Comunicación de la Paciente.....	97
--	----

5.3.2 Estilo de Comunicación del Cónyuge.....	99
---	----

CAPITULO VI. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

6.1 Discusiones.....	102
----------------------	-----

6.2 Conclusiones.....	113
-----------------------	-----

6.3 Limitaciones y Sugerencias.....	116
-------------------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	118
-------------------	-----

ANEXOS.....	124
-------------	-----

RESUMEN

Este estudio surgió de la idea de fortalecer uno de los factores relacionados con las disfunciones sexuales como es la comunicación, para así descubrir nuevos caminos de intervención, de esta forma el objetivo de esta investigación consistió en ver las diferencias de la Comunicación Marital y el Estilo de Comunicación entre mujeres sin Disfunción Sexual y mujeres con Disfunción Sexual del Instituto Nacional de Perinatología. Para así establecer programas psicoterapéuticos sexuales con fines delimitados para las mujeres mexicanas con problemática sexual y crear estrategias que permitan la asimilación de nuevas actitudes frente a la sexualidad.

Para esto se utilizó en la investigación una muestra de 100 mujeres del Instituto Nacional de Perinatología sin Disfunción Sexual y 100 mujeres del mismo Instituto con Disfunción Sexual, las cuales fueron detectadas a través de la Historia Clínica Codificada para la Sexualidad Femenina, (Souza; 1987).

Ambos grupos presentan una edad que fluctua entre 20 y 36 años, la mayoría era de religión católica, no tenían hijos, y eran de un nivel socioeconómico bajo además de ser pacientes de embarazo de alto riesgo.

Por otro lado las mujeres sin Disfunción sexual en promedio presentan mayor grado de estudios, así como menores casos de esterilidad, aceptan más la idea de masturbarse, tenían menos temores a la sexualidad, habían sufrido menos traumas sexuales y tenían mayor abertura para proponerle a su pareja las relaciones sexuales en comparación con las mujeres con Disfunción Sexual.

Resultando también que las pacientes con Disfunción Sexual presentaban menor comunicación en todas las dimensiones manejadas en la Escala de Comunicación Marital (Nina; 1991) en comparación con las mujeres sin Disfunción Sexual.

Así mismo se observó que el estilo de comunicación de la paciente, el cual se encuentra en la primera parte de la Escala de el Estilo de Comunicación (Nina; 1991), variaba entre ambos grupos, siendo las mujeres sin disfunción sexual menos negativas y reservadas que las mujeres con disfunción sexual, sin embargo hubo dos excepciones, ya que en el estilo positivo y violento no difirieron entre ambos grupos.

En la segunda parte de la Escala de el Estilo de Comunicación (Nina; 1991), las mujeres sin Disfunción sexual percibieron a sus compañeros en su comunicación con un estilo de mayor positividad y menor negatividad en comparación a la percepción de las mujeres con Disfunción Sexual hacia su cónyuge, sin embargo en los estilos violento y reservado percibidos por las mujeres de ambos grupos no variaron.

INTRODUCCION

En el mundo existen diversas maneras y formas de comunicación, sin embargo hay un factor en común entre estas formas, para el entendimiento de los seres humanos, el cual es la intencionalidad que se tiene al comunicarse, en donde ésta intención va a influir en la conducta y a su vez la va a modificar.

Es así que la comunicación y más aún la forma de comunicarnos marcan la dirección de la forma de ser hacia uno mismo y hacia los demás, por lo que al comunicarse con los demás se está expresando la forma de ser de uno, lo cual va a influir en la manera de ser del otro que a su vez va a comunicar el entendimiento del mensaje y lo regresa modificando el mensaje a su forma el cual volverá a influir en la conducta del primero que envió el mensaje, produciendo así una retroalimentación en la comunicación.

Dentro de esta interacción de conducta se encuentran encerradas las relaciones interpersonales y más específicamente la relación con la pareja dando la pauta a que la pareja se desenvuelva bajo los lineamientos de la comunicación problemática o no problemática que va a condicionar el éxito de su realación.

De ésta forma una comunicación genuina caracterizada por el deseo de proyectar sentimientos y el deseo de comprender y aceptar los sentimientos del otro (Klemer; 1987), puede llevar a una relación exitosa tanto en el ámbito marital como en el ámbito sexual, puesto que éste último ámbito es una forma de comunicación no verbal que se vuelve crucial para la realización personal cuando en nuestra conducta sexual involucramos a nuestra pareja, desencadenándose de esto la realización plena en el área sexual por parte de ambos miembros o el resultado de un malestar físico y psicológico en la -

sexualidad que por lo general cuando se presenta este malestar, es en la mujer por todo ese tabú de la sexualidad femenina que todavía ésta inmerso en la sociedad, en donde la mujer buena y abnegada no tiene derecho al placer, sólo las prostitutas pueden sentir esto, sin embargo no se descarta la posibilidad de que también surja en el hombre dicho malestar.

A ese malestar físico y psicológico se le llama disfunción sexual, la cual a su vez puede involucrar a ambos miembros de la pareja o a uno sólo de ellos en sentimientos que desencadenen una comunicación problemática.

CAPITULO I. SEXUALIDAD

1.1 Concepto de Sexo y Sexualidad

El tener conocimiento de lo que se entiende por las palabras sexo y sexualidad nos lleva a una comprensión y entendimiento de nuestra propia sexualidad y la de las demás personas. Ya que al poseer una información adecuada sobre dicho tema puede servir para evitar la aparición de problemas sexuales, tener una mejor educación de esta; así como construir una mejor estructura en la personalidad. Además de que el estudio de la sexualidad puede hacernos más sensibles y conscientes en nuestras relaciones interpersonales, la cual traería como beneficio el incremento del grado de intimidad y satisfacción sexual en nuestra vida.

Partiendo desde este punto de vista se tendría que dar a conocer la definición de sexo y sexualidad; sin embargo es importante mencionar que no hay un concepto único para los vocablos sexo y sexualidad; poniéndose así de manifiesto el criterio de cada autor ante estas dos palabras. "Freud conceptuaba al sexo como una poderosa fuerza biológica y psicológica mientras que Malinowski subrayaba su vertiente sociológica y cultural" (Masters, Johnson y Kolodny; 1987:10).

Para Azcarraga (1976) el sexo en la especie humana viene siendo las características somáticas, funcionales y psíquicas que distinguen al hombre de la mujer mientras que la sexualidad es el conjunto de las características sexuales anatómicas, fisiológicas, psicológicas y sociales que se manifiestan en la conducta del individuo con otro persona.

Sin embargo en años recientes se ha visto que los estudiosos de la sexualidad engloban a la palabra sexo en la rama biológica, anatómica y fisiológica y a la sexualidad en la rama psicológica y social.

De esta manera Gotwald y Holtz (1985) menciona que la palabra sexualidad se usa en términos que connotan sentimientos entre personas como, amor, comunicación, unión, compartir, tocar, cuidar, sensualidad, erótico, etc. Y al definir la palabra sexo se da en términos de copula, orgasmo, vagina, pene, genital y hacer el acto sexual.

En tanto que Alvarez Gayou (1986) se refiere a la palabra sexo como la serie de características físicas, determinadas genéticamente que colocan a los individuos de una especie en un punto del continuo que tiene como extremo a los individuos reproductivamente complementarios, en cuanto a la palabra sexualidad para dicho autor es hablar del ser biológico, del ser psicológico y del ser social, al ser humano sexual que es, que piensa y que vive con otros seres que también son, piensan y conviven.

Así mismo Masters, Johnson y Kolodny (1987), consideran que la palabra sexo, en el lenguaje corriente se usa con frecuencia para aludir al varón o a la hembra (sexo biológico) o para referirse a una actividad física en la que interviene el aparato genital. Y la palabra sexualidad se emplea con un significado más amplio que el vocablo sexo; ya que al hablar de sexualidad se refiere a una dimensión de la personalidad; es decir abarca todos los planos del ser sexual.

Aún en la actualidad se sigue tomando como base la vertiente de la palabra sexo como las diferencias anatómicas o como el acto coital y la palabra sexualidad se le ha sumado el aspecto político como signo de poder entre los roles sexuales y enfatizando en lo cultural en cuanto a los roles de género definiéndose así a la sexualidad como "el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, constituyendo a los particulares y obliga a su descripción a grupos socioculturales genéricos y condiciones de vida predeterminadas. La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo que define la identidad básica de los sujetos" (Lagarde; 1993:184).

Por otra parte hay que considerar que se ha dividido el concepto de las palabras sexo y sexualidad para un mejor entendimiento de esto, sin embargo no se puede separar en el ámbito personal, ya que en cada individuo se encuentran interaccionando estas dos palabras, no como palabras en esencia sino como algo dinámico que forma parte de la personalidad del individuo.

1.2 Estudio de la Sexualidad.

Se sabe que todos los individuos experimentan sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, lo cual lo hacen de manera individualizada pero sin olvidar que la sociedad es la base de una influencia general en el individuo que a su vez tiene otra influencia en el factor biológico lo que hace indudable la base biológica del comportamiento sexual y el peso de los factores biológicos en el desarrollo de tal comportamiento, es así que Katchadourian (1983) afirma que el comportamiento sexual adulto es producto de la interacción de factores biológicos (genéticos, hormonales y otros). Y de factores de la experiencia (psicológicos y sociales) en todo el ciclo de la vida.

Al igual que en los conceptos de sexo y sexualidad, existe una gran diversidad de opiniones en la literatura para el abordaje del estudio de la sexualidad; pero se ha encontrado que la sexualidad se estudie o se plasme generalmente en los siguientes rubros: Biológico, Psicológico, social y cultural. Poniéndose en ocasiones lo cultural en lo social y lo social en lo psicológico.

- Dimensión Biológica.

Se considera la sexualidad en el plano biológico desde el punto de vista genético, hormonal y de reproducción.

Jones (1974), Gotwald y Holtz (1983) y Azcarraga (1983). Consideran el aspecto biológico de la sexualidad a través de cada individuo, que puede reducirse en sentido físico al código molecular en un espermatozoide u óvulo, pero podemos contribuir con esta célula para la formación de un nuevo ser humano, producido por el intercambio de materiales genéticos entre los progenitores. El mismo ser humano que se produce a su vez está destinado a repetir el imperativo reproductivo, lo cual se da por medio de la madurez sexual, en el aspecto hormonal que implica la producción y liberación de sustancias corporales químicas que se inician en la pubertad.

Por otra parte Gotwald y Holtz (1983) además de considerar el aspecto biológico como la reproducción considera otro aspecto biológico no reproductivo como es la respuesta sexual humana que es la fisiología sexual (de esto se habla en el capítulo II).

- Dimensión Psicológica y Dimensión Social.

La sexualidad es una parte importante de nuestra formación psicológica, y la resolución entre esta y la personalidad es de una interacción compleja. La sexualidad influye en muchos aspectos sexuales de nuestra personalidad y conducta mientras que al mismo tiempo, en la expresión de ella influyen muchos aspectos psicológicos no sexuales (Jones; 1974).

Los siguientes autores entrelazan la dimensión psicológica con la social y ésta a su vez la mezclan con lo cultural creando así una sola dimensión, la dimensión psicosocial en donde se conjugan factores psicológicos (emociones ideas y personalidades) y sociales (personas que influyen recíprocamente en un espacio y tiempo determinado).

A pesar de que Jones (1974), separa la dimensión psicológica de la social no hay un desligue por completo ya que menciona que el impulso sexual obra efectos tanto obvios como situacionales en la personalidad y nuestro grado de satisfacción sexual influye en la manera en que interaccionamos con las personas de ambos sexos.

Manifestándose así "el guión sexual que da la idea y la pauta de como organizar la vida sexual de los miembros de la sociedad a la que pertenecemos. El contenido del guión es reflejo de la ideología social, siendo éste introyectado en forma individual y paulatina desde el momento del nacimiento" (Carrizo, et al;1982:38), el rol de género, el cual "es la expresión de la masculinidad o feminidad de un individuo a tenor de las reglas establecidas por la sociedad" y "la identidad de género que es la convicción personal y privada que tiene el individuo sobre su pertenencia al sexo masculino o femenino" (Masters, Johnson y Kolodny; 1987:239), todo ello de acuerdo a la época, lugar y circunstancia de las fuerzas psicosociales a las que pertenece el individuo.

Lo que da lugar a decir que "la conducta sexual es socialmente aprendida y no biológicamente determinada" (Carrizo, et al; 1982:39). Y una de las formas en la que la sociedad puede influir en las actitudes, conductas y papeles sexuales de sus miembros es por medio del proceso enseñanza-aprendizaje, siendo la familia los modelos primarios complementándose posteriormente por sus maestros y amigos así como por los medios de difusión, libros, películas teatros, etc.

Por otra parte Marters, Johnson y Kolodny (1987) señalan que la sociedad influye en nuestra sexualidad a través de sus leyes, sus normas y expectativas con el propósito de inducirnos a encausar nuestra conducta sexual por una senda determinada, con el objetivo de que el ser humano estructure su identidad sexual; es decir, que "el individuo encuentre durante el proceso de desarrollo, una forma individualizada de ser, sentir y pensar, que lo hace único y original dentro de su grupo" (Carrizo, et al; 1982:40).

1.3 Teorías sobre la Sexualidad.

Es transcendental conocer a partir de que elementos se va dando el comportamiento sexual, por tal razón se describe a continuación en un panorama general cuatro teorías:

1.- Teoría de Freud sobre el desarrollo sexual.

Esta teoría se basa en el aspecto psicoanalítico de la sexualidad.

Masters, Johnson y Kolodny (1987), hacen referencia que Freud fue uno de los primeros teóricos que reconocieron la existencia de la sexualidad durante todo el ciclo vital. En donde "el núcleo de la identidad de género se establece antes de la etapa fálica" (Dio Bleichmar;1983:5).

Consideraba que el impulso sexual-la libido como una pugna intensiva en pos del placer sexual, era uno de los factores principales motivadores del comportamiento.

Manifestó que los impulsos sexuales tempranos no polarizados en un objetivo concreto, pasan por una sucesión de estadios, evolutivos previsible, indispensables para la formación de una personalidad adulta y madura. Distingue Freud cinco fases:

a) Fase Oral (desde el nacimiento hasta los doce meses o dieciocho meses de edad). La boca en esta fase es el núcleo primario de energía y gratificación sensual.

b) Fase Anal (va desde los doce o dieciocho meses hasta los tres años). El goce sensual se proyecta en la región anal, a través de la manipulación de sus esfínteres.

c) Fase Fálica (se da entre los tres y los cinco años). El interés erótico reviste en los genitales y a través de la masturbación. Aquí se presenta el llamado complejo de edipo, en donde el niño siente celos del padre, al que ve como rival en busca del cariño de la madre. Pero al mismo tiempo el niño teme a su poderoso progenitor y en especial le asusta la idea de que pueda castigarle cortándole el pene.

d) Fase de Latencia (va desde los cinco años a los doce años). Aquí la libido no se manifiesta como en las otras etapas, por lo que el niño se dedica a otras actividades no sexuales como el juego con iguales, escuela, etc.

e) Fase Genital (aparece desde la pubertad en adelante). Poco a poco los adolescentes aprenden a centrar sus impulsos sexuales en general y en el coito en particular, manifestando por último la madurez sexogenital del adulto.

La segunda teoría se basa como ya se dijo anteriormente en lo aprendido más que por las fuerzas psicológicas internas como lo hace la primera.

2.- Teoría del Aprendizaje Social.

Esta Teoría toma el aspecto del aprendizaje sexual a través de la influencia recíproca que se da entre el individuo y el medio ambiente.

En la teoría del aprendizaje social puede definirse las conductas sexualmente tipificadas como aquellas que proporcionan o no distintas gratificaciones y en circunstancias específicas castigos a uno y a otro sexo.

La forma por la cual el individuo puede adquirir las conductas sexualmente tipificadas son por medio del discernimiento, generalización y aprendizaje por observación. Este proceso de tipificación se da primero aprendiendo a distinguir los patrones sexuales, después generaliza esas experiencias concretas de aprendizaje a situaciones nuevas y finalmente practica dicha conducta.

El proceso incluye además del condicionamiento directo e indirecto de multitud de estímulos que adquieren valor diferenciador y provocan en los sexos distintas respuestas emocionales de actitud. Los juicios sobre lo aprobado de una tipificación sexual suponen inferencias de hasta que punto el individuo sigue conductas que se consideran típicas de su sexo y hasta que punto éstas han adquirido un valor para él.

El aprendizaje por observación denota la tendencia a una persona a reproducir los actos, actitudes y respuestas emocionales exhibidas por modelos de la vida real simbólica.

La imitación de un sexo al otro ocurre y es facilitada cuando el modelo del sexo opuesto tiene mayor poder que el de él mismo. Es por eso que cuando las mujeres tienen marcadamente menos acceso a importantes gratificaciones que los hombre, pueden emular la conducta masculina en la medida que dicho cruce sexual sea tolerado.

En la teoría del aprendizaje social se reconoce la existencia de procesos intermedios(deseos, temores, esperanzas, etc.), no se atribuye a los mismos la importancia causal que suelen considerárseles en las teorías cognitivas y dinámicas. En lugar de ello se produce la conducta sobre la base de un análisis de los antecedentes en cuanto a aprendizaje social y de las situaciones específicas de estímulo, en cuyo marco se da dicha conducta, como ya se ha descrito antes (Maccoby; 1972).

3.- Teoría Cognoscitivista.

Esta teoría fue desarrollada por Kohlberg en 1972 y se basa en la organización cognitiva que hace el niño acerca de su mundo social con base a las pautas sociales del rol sexual. Sin dejar a un lado que dicha teoría reconoce el papel interactivo de los aspectos biológicos y culturales en las actitudes sexuales, pero poniendo como primer término la función básica de la cognición en estas actitudes.

La conducta cognoscitiva humana según Piaget implica la combinación de las siguientes áreas:

- a) Maduración.- entendida como la diferenciación del sistema nervioso.
- b) Experiencias.- comprende la interacción con el mundo físico.
- c) Transmisión Social.- se refiere al cuidado y educación que influye sobre la experiencia del individuo.
- d) Equilibrio.- comprende la auto regulación de la adaptación cognoscitiva. La adaptación refleja el balance de los procesos de asimilación y acomodación.

La teoría cognoscitiva plantea que los papeles sociales se adquieren por aprendizaje observacional de la conducta de los otros, pero que dicho aprendizaje es cognoscitivo en el sentido que se organiza, actúa, selectiva e internamente de acuerdo con esquemas de relación, en lugar de reflejar directamente asociaciones de sucesos del mundo exterior. Por lo que el niño hace uso de experiencia de su cuerpo y de su medio social para formar un concepto y valores sexuales, mismos que cambian con la edad y se reestructuran si hay también experiencias ambientales que lo propicien.

Los pasos cognitivos del aprendizaje de las conductas sexuales según Kohlberg son los siguientes:

a) Formación de la Identidad Sexual o la Autoidentificación Cognitiva como niño o como niña, la cual se da en una época temprana del desarrollo, una vez hecha esta identificación es relativamente irreversible; además de que es el organizador crítico y básico de las actitudes sexuales. A través del tiempo y del crecimiento cognoscitivo la identidad de género se vuelve más estable, con lo que se establece la constancia de género.

b) Una vez que el niño ha identificado de forma estable su sexo, empieza a valorar positivamente aquellos objetos y actos que concuerdan con su identidad sexual, por lo que imita las conductas apropiadas con su propio sexo y evade las conductas inapropiadas.

c) Como resultado de estos valores diferenciales, así como de las diferencias en la imitación, cada niño desarrolla una adhesión (identificación) emocional con el padre del mismo sexo, esto lo llevará a futuras conductas imitativas y a la estructuración del rol sexual.

Esta teoría se postula que la identidad sexual del niño se mantiene debido a una adaptación motivada a la realidad física-social y por la necesidad de preservar una imagen de sí mismo estable y positiva.

Los estereotipos sexuales representan el pensamiento concreto del niño centrado en el cuerpo y en los objetos y lo genital como uno de esos elementos.

La identificación como proceso cognoscitivo, está estrechamente vinculado con la capacidad mental para concebir otro modelo de retención a uno mismo así la imitación surge de una semejanza conceptual percibida entre el yo y el modelo a su vez la identificación supone una actitud emocional con el otro. (Kohlberg; 1972. Citado en Martínez; 1987).

4.- Teoría de la diferenciación y Dimorfismo en la Identidad de Género.

Money y Ehrhardt (1972) conceptualizan a la diferenciación psicosexual o identidad de género como: "La igualdad a sí misma, unidad persistencia de la -

propia individualidad como varón o como hembra (o ambivalente), en grado mayor o menor, en especial tal como se experimenta en la consciencia acerca de sí mismo y en la conducta. La identidad de género es la experiencia privada del papel de género y el papel de género es la experiencia pública de la identidad de género" (Money y Ehrhardt;1972. Citados en tesis de Martínez;1987:51). Por lo que se basa en dos formas, partiendo de que tanto a nivel del desarrollo embriológico como en el nacimiento se presenta un dimorfismo sexual, es decir; femenino o masculino derivándose de esto, dos manifestaciones tanto a nivel corporal como a niveles de conducta y lenguaje. Por consiguiente para que se desarrolle la identidad de género se va siguiendo una secuencia en donde intervienen múltiples factores biológicos, sociales y psicológicos. Dichos factores son los siguientes:

a) Dimorfismo Genético. El primer factor que interviene es el cromosoma X o Y respecto del padre que se unirá al cromosoma X respecto de la madre y según la combinación XY o XX se formará un ser humano hombre o mujer. Siempre y cuando haya circunstancias normales.

b) Diferenciación de la Gónada Indiferente. El ovario y el testículo provienen de una misma estructura, que esta formada por una porción interna la cual es la médula y una porción externa que es la corteza. Cuando el mensaje genético XY es recibido se formará el testículo, pero si el mensaje genético es XX dará inicio a la formación del ovario. Generalmente existe una relación entre el patrón cromosómico y la diferenciación de la gónada, sin embargo puede presentarse anomalías.

c) Secreciones Hormonales. Una vez diferenciada la gónada pasa su mensaje a las secreciones hormonales de sus células. En esta etapa los factores determinantes serán las secreciones del testículo que es la testosterona, la cual continuará el desarrollo de los genitales externos del varón y en ausencia de esta continuará el desarrollo de mujer.

d) Diferenciación de los Conductos Genitales Externos. Los conductos de Muller servirán de base para formar el útero, las trompas y la parte superior de la vagina, sólo en caso de ausencia de testosterona. Por otro lado los conductos de Wolff conformaran el conducto deferente, las vesículas seminales y los conductos eyaculatorios, lo cual es ante la presencia de testosterona.

e) Diferenciación de Genitales Externos. Hasta la octava semana de vida fetal, los esbozos de los genitales externos de ambos sexos son idénticos y tienen la capacidad de diferenciarse en una u otra dirección. Dichos esbozos consisten en un tubérculo genital que conformará los cuerpos cavernosos y el glande, ya sea del pene, o del clitoris. En la mujer los pliegues uretrales permanecen separados y se convierten en los labios menores y en el varón los labios uretrales se fusionan para rodear el conducto uretral del pene.

f) Sistema Nervioso y Conducta. Los factores hormonales prenatales influyen en la conformación de ciertos patrones de organización cerebral dimorfos. Por otro lado se postula en base a los estudios sobre el hermafroditismo humano, que las hormonas prenatales tienen influencia en el posterior comportamiento, como temperamento o personalidad.

g) Dimorfismo de Género en la Asignación y la Crianza. Una vez que el niño ha nacido se da el sexo de asignación que es clasificar al niño en hombre o - mujer de acuerdo a sus genitales externos y en base a esto se dará el trato al individuo y se esperará determinado comportamiento.

Los padres tienen una serie de expectativas de acuerdo con el sexo del niño, estas fueron impuestas por la tradición cultural. Sin embargo el dimorfismo esperado en cuanto al género puede variar de acuerdo a la cultura y a la época.

Este dimorfismo de trato en base a los órganos sexuales es uno de los aspectos universales de interacción social humana, pareciendo entonces que esto se da de una forma inmutable. Además se señala que en las experiencias de crianza que configuran la diferenciación del papel y la identidad de género se ponen en juego dos principios: uno es la identificación con el miembro de su mismo sexo y el segundo es la complementación de los miembros del sexo contrario.

h) Diferenciación de la Identidad de Género. El proceso de diferenciación de la identidad de género es evolutivo y dinámico. Se diferencia en la niñez y queda fija en la edad adulta, generalmente se constituye como primordial o exclusivamente masculina en los niños y como femenino en las niñas, sin embargo la diferenciación puede quedar inconclusa y la identidad resultar ambigua.

Hay datos en estudios de hermafroditismo humano en los que se evidencia que una parte primordial de la identidad de género se lleva a cabo en un periodo postnatal. Otro aspecto que confirma que la identidad de género se deriva del sexo asignado y del modo de crianza es que en la pubertad Las hormonas puberales ante un estímulo erótico regulan la identidad de la libido, pero el estímulo sexual al cual responde el sujeto, depende de su historia previa. Por lo que se considera que el sexo hormonal puberal no influye en la conformación de la identidad de género.

1.4 Teoría Psicoanalítica Sobre la Sexualidad Femenina.

Dio Bleichmar (1991) menciona que la rotulación que la sociedad y principalmente los padres hacen al recién nacido de reconocerlo hombre o mujer (género sexual) determinará el núcleo de su identidad de género que "es el esquema ideoaectivo más primitivo, consciente e inconsciente de la pertenencia a Un sexo y no al otro" (Dio Bleichmar; 1991: 5).

Partiendo desde esta perspectiva de noción de género, el psicoanálisis evalúa de una forma más importante la fase preedípica en la niña que en el varón surgiendo su relevancia en el desarrollo diferencial de ambos. Ya que el vínculo con la madre, es esencial para el desarrollo de la feminidad y no por la supuesta masculinidad que encierra que la niña instintivamente se halla preparada para una masculinidad, que desde que descubre la diferencia anatómica de los sexos se siente castrada, desea ser hombre y ver su cuerpo transformado poseyendo un pene. Si no por todo lo contrario por la inevitable feminización que genera. Lo cual conlleva a una mayor prolongación en el periodo edípico, a sí como mayor identificación de la madre con su hija en comparación de la madre con su hijo. Por lo que en el primer caso se da la tendencia a colocar en el centro de sus preocupaciones las relaciones humanas que tienen que ver con la maternalización: sentimientos de fusión, déficit de separación e individuación, límites del yo corporal y del yo más difuso. (Dio Bleichmar; 1991).

Tornandose así una "inhibición en la expresión de sus deseos y de la agresividad, además de un predominio de vínculos dependientes y muy ambivalentes, sentimientos de impotencia y desvalorización, así como el bloqueo de la acción en el ámbito extradoméstico, todos ellos asociados a un déficit en el despliegue de la pulsión de dominio" (Castro; 1987:387).

Por lo que el goce de la sexualidad femenina está limitado, lo cual se reafirma con la no narcisización de las zonas erógenas de la mujer que son el clítoris y la vagina, debido a que no se han dado a conocer como símbolo de poder por no estar tan visibles físicamente en el cuerpo de la mujer como lo esta el pene en el hombre y por tanto esta zona erógena es la que representa el símbolo de poder por lo que es narcisizada, lo cual conlleva a una valorización social masculina y a una desvalorización social femenina.

Esto se ha venido tomando en cuenta desde años anteriores, en los cuales Horer(1981), mencionó que el sexo masculino es visible, tangible, palpable, resumiendo es evidente. Convirtiendo a su falo en un signo de poder. El muchachito tiene un sexo. La niña no lo tiene desde la perspectiva patriarcal. He aquí a la niña definida por una negación. No tener nada que se parezca al sexo masculino equivale a no poseer nada. Así es como el sexo femenino se convierte en un lugar de ausencia.

Actualmente Fernandez (1993), retoma las perspectivas psicoanalíticas de la Teoría de la Sexualidad Femenina y postula que en la epistemología de lo mismo que surge de la cultura histórica, lo cual implica pensar desde lo apriori de lo mismo, que nos señala la homologación de lo genérico humano con lo masculino se presentan categorías que pueden explicar la diferencia de los géneros, las cuales se estructuran desde una lógica: atributiva, binaria y jerárquica.

ATRIBUTIVA; en tanto otorga, atribuye a los predicados del sexo masculino la propiedad del modelo humano (hombre-hombre). El otro género por lo tanto se construye en términos de negatividad, es decir; es un ordenamiento donde lo diferente que es el género femenino no se ve, es denegación.

BINARIA, ya que alternó sólo dos valores de verdad, siendo necesariamente uno verdadero y el otro falso, en donde la premisa podría ser.- si el hombre está entero la mujer tiene algo menos, es decir que al perder la positividad de lo otro, lo mismo se ha transformado en lo único, en lo verdadero. siendo el hombre lo verdadero y la mujer lo falso.

JERARQUICA; en tanto transforma uno de los términos en inferior completo o suplemento. En tal lógica lo diferente será siempre negativo de aquello que lo hegemónico señala como lo uno y, en tanto tal, inferior. Concluyéndose así que la mujer se encuentra en una postura inferior por no poseer un pene y por lo tanto no tiene derecho a expresar su sexualidad.

1.5 Sexualidad y Género.

El mundo ha venido evolucionando y con ello la perspectiva de la sexualidad, lo cual se ha venido observando a través de la confirmación de la marcada influencia del género hacia la sexualidad, es por eso que aunque las diferencias sexuales son naturales no dejan de ser manipuladas por el sistema sociocultural que las jerarquiza y que atribuye a cada sexo humano un papel social, manifestándose así la masculinidad y feminidad que " alude al grado en que una persona se ajusta a las expectativas culturales sobre la conducta y la apariencia que deben mostrar los hombres y las mujeres" (Masters, Johnson y Kolodny; 1987:302).

Por lo que a la feminidad en tanto un sentimiento de género es una línea evolutiva que sufre transformaciones a lo largo del desarrollo pero su núcleo se establece temprana y sólidamente en forma independiente de la sexualidad. Lo cual se logrará a plenitud cuando la mujer armonice el narcisismo ligado a su género y la narcización de su sexualidad proceso más tardío y sujeto a un mayor número de factores conflictivos, psicológicos y sociales. (Dio Bleichmar; 1991).

Horer (1981) y Master, Johnson y Kolodny (1987), mencionan que la feminidad es condicionada consciente o inconscientemente por los progenitores. Aunque los padres no señalen a sus hijos las conductas sociales que deben -

seguir según su sexo biológico, esto se aprende, ya que se puede leer entre líneas en cuanto a la sociedad se refiere, marcándose así el rol, lo cual es reforzado a través de las reglas de comportamiento, respuestas positivas ante una conducta o prohibiciones de dicha conducta según sea el caso, que se dan tanto por el seno familiar y la sociedad como por los medios masivos de comunicación, como lo menciona la "Teoría del aprendizaje social" (Maccoby; 1991)

De esta forma es implementada la inmutable función de las mujeres y poco a poco estas ocupan el lugar que les ha sido asignado, función inmutable, singular que nada tiene que ver con la realidad, pues la actividad de las mujeres se expresa por lo menos entre funciones de esposa, trabajadora, doméstica y madre.

Lo que da como resultado que la mujer no pueda gozar abiertamente de su sexualidad como lo ha venido haciendo durante años el hombre, surgiendo de esto "la doble moral" (Castro; 1987:387), es decir mientras el hombre jamás se le prohibirá el ejercicio de su sexualidad si no que se le alentará para hacer un potente amante, ya que existe un investimento narcisista pleno de la función sexual socialmente legítima y socialmente inducida lo cual son condiciones para constituir el símbolo de hombre. En la mujer no sucede así ya que cualquier movimiento en favor de la pulsión devalúa, descalifica, mancha su narcisismo.

(Dio Bleichmar; 1991)

Por su parte Fernandez (1993), menciona que la imagen de la mujer, frágil, emotiva, dependiente, sexualmente pasiva y predestinada a la maternidad que se consagra en el S.XVIII. Aún hoy en día no se puede negar. Este discurso que es esencialista y globalizante, adscribirá a todos estos rasgos a características biológicas y universales. En este sentido, verá natural o biológica la pasividad de las mujeres en lo que respecta a su sexualidad. Quedan así condensadas, en eficaz equivalencia simbólica, actividad con masculino y pasividad con femenino.

Poniéndose así como característica social el que la mujer no pueda gozar de su cuerpo en tanto sea madre ya que debe fungir el papel de abnegación, el-

de ser sumisa y sacrificada, reforzándose esto, tanto por su cónyuge como por ella. Trayendo como consecuencia el poder del hombre sobre la mujer que posiciona en dependencia económica, subjetiva y erótica a la esposa.

Así mismo Marcela Lagarde (1993) refiere que es característica básica de la sexualidad y de las mujeres la relación orgánica entre erotismo y procreación, sin embargo esto aparece escindido a nivel social, lo cual produce aspectos de la sexualidad femenina desintegrada entre madres y putas. Tornándose de esta manera el mito de que el cuerpo embarazado de la mujer es signo y símbolo de la negación del erotismo humano en particular de erotismo femenino."Sintomatizando la madre sumisa sus deseos sexuales en disfunciones sexuales, patologías de embarazos, partos, puerperios, etc." (Fernandez; 1993: 182).

Hoy en día se ha separado la procreación de la sexualidad, dando como consecuencia el deseo amoroso libremente vivido y ligado al placer. Sin embargo hay mujeres que todavía están marcadas por lo que han sufrido sus madres, que son la falta de información y las inhibiciones que bloquean la comunicación.

Por lo que si bien las mujeres han avanzado considerablemente en la superación de condiciones materiales, los mitos sociales se desquebrajan con mayor lentitud (Fernandez; 1993).

Una prueba de ello es que apesar del movimiento feminista en su totalidad, las mujeres se sienten obligadas a adaptarse a las guías y deseos del compañero, del mismo modo que se sienten obligadas a adaptarse a los criterios estudiados para integrarse a la sociedad. Como bien lo dijo Horer (1981) que las mujeres viven bajo el dominio de la imagen del hombre viril, activo que decide y elige. La mujer no tiene más libertad que la de ser escogida o negarse a dejarse escoger.

Otro ejemplo del avance lento del rompimiento de los mitos es que el cuerpo y la sexualidad de la mujer sobrevalorados, son ejes sobre los que se estructura su condición genérica y son también los espacios en los cuales se fundan y se desarrollan la opresión que totaliza sus vidas, como grupo social

y como particulares. Por esto al mismo tiempo cuerpo y sexualidad son instrumentos y sus espacios de poder, porque están a disposición de la sociedad y de la historia en la forma en que cada sociedad ha necesitado y decidido que sea. Son los elementos que tienen las mujeres para dar a los hombres y a los otros y así relacionarse con ellos (Lagarde, 1993).

Por otro lado el cuerpo de la mujer se muestra de manera violenta en el ámbito social, poniéndose de manifiesto la agresividad en la sexualidad femenina, marcada esta por una sociedad viril.

Fernández (1993). Menciona que dentro de las organización familiar, los contratos conyugales violentan muchas veces tanto el sentido como las prácticas del erotismo femenino, por otra parte la educación, los medios masivos de comunicación, algunas modalidades de prácticas médicas y psicológicas reproducen una imagen femenina que violentan, estas expresiones constituyen una de las múltiples estrategias de la producción de la desigualdad de género en tanto produce consenso con respecto a la naturalidad de la inferioridad femenina.

Por lo que se puede considerar que los procesos de desigualdad-discriminación-violencia no son en rigor visibles, sino que están invisibilizados, es decir, que los aspectos de la subordinación de género se encuentran naturalizados.

Así mismo Marcela Lagarde (1993), hace referencia como sexualidad opresiva a lo que Fernández (1993), menciona como violentamiento femenino. Caracterizándose la sexualidad opresiva por el desprecio, la inferiorización y violencia que son de manera simultánea, bases de la viril identidad masculina. Sexualidad que prescribe el amor irrealizable como la forma suprema de relación entre oprimida y opresor, entre el jefe patriarcal y la subordinada, entre el polígamo y la monógama, entre el visible que ocupa todo el espacio y la invisible que requiere su mirada para existir.

La opresión de la mujer tiene como consecuencia el no poder expresar su placer erótico aún y cuando se haya dado la liberación femenina. Una contradicción básica para las mujeres consiste en que deben orientar y definir

su erotismo desacuerdo con las normas dominantes y simultáneamente con las específicas de su género.

La mujer tiene así una doble asignación erótica. Están definidas en función de un erotismo pretendidamente neutro, que abarca a todas, de un erotismo asignado a su género. Es decir las mujeres tienen deberes, límites y prohibiciones, eróticas, generales y específicas.

El erotismo femenino no encuentra un camino recto entre el estímulo y la vivencia, está estructurada para requerir la medición del otro, protagonista esencial para que las mujeres concluyan el proceso que siempre consiste en la satisfacción del otro.
(Lagarde, 1993).

Plasmándose dentro de la normalidad la situación en que les permite soportar a las mujeres la ausencia del orgasmo, con lo que asumen plenamente la función tradicional, que sirven al goce de los hombres e interiorizan el placer del hombre hasta encontrar un placer en ello.

Pero no es en esto donde recae todo el peso si no es compartido por la ignorancia del propio cuerpo, en el desconocimiento de los órganos sexuales, en la autocensura, en los sentimientos de vergüenza y la culpabilidad que son las principales causas de una vida sexual alterada, disminuida, mutilada.

Por lo que se considera que al conocer los puntos de orgasmo de las mujeres se podría eliminar parcialmente la anorgásmia. Esto se ha investigado durante años, encontrándose en un principio una base psicoanalítica desarrollada por Freud, la cual nos habla de un orgasmo clitórico-vaginal en donde "hace la separación neta entre dos orgasmos a los que hace mutuamente ajenos. Uno simboliza la normalidad la cual es el orgasmo vaginal y el otro la inmadurez que es el orgasmo clitoridiano" (Horer, 1981:153).

Posteriormente surgió la otra propuesta desarrollada por Masters y Johnson quienes han demostrado que no hay diferencias entre estos dos orgasmos, ya que si se habla de un orgasmo vaginal es sólo porque también ahí ha habido estimulación clitoridiana (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Y por último Wipple y Perry mostraron que había un lugar en la pared anterior frontal de la vagina extremadamente sensible a la presión fuerte de tal forma que puede conducir al orgasmo y con él a una eyacuación femenina a través de la uretra. A esta zona la llamaron punto de Gräfenberg o punto "G", por lo que consideraron que existen dos puntos orgásmicos, el clitorideano y el punto G que se ubica en la vagina (Ladas y Wipple;1981).

Es por eso que se dice que el conocimiento de la sexualidad y de las técnicas sexuales es más cultura que instinto. Las culturas sexualmente menos represivas que la nuestra celebran la existencia del orgasmo femenino y enseñan a sus miembros los medios más idóneos para alcanzarlo, sin embargo existen culturas que castran los puntos orgásmicos de la mujer como lo es la cultura Musulmana la cual desaparece todo rastro de placer ante la amenaza de una anatomía erótica de sus mujeres, instituyen prácticas rituales de mutilación clitorídea y lo mismo sucede en la cultura occidental endonde existe si no una mutilación física del órgano del placer si una mutilación simbólica del mismo, formándose así una anatomía castrada (Fernández; 1993).

Dio Bleichmar (1991) confirma lo mencionado por los autores anteriores refiriéndose a que la falta de conocimiento en la representación genital de la vagina en la niña puede deberse a muchos factores, entre los cuales están el carácter oculto de los órganos genitales por lo que lleva a la ausencia o poca frecuencia de experiencias estimulantes del placer vaginal. Lo que hace pensar que la anatomía es el destino en el caso de la niña, pues no favorece una sexualización completa en la infancia, lo cual da como consecuencia un monumental de malos entendidos como el abismo entre ser objeto causa de deseo, es decir, despertarlo pero en forma recatada y ser sujeto de deseo, poder gozar de su sexualidad y sentirse valorizada en su ejercicio y goce, no resulta superable fácilmente para la mujer por medio de resignificaciones individuales. Pensemos que para lograr tal meta (UNIDAD), la mujer no sólo le es necesario descubrir a la vagina, libidizarla adecuadamente, sino sobre todo narcisizarla. Para esto es imprescindible que se opere un real cambio psicosocial, que se le ofrezcan otros modelos del género.

1.6 Etapa Transicional del Género.

Fernández (1993), comunica que hay una nueva feminidad que arriba el siglo XXI con paso vacilante aún pero abrevia y se afirma, desde utopías de igualdad, en la diferencia. Cuestionándose los ordenamientos sociales basados en las diferencias naturales de los sexos. Momentos de transformación en lo social, donde comienzan a fisurarse los antiguos vínculos contractuales tanto en su dimensión explícita como implícita entre hombres y mujeres. Se vuelve así necesario redefinir el campo de lo legítimo en las relaciones entre los géneros.

Esta nueva realidad social produce una -crisis-(ruptura de un equilibrio anterior y búsqueda de un nuevo equilibrio) de los pactos y contratos que regían las relaciones familiares y extrafamiliares entre hombres y mujeres.

Sin embargo se produce violentamientos de sentido y de deseo que sumen a muchas mujeres en confusión, en -crisis de identidad- y sintomatología diversa que muchas veces son la solución de compromiso o la transacción que produce la contradicción agudizada entre prácticas y discursos, entre anhelos y posibilidades. El sentimiento continuo, a través de innumerables canales sociales o violentamente de sentido y de deseo, crea nuevas condiciones subjetivas de la tutelarización de las mujeres. Y nadie nos impide circular por el mundo, sólo que necesitamos hacerlo con la aprobación de un hombre porque nos sentimos más seguras.

Es por lo anterior que se menciona que la puesta en crisis de una legitimidad, no significa que se haya suprimido la subordinación que se encuentre consolidado un nuevo paradigma legitimador de la igualdad en la diferencia. En consecuencia habrá que evitar incurrir; tanto en la ligereza de dar por terminada la opresión de género como la restricción de poner en consideración sólo los indicadores de la subordinación femenina.

Es así que para que exista un cambio en la mujer, esta debe construirse como sujeto, labor que necesariamente compromete el lugar que ocupa el hombre en su psiquismo, ya que este debe de dejar de ser el garante de su identidad,

el proveedor de su subsistencia el ministro de relaciones exteriores, el legitimador de su cuerpo, para que en cada uno de estos lugares se sitúe la propia mujer, no antes sin tener presente que para que esto suceda tiene que estar en lucha titánica no contra el hombre, si no contra los sistemas ideológicos presentes en la mente de los hombres e incluso de las mujeres (Fernández;1992).

En este capítulo se describió que la sexualidad es un factor de la personalidad que se desarrolla en el plano biológico psicológico, social y cognositivo en cada ser humano.

Es así que apartir de la anatomía la sociedad ha designado los valores y creencias para cada niño y para cada niña que dan crédito a la masculinidad y feminidad, de esta manera cada sexo introyecta la identidad sexual que le corresponde para así desempeñar su papel en la sociedad.

De esta forma la sociedad ha designado a las mujeres el rol de abnegación, sumisión y debilidad, etc., que lleva a una conducta pasiva carente de agresividad en todos los ámbitos y aún más en el sexual, lo que trae como consecuencia la desvalorización de la imagen de la mujer que se refuerza con la comparación irreal con el hombre, ya que el ser masculino es símbolo de dominio, poder, fuerza, etc. Ocupando con esto el lugar principal en el mundo, dejando en el plano secundario a la mujer, situación fantasiosa y destructiva para el sexo femenino, sin embargo en la actualidad esta situación poco a poco es ta desquebrajándose para obtener un papel más real y propio que se diferencie del hombre, para así ser más idependiente y valorizarse por ella misma, pero desafortunadamente esto es obstaculizado por la sociedad así como por el sexo masculino a causa del temor de perder su dominio y poder sobre la mujer.

Por otra parte también la mujer resulta su propia barrera por el temor al cambio desconocido, ya que por siglos se les ha asignado un lugar secundario, por lo que se encuentra natural la resistencia a este cambio a pesar de que signifique beneficio para ella, es por eso que la transción esta desarrollándose lentamente.

CAPITULO II. Disfunciones Sexuales

2.1 Concepto de Disfunción Sexual

"Las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias fases de la Respuesta Sexual que provoca problemas o molestias al individuo o pareja" (Alvarez Gayou; 1986:64).

Por su parte Masters, Johnson y Kolodny (1987) mencionan a los trastornos sexuales como "Estados anómalos que suponen un menoscabo de la respuesta física en la función sexual" (Masters, Johnson y Kolodny; 1987:585).

En el DSM-IV (1995) Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la relación del acto sexual.

Por consiguiente el modelo de la Respuesta Sexual Humana realizada y publicada por primera vez en 1966 por William Masters y Virginia Johnson es invaluable para comprender la fisiología de las disfunciones y determinar estrategias terapéuticas.

Dichos autores describieron en un ciclo de cuatro fases el modelo de la respuesta sexual humana; sin embargo las diversas fases se definen arbitrariamente; es decir, no siempre están claramente diferenciadas entre sí y pueden experimentar grandes variaciones tanto en el caso de un mismo individuo examinado en distintos momentos, como en la relación de pareja, además de que aunque por regla general el ciclo de respuesta sexual se atiene a una pauta de progresión estable, los rasgos esquemáticos simplificados de dicha respuesta varían notablemente. Sin embargo el modelo siempre es descrito por la fase de excitación, por la fase de la meseta, la fase del orgasmo y la fase de resolución.

a) Excitación. Desde un punto de vista científico la excitación es un estado de activación de intrincados sistemas de reflejos en donde participan los órganos sexuales y el sistema nervioso. En cuanto al cerebro que controla al sistema nervioso funciona mediante impulsos eléctricos y químicos transmitidos al resto del cuerpo a través de la médula ósea y los nervios periféricos. Por otra parte la excitación también se considera que es la consecuencia de la estimulación sexual que puede ser física, psicológicas o de ambas.

- En la mujer las manifestaciones fisiológicas en esta fase son las siguientes: a través de la vasodilatación se presenta la lubricación que facilita la penetración. Los dos tercios interiores de la vagina se expanden. El cérvix y el útero son empujados hacia arriba y los labios exteriores de la vagina se aplanan y se abren, además de que los labios interiores se agrandan y el clítoris aumenta de tamaño. Los pezones se tornan rígidos y puede producirse un leve agrandamiento de los pechos.

- El hombre en esta fase presenta la erección del pene así como su endurecimiento y agrandamiento. Las arrugas del escroto se alisan. Puede haber erección de los pezones.

b) Meseta. Es el aumento de la excitación que dispone el terreno para el orgasmo. Una breve fase de meseta puede parecer un orgasmo de singular intensidad.

- Aquí en la mujer se observa hinchazón de los tejidos, debido a la vasoconstricción del tercio exterior de la vagina, lo cual es denominada plataforma orgásmica en donde la abertura de la vagina se estrecha en un 30%. Los dos tercios interiores de la vagina se expanden al tiempo que el útero se eleva, con frecuencia se disminuye la producción de lubricación vaginal. El clítoris se retrae con el hueso púbico lo que hace que junto con la vasoconstricción se oculte el clítoris y por lo tanto la estimulación del monte de venus o de los labios se traducirá en sensaciones clitorídeas. Los labios internos se agrandan aumentando su grosor lo que ocasiona la separación de los labios mayores y así facilita aún más el acceso a la abertura de la -

vagina además de que los labios internos experimentan alteraciones de color. La erección del pezón queda disminuido. Se presentan manchas rojizas en casi todo el cuerpo, a lo cual se le llama rubor sexual.

- En el hombre en esta fase se presenta el aumento leve del diámetro de la cabeza del pene cerca de la corona y se pone más oscuro, hay hinchazón de testículos por la vasoconstricción además rotan hacia adelante a tal grado que permanecen en firme contacto con el perineo. En ocasiones aparece un líquido transparente procedente de la uretra y segregado por las glándulas de cooper, éste líquido porta algunas veces espermias vivos. Se produce calor interno, respiración rápida, aceleración del ritmo cardiaco y aumento de la presión sanguínea.

c) Orgasmo. Es el avance de la meseta y continuación de la estimulación efectiva. Se llega a la liberación de un golpe de la tensión sexual acumulada.

- La mujer en esta fase presenta contracción simultánea y rítmica del útero, de la plataforma orgásmica, del esfínter rectal así como de los musculos de numerosas regiones. A demás el rubor sexual alcanza su mayor intensidad y extensión superficial.

- El orgasmo en el hombre se presenta en dos fases.

En la primera, los vasos deferentes así como la próstata y las vesículas seminales impulsan al semen dentro del bulbo de la uretra y experimentan una sensación de inevitabilidad eyaculatoria que es la sensación de haber llegado al límite de su control, justo cuando dan comienzo estas contracciones. En la segunda fase las contracciones de la uretra y del pene se concentran con las contracciones de la próstata y provocan la eyaculación o expulsión de semen.

Durante la eyaculación, el cuello de la vagina urinaria se cierra herméticamente para que el semen fluya y no se produzca una mezcla de orina y semen.

d) Resolución. Es el retorno al estado normal.

- En la mujer se da la desaparición de la plataforma orgásmica, el útero retorna a su posición de reposo, desaparece la coloración de los labios y la vagina reduce anchura y la longitud. El clítoris vuelve a su tamaño y posición normal. Disminuye el tamaño de las mamas y los tejidos de las aureolas se destiñen antes que los propios pezones.

Si la excitación ha sido intensa pero no ha habido orgasmo la resolución lleva un poco más tiempo y se da a veces una persistente sensación de presión de la vasoconstricción.

Otro autor que hace su propio modelo de la Respuesta Sexual es Kaplan (1982), clasificándolo en tres fases, los cuales son:

a) Deseo Sexual. La fase del deseo sexual o libido es vivenciado como sensaciones específicas que mueven al individuo a buscar experiencias sexuales o a mostrarse receptivo a ellas. Estas sensaciones cesan después de la gratificación sexual (orgasmo), así mismo dice que las sensaciones se dan porque hay circuitos sexuales que están conectados con el centro del placer del cerebro y lo que libera es un compuesto químico por el cual existen receptores situados en el circuito del placer de igual forma se tiene una conexión química y anatómica con los centros del dolor, por lo que el dolor puede inhibir el deseo sexual.

También cabe mencionar que existen conexiones neurales entre los centros sexuales centrales y los centros reflejos espinales que rigen el funcionamiento genital, por lo que el aporte precedente de los centros superiores pueden estimular o disminuir los reflejos genitales. Así mismo se ha visto que el deseo sexual fluctúa dentro de ciertas medidas sobre una base biológica a través de las hormonas sexuales que tienen influencia sobre los centros sexuales del cerebro.

b) Fase de excitación. Tanto en el hombre como en la mujer esta fase obedece a la vasodilatación reflejo de los vasos sanguíneos genitales y los centros de la medula espinal.

Kaplan abarca en esta fase lo que para Masters y Johnson es la fase de excitación y la fase de meseta, tanto en la mujer como en el hombre.

- Esta autora señala que la mujer en la fase de excitación tiene una tumescencia generalizada de los labios y de los tejidos que rodean el canal vaginal. Se presenta la -Plataforma orgásmica- y el rubor genital- (descritos en estos términos por Masters y Johnson; 1976), además de darse la humedad o lubricación vaginal.

- Por su parte en esta fase en el hombre, los cuerpos cavernosos del pene se llenan de sangre y dilatan el órgano contra su envoltura o vaina exterior rígida produciendo lo que es el endurecimiento y erección del pene.

c) Fase Orgásmica. Es un reflejo genital que se rige por los centros neurales espinales y consiste en una serie de contracciones reflejas de ciertos músculos genitales.

- En la mujer se presentan sensaciones rítmicas acompañadas por las sensaciones placenteras.

- El orgasmo en el hombre se integra por dos reflejos independientes y que constituyen sus dos subfases: -Inevitabilidad eyaculatoria- (Masters, Johnson y Kolodny; 1987), y la eyaculación.

2.2 Clasificación de las Disfunciones sexuales

Las primeras investigaciones realizadas por Masters y Johnson acerca de la clasificación de las disfunciones sexuales delimitaron dichas disfunciones sólo como masculinas y femeninas:

1.- Trastornos Sexuales en el Hombre.

a) Trastorno de erección (impotencia); es la incapacidad de alcanzar o de mantener una erección bastante firme para realizar el coito. Este trastorno puede ser primario que es cuando siempre se ha sufrido este problema por lo que el hombre no ha podido realizar el coito, o secundario que es cuando el hombre ha podido realizar varias veces el coito antes de sufrir esta disfunción.

Las dificultades de erección se pueden presentar a cualquier edad y en distintas formas. lo más usual es que se alcance erección poco firme para la penetración. A veces el individuo tiene erecciones firmes pero desaparecen cuando intentan la penetración.

La secuencia aislada de pérdida de erección no significa que un hombre padezca una disfunción sexual.

b) Eyaculación precoz o eyaculación rápida; es común pero resulta difícil definirlo con precisión. La última definición fue en 1980 por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Lo definió en términos de un "razonable control voluntario de eyaculación. El juicio de control razonable debe realizarse teniendo en cuenta los factores que afectan a la duración de la fase de excitación, como la edad, la novedad de pareja sexual y la frecuencia y duración del coito" (American psychiatric Association; 1980. Citado en Masters, Johnson y Kolodny; 1987:750).

Por lo que el varón que eyacula antes de la penetración coital durante el juego sexual o en el momento del coito padece una disfunción sexual.

c) Inhibición de la eyaculación y eyaculación retardada; consiste en la incapacidad de eyacular dentro de la vagina a pesar de tener una erección firme y haber alcanzado la excitación sexual.

Debe distinguirse de la eyaculación retrógrada que es una anomalía debido al cierre del cuello de la vejiga de la orina en el momento del orgasmo por lo que el semen se expulsa en el interior de la vejiga, donde se mezcla con la orina. Sin embargo una estimulación coital larga puede llevar a la eyaculación

en la vagina. Esta es una disfunción infrecuente que suele darse en varones menores de 35 años. Se divide en primaria que es cuando nunca se ha podido eyacular en la vagina, y secundaria que es cuando se ha perdido la capacidad de eyacular en la vagina.

d) Coito doloroso o dispareunia; se considera un trastorno de la mujer, pero también puede afectar a los hombres. Normalmente se presenta el dolor en el pene, aunque también se deja sentir en los testículos o en los órganos internos asociados con problemas de próstata o vesícula seminal.

2.- Trastornos Sexuales en la Mujer.

a) Vaginismo; es una perturbación por la cual los músculos que rodean al tercio exterior de la vagina se contraen de manera involuntaria cuando el hombre intenta la penetración vaginal. Puede afectar a mujeres de cualquier edad.

En casos extremos la abertura vaginal se cierra por completo al grado de impedir la inserción de un dedo. Luego sigue un vaginismo no tan grave que al intentar la realización del coito ocasiona dolores en la pelvis. En sus manifestaciones más moderadas el vaginismo no impide realizar la cópula pero siente molestias durante el coito. La mayoría de las mujeres que padecen esta clase de disfunciones tiene poca o ninguna dificultad en alcanzar la necesaria excitación sexual. La lubricación vaginal se da con normalidad, con frecuencia el trastorno no afecta al orgasmo.

El vaginismo resulta particularmente molesto cuando se trata de una pareja que quiere tener hijos.

b) Anorgasmia; anteriormente se utilizaba el término frigidez para aludir a diferentes trastornos sexuales de la mujer. Masters y Johnson (1970) y Kaplan (1974) lo reemplazaron por el término disfunción orgásmica para aludir a las mujeres que tienen dificultades en alcanzar el orgasmo.

La anorgasmia primaria se refiere a la mujer que nunca ha tenido un orgasmo. La anorgasmia secundaria se refiere a las mujeres que en una época fueron orgásmicas.

Existe la anorgásmia coital y anorgásmia fortuita se refiere a las mujeres que han experimentado orgasmo en diferentes tipos de actividades sexuales infrecuentes.

Muchas mujeres para obtener orgasmo en el coito también necesitan estímulo del clítoris, ya que el sólo contacto entre el pene y la vagina no da el verdadero orgasmo.

Una mujer orgásmica sólo se considera disfuncional si su frecuencia orgásmica le produce malestar o insatisfacción.

c) Orgasmo rápido; es un trastorno raro, el problema esta en que un vez alcanzado el orgasmo pierde interés total o parcial en la actividad sexual y a menudo lo encuentran físicamente incomodo; sin embargo la mayoría de estas mujeres permanecen sexualmente interesadas y excitadas por lo que consideran su estado más como una ventaja que como un inconveniente.

d) Coito doloroso o dispareunia; se da en cualquier edad aparece al principio del coito, en el lapso intermedio o después del mismo; se manifiesta a través de un dolor cortante, ardor quemadura o contracción en el interior o exterior de la vagina o en el fondo de la región pélvica o en el abdomen.

Otro problema sexual que se considero entre las disfunciones sexuales por Masters, Johnson y Kolodny en 1986 fue el trastorno del deseo sexual donde suele mantenerse la incapacidad de respuesta sexual física; esta radica en la falta de ganas de participar en la relación sexual, sea por desinterés (deseo sexual inhibido), sea por miedo (aversión sexual que es una fobia grave a la actividad sexual o a la idea de esta. Esto se puede manifestar en síntomas fisiológicos o psicológicos. Si se logra vencer el pánico inicial se puede desempeñar una actividad sexual con normalidad).

Sólo se considera el deseo sexual inhibido cuando la falta de interés sexual no es una opción voluntaria, sino un foco de malestar personal ó en relación de pareja. Este trastorno coexiste con una o más disfunciones, puede ser primario o secundario al igual que algunas disfunciones.

Los hombres y mujeres que presentan este trastorno pueden desempeñarse sexualmente con normalidad.

(Masters, Johnson y Kolodny; 1987).

Posteriormente Helen Kaplan clasificó a las disfunciones sexuales de manera fisiológica, considerándose esto como en las que la alteración se encuentra ya sea en la fase vasocongestiva (excitación o meseta) o en la micoclónica (orgasmo) además de agregar a lo que llamo alteraciones del deseo sexual.

(Alvarez Gayou; 1986).

Actualmente la clasificación que se considera para mayor utilidad fisiopatológica de los casos y diseños de estrategias terapéuticas están en función de la curva clásica de la respuesta sexual propuesta por Masters y Johnson en 1966 (excitación, meseta orgasmo y resolución), agregándose la fase de estímulo sexual efectivo y refractario. En este sentido bastará que se produzca un incremento o decremento en cada una de ellas para un análisis adecuado de las disfunciones de cada fase.

De este modo cuando se produce un incremento de la fase de estímulo sexual efectivo (es cualquier situación que provoca una respuesta sexual en un ser humano) en cualquiera de los miembros de la pareja se tendrá la disfunción que en nuestra sociedad es frecuente y a la que se le denomina apatía sexual (lo que para Masters y Johnson llaman deseo sexual inhibido). Esta se caracteriza por falta de interés y pereza para responder un estímulo sexual.

Cuando la disfunción consiste en el incremento de uno de los miembros de la pareja, se le denomina disrritmia sexual, manifestada por la insatisfacción que provoca a uno de los miembros de la pareja que el otro desee demasiado o no las relaciones sexuales.

En cuanto a la fase de excitación un incremento no producirá propiamente una disfunción, sin embargo el decremento en esta fase producirá ausencia o deficiencia de lubricación vaginal (hipolubricación) y acción incompleta o ausente (incompetencia eréctil).

En la fase de meseta el incremento o decremento se considera por el tiempo (duración de la fase), más que por la intensidad de la misma. El incremento provoca en el hombre incompetencia eyaculatoria y en las mujeres preorgasmia que no se debe confundir con anorgasmia, ya que la preorgasmia es un trastorno en la fase de meseta (fase vasocongesitiva) y la anorgasmia es un trastorno en la fase del orgasmo (fase mioclónica). El decremento en la duración de la fase de meseta provoca sólo disfunción en el hombre, puesto que la eyaculación se produce antes de la penetración o en el momento de esta.

En la fase de orgasmo un incremento producirá el fenómeno llamado multiorgasmia en ambos sexos y no es una disfunción. En cambio el decremento constituye la anorgasmia.

El aumento en la fase de resolución no provoca disfunción por ser muy rápida. Sin embargo cuando es más lenta puede provocar dispareunia en ambos sexos, porque persiste congestión de tejidos y órganos pélvicos y periniales.

Esta situación casi siempre es consecutiva a una anorgasmia que impide que las contracciones liberen la congestión.
(Alvarez Gayuo; 1986).

En cuanto a lo más reciente clínicamente el DSM-IV (1995), señala que las disfunciones sexuales son clasificadas de la siguiente forma:

1.- Trastorno del Deseo Sexual.

a) Deseo Sexual Hipoactivo, es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y deseo de actividad sexual.

b) Trastorno por aversión al sexo, es la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja.

2.- Trastorno de excitación sexual.

a) Trastorno de la excitación sexual en la mujer, es una incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual.

b) Trastorno de la erección en el hombre, es una incapacidad persistente o recurrente del hombre, en obtener o mantener la erección hasta el final de la actividad sexual.

3.- Trastornos orgásmicos.

a) Trastorno orgásmico femenino. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer tras una fase de excitación sexual normal.

Las mujeres muestran una amplia variedad en el tipo y la intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo.

b) Disfunción orgásmica masculina. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal.

c) Eyaculación precoz, es la aparición de un orgasmo y eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima o antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee.

4.- Trastornos sexuales por dolor.

a) Dispareunia, dolor genital de un hombre o de una mujer durante el coito a demás de que también se puede dar antes o después de la relación sexual.

b) Vaginismo, es la contracción involuntaria de manera persistente o recurrente de los musculos perineales del tercio externo de la vagina frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos.

5.- Trastorno Sexual debido a una Enfermedad Médica.

Es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Este tipo de trastorno sexual puede presentar dolor durante el coito, deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil en el varón u otras formas de disfunción sexual.

6.- Trastorno Sexual Inducido por Sustancias.

Consiste en una alteración sexual clínicamente significativa que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Según sea la sustancia consumida, el trastorno puede alterar el deseo y la excitación sexual, así como el orgasmo, o producir dolor.

7.- Trastorno Sexual no Especificado.

Incluye los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico, por ejemplo:

- Ausencia (o disminución sustancial) de pensamientos eróticos subjetivos, a pesar de la excitación y el orgasmo normal.

- Situaciones en las que el clínico ha constatado la presencia de un trastorno sexual, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias.

Es importante mencionar que la mayoría de los autores manejan dos condiciones en la presencia de las disfunciones sexuales. La primera es la consideración de éstas como primarias o secundarias. Siendo primarias cuando siempre han existido y secundarias si aparecen después de un periodo de funcionamiento adecuado. Y la segunda es que sean selectivas si se presentan en una(s) persona(s) y en otra(s) no, y situacionales cuando sólo se manifiesta bajo determinada circunstancia. Pero no por ésta razón dejan de ser importantes para no tomarlas en cuenta,

2.3 Causas y Efectos de las Disfunciones Sexuales

1.- Causas.

es evidente que las causas de las disfunciones sexuales se tienen que considerar multifactoriales, partiendo de que la sexualidad es el conjunto de aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En donde cada una de estos aspectos representa un área del funcionamiento sexual que desempeña un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de una vida sexual adecuada.

Por tal razón las causas de las disfunciones sexuales se describen en biológicas, psicológicas y sociales agregándose a esto las causas de trastorno de ansiedad.

a) Causas Biológicas.- Por lo general se estima que entre un 10% y 20% de las disfunciones sexuales están causadas de forma preponderante por factores orgánicos. Por otro lado el 15% de los casos con disfunción sexual, son causadas por factores orgánicos indirectos, lo cual nos indica que es muy poco frecuente que se den por estas causas (Masters, Johnson Y Kolodny; 1987)

La dificultad de la erección del hombre son por causas orgánicas como la diabetes, el alcoholismo, la lesión de la médula espinal, la esclerosis múltiple, diversos trastornos neurológicos. Las infecciones o lesiones del pene, los testículos, la uretra o próstata. Estados de carencia hormonal y por problemas articulatorios. Además de la injerencia de fármacos, estimulantes, sedantes y estupefacientes, ya que alteran las cifras circulantes de testosterona, estrógenos, Así mismo las secuelas postoperatorias causan daño a la erección.

Así mismo la inhibición de la eyaculación total incide aveces en el consumo de drogas, trastornos neurológicos y alcoholismo.

La eyaculación retrógrada es causada orgánicamente por síndromes neurológicos, endocrinos y vasculares.

La dispareunia tanto de hombre como de mujer es causada por el uso de anticonceptivos como geles o espermaticidas. Sin embargo la mitad de esta alteración es por causas psicosociales. Por otro lado cualquiera de las causas orgánicas de la dispareunia femenina además de afecciones cutáneas, irritación o infección del clítoris, afecciones de abertura vaginal, enfermedades de la uretra, el ano, vagina o pelvis pueden producir vaginismo.

La hipolubricación se puede dar por secuelas postoperatorias, por injerencia de fármacos y drogas así como enfermedades vaginales y los estados carenciales de estrógenos.

La respuesta orgásmica femenina puede alterarse debido a casi todas las enfermedades crónicas graves. También a la diabetes, al alcoholismo, trastornos neurológicos, estados de carencia hormonal, trastornos pélvicos, infecciones, traumatismo o desgarres de origen quirúrgico, fármacos antihipertensivos, drogas y estupefacientes.

Otras causas biológicas de las disfunciones sexuales son las naturales como la vejez y el embarazo, ya que en estas etapas de la vida la respuesta sexual humana se altera.

(Alvarez Gayou; 1986 y Masters, Johnson y Kolodny; 1987)

Es importante concluir que todas estas causas biológicas son poco frecuente para casi todas las disfunciones sexuales.

b) Causas por Angustia y Ansiedad.- Las diferentes disfunciones sexuales van asociadas con antecedentes inmediatos y específicos que movilizan angustias sexualmente desorganizadas o defensas contra estas igualmente desorganizadas. Produciéndose los síntomas sexuales por la alteración de la angustia con la expresión fisiológica del sexo, y los diferentes síntomas se producen cuando la angustia surge en momentos o puntos diferentes de la secuencia de respuesta sexual. Por lo que las angustias pueden tener muchos orígenes o intensidades. Tanto pueden ser causa de problemas sexuales las angustias intensas profundas o tenaces que incluyen los problemas de relaciones más graves, las asociaciones hostiles y neuróticas y aquellos -

conflictos sexuales que tienen sus raíces en agravios infantiles y en la adaptación destructiva de tales agravios, por intensa angustia en el desempeño sexual, por problemas edípicos y preedípicos, por el amor o placer como situaciones peligrosas que provocan culpa. Como por simples ansiedades aprendidas. Ansiedad referida al desempeño sexual, a la sensación de observación o de sentirse observado, a leves sentimientos de culpa, pequeñas luchas por el poder, falta de autoafirmación, mensajes levemente negativos recibidos en la infancia e incluso leves problemas edípicos y de rivalidad.

También se produce angustia ante el placer y el éxito, ante el miedo a la intimidad y al compromiso y un miedo al rechazo arraigado. Estas angustias son calificadas como nivel medio.

En general se dice que las angustias más profundas e intensas operan casi siempre a un nivel inconsciente y amenazador para el paciente, por lo que es improbable que se tenga éxito con terapias breves.

Por otra parte las angustias o ansiedades leves tienden a ser conscientemente reconocidas por el paciente y son sumamente accesibles a procedimientos de terapia psicosexual breve que ponen el acento en la reducción de la angustia, en promover la confianza y en proporcionar una movilidad de comunicación abierta y tranquilizadora entre los miembros de la pareja. Las otras angustias que tampoco responden a un nivel consciente en el paciente son las de nivel medio, sin embargo pueden responder a las técnicas terapéuticas siempre y cuando estas técnicas se adapten al problema. (Mayer;1979, Kaplan;1982 y 1989 y Alvarez Gayou; 1986)

La eyaculación precoz en la mayoría de los casos se relaciona con la incapacidad del hombre para percibir la sensación erótica de la última etapa de la excitación que se da previamente al orgasmo.

Por lo que los altos niveles de excitación parecen movilizar la angustia y su defensa que da como resultado la represión, supresión o distracción de la clara percepción de las sensaciones eróticas.

Este mecanismo de defensa o antecedente inmediato produce como síntoma, un control eyaculatorio inadecuado, ya que la defensa contra las sensaciones de placer erótico interfiere en el proceso normal de aprendizaje de control eyaculatorio.

En la inhibición orgásmica la causa inmediata de la angustia más común es la focalización obsesiva en las sensaciones eróticas que preanuncian el orgasmo durante la estimulación. Ello interfiere en el normal funcionamiento de los reflejos sexuales, porque causan inhibición.

Así mismo en la fase de excitación la angustia es un concomitante fisiológico que se da por el miedo al fracaso sexual o manifestaciones conscientes de conflictos más profundo.

El deseo sexual inhibido esta relacionado con la hipótesis de los sujetos experimentan angustia relacionado con lo sexual y también una hostilidad relativa hacia su pareja . En esta población la ansiedad emerge en una etapa más temprana de la secuencia sexual, ya desde el momento que se anticipa o se adivina como posible el contacto sexual, o tan pronto como se experimentan las sensaciones iniciales de deseo o interés erótico, por lo que es más difícil de tratarla en terapia. Estas actividades las encuentran amenazadoras por lo que se defienden contra la angustia que esto les provoca, algunos sujetos utilizan mecanismos psicofisiológicos para la supresión del deseo refugiándose en pensamientos negativos o en los rasgos menos atractivos de su pareja o en las desventajas de la situación. Hay quienes también establecen una pauta fóbica de rechazo de las situaciones que podrían excitarle.

Esta evitación fóbica del sexo y aversión sexual son trastornos básicos por angustia, poniéndose esto como barrera ante la terapia sexual.
(Kapla;1982 y 1989)

c) Causas Psicológicas.- Deacuerdo a la Teoría Psicoanalítica se creía que las disfunciones masculinas eran causadas por el miedo inconsciente a que la plena función sexual fuera castigada con la castración o con lesiones, lo cual se derivó de una inadecuada resolución de la crisis edípica, que provoca-

angustia y predispone a la mujer a vivir el acto sexual como un acto competitivo por el cual será castigada por la madre.

Confirmándose esto con el pensamiento de que las mujeres sienten envidia y cólera hacia el varón debido a la superioridad de sus atributos anatómicos y sus oportunidades culturales y que como consecuencia queda disminuida en su capacidad de amar y de gozar sexualmente.

Otro factor psicoanalítico que interfiere en las disfunciones sexuales es el hecho de que se crea que todas las disfunciones se originan durante la infancia; es decir, las actitudes negativas de uno de los padres respecto al sexo influyen en las disfunciones.

Aunque el padre exprese en un nivel no verbal el niño capta el mensaje hasta el punto de creársele un conflicto sexual en la adultez. Lo cual coincide con los autores de corriente cognoscitiva que expresan que las experiencias sexuales del individuo, sus creencias y sus actitudes respecto al sexo representan una función cognitiva desde la niñez del comportamiento sexual y los éxitos obtenidos están en función de la información que el individuo tiene sobre asuntos sexuales y de los valores positivos y negativos que asigne a los diferentes aspectos de la sexualidad, sin embargo la experiencia ayuda a modificar actitudes y sistemas de creencias preexistentes.

Así el resultado corriente de la desviación de los principios del grupo primario (familia, etnia, religión, etc.), es la experiencia de cierto nivel de disonancia cognitiva y de un énfasis especial a la experiencia concurrente de fuertes sentimientos negativos de ansiedad y de culpa. De manera que parece indudable que las actitudes tienen un valor predictivo en lo concerniente a las experiencias concurrentes de fuertes sentimientos negativos de ansiedad y culpa.

(Mayer;1979 y Kaplan;1982)

Lo cual se ha confirmado a través de investigaciones recientes en donde se tiene como antecedente que las primeras relaciones sexuales pueden implicar una afirmación de la autoidentidad. Por tal razón en particular las mujeres con un alto nivel de culpa tienden a percibir menos excitación sexual -

resultando menos placentero sus encuentros sexuales. Estos sentimientos de culpa se asocian con la falta de comunicación con los padres, con una figura estricta del padre y la inconformidad por parte de ella misma acerca de la sexualidad.

(Moore y Davidson;1997)

Por otra parte Alvarez Gayou (1986), menciona que los rasgos de carácter de la personalidad clasificados por Fromm asociados a la práctica sexual influyen en las disfunciones sexuales, así mismo este autor menciona que los mecanismos de defensa pueden también ser factores etiológicos de las disfunciones sexuales. Sin embargo es importante mencionar que estos dos factores no son con frecuencia la causa de las disfunciones.

En cuanto a los rasgos de carácter en materia sexual, el carácter receptivo se caracteriza por una gran dependencia de la pareja, pasivos en el acto sexual o por el contrario, con un deseo constante de agradar al otro con el objeto de conservar su aprecio y no ser rechazado, por lo que hacer el amor se convierte en una especie de prueba en la que se tiene que cumplir con un estándar mínimo de eficiencia o correr el riesgo de ser rechazado o no querido. Cuando en una persona predominan los rasgos negativos de la orientación receptiva, esta puede contribuir o ser responsable de las disfunciones de la fase vasocogestiva primaria; es decir, la hipolubricación en la mujer y la impotencia eréctil en el hombre.

Las disfunciones sexuales que pueden presentarse por el carácter explotador son incompetencia eréctil o hipolubricación, ya que el carácter explotador es presuntuoso y arrogante, sentirá la necesidad de demostrar en la intimidad muchas de las hazañas de las que se ha jactado, estableciéndose así un desempeño óptimo que es causa frecuente de estas disfunciones. Además su precipitación en la reacción con su pareja puede dar origen a la eyaculación precoz y en ciertos casos, disrritmia en la pareja.

El carácter acumulativo puede ser la causa de apatía sexual, por la dificultad y el disgusto que tiene al relacionarse con otra persona. Así mismo la incompetencia eyaculatoria, la preorgasmia y la anorgasmia puede tener su -

origen en esta orientación. El mecanismo de esta situación radica en que la persona tiene la incapacidad de dar o desprenderse de algo , lo que sucede en la relación erótica sexual sobre todo en la eyaculación y orgasmo.

En el carácter mercantil la persona puede presentar apatía sexual o disrritmia, ya que el erotismo sexual se convierte en una acción fría.

Por otra parte los mecanismos de defensa que intervienen específicamente en las disfunciones son:

1.- La racionalización que se da en base a la educación sexual tan negadora y represiva por parte de la sociedad.

2.- La sublimación que da a menudo mujeres anorgásmicas o preorgásmicas.

3.- La proyección, en donde la persona responsabiliza a su pareja por el problema sexual que presentan

4.- El desplazamiento o sustitución que se presenta en disfunciones selectivas como son la hipolubricación, la incompetencia eréctil, eyaculación precoz, incompetencia eyaculatoria, preorgásmia o anorgásmia.

5.- La identificación, en donde puede verse mujeres que reprimen una sexualidad dinámica y admiran y se identifican con figuras públicas que llevan vidas sexuales agitadas.

6.- La formación reactiva a menudo puede causar apatía sexual.

7.- la compensación que se da a menudo en hombres impotentes eréctiles primarios.

d) Causas Sociales.- Partiendo desde el punto de vista del rol sexual en donde se marca que el hombre tiene la libertad de ejercer su sexualidad, lo que para lo mujer es restringido trae como consecuencia diversos disfunciones sexuales en ella. Sin embargo no se descarta la posibilidad en el hombre de que presente también disfunciones sexuales tomando en cuenta de que el origen difiere con las disfunciones de la mujer.

Respecto a esto Mayer (1979) refiere que los cambios liberales del tradicional modelo de actuación sexual en la mujer, ha disparado ciertos tipos de trastornos sexuales en el hombre como la impotencia desencadenada por la comparación que realiza la mujer con sus otros amantes o el hecho de la exigencia hecha por la mujer convertida en reclamo de que no tenga orgasmos cada vez que tenga relaciones sexuales.

Por su parte Alvarez Gayou (1986) menciona que la sexualidad es una de las dimensiones del comportamiento humano en el que el aspecto social tiene mayor trascendencia.

Es así que depende de la educación que se dio tanto en el hogar como en la escuela y calle de las creencias, actitudes y emociones que tenemos hacia la sexualidad. Y a su vez depende de esto el comportamiento y la respuesta sexual que tengamos. Por lo que se ha visto a la sexualidad como algo reprimido debido a que la sociedad así lo vive y lo trasmite, lo cual da como consecuencia una educación sexual restrictiva y negadora que produce la ignorancia sexual.

Esta educación restrictiva y negadora de la sexualidad aparece con frecuencia en historias clínicas de consultantes con disfunciones. En algunos se presenta como el principal factor etiológico, en tanto que otras vienen a ser coadyuvantes importantes al establecimiento de las disfunciones.

En tanto que Castro (1987) llama maternalización del sexo a esta desvalorización y negación de la capacidad para el deseo y goce sexual en las mujeres, que conlleva a la represión generalizada de la sexualidad que se encamina hacia el surgimiento de varios síntomas que interfieren en la adquisición de la salud mental. Los síntomas más frecuentes son:

- Anorgasmia.
- Estados de angustia por insatisfacción sexual crónica.

- Bloqueo e inhibición de las actividades en el mundo externo, como desplazamiento del condicionamiento de la pasividad en el área de la sexualidad.

Lo anterior coincide con lo que Heiman y Lopiccolo (1990) socialmente menciona y Fernández (1993) psicoanalíticamente dice. De que la mujer se abandona en su maternalización y deja a un lado el goce sexual lo que da como consecuencia disfunciones sexuales entre otros padecimientos.

Así mismo "la capacidad para llevar a cabo una relación sexual satisfactoria depende de poder abandonarse a un placer inherente al sexo lo cual es facilitado por una postura de relajamiento y por la ausencia de sentimientos negativos" (Mayer;1979: 62).

Por tal razón las disfunciones sexuales pueden generarse por angustias causadas por un profundo enojo de la lucha por el poder entre la pareja, así como la ansiedad que tiene como origen aparentemente simples fallos de comunicación, la evitación defensiva de la intimidad, el compromiso afectivo con la pareja y el vínculo de unión. (Kaplan; 1982 y 1989)

2.- Efectos.

Algunas de las causas de las disfunciones sexuales pueden presentarse a consecuencia de dichas disfunciones por tal razón se les llama efectos. Un caso de estos es la ansiedad o la expectación; es decir, quien padece las disfunciones o incluso la pareja no participa en la actividad sexual por estar esperando que no se presente la disfunción, lo cual provoca ansiedad y empeora la situación dándose la posibilidad de que la disfunción sexual arraigue con fuerza volviéndose esto un círculo vicioso.

Otros efectos que desencadenan las disfunciones sexuales son la baja de autoestima de la pareja, la depresión, la sensación de inutilidad, la evitación a las relaciones sexuales, la culpa, el atosigamiento por la pareja por el hecho de que debe cumplirle sexualmente, el resentimiento, etc.

Sin embargo no todos los efectos son negativos, hay personas que se muestran comprensivas con su pareja que procuran resolver la problemática sexual acudiendo a terapia sexual.

(Alvarez Gayou; 1986 y Masters, Johnson y Kolodny; 1987)

2.4 Tratamiento de las Disfunciones Sexuales

El estudio de las disfunciones sexuales tiene como finalidad el poder entender cada una de estas tanto en el sexo femenino como el masculino. Para poder encontrar una solución de ellas, lo cual se logrará a través del tratamiento psicoterapéutico sexual que muchos terapeutas sexuales nos ofrecen.

Un ejemplo de ello fue lo investigado por Chesney, et al (1981), en donde encontraron que a través de la terapia sexual los pacientes con disfunciones sexuales presentaron cambios positivos de aumento en la conducta sexual, el deseos sexuales, la comunicación sexual y la comunicación marital.

Masters y Johnson en 1978 fueron los pioneros en proponer técnicas para el tratamiento de las disfunciones, dichas técnicas se basan en que el tiempo del tratamiento es de dos semanas, proponiendo las mismas técnicas en todas las disfunciones.

El tratamiento es dado por el terapeuta hombre y una terapeuta mujer en donde uno de ellos debe ser médico para poder anteponer al tratamiento sexual un chequeo médico. Posteriormente cada terapeuta entrevista por separado a cada miembro de la pareja, después se juntan los cuatro para discutir el problema sexual de la pareja y los objetivos del tratamiento una vez hecho esto, la pareja acude todos los días incluyendo el domingo hasta que se cumple el tiempo límite. En cada sesión la pareja es vista conjuntamente por los terapeutas a menos que requiera por conveniencia las sesiones separadas.

Durante todo este periodo la pareja vive en un motel erca de la clínica donde se atiende.

(Masters, Johnson y Kolodny; 1987)

Así mismo Kaplan (1978) es otra terapeuta sexual que aunque toma muchas técnicas como base de Masters y Johnson para su tratamiento, dicha autora implanta cosas nuevas como el hecho de que el terapeuta que va a dar la terapia sea uno solo para cada caso, ya sea hombre o mujer, además antes de ser aceptados, toda pareja pasa por un chequeo psiquiátrico proporcionando las posibles condiciones de salud mental con las que cuenta cada miembro para el tratamiento; así mismo nos revela la dinámica de los problemas de la pareja. Posteriormente se envían a los pacientes de problemas sexuales que pueden estar relacionados con factores somáticos aun chequeo médico.

Durante este tratamiento la pareja sigue viviendo en su casa y acude una o dos veces por semana, en las cuales se les da las instrucciones necesarias para los restantes días, manteniendo abierto el contacto telefónico.

Hay otros autores que dan otras técnicas sexuales, como son el caso de Hartman y Fithian, los cuales se asemejan a Masters y Johnson en el sentido de que trabajan con un programa de tratamiento intensivo que dura dos semanas y emplean una serie de ejercicios táctiles durante la fase inicial del tratamiento, sin embargo se concentran en la resolución de problemas que giran en torno de la baja autoestima física y sexual del paciente, con el fin de la disminución de la inhibición sexual, lo cual lo realizan a través de técnicas Gestálticas.

En esencia las terapias sexuales en general están basadas en las técnicas de Masters y Johnson sin olvidar las modificaciones que cada terapeuta considera para el éxito de su tratamiento.

La generalización de las técnicas utilizadas son:

- La realización de ejercicios de focalización sensorial.
- La evitación del coito y orgasmo en las tareas sexuales.
- Tomar en cuenta otros factores de la pareja independientes de la actividad sexual como: comunicación "Masters y Johnson se apoyan mucho en las estrategias de mejorar la capacidad de comunicación por parte de los miembros de la pareja, en cuanto a sus sentimientos, sensaciones sexuales, sus deseos y

sus temores recíprocos" (Kaplan, 1978:288), conflicto "Considero la terapia sexual como una forma de intervención crítica centrada en las tareas que ofrecen la oportunidad de una resolución rápida de los conflictos" (Kaplan;1978:267), autoestima, etc. Para tener un mejor panorama de la problemática sexual.

Es importante el tomar en cuenta otros factores no sexuales de la pareja en la terapia sexual, ya que tiene como objetivo "el alivio de los síntomas sexuales del paciente y se aparta de las técnicas tradicionales por emplear una combinación de experiencias sexuales prescritas y psicoterapia" (Kaplan;1978:267).

Sin embargo no hay que descartar que las técnicas basadas en la psicoterapia son de varias corrientes como por ejemplo conductistas, psicoanalíticas, cognositivistas, guesálticas, sociales, etc.

En relación a esto Alvarez Gayou (1986) consideró dichas técnicas.

Utilizó a la educación como proceso terapéutico, para educar a nivel cognoscitivo a través de preguntas y respuestas, exposiciones y biblioterapia.

Por otro lado la técnica conductista tiende a que el consultante adquiera un nuevo comportamiento eliminando la conducta insatisfactoria y reforzando a la vez el sostenimiento de la nueva pauta comportamental.

En la técnica psicológica se precisa la responsabilidad y la capacidad de él mismo para describir medios y hablar de la realidad, se enfatiza en el mundo fenomenológico del paciente, quien a su vez experimenta, el crecimiento psicoterapéutico a través de la relación con otra persona que le ayude a hacer lo que él no logra.

El manejo de la problemática de la pareja no podría faltar entre las técnicas. La base de esta es el establecimiento de una comunicación que conlleva a la expresión adecuada de las necesidades y expectativas de cada miembro. Para así de esta manera poder verbalizar los conflictos en donde el método terapéutico radica en nivelar las quejas y comentarios negativos para -

que posteriormente se conviertan en comentarios positivos y así poder ser escuchados y atendidos.

De este capítulo se concluye que cualquiera que sea la disfunción sexual puede ocurrir por causas biológicas, por ansiedad y angustia, psicológicas y sociales, siendo las más frecuentes las causas psicológicas y sociales, en donde también se presenta la angustia y la ansiedad

Las causas psicológicas abarcan desde la teoría psicoanalítica sobre el complejo de Edipo, hasta la idea de que la persona ha traído desde su infancia acerca de la sexualidad lo que va a influir en su personalidad, comportándose de acuerdo a ello, tornándose a veces en angustia, temor, culpa, etc., si se ha vivido complejamente la sexualidad en la niñez, lo que va a desarrollar las disfunciones sexuales.

Los rasgos de carácter de personalidad en materia sexual también son asociados aunque con menor frecuencia a las disfunciones sexuales así como los mecanismos de defensa.

Las causas sociales giran alrededor de las relaciones de pareja entre otros factores como el rol sexual, la educación sexual en donde es en el primer factor mencionado en el que se envuelve los problemas acerca de la comunicación marital o sexual entre ambos miembros de la pareja o la lucha por el poder de alguno de los miembros de la pareja

Por otra parte están las consecuencias de las disfunciones sexuales que son en la mayoría de los casos las mismas que las causales.

Las causas y los efectos nos dan la base para el desarrollo de los tratamientos que son de gran importancia ya que se puede llegar a una resolución de las disfunciones sexuales.

CAPITULO: III. COMUNICACION

3.1 Teorías de la Comunicación

La comunicación es una condición importante en la vida humana y el orden social porque proporciona una forma de conducta mediante la cual el individuo puede llegar a ser un objeto para sí mismo y para los demás lo que implica su identidad. Por lo que consecuentemente " las relaciones humanas están fincadas sobre el principio de la comunicación" (Alvarez; 1976).

Es así que desde que el individuo nace participa en el complejo proceso de adquisición de reglas de la comunicación, las cuales los estudiosos de las teorías de la comunicación humana las han subdividido en tres áreas:

1.- Sintáctica. Esta área abarca los problemas relativos a transmitir información; es decir, los problemas de codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia y otras propiedades estadísticas del lenguaje.

2.- Semántica. Su principal preocupación es el significado.

3.- Pragmática. La cual implica el aspecto de que la comunicación afecta a la conducta.

(Verón; 1972 y Watzlawick; 1989)

Esta última área encierra un significado psicológico que envuelve en términos generales el hecho de que toda conducta y no sólo el habla es comunicación y toda comunicación incluso los indicios comunicacionales de contacto interpersonal, afecta a la conducta.

En este sentido es fundamental tener en cuenta como lo menciona Verón (1972), que los sistemas de reglas que definen la comunicación se dan inconscientemente a través de la sociedad (padres, escuelas, libros, medios de comunicación, etc.), lo cual se define como una explicación sociológica que manifiesta formas organizadas; es decir, la comunicación sólo es posible si los hábitos son comunes tanto en el uso de palabras como en las instituciones y costumbres. Es decir sin contexto no hay comunicación. (Satir; 1986)

Dicho proceso que lleva al fenómeno social considerado en su aspecto más inmediato o fenoménico (lenguaje) al descubrimiento de la estructura (la lengua) puede considerarse en los siguientes puntos :

1.- La unidad constitutiva de la lengua es el signo, la cual sólo existe por la asociación del significante y el significado.

2.- El sistema de la lengua es un sistema de signos que esta constituido por entidades puramente relacionados, ya que cada signo no es más que una función que se establece entre dos ordenes (el significante, gráfico o acústico) y el significado (conceptual).

3.- La asociación significante/significado es un signo particular es arbitrario; esto es, no existe ninguna conexión natural entre significante y significado.

4.- Hay dos dimensiones relacionados en el sistema de lengua que es la significación (posición vertical) y el valor (posición horizontal). El valor no se confunde con la significación puesto que no hay imagen vocal que responda más que otra aquello que tiene a su cargo decir.
(Saussure - .Citado en Verón; 1972)

En general la comunicación consiste en un proceso de transmisión de la información que implica cuatro elementos, según la teoría de la información cibernética:

1.- Un emisor, que transforma la información, codificándola (puede ser un individuo, un grupo o una institución).

2.- Un canal de información en el cual circulan los mensajes.

3.- Un receptor, que recoge la información, transformándola.

4.- Un receptor de signos o elementos comunes, en el cual el emisor y el receptor permitan contruir un mensaje, o bien identificar su naturaleza. (Moles; 1991).

Para que el individuo interaccione consigo mismo y con la sociedad se debe tomar en cuenta tanto el efecto de la comunicación sobre el receptor como el efecto de la reacción que el receptor tiene sobre el emisor. En este sentido se habla de una retroalimentación ya sea positiva (que implica que la misma información actúe como una medida que aumente la desviación de la salida y desempeña un papel importante en el logro y mantenimiento de las relaciones) o negativa (se utiliza para disminuir la desviación de la salida con respecto a una norma establecida y esto lleva al cambio, osea a la pérdida de la estabilidad o equilibrio) es por eso que se dice que: "Para comprenderse a sí mismo el hombre necesita que el otro lo comprenda. Para que el otro lo comprenda necesita comprender al otro" (Watzlawick; 1989: 37)

De esta forma la confirmación de la comunicación por parte de la otra persona es el factor que más va a pesar en el desarrollo y estabilidad mental, puesto que el hombre tiene que comunicarse con los otros a los fines de su autopercepción y percatación, validándose de esta forma como persona. (Moscovicci; 1984 , Satir; 1986 y Watzlawick; 1989)

La retroalimentación de la comunicación entre el receptor y el emisor tan vital para la vida psicológica del ser humano, abarca como ya se ha dicho la comunicación verbal sin descartar la comunicación a nivel no verbal que también proporciona la interacción con el otro, ya que siempre hay un valor de mensaje que influye sobre el silencio. Por lo que cualquier comunicación implica un compromiso y uno no se puede dejar de comunicar.

No hay oposición entre comunicación verbal y comunicación no verbal, ya que la comunicación es un todo por tanto hay que considerar lo que en el comportamiento cobra, en un momento u otro. En un valor de comunicación no se pueden aislar mensajes.

Ala comunicación verbal se le cataloga como comunicación digital y a la comunicación no verbal como analógica, según en el modelo sistémico y lógico de la comunicación y en la teoría de la comunicación humana. Donde cabe suponer que el aspecto relativo al contenido se trasmite de manera digital mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza analógica (Bateson; 1977 y Watzlawick; 1989)

Así mismo el modelo sistémico y lógico de la comunicación refiere otros sistemas de comunicación que son:

- Comunicación simétrica, es aquella en la que los interlocutores se comprometen en una espiral por el crecimiento de un mismo comportamiento.

- Comunicación complementaria, la conducta de uno de los participantes complementan a la del otro, constituyendo un tipo de Gestalt. En esta relación complementaria, hay dos posiciones distintas; un participante ocupa lo que es la posición superior o primaria, mientras que el otro ocupa lo que es la posición inferior o secundaria (autoridad/sumisión). (Bateson; 1977)

Por otra parte se habla de un aspecto patológico en la comunicación concibiendo un síntoma como un mensaje no verbal, según lo manifiesta Watzlawick(1989). Es decir, se habla de que la persona se puede comunicar de tal modo que su propia comunicación o la del otro queden invalidadas y no es necesariamente la manifestación de una mente enferma, si no quizá la única reacción posible frente a un contexto de comunicación absurda o insostenible.

De esta manera Bateson (1977), se refirió al aspecto patológico con anterioridad, como una imposibilidad de comunicarse; ósea, la comunicación no garantizaba la contrucción positiva de relaciones entre los individuos, si no, creaba una barrera entre ellos y así catalogó varias formas de manifestarse, las cuales son:

- Comunicación paradójica, en donde un mismo mensaje comprende dos contenidos incompatibles.

- Rechazo de la comunicación, la persona conserva y hace sentir a la otra en forma más o menos cortés que no le interesa conversar. Como esta conducta es socialmente reprobable provoca un silencio tenso e incómodo entre los sujetos.

- Aceptar sin deseo, el sujeto en un principio no desea entablar una conversación, pero termina por ceder, tal vez se odiará a sí mismo y a la otra persona por su propia debilidad.

- Descalificación de la comunicación, el sujeto puede optar por comunicarse de manera que su comunicación o la de la otra persona se invalide, autocontradicciones, incongruencias, cambios de temas, oraciones incompletas, etc.

- Síntomas como comunicación, el sujeto puede fingir somnolencia, sordera, borrachera, ignorancia del idioma o cualquier otra deficiencia o incapacidad que justifique la imposibilidad de comunicarse.

En conclusión la comunicación no sólo es conducta, si no va más allá, es decir, implica un cambio de conducta que esta relacionada con la educación, los sentimientos y la conciencia del ego. De esta forma la manera en como una persona lee la conducta del otro en términos del sentimiento que la otra persona está tratando de transmitir reacciona no tanto a la conducta, o a lo que se dice, como a la idea o sentimiento que refiere. Es decir una persona reacciona ante el sentimiento que la otra persona implica en su comunicación y viceversa.

Así mismo los puntos que implican la comunicación, según Satir(1991) son:

- La forma en que nos comunicamos pueden afectar lo que sentimos respecto de nosotros mismos, de los demás y de la situación en que estamos.

- Nuestros sentimientos afectan nuestra comunicación.

- En cualquier momento tenemos pensamientos, sentimientos y respuestas corporales, y que los expresamos de manera diferente ante condiciones diferentes.

- Reaccionamos ante la forma en que otros expresan sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales.

3.2 Comunicación Marital.

Un buen modo de comunicarse en las relaciones interpersonales lleva a la intimidad que suele caracterizarse por un sentimiento recíproco de aceptación, entrega, ternura y confianza, sin embargo durante el proceso de la comunicación entre parejas surgen diversos problemas que alteran el verdadero mensaje que se quiere dar a conocer por lo que se llega a un fracaso de esto. (Masters, Johnson y Klodny; 1987).

Entre esos problemas se encuentra por ejemplo: cuando un miembro de la pareja no esta dispuesto a aceptar, o en un momento dado a entender lo que su compañero(a) le quiere dar a transmitir por su propia conveniencia o simple y sencillamente no tiene la capacidad de captar el sentimiento que acompaña al mensaje, ya que los mensajes son transmitidos con una carga emocional. Otro problema se presenta cuando el miembro de la pareja que esta transmitiendo el mensaje tiene la incapacidad de comunicar significados genuinos, ya sea por medio de la palabra o no.

Acerca de esto Masters, Johnson y Kolodny (1987) encuentran tres razones por las cuales el mensaje no es transmitido con claridad, los cuales son:

1.- Decir una cosa distinta de lo que se pretende. lo que se da por dos causas.

a) Cuando las personas no son capaces de encontrar las palabras exactas para expresar sus sentimientos.

b) Por no lastimar a la otra persona, no colocarse en una situación incomoda o no sufrir un rechazo.

2.- Emitir mensajes contradictorios, se da cuando en el mensaje se encuentra alguna incongruencia de contenido.

3.- Falta de concreción, donde las afirmaciones vagas deciertan y dejan con la duda de lo que el emisor pretende.

Con respecto a esto Fitzpatrick (1949), refirió que las parejas infelices difieren notablemente de las parejas felices en una fase de negociación, ya que les es difícil a estas primeras parejas, ponerse de acuerdo y encontrar una solución mutua satisfactoria. Así mismo hay evidencias que indican que los matrimonios infelices no son lo suficientemente susceptibles para observar los eventos dentro de su propio matrimonio.

Además se ha encontrado que estos matrimonios infelices no se comunican entre si por la sencilla razón de que no saben como hacerlo, ya que el cónyuge en su plano personal no se atreve a enfrentarse a sus temores y frustraciones, lo cual lo tendría que hacer al momento de hablar.
(Mitchell; 1982)

Por su parte Klemmer (1987), sostiene que para que haya una buena comunicación entre dos personas, ambos deben tener el deseo de comunicarse, que implica algo más que el sólo querer hablar; es decir, tiene que existir el deseo de proyectar sentimientos y el deseo de comprender y aceptar los sentimientos para que esto se convierta en una comunicación genuina y abierta (O'Neill, O'Neill; 1976) a través de compartir todos los intereses, sentimientos, triunfos y derrotas con nuestra pareja para poder así desencadenar un matrimonio enriquecido.

Un antecedente crucial para la comunicación que se manifiesta tanto con las demás personas como con su cónyuge es el conocerse a sí mismo, lo cual tiene sus raíces desde lo aprendido durante el desarrollo de nuestra vida.

De esta manera una comunicación honesta con nosotros mismos nos lleva a conocernos de manera general, tanto en nuestras limitaciones como en lo que podemos alcanzar, así mismo nos da un panorama amplio para analizar la -

verdadera razón del porque tenemos reacciones inadecuadas o inclusive adecuadas. Todo esto con la finalidad de que se vea reflejado en la interacción con nuestro cónyuge para un mejor acercamiento.

Así la acción de comunicar no es un factor aislado del éxito en la comunicación de pareja, el cual tiene que ir acompañado del saber escuchar, lo que implica la aceptación permisiva que estimulará a que el emisor se abra al hablar.

O'Neill, O'Neill (1976), Baruch y Miller (1984) y Klemmer (1987), mencionan algunas formas para llegar a una comunicación efectiva.

- Tener sentido de oportunidad, que es el momento que uno toma consciencia de las circunstancias en las que se encuentran y de las señales no verbales de su pareja, debe saber cual es el mejor momento para la comunicación no verbal con el otro.

- Claridad, es expresar clara y abiertamente lo que se desea comunicar.

- Saber escuchar, es la disposición de escuchar.

- Retroinformación, es devolver la información de manera que se entable un dialogo.

Otro punto positivo al que se llega por medio de la comunicación es a un matrimonio abierto (O'Neill, O'Neill; 1976) o al ajuste adecuado de la pareja (Klemmer; 1987), los cuales se refieren a la libertad que tiene cada cónyuge para conservar sus valores, deseos y metas y no perder esto al someterse uno a la voluntad del otro.

Además tanto el hombre como la mujer dentro de la relación de pareja encuentran placer al comunicarse y platicar (Corres, Bedolla y Martínez; 1996).

Por otro lado la comunicación no verbal es otro factor importante en las relaciones, ya que el mayor porcentaje de la comunicación que emitimos es no verbal puesto que cada ademan o gesto que revelamos ante nuestro cónyuge o ante las demás personas es parte de lo que queremos dar a comunicar.

Al igual que en la comunicación verbal, en la comunicación no verbal surgen problemas para aceptar el mensaje que lleva implícito, un ejemplo de esto es que en muchas ocasiones nos acostumbramos de tal manera a las indicaciones no verbales de nuestra pareja que no se toman en cuenta conscientemente o las ignoramos debido a no querer reconocer el mensaje que nos envían debido a que nos lastiman o nos molestan.

Así la discrepancia entre lo que muestra el cuerpo y lo que dice el mensaje no verbal, puede indicarnos que existen zonas conflictivas entre la pareja acerca del tópico que se este hablando. El descubrir estas zonas además de tener la capacidad de reconocer lo que causa el conflicto, puede ser enriquecedor para la pareja, ya que se puede desencadenar una plática acerca del mensaje contradictorio que uno capte con el otro y así tener como resultado una mayor comprensión de los efectos causados sobre ambos.

Por lo tanto la comunicación deficiente en un ámbito general puede constituir un papel importante en los trastornos sexuales.

En lo tocante a esto Zimmer (1983), a través de un estudio encontró que las parejas con problemas sexuales y maritales concordaban en conductas deficientes como evitación, inhabilidad para escuchar o expresar el transfondo de la información, inhabilidad de expresión indirecta o expresión global del enojo e inhabilidad para expresar con sutileza el desapruebo. Mientras que las parejas felizmente unidas mostraron más aceptación que desapruebo con su compañero (a) como con ellos mismos.

Por otra parte se dice que la forma más profunda de comunicación muda es la sexual; es decir, el tener la necesidad de tocarse y rozarse es crucial para manifestar físicamente nuestro cariño, sin embargo las parejas deben de aprender a reaprender este medio de comunicación íntima. ya que en nuestra sociedad estas demostraciones son reprimidas, puesto que desde la infancia nos enseñan a refrenar y a contener nuestras sensaciones emotivas y eróticas.

Por su parte Baruch y Miller (1984), nos señala que la desnudez emocional lleva más tiempo que la desnudez física y que esta primera desnudez se da a través del desarrollo del matrimonio, siempre y cuando haya libertad y armonía sexual, lo cual se da por medio de la participación de las alegrías y goces

mutuos y aceptar el uno al otro cuando todo va bien, así como de compartir las emociones al mirarse mutuamente el cuerpo, pero para que se desencadene esto, es necesario desechar todas esas viejas prohibiciones y el mínimo de inhibiciones, empleando paralelamente el lenguaje de nuestros sentidos con nuestras palabras.

De esta manera Klemmer (1987), refiere que la comunicación respecto al sexo puede conducir a la comprensión de las expectativas y actitudes de la otra persona, lo que llevará al buen ajuste sexual que implica progresos hacia algún nivel de interacción nueva y mejor para cada uno de los cónyuges y para la relación.

Así mismo Heiman y LoPiccolo (1990), menciona que para muchas parejas que están envueltas en una relación duradera la principal tarea es seguir cuidando y cultivando sus relaciones sexuales, lo cual es en función de saber quienes son tanto su pareja como él y conocer el tipo de cambios que experimentan, pero sólo se logrará a través de una comunicación positiva, ya que tendrán que probar actividades nuevas, ensayar algunas caricias un poco diferentes, recurrir a fantasías estimulantes y escenificar alguna de ellas. Además, es probable que cada persona tenga que replantearse algunas ideas sobre lo que es importante en lo referente a su pareja y a la relación sexual. Todo ello con el objetivo de tener un mejor placer sexual y evitar cualquier disfunción sexual.

A pesar de que todos los autores que hablan de sexualidad destacan la importancia de conversar sobre las preferencias y aversiones sexuales, la pareja no suele hacerlo, ya sea por temor a ser juzgado o por miedo a que su pareja no satisfaga sus deseos, lo cual se presenta principalmente en la mujer.

De esta forma Flaherty y Tanowitz (1984), enfatizan el hecho de que la mujer debe comunicar a su pareja lo que ella desea que le hagan en general y principalmente en el ámbito sexual y no dejar que su pareja este adivinando lo deseado por ella y más aún molestarle por no adivinar. Pero para ello es necesario que la mujer este convencida que ella también merece y necesita detalles placenteros.

"En nuestra sociedad es común que la gente sufra grandes inhibiciones para hablar de sexo; por eso, en general, sólo abordamos el tema cuando la relación no funciona".

(Gray; 1996:53)

Es evidente que para llegar a la satisfacción de la sexualidad ya sea por si sola o a través de la terapia sexual es necesario iniciar, mantener o rescatar la comunicación positiva y verdadera entre la pareja, así de este modo podrán aclarar los mitos y quitar los tabus sobre la sexualidad y despertar a su vez sensaciones nuevas, así como descubrir cosas de su pareja que no conocía, un ejemplo de ello es que "el hombre no sabe por intuición lo mucho que ella necesita del romance y la buena comunicación para abrirse y entrar en el clima" (Gray; 1996:99).

3.3 Estilo de Comunicación.

Cada persona tiene una manera de comunicarse, la cual esta marcada por su personalidad; es decir, por lo que vivió y aprendió en su niñez. Esto esta relacionado con un estilo de comunicación el cual se define como: "Una de las formas verbales y no verbales que interactuan para asignar como debe ser tomado, interpretado o entendido el significado literal" (Norton; 1978. Citado en Honeycutt, et al; 1982:397) o "La forma en que se trasmite la información" (Nina; 1991:66)

Esta forma de comunicarse se va a ver reflejada en la interacción de comunicación con los demás y principalmente con nuestros cónyuges.

Sin embargo hay diferencias entre el estilo de la comunicación de pareja y el estilo de comunicación en situaciones generales, resultando que los estilos clasificados por Norton en 1978. que se utilizan en situaciones generales son:

- El que deja impresionado al escuchador con su comunicación, relata de una forma impresionante su dialogo y es dominante en las inferencias no verbales.

- Dominante, es caracterizado por el comportamiento como el hablar demasiado, hablar simultáneamente y frecuentemente interrumpe el dialogo de los demás.

- Pasivo, es el contrario al ansioso. Algunas personas de este estilo al estar hablando pueden estar tranquilos y libres de tensión. Se ha demostrado que los hombres presentan más este estilo que las mujeres.

- Atento, es escuchar al otro en forma atenta, las mujeres presentan más este estilo que los hombres.

Así mismo se encontró que los mejores predictores para un buen comunicador en las relaciones de pareja son los siguientes estilos:

- Amistoso, profundiza íntimamente en cualquier situación. Las mujeres en su comunicación no verbal utilizan este estilo.

- Atento (descrito anteriormente).

- Preciso, presenta exactitud en su contenido y comprueba su información.

- Expresivo, manifiesta sus pensamientos o impresiones.

Sin embargo los estilos que se utilizan más entre las parejas funcionales son:

- Pasivo, (descrito anteriormente).

- Amistoso (descrito anteriormente).

- Abierto, muestra sus sentimientos creencias y opiniones con lo cual representa la verdad de la persona misma.

- Dramático, se expresa y entretiene de manera teatral.

Los otros estilos que no fueron relevantes en esta investigación fueron:

- Contenedor, caracterizado por ser controversial y conflictivo.
- Animador, exagera el mensaje.

- Flexible, es como se adapta el contexto para que el comunicador tenga una variedad de significados con el cual relata el mensaje.

(Honeycutt, et al; 1982)

Por otra parte la forma en que se da la comunicación dependerá de que enfoque comunicacional se partió, ya que si la persona se comunica con su cónyuge de manera positiva tendrá un buen resultado a lo cual Satir (1991) define como comunicador funcional, que es el que puede expresar con firmeza su opinión, pero al mismo tiempo, aclara y califica lo que dice, además de que pide la réplica y cuando la recibe es receptivo a esta. Esto esta ligado a la comunicación congruente que se da cuando se envían dos o más mensajes a través de diferentes niveles, pero ninguno de ellos contradice gravemente a los otros.

Así mismo define un comunicador disfuncional, este generaliza su punto de vista, no aclara ni califica su contenido, no acepta la retroalimentación y la conversación abierta. Sus técnicas de comunicación sólo sirven para oscurecer el significado y parece no ser capaz de reanudar el hilo de la comunicación una vez que lo pierde. Envía mensajes incompletos y actúa basado en la suposición de que en efecto se comunica bien. Todo esto esta ligado a una comunicación incongruente que se refiere a la discrepancia entre el aspecto de un mensaje que informa y el aspecto del mismo mensaje que solicita algo.

Es de esta manera que si se adopta el enfoque disfuncional, da indicios que se manejaran las diferencias individuales entre la persona y los otros en términos de una guerra y de quien tiene la razón, pero si se adapta el enfoque funcional manejará las diferencias individuales entre la persona y los otros con base en la exploración de que es lo adecuado en ese momento.

Como se ha podido observar Norton (1978). Citado en Honeycutt, et al;(1982) y Satir (1991) han mostrado algunas estilos de comunicación, sin -

embargo no son los únicos autores que nos hablan de esto, pero si son los únicos que clasifican a los estilos de comunicación como tales, a excepción de Nina(1991), (de la cual se hablará más adelante).

Así Heiman y LoPiccolo (1990), hace referencia al estilo de comunicación de acuerdo al genero, partiendo de que las mujeres se expresan más emocionalmente que los hombres, concluyendo que las parejas tienen diferentes estilos emocionales.

Tal vez es por esta razón que a través de investigaciones se ha encontrado que el estilo de comunicación en parejas casadas son frecuentemente opuestas o inadecuadas. (Mitchell;1982)

Por otro lado el no poder expresarse, puede estar ligado a un factor personal, el cual implica que no sabe expresar sus emociones porque nunca lo aprendió, por tal razón al momento de que su cónyuge le pida que exprese sus sentimientos se puede sentir presionado y responder de manera explosiva, llevando a una comunicación negativa.

Sin embargo hay autores que manifiestan que la agresividad no sólo es un factor negativo en la comunicación, sino que se ha comprobado que a través de esto se puede lograr un equilibrio o ajuste entre los cónyuges, ya que reñir en el matrimonio puede ser un medio de comunicación respetable, sano, siempre que se haga noblemente y de manera constructiva.(Oneill, O'neill;1976, Mitchell;1982 y Klemmer;1987)

Hasta ahora los estilos de comunicación que se han descrito han sido basados a través de estudios con población extranjera, la cual varia en la cultura, en el estilo de vida, etc., a la población mexicana, es por eso que es importante observar cuales son los estilos de comunicación de la población mexicana.

Con referencia a lo anterior Nina (1991) realizó un estudio con parejas mexicanas de los estilos de comunicación utilizados, en donde encontró cuatro estilos, los cuales son:

- Estilo Positivo, es ser abierto, escucha al otro, trata de comprenderlo, se da un intercambio de información e ideas, las cuales se expresan de manera amable y afectuosa.

- Estilo Negativo, es ser conflictivo, rebuscado, confuso ante las situaciones de conflicto o desacuerdo, produciendo que el resultado sea inadecuado.

- Estilo Reservado, es poco expresivo con barreras en el proceso de la comunicación con su pareja evitando involucrarse en la relación marital. Presenta un rol pasivo.

- Estilo Violento, crea problemas entre los cónyuges, presenta un modelo de agresión verbal, físico, inadecuado, los cuales se dan en situaciones de conflicto.

Por otra parte una cualidad que se ha encontrado en el estilo de comunicación es que refleja la calidad del matrimonio (Norton;1988), así como la exclusividad y la satisfacción en la relación de la pareja, ayudando a mantener estable la relación. (Nina;1991)

Es así que en el matrimonio cuando el hombre tiene una marcada masculinidad positiva que se conjuga con el estilo de comunicación violento, se manifiesta de una forma responsable, competitivo e inteligente; sin embargo cuando este estilo de comunicación violenta se asocia con una masculinidad negativa el hombre se muestra manipulador, regañón y terco, así mismo cuando utiliza un estilo de comunicación abierta hay mayor comprensión, apertura y habilidad lo que conlleva a mayor participación. (Ojeda, Sánchez, Díaz y Rivera; 1996)

Por su parte Rivera, Díaz, Sánchez y Alvarado (1996) señalan que dentro de la relación de pareja la mujer al utilizar el estilo conductual positivo muestran estrategias de razonamiento, de diálogo, de persuasión afecto-petición y de asertividad al relacionarse con su cónyuge, en el caso de relación de los hombres con su pareja en este estilo, utilizan la negociación e intercambio y la normatividad positiva.

Por otro lado para el estilo conductual negativo la mujer utiliza el afecto negativo (enojo, chantaje emocional, celos, etc.) y el hombre utiliza el autoritarismo, la coerción, el poder remunerativo, la normatividad negativa y el manipuleo sexual.

Así mismo Sánchez, Díaz y Rivera (1996) mencionan que poseer un estilo de comunicación positiva en la interacción con la pareja permite crear vínculos afectivos, sólidos que promueven la cercanía y el deseo de compartir con la pareja, así como la atracción sexual, el gusto y el deseo de tener a la pareja sexualmente lo cual conlleva a sentirse satisfecho (a) con el esfuerzo de la pareja por satisfacer sexualmente al otro y también, el anhelar y continuar con la relación. Además eleva la confianza a la pareja y el gusto por conocer e interactuar reduciendo la posibilidad de sentir egoísmo-posesión, dolor, intriga, enojo, frustración así como engañar a la pareja.

En cuanto a la utilización del estilo reservado, los hombres y las mujeres se muestran íntimos, apasionados, se sienten comprendidos con su pareja, tienen confianza en su relación, tienen gusto por interactuar y están satisfechos sexualmente no en la misma medida de los que utilizan el estilo positivo, pero si lo suficiente para percibir amor, no sentir celos, ni enojo ante la interacción.

Los hombres y mujeres que utilizan el estilo violento, no perciben amor en su relación, no hay confianza, ni deseo de interactuar, ni satisfacción sexual.

Cabe mencionar que en esta investigación no se encontraron evidencias relevantes del estilo negativo de comunicación a diferencia de Nina (1991) y Gray (1996). Este último destaca la importancia de que para que se de una comunicación sexual es preciso descartar cuidadosamente los sentimientos negativos.

En este capítulo se describió que la comunicación es un medio de expresar a través de las palabras o de la conducta, lo que el ser humano es y como se percibe..

Por lo que marca el éxito de la relación con el otro y principalmente con su pareja, ya que la comunicación en las relaciones conyugales pueden contribuir a la satisfacción marital y al ajuste marital así al no tener una adecuada comunicación y más aún un estilo adecuado puede llevarnos al fracaso de la relación y no solo en el ámbito marital si no también en el sexual, siendo uno de los factores que desencadenan trastornos sexuales como las disfunciones, ya que la sexualidad es una parte de la comunicación no verbal.

Es por eso que es importante tener una comunicación y una forma de comunicarse que no lleve al entendimiento con la pareja en donde el resultado sea además de obtener placer en las relaciones sexuales, también obtenerlo con el hecho de comunicarse y así tener una relación enriquecida y placentera en todos los ámbitos.

CAPITULO IV. METODOLOGIA

4.1 Planteamiento y Justificación del Problema

La comunicación tiene de entre otros factores, una relación con las disfunciones sexuales ya que proporciona una forma de conducta mediante la cual el individuo se expresa (Watzlawick; 1989), dicha expresión puede ser verbal o no verbal, englobándose en esta última expresión a la sexualidad (Masters, Johnson y Kolodny; 1987), es así que al no haber una buena comunicación en las relaciones de pareja se puede desencadenar problemas en el ámbito sexual (Klemer; 1987), produciéndose así las disfunciones sexuales, pero si es todo lo contrario y existe entre la pareja una adecuada comunicación habrá armonía en la sexualidad y en la relación en general (Heiman y LoPiccolo; 1990), por otro lado las disfunciones sexuales pueden ser las que influyan en la relación para que se de una mala comunicación en ámbitos generales (Kaplan; 1982), por lo que es muy difícil determinar si la mala comunicación desencadena a las disfunciones sexuales o estas desarrollan la mala comunicación, es así que sólo se pretende comparar la comunicación marital y el estilo de comunicación de mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual. Obteniendo de esto las siguientes preguntas:

¿Existen diferencias de la comunicación marital entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual?

¿Existen diferencias en el estilo de comunicación entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual?

4.2 Objetivos

4.2.1 Objetivo General:

A través de la población de mujeres que acuden a un Instituto de tercer nivel detectar en nuestra población de mujeres mexicanas , problemas que giran alrededor de la comunicación marital y estilo de comunicación con las disfunciones sexuales.

4.2.2 Objetivos Específicos:

- Establecer la asociación entre comunicación marital y disfunciones sexuales.

- Establecer la asociación entre los estilos de comunicación y las disfunciones sexuales.

- Implementar programas de atención con objetivos delimitados para las pacientes con problemática sexual de este tipo.

- Crear estrategias que permitan la asimilación de nuevas actitudes frente a la sexualidad.

4.3 Hipótesis

4.3.1 Hipótesis Conceptual:

"Los factores interpersonales revisten de entre otros factores, importancia en la mayoría de los trastornos sexuales. El problema más corriente es una comunicación deficiente tanto en el aspecto sexual como en los aspectos no sexuales de la relación convivencial" (Masters, Johnson y Kolodny; 1987:566).

4.3.2 Hipótesis de Trabajo:

H01: No existen diferencias estadísticamente significativas en la comunicación marital entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual.

H11: Si existen diferencias estadísticamente significativas en la comunicación marital entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual.

Ho2: No existen diferencias estadísticamente significativas en el estilo de comunicación entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual.

Hi2: Si existen diferencias estadísticamente significativas en el estilo de comunicación entre mujeres sin disfunción sexual y mujeres con disfunción sexual.

4.4 Variables

4.4.1 Variable Independiente:

A) Disfunción Sexual

- Definición conceptual.

"Trastornos sexuales como estados anómalos que suponen un menoscabo en la respuesta física de la función sexual" (Masters, Johnson y Kolodny;1987).

- Definición operacional.

Son las respuestas afirmativas en la HISTORIA clínica Codificada Para la Sexualidad Femenina (Souza; 1987).

a) Trastorno del Deseo Sexual

-Deseo sexual hipoactivo. Es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y deseo de actividad sexual

-Trastorno por aversión al sexo. Es la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja.

b) Trastorno de Excitación Sexual.

-Trastorno de la excitación sexual en la mujer. Es una incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual.

c) Trastornos Orgásmicos

-Trastorno orgásmico femenino. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer tras una fase de excitación sexual normal.

d) Trastornos Sexuales por Dolor.

-Dispareunia. Dolor genital de un hombre o de una mujer durante el coito además de que también se puede dar antes o después de la relación sexual.

-Vaginismo. Es la contracción involuntaria de manera persistente o recurrente de los músculos perineales del tercio externo de la vagina frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espejuelos.

e) Disrritmia. Insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en conductas adecuadas y sin relación a problemas físicos.

4.4.2 Variable Dependiente

A) Comunicación Marital.

- Definición conceptual.

Contenido y cantidad de información que un cónyuge expresa a otro (Nina Ruth; 1991).

-Definición operacional.

Aspecto que se va a medir mediante la escala de comunicación marital COMARI (Nina Ruth; 1991).

B) Estilo de Comunicación.

- Definición conceptual.

Es aquello con lo que se le da forma al significado literal de la información que se esté brindando (Nina Ruth; 1991).

- Definición operacional.

Aspecto que se va a medir mediante la escala de estilo de comunicación ECOM (Nina Ruth;1991).

4.4.3 Variables Sociodemográficas.

A) Edad

- Definición Conceptual.

Años y mes transcurridos desde el nacimiento (Newman y Newman; 1985).

- Definición Operacional.

Número de años de vida que el entrevistado dice ha vivido.

B) Estado Civil.

- Definición Conceptual.

La condición jurídica de las personas poniendo acento en la capacidad de obrar (Diccionario de Ciencias Sociales, 1995).

- Definición Operacional.

Situación legal que los entrevistados reportan tener.

C)Hijos.

- Definición Conceptual.

Persona o personas respecto de su padre o de su madre (Casares; 1977).

- Definición Operacional.

Número de hijos que el entrevistado tiene.

D) Religión.

- Definición Conceptual.

Conjunto de creencias acerca de la divinidad (Casares; 1977).

- Definición Operacional.

Creencia divina que el entrevistado practica.

E) Años de Escolaridad.

- Definición Conceptual.

Equivale a los años de asistir a la escuela y trae a la mente toda la gama de actividades que se llevan a cabo en la escuela (Bowen y Hobson; 1991).

- Definición Operacional.

Ultimo grado de estudio que el entrevistado reporta que cursó.

F) Ocupación.

- Definición Conceptual.

Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa (García; 1982).

- Definición Operacional.

Actividad diaria en la que emplea su tiempo el entrevistado.

G) Ingreso Mensual.

- Definición Conceptual.

Sueldo por mes (García; 1982).

- Definición Operacional.

Dinero que percibe el entrevistado en un mes para su sobrevivencia.

H) Ingreso al Hospital.

-Definición Conceptual.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO. Gestación, preñez o estado de una mujer en cinta con problemas (Diccionario Médico; 1990).

ESTERILIDAD. Incapacidad del macho para fecundar y de la hembra para concebir (Diccionario Médico; 1990).

PERDIDAS. Carencia o disminución del producto de una mujer embarazada (Diccionario Médico; 1990).

PROBLEMAS GINECOLÓGICOS. Enfermedades de la mujer especialmente de los genitales (Diccionario Médico; 1990).

TRASTORNOS SEXUALES. Alteración o perturbación en los genitales (Diccionario Médico; 1990).

OTROS. Situaciones que no se encuentran clasificadas en el rubro de los padecimientos manejados en la Historia Clínica Codificada para la Sexualidad Femenina.

- Definición Operacional.

Padecimientos por los cuales el entrevistado acude al hospital.

I) Masturbación.

- Definición Conceptual.

Inducción de la erección y obtención de la satisfacción sexual, en cualquiera de los sexos, por medio de la estimulación manual o mecánica de los órganos genitales. Es generalmente autoinducida (English y English; 1977).

- Definición Operacional.

La autoestimulación de los genitales de la entrevistada, que reportó tener durante la adolescencia.

J) Temor a la Sexualidad.

- Definición Conceptual.

Temor.- Ansiedad relacionada con una situación de peligro específica, anticipación de un acontecimiento con gran miedo (English y English; 1977)

Sexualidad.- Se refiere a una dimensión de la personalidad, es decir abarca todos los planos del ser sexual (Masters, Johnson y Kolodny; 1987)

- Definición Operacional.

Miedo que reporta la entrevistada de algún aspecto de su sexualidad.

K) Trauma Sexual.

- Definición Conceptual.

Experiencia severamente perturbadora o provocadora de ansiedad, generalmente en la niñez o primera infancia, relacionada de algún modo con el sexo (English y English; 1977).

- Definición Operacional.

Suceso sexual desagradable que reporta la entrevistada durante su niñez.

L) Proposición de la Relación Sexual.

- Definición Conceptual.

Proposición.- Formular en palabras (o símbolos equivalentes) un plan o procedimiento para que se actúe de acuerdo con él (English y English; 1977)

Relación Sexual.- Coito (English y English; 1977).

- Definición Operacional.

Reporte de la entrevistada acerca de cual de los dos miembros de la pareja pide con más frecuencia las relaciones sexuales.

4.5 Sujetos.

La población se conformó con un total de 200 sujetos, los cuales se dividieron en: 100 pacientes femeninas que no presentaban disfunción sexual, sólo padecimientos ginecológicos y obstétricos y 100 pacientes femeninas que presentaban disfunción Sexual además de ser pacientes ginecológicas y obstétricas.

Los sujetos cumplieron con las siguientes características:

- Pacientes que ingresaban al INPer para su atención.

- Pacientes que no tuvieran un diagnóstico previo de retardo mental o psicosis.

- Pacientes que no tuvieran un diagnóstico previo de enfermedad orgánica que pudieran condicionar las disfunciones, como son: síndromes neurológicos, endócrinos, cardiopatías, problemas vasculares, así como infecciones genitales.

- Pacientes que tuvieran educación primaria como mínimo para el entendimiento de las pruebas.

- Pacientes que tuvieran como mínimo un año de estar conviviendo con su pareja.

- pacientes que tuvieran entre 20 y 36 años de edad. Se excluyeron las adolescentes y climáticas, ya que en estas edades las disfunciones sexuales se pueden condicionar por otros factores.

4.6 Muestreo.

El tipo de muestreo que se llevo a cabo fué el no probabilístico, seleccionado de manera intencional por cuota y de observaciones independientes.

4.7 Tipo de estudio.

El tipo de estudio en que se baso esta investigación fué el descriptivo, ya que se especifican las situaciones de manifestación de las variables de cada grupo manejado aquí.

4.8 Diseño

Se utilizó el diseño no experimental transversal descriptivo, puesto que se describe comparativamente dos grupos en un momento determinado. En donde el grupo uno consta de 100 mujeres sin disfunción sexual y el segundo grupo consta de 100 mujeres con disfunción sexual.

4.9 Instrumentos

A) HISTORIA CLINICA CODIFICADA PARA LA SEXUALIDAD FEMENINA (HCCSF).

En México se han utilizado cuestionarios que exploran la sexualidad, pero no existe una historia clínica específica para la sexualidad, en donde además se aborde las disfunciones sexuales entre otros padecimientos, como es el caso de este cuestionario, por tal razón se seleccionó este instrumento.

La HCCSF fué realizada por el Dr. Mario Souza en 1987, con la finalidad de explorar la psico-sexualidad humana.

Consta de 15 capítulos, siendo el capítulo IX de nuestro interés, ya que aquí se encuentra el apartado de las disfunciones sexuales y nos proporciona el diagnóstico de dicho padecimiento.

Los demás capítulos son los siguientes:

Capítulo I. La identificación del entrevistador.

Capítulo II. La identificación del entrevistado.

Capítulo III. El motivo de consulta.

Capítulo IV. Los antecedentes familiares patológicos.

Capítulo V. Los antecedentes personales patológicos.

Capítulo VI. Los antecedentes no patológicos del entrevistado.

Capítulo VII. El interrogatorio por aparato y sistema.

Capítulo VIII. Los antecedentes bio-psico-sociales de la sexualidad.

Capítulo IX. El comportamiento sexual actual y su descripción general por síndromes clínicos específicos y por variantes sexuales no patológicos.

Capítulo X. Los antecedentes terapéuticos.

Capítulo XI. La exploración física.

Capítulo XII. Las posibilidades diagnósticas anteriores y actuales.

Capítulo XIII. Las recomendaciones terapéuticas.

Capítulo XIV. El pronóstico del caso.

Capítulo XV. Los comentarios y observaciones sobre la información obtenida en las respuestas al aplicar el estudio.

En general estos capítulos están distribuidos en 187 reactivos y 240 posibilidades de respuesta, sin contar aquellas combinadas o a especificar. En su confección se llevó un orden Sistemático de lo general a lo particular, de lo sencillo a lo complicado y de lo sano a lo patológico, buscando la interpretación sólo a través de la descripción clínica.

(VER ANEXO 1)

La secuencia se encuentra basada en el modelo médico tradicional y como no es un cuestionario de investigación requiere ser aplicado por personal previamente adiestrado.

Sus metas fundamentales son clínicas pero pueden extenderse a la docencia y permite dada su sistematización hacer comparaciones biodiagnósticas que apoyan a la investigación clínica.

Su forma de calificar es la siguiente:

El paciente le dará la respuesta al aplicador, el cual deberá registrar la información de cada pregunta por capítulo, marcando con un círculo el número de código correspondiente a las Categorías estipuladas. Una vez marcado el código se procederá a sacar el diagnóstico psico-sexual que es de interés.

B) ESCALA DE COMUNICACION MARITAL (COMARI)

Se seleccionó este instrumento debido a que está basado en población de parejas mexicanas. Fué realizado por la Dra. Nina Ruth Estrella en 1991, con el fin de medir la información que expresa un cónyuge al otro sobre los temas presentados a través de una escala tipo likert.

Consta de 86 reactivos divididos en seis dimensiones las cuales van de los temas que son más relevantes de hablar en la población mexicana a lo que es menos relevante de hablar:

1.- Sentimientos, emociones y disgustos. Divulgación de sentimientos y emociones propias del cónyuge, así como lo que le disgusta de la interacción con su pareja y lo que le da vergüenza.

2.- Familia extendida. Información que se da sobre la familia del cónyuge y sobre su propia familia.

3.- Vida sexual. Información sobre aspectos de la vida sexual de la pareja.

4.- Hijos. Información que se refiere a aspectos relacionados con los hijos.

5.- Relación marital. Aspectos generales con la interacción de la pareja, tiempo dedicado del cónyuge al matrimonio, lo que piensa de él, etc.

6.- Trabajo. Información sobre el trabajo fuera del hogar que cada cónyuge desempeña.

Para cada reactivo existen cinco opciones de respuesta que van del 1 al 5.
(VER ANEXO 2)

Se considera que la cantidad de información expresada por el sujeto es mucha cuando la mediana de sus respuestas es mayor a 4.00, regular cuando la mediana es de 2 a 4 y poca información cuando la mediana es menor a 2.00 (el rango de la escala es de 1=poco a 5=mucho). Es un instrumento intervalar, ya que va del intervalo de 1 a 5.

La validez de la escala se realizó con población mexicana de personas casadas a través de un análisis factorial otorgonal, quedando seis factores a medir de doce, con valores propios superiores a .40 de cada uno de sus reactivos, que explican el 47.2 % de la varianza.

La forma de calificar es la siguiente:

Cada reactivo tiene cinco opciones de respuesta por lo que el examinado deberá marcar la opción que crea conveniente. Una vez contestado el instrumento se separan los reactivos por subescalas, sacando las medianas de las respuestas de cada subescala y del global de la de estas.

Con las medianas obtenidas, se procede a analizar por separado; es decir, se ve cada mediana de cada subescala y de acuerdo a esto se saca la cantidad de información expresada en cada subescala, así mismo se saca la cantidad de información expresada de manera global, tomando en cuenta la mediana de las medianas de cada subescala.

C) ESCALA DE ESTILO DE COMUNICACION (ECOM)

Este instrumento fué escogido porque es el único de este tema que esta basado en población de parejas mexicanas. Fué realizado por la Dra. Nina Ruth-

Estrella en 1991, con el fin de medir la forma de que un cónyuge se comunica con su pareja y la forma en que percibe que su pareja se comunica con él (ella).

Consta de dos partes: la primera parte es la del Estilo de Comunicación que el cónyuge cree tener, la cual contiene 23 reactivos que miden cuatro dimensiones:

1.- Positivo. Es el estilo abierto, en donde la persona quiere escuchar al otro y trata de comprenderlo, se da un intercambio de información e ideas, las cuales se expresan de manera amable y afectiva.

2.- Violento. Estilo que crea problemas entre los cónyuges, en la comunicación, se presenta un modelo de agresión verbal, físico, indicando que estos se mueven en situaciones de conflicto.

3.-Negativo. Estilo conflictivo, rebuscado, confuso ante las situaciones de conflicto o desacuerdo, produciendo que el resultado sea inadecuado.

4.- Reservado. Es poco expresivo con barreras en el proceso de la comunicación con su pareja evitando involucrarse en la relación marital, presenta un rol pasivo.

La segunda parte es el Estilo de Comunicación que percibe el cónyuge de su pareja, la cual contiene 25 reactivos que miden las mismas cuatro dimensiones de la primera parte.

Cada reactivo consta de un rango que va de nada a muy (con puntuaciones de 1 a 5), siendo esta escala también de tipo likert, en la cual se interpretan las puntuaciones de 1=nada y 5=muy.

(VER ANEXO 3)

Se considera el estilo de comunicación de acuerdo a las medianas obtenidas de cada subescala. Es un instrumento intervalar, ya que va del intervalo de 1 a 5.

La validez de ambas partes se realizó con población mexicana de personas casadas a través de un análisis factorial con rotación ortogonal, quedando cuatro factores a medir de seis, con valores propios superiores a .40 de cada uno de sus reactivos que explican el 47.3 % de la varianza en total.

La forma de calificar es la siguiente:

Cada reactivo tiene cinco opciones de respuesta, por lo que el examinado debe marcar, la opción que crea conveniente. Una vez contestado todo el instrumento se procede a calificar la primera parte de la prueba, separando los reactivos de esta primera parte por subescalas, después se saca las medianas de cada subescala y de acuerdo al valor de las medianas se analiza la forma de como se comunican.

La segunda parte del instrumento se procede a calificar y a interpretar de igual manera que la primera.

4.10 Procedimiento.

Se capturó una muestra de 200 sujetos, la cual se fué integrando en un periodo de un poco más de un año aproximadamente. El procedimiento fué el siguiente:

Las pacientes fueron seleccionadas e integradas a la muestra recién aceptadas en el Instituto Nacional de Perinatología, después de su estudio socioeconómico (hecho por el departamento de trabajo social), y antes de iniciar algún tratamiento.

Posteriormente el departamento de trabajo social investigó las características deseadas de la muestra.

Una vez detectadas las pacientes, dicho departamento las canalizó al cubículo de psicología de consulta externa, ahí se les proporcionó una breve explicación de su participación en la investigación, la cual fué la siguiente: "Se está realizando una investigación en el Instituto acerca de las mujeres. ¿Podría colaborar con nosotros contestando unas preguntas?. Cuando aceptaban se les daba una explicación más detallada de lo que iban a realizar con la finalidad de que se sintieran más en confianza, además que conocieran quien estaba frente a ellas.

Luego se procedió a aplicar la historia clínica codificada para la sexualidad femenina, en donde se le iba preguntando directamente a la paciente todos los reactivos.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Cuando se dio por terminado el interrogatorio de la historia clínica se les explicó las instrucciones de la escala de comunicación marital enfatizando más en las variaciones que pudieran tener las pacientes, como por ejemplo, el hecho de que no tuvieran hijos se les decía "No importa que no tenga hijos ya que sólo se le esta preguntando la cantidad de información que expresa acerca de este tema", otro ejemplo de esto es cuando las pacientes no trabajaban, se les decía "Reemplace el tema del trabajo por los quehaceres de su hogar".

Así mismo se procedió a dar las instrucciones de la escala del estilo de comunicación.

Todo este procedimiento fué de forma individual, cubriendo así un número de una a dos pacientes por día y eventualmente tres, ya que la aplicación era muy tardada, lo que hacía que algunas pacientes se desesperaran por el cansancio que esto les provocaba, sin embargo seguían colaborando hasta el final.

La realización de esto fué en una sola sesión previniendo que desertaran o no regresaran si se les hubiera aplicada las pruebas en más de una sesión.

Una vez terminada la aplicación se invitaba a la paciente a acudir al departamento de psicología en caso de que tuviera algún problema, remarcándose más con las pacientes que se les había detectado disfunción sexual.

5.7 Análisis de Resultados.

Se aplicó medidas de tendencia central para obtener las medias de instrumentos.

Se realizaron análisis de la prueba t de student para ver si había diferencia de resultados de un grupo y otro.

Se aplicó estadística descriptiva de tendencia central para conocer la distribución de los datos sociodemográficos.

CAPITULO V. RESULTADOS

Los resultados se presentaron en tres secciones: en la primera se presentan los resultados del análisis descriptivo de ambos grupos de acuerdo a las variables sociodemográficas.

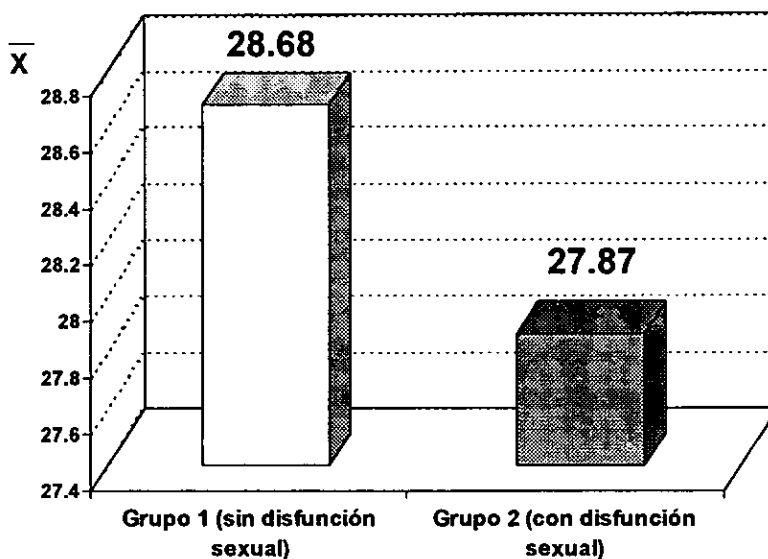
En la segunda sección se analizan estadísticamente los resultados globales y de cada dimensión de la Escala de Comunicación Marital, comparándose dichos resultados entre ambos grupos.

Y por último se reportan los resultados del análisis estadístico en dos partes, siendo la primera la descripción estadística de cada dimensión de la Escala de Estilo de Comunicación por parte de la paciente comparándose ambos grupos y la segunda parte es la descripción estadística de cada dimensión de la Escala de Estilo de Comunicación por parte del cónyuge haciéndose una comparación de ambos grupos.

5.1 *Análisis Descriptivo de la Población.*

Se realizó un análisis de tendencia central con el fin de conocer de que manera se distribuyó la población en las variables sociodemográficas en cada grupo.

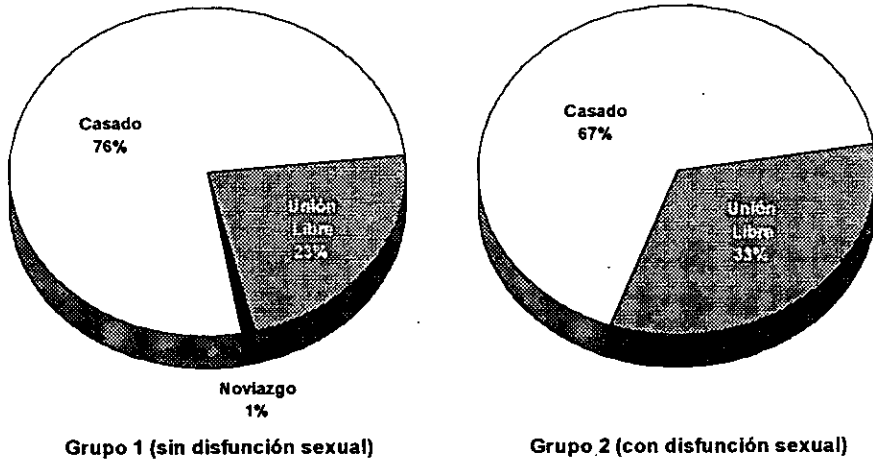
Gráfica 1. Distribución de las Medias de la Muestra por Edad de Ambos Grupos



5.1.1 Distribución de la Muestra por Edad.

La muestra total que participó en esta investigación estuvo constituida por 200 sujetos de los cuales se dividieron en 100 sujetos sin disfunción sexual y 100 sujetos con disfunción sexual. En donde las edades fluctuarán entre 20 y 36 años con un promedio de edad en el primer grupo (sin disfunción sexual) de 28.6 y en el segundo grupo (con disfunción sexual) de 27.8 (VER GRAFICA 1).

Gráfica 2. Distribución de la Muestra por Estado Civil de Ambos Grupos

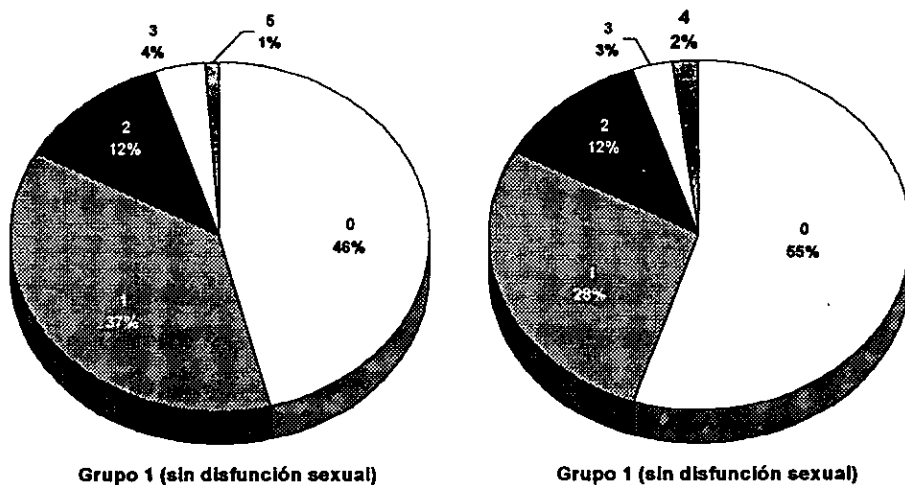


5.1.2 Distribución de la muestra por Estado Civil.

En el grupo de las mujeres sin disfunción sexual la población se distribuyó en casadas, unión libre y noviazgo, siendo la mayoría (76%) mujeres casadas.

Así mismo el grupo de las mujeres con disfunción sexual se dividió en casadas y unión libre, siendo también la mayoría (67%) mujeres casadas. (VER GRAFICA 2).

Gráfica 3: Distribución de la Muestra por No. de Hijos de Ambos Grupos



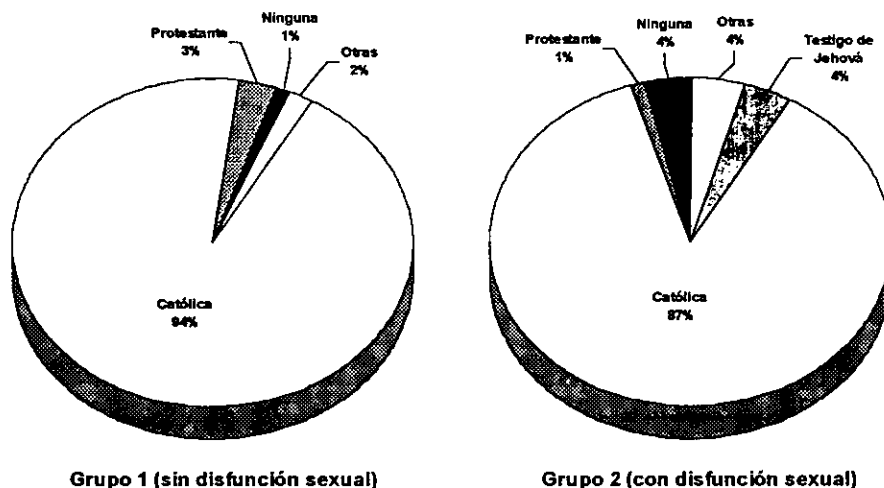
5.1.3 Distribución de la muestra por Número de Hijos.

En el grupo 1 (sin disfunción sexual) se encontró que el número de hijos que fluctuaban entre estas mujeres era de 0 a 5. En donde la mayoría (46%) de la población no tiene hijos.

En el grupo 2 (con disfunción sexual) se observó que el número de hijos que presentaban estas mujeres iba de 0 a 4, siendo de igual forma que en el grupo anterior que la mayoría (54%) no tiene hijos.

(VER GRAFICA 3).

Gráfica 4: Distribución de la Muestra por Religión de Ambos Grupos



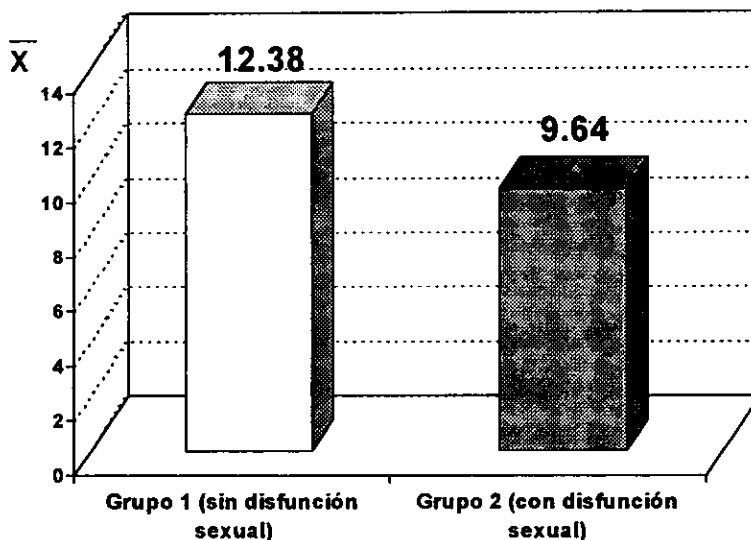
5.1.4 Distribución de la muestra por Religión.

El grupo de las mujeres sin disfunción sexual se distribuyó en diversas religiones, de acuerdo a la preferencia que estas mujeres presentaban, en donde la religión católica era la practicada por la mayoría (94%) de ellas.

Así mismo sucedió en el grupo de las mujeres con disfunción sexual, siendo la mayoría (87%) las que practican la religión católica.

(VER GRÁFICA 4).

Gráfica 5: Distribución de las Medias de la Muestra por Años de Escolaridad de Ambos Grupos

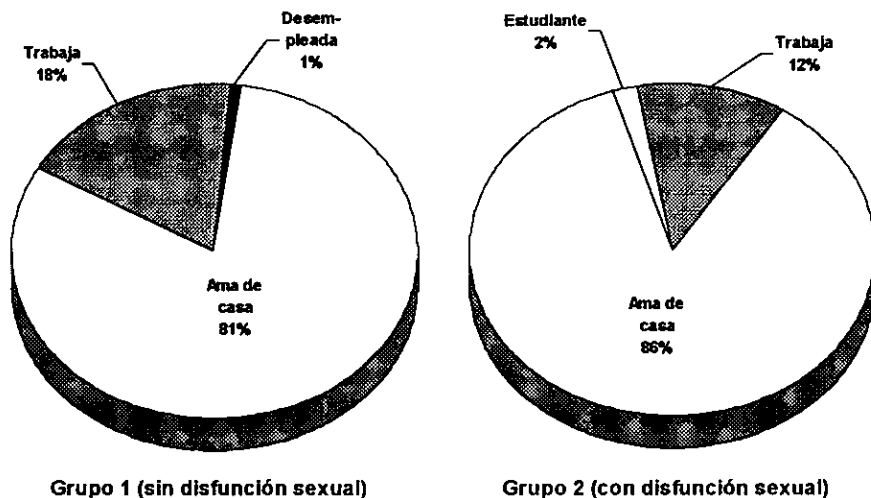


5.1.5 Distribución de la muestra por Años de Escolaridad.

Los años de escolaridad que fluctuaron en las mujeres sin disfunción sexual fueron entre 6 y 20 años con un promedio de 12.3 años.

Los años de escolaridad que fluctuaron en las mujeres con disfunción sexual fueron de 1 a 19 años, habiendo un promedio de 9.6 años. (VER GRAFICA 5).

Gráfica 6: Distribución de la Muestra por Ocupación de Ambos Grupos



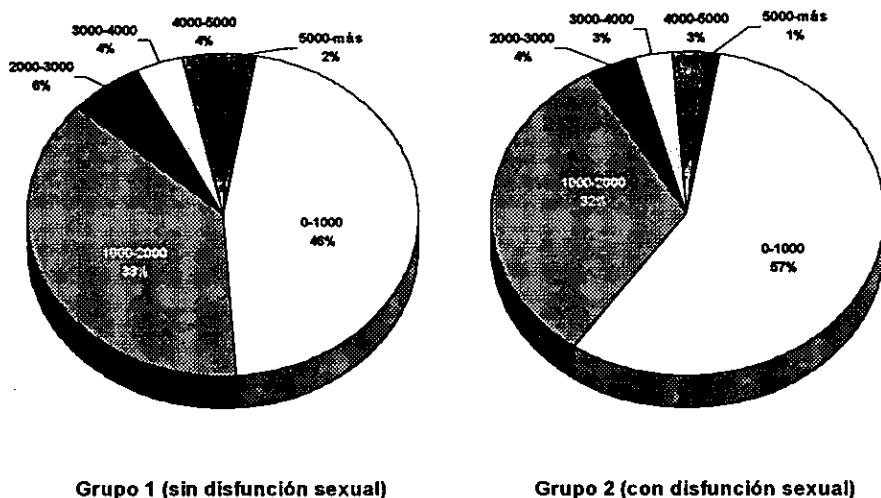
5.1.6 Distribución de la muestra por Ocupación.

En el grupo 1 (sin disfunción sexual) se observó diversas ocupaciones , siendo que la mayoría (81%) de ellas son amas de casa.

Así mismo se encontró que en la mayoría (86%) de las mujeres con disfunción sexual son amas de casa.

(VER GRAFICA 6).

Gráfica 7: Distribución de la Muestra por Ingreso Mensual de Ambos Grupos

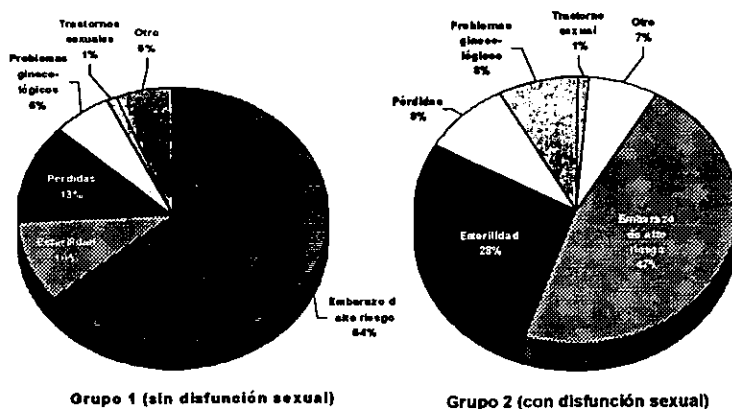


5.1.7 Distribución de la muestra por Ingreso Mensual.

En el grupo 1 (sin disfunción sexual) se observa que el ingreso mensual manejado en la mayoría (46%) de ella fluctua entre \$0 y \$1000, seguida por otra parte mayoritaria (38%) de \$1000 a \$2000.

De esta misma forma el grupo 2 (con disfunción sexual) presentó un ingreso en su mayoría (57%) de entre \$0 a \$1000, seguida por otra parte importante (32%) de un ingreso mensual que fluctua entre \$1000 y \$2000. (VER GRAFICA 7).

Gráfica 8: Distribución de la Muestra por Motivo de Ingreso al INPer de Ambos Grupos



5.1.8 Distribución de la muestra por Motivo de Ingreso.

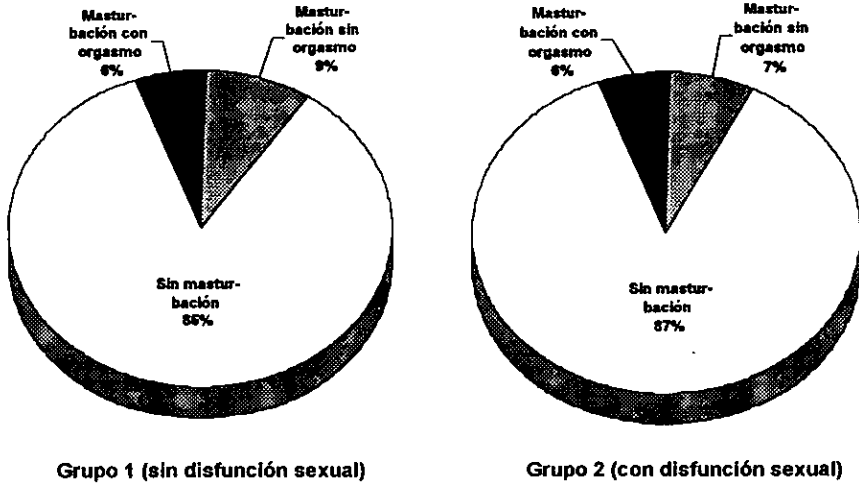
El motivo de ingreso al hospital de las mujeres sin disfunción sexual fué por diversas causas, siendo que la mayoría (64%) de ellas era paciente de embarazo de alto riesgo. Así mismo sucedió con las mujeres con disfunción sexual, ya que la mayoría (47%) era paciente de embarazo de alto riesgo.

Sin embargo es importante mencionar que la esterilidad tuvo una intervención considerable (28%) en el grupo de las mujeres con disfunción sexual.

(VER GRAFICA 8).

Las siguientes variables se incluyeron en la descripción de la muestra, ya que se consideran de importancia para este estudio puesto que proporcionan resultados cualitativamente significativos que enriquecen los resultados obtenidos.

Gráfica 9: Distribución de la Muestra por la Variable Masturbación de Ambos Grupos

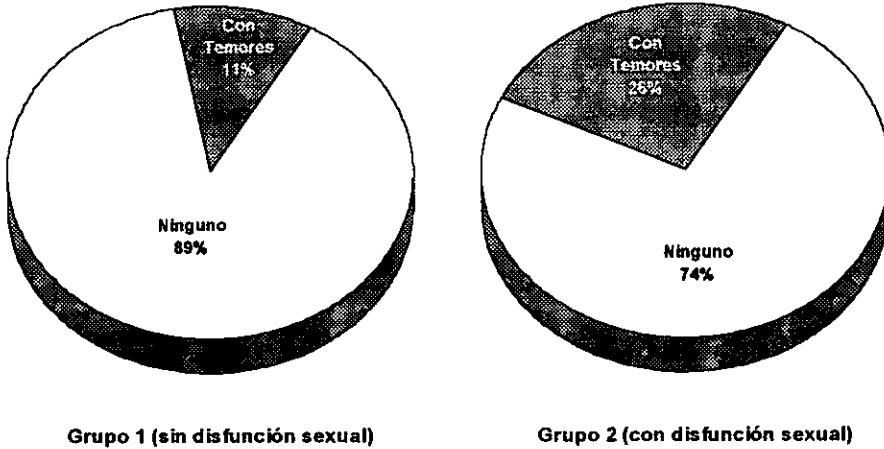


5.1.9 Distribución de la muestra por Masturbación.

En el grupo de mujeres sin disfunción sexual se puede observar que la mayoría (85%) de ellas no se masturban, lo cual coincide con la mayoría (87%) de las mujeres con disfunción sexual. Sin embargo hay una diferencia entre ambos grupos y aunque no sea estadísticamente significativa, cualitativamente lo es, ya que en el grupo 1 (sin disfunción sexual) hay más mujeres que se masturban que en el grupo 2 (con disfunción sexual).

(VER GRAFICA 9)

Gráfica 10: Distribución de la Muestra por Temores Sexuales de Ambos Grupos

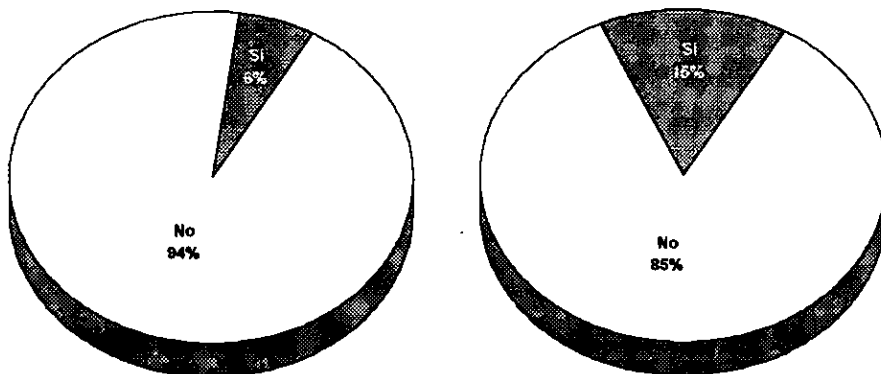


5.1.10 Distribución de la muestra por Temores Sexuales.

Aquí se puede encontrar que ambos grupos en su mayoría (mujeres sin disfunción sexual 89% y mujeres con disfunción sexual 74%) no sufre temores sexuales. Pero el porcentaje restante muestra que las mujeres con disfunción sexual presentan más temores sexuales (26%) que las mujeres sin disfunción sexual (11%).

(VER GRAFICA 10)

Gráfica 11: Distribución de la Muestra por Trauma Sexual de Ambos Grupos



Grupo 1 (sin disfunción sexual)

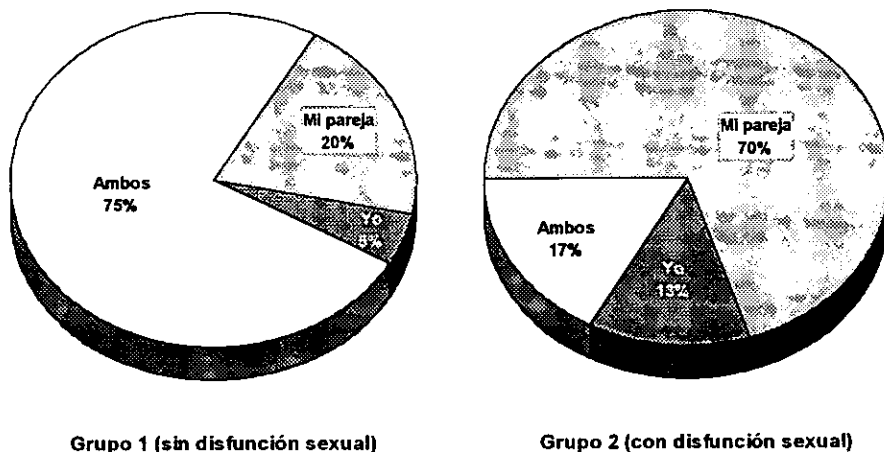
Grupo 2 (con disfunción sexual)

5.1.11 Distribución de la muestra por Trauma Sexual.

En el grupo de las mujeres sin disfunción sexual se encontró que la mayoría de ellas (94%) no tuvo ningún trauma sexual en su infancia, lo cual coincide con la mayoría (85%) de las mujeres con disfunción sexual, sin embargo en este último grupo se presentó más trauma sexual en la infancia (15%) que en las mujeres sin disfunción sexual (6%).

(VER GRAFICA 11).

Gráfica 12: Distribución de Respuestas de la Muestra a la Pregunta ¿Quién Propone las Relaciones? de Ambos Grupos



5.1.12 Distribución de la muestra por Proposición de la Relación Sexual.

Aquí se puede observar que en el grupo 1 (mujeres sin disfunción sexual) en su mayoría (75%) son tanto ellas como su pareja quienes proponen las relaciones sexuales, lo cual es distinto al grupo 2 (mujeres con disfunción sexual) que en su mayoría (70%) es su pareja quien hace esa proposición. (VER GRAFICA 12).

5.2 Escala de Comunicación Marital.

Se llevó a cabo el análisis estadístico de la prueba t de student para ver las diferencias de ambos grupos por cada dimensión, así como globalmente, en lo cual se encontro lo siguiente:

1a. Dimensión (SENDI) Sentimientos, Emociones y Disgustos.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 3.1490 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.7160, habiendo una diferencia de medias de .4330 y una $t=3.46$ con un valor de significancia de $\alpha=.001$ (ver tabla 1).

Tabla 1. Descripción de la Dimensión Sentimiento, Emociones y disgustos de la Variable Comunicación Marital

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Sentimientos, emociones y disgustos			
Media	3.15	2.72	3.46***
D. E.	0.92	0.84	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1); lo cual nos indica que si hay diferencias significativas entre los dos grupos en esta dimensión siendo superior la media del grupo 1.

2a. Dimensión (FAM) Familia Extendida.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 2.9590 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.4440, habiendo una diferencia de medias de .5150 y una $t=3.72$ con un valor de significancia de $\alpha=.000$ (ver tabla 2)

Tabla 2. Descripción de la Dimensión Familia de la Variable Comunicación Marital

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Familia			
Media	2.96	2.44	3.72***
D. E.	1.03	0.93	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), lo cual nos indica que si hay diferencias significativas en esta dimensión, siendo superior la media del grupo 1.

3a. Dimensión (SEXO) Vida Sexual.

se encontro en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 3.2670 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.6420, habiendo una diferencia de medias de .6250 y una $t=4.56$ con un valor de significancia de $\alpha=.000$

(ver tabla 3)

Tabla 3 Descripción de la Dimensión Sexo de la Variable Comunicación Marital

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Sexo			
Media	3.27	2.64	4.56***
D. E.	0.98	0.96	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), lo cual nos indica que si hay diferencias significativas en esta dimensión, siendo superior la media del grupo 1.

4a. Dimensión (HIJOS).

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 2.9720 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.4526, habiendo una diferencia de medias de .5200 y una $t=3.42$ con un valor de significancia de $\alpha=.001$

(ver tabla 4).

Tabla 4 Descripción de la Dimensión Hijos de la Variable Comunicación Marital

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Hijos			
Media	2.97	2.45	3.42***
D. E.	1.16	0.98	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis alterna (H₁), lo que nos indica que si hay diferencias significativas en esta dimensión, siendo superior la media del grupo 1.

5a. Dimensión (RELMART) Relación Marital.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 3.6930 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 3.1210, habiendo una diferencia de medias de .5720 y una t=4.37 con un valor de significancia de alfa=.000 (ver tabla 5).

tabla 5 Descripción de la Dimensión Relación Marital de la Variable Comunicación Marital

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Relación Marital			
Media	3.69	3.12	4.37***
D. E.	0.88	0.97	

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001 (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo que se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis alterna (H₁), lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos en esta demensión, siendo superior la media del grupo 1.

6a. Dimensión (TRABJ) Trabajo.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 3.3360 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.5710, habiendo una diferencia de medias de .7650 y una t=4.56 con un valor de significancia de alfa=.000 (ver tabla 6).

Tabla 6 Descripción de la Dimensión Trabajo de la Variable Comunicación Marital

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Trabajo			
Media	3.34	2.57	5.97***
D. E.	0.92	0.89	

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), lo que nos indica que hay diferencias significativas entre los dos grupos en esta dimensión, siendo superior la media del grupo 1.

7. Resultado Global de la Escala (COMARI)

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 3.1950 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.6090, habiendo una diferencia de medias de .5860 y una $t=5.44$ con un valor de significancia de $\alpha=.000$ (ver tabla 7).

Tabla 7 Descripción Global de la Variable Comunicación Marital

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Comunicación Marital			
Media	3.30	2.61	5.49***
D. E.	0.81	0.71	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), lo cual nos indica que si hay diferencias significativas entre estos dos grupos en todas las dimensiones de la escala de comunicación marital, siendo superior la media del grupo 1.

5.3 Escala de Estilo de Comunicación.

Se realizó el análisis estadístico de la prueba "t" de student con la finalidad de encontrar diferencias entre los dos grupos en cada dimensión, tanto del estilo de la paciente como del estilo del cónyuge, encontrando lo siguiente:

5.3.1 Estilo de Comunicación de la Paciente.

1a. Dimensión (ESTPACPO) Estilo de la Paciente Positivo.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 3.6880 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 3.4420, habiendo una diferencia de medias de .2460 y una $t=2.18$ con un valor de significancia de .030 (ver tabla 8):

Tabla 8 Descripción de la Dimensión Comunicación Positiva de la Variable Estilo de Comunicación de la Pareja

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Estilo de comunicación positiva de la paciente			
Media	3.69	3.44	2.18
D. E.	0.86	0.73	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_1), lo cual nos indica que no hay diferencias significativas entre los dos grupos en esta dimensión, siendo las medias estadísticamente iguales.

2a. Dimensión (ESTCONVI) Estilo de la Paciente Violento.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 2.5740 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.6900, resultando una diferencia de medias de -.1160 y una $t=-.85$ con un valor de significancia de .398 (ver tabla 9)

Tabla 9 Descripción de la Dimensión Comunicación Violenta de la Variable Estilo de Comunicación de la Pareja

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Estilo de comunicación violenta de la paciente			
Media	2.57	2.69	-0.85
D. E.	0.95	0.99	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_1), lo cual indica que no hay diferencias significativas entre los dos grupos en esta dimensión, siendo las dos medias estadísticamente iguales.

3a. Dimensión (ESTPACNE) Estilo de la Paciente Negativo.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 2.2520 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.6060, habiendo una diferencia de medias de -.3540 y una $t=-3.42$ con un valor de significancia de $\alpha=.001$

(ver tabla 10)

Tabla 10 Descripción de la Dimensión Comunicación Negativa de la Variable Estilo de Comunicación de la Pareja

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Estilo de comunicación negativa de la paciente			
Media	2.25	2.61	-3.42***
D. E.	0.67	0.79	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), lo que nos indica que si hay diferencias significativas entre los dos grupos en esta dimensión, siendo superior la media del grupo 2.

4a. Dimensión (ESTPACRE) Estilo de la Paciente Reservado.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 1.8480 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.1050, resultando una diferencia de medias de -.2570 y una $t=-2.48$ con un valor de significancia de $\alpha=.014$

(ver tabla 11)

Tabla 11 Descripción de la Dimensión Comunicación Reservada de la Variable Estilo de Comunicación de la Pareja

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Estilo de comunicación reservada de la paciente			
Media	1.85	2.11	-2.48*
D. E.	0.76	0.70	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), lo cual indica que si hay diferencias significativas entre los dos grupos en esta dimensión, siendo superior la media del grupo 2.

5.3.2 Estilo de Comunicación del Cónyuge.

1a. Dimensión (ESTCONPO) Estilo del Cónyuge Positivo.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 3.6760 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 3.4170, resultando una diferencia de medias de .2590 y una $t=2.27$ con un valor de significancia de $\alpha=.025$

(ver tabla 12)

Tabla 12 Descripción de la Dimensión Comunicación Positiva de la Variable Estilo de Comunicación del Cónyuge

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Estilo de comunicación positiva del cónyuge			
Media	3.68	3.42	2.27*
D. E.	0.77	0.84	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), lo que indica que existen diferencias entre estos dos grupos en esta dimensión, siendo superior la media del grupo 1.

2a. Dimensión (ESTCONVI) Estilo del Cónyuge Violento.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 2.5280 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.6990, resultando una -

diferencia de medias de -0.1710 y una $t = -1.67$ con un valor de significancia de $\alpha = 0.096$ (ver tabla 13).

Tabla 13 Descripción de la Dimensión Comunicación Violenta de la Variable Estilo de Comunicación del Cónyuge

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Estilo de comunicación violenta del cónyuge			
Media	2.53	2.70	-1.67
D. E.	0.73	0.72	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_1), lo que nos indica que no hay diferencias significativas entre los dos grupos en esta dimensión, siendo las medias estadísticamente iguales.

3a. Dimensión (ESTCONNE) Estilo del Cónyuge Negativo.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 1.9520 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.3610 , resultando una diferencia de medias de -0.4090 y una $t = -3.57$ con un valor de significancia de $\alpha = 0.000$ (ver tabla 14).

Tabla 14 Descripción de la Dimensión Comunicación Negativa de la Variable Estilo de Comunicación del Cónyuge

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Estilo de comunicación negativa del cónyuge			
Media	1.95	2.36	-3.57***
D. E.	0.77	0.85	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), lo que indica que hay diferencias significativas entre los dos grupos en esta dimensión, siendo superior la media del grupo 2.

4a. Dimensión (ESTCONRE) Estilo del Cónyuge Reservado.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 2.2960 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.3210, resultando una diferencia de medias de 0.025 y una $t = -.17$ con un valor de significancia de $\alpha = .861$
(ver tabla 15).

Tabla 15 Descripción de la Dimensión Comunicación Reservada de la Variable Estilo de Comunicación del Cónyuge

Variable	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor T
Estilo de comunicación reservada del cónyuge			
Media	2.30	2.32	-0.17
D. E.	1.00	1.02	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (El asterisco indica un valor significativo)

Por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_1), lo que indica que no hay diferencias significativas entre estos dos grupos en esta dimensión, siendo estadísticamente iguales las medias.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

6.1 Discusiones

La población tanto del grupo de mujeres sin disfunción sexual como del grupo de las mujeres con disfunción sexual en promedio fué de mujeres de una edad de 28 años, casadas, de religión católica y de un nivel socioeconómico bajo, en donde la mayoría no tiene hijos y es ama de casa, presentando un problema de embarazo de alto riesgo. Así mismo se observó que no hubieron diferencias en cuanto a la perspectiva de masturbación, por lo que se infiere que la masturbación es para las mujeres un tabú el cual todavía está arrigado, aún a pesar de que es conocido que la práctica de esta es benéfica para las relaciones sexuales (Heiman y LoPiccolo; 1990).

Por otro lado se presentaron características diferentes entre los dos grupos de mujeres, mostrándose así un promedio de 2.74 años mayor de escolaridad en las mujeres sin disfunción sexual, ya que la mayoría de esta población terminó el bachillerato o una carrera técnica, lo que en las mujeres con disfunción sexual no fué así puesto que sólo concluyeron la secundaria en el mejor de los casos.

Por lo que se podría pensar que cuando las mujeres tienen mayor preparación académica su criterio acerca de la sexualidad se amplía, restando un poco el tabú de la sexualidad, por lo que se atreven a gozar más que las mujeres que presentan menos preparación académica.

Lo anterior se tendrá que confirmar a través de estudios por lo que se deja abierto como tema de investigación.

Otra diferencia notable fué la esterilidad que marco un 18% más de casos en las mujeres con disfunción sexual que en las mujeres sin disfunción sexual, lo cual hace pensar que este factor ha influido en las disfunciones sexuales.

Así mismo se pudo observar que entre las mujeres con disfunción sexual hay un 9% más de casos de trauma sexual, como abuso sexual o violación durante su niñez en comparación con las mujeres sin disfunción sexual mismas que presentan un 15% menos de casos de temor hacia la sexualidad, como miedo a no poder disfrutar las relaciones sexuales, adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual o incluso al solo hecho de tener relaciones sexuales en relación a las mujeres con disfunción sexual.

Lo anterior sin duda da la pauta a confirmar otros estudios de que tanto el trauma sexual como el miedo a la sexualidad es un factor que afecta al placer sexual (Alvarez Gayou; 1986)

Otra variable en donde se puede decir que existen diferencias cualitativamente es en la proposición de las relaciones sexuales, en donde existe un 50% más en las mujeres sin disfunciones sexuales, de realizar la proposición hacia la pareja de tener relaciones sexuales que en las mujeres con disfunciones sexuales, puesto que es su pareja quien propone las relaciones sexuales y no ellas.

Lo que nos lleva a observar que la mujer con problemática sexual se detiene en la manifestación de su deseo sexual o quizás ni siquiera surja de ella abiertamente este deseo, ya que puede estar reprimido o negado debido a que aún pesa en ella la imagen de la mujer frágil, emotiva, dependiente y sexualmente pasiva que se consagró en el siglo XVIII (Fernández;1993).

Tomando esto último como parte de la comunicación se observan indicios de las diferencias que existen entre la comunicación de las mujeres con disfunción sexual y la comunicación de las mujeres sin disfunción sexual.

Por otra parte dentro de la literatura se expresa el papel que juega la comunicación y especialmente la comunicación sexual en las disfunciones sexuales, sin embargo también se ha observado que existe un papel receptivo de dicha comunicación ante las disfunciones sexuales; es decir, la comunicación marital y sexual puede verse afectada por las anomalías sexuales.

Es así que en este estudio mediante la escala de comunicación marital se mostró de que forma puede estar implícita la comunicación marital en las disfunciones sexuales o viceversa encontrando que:

En la dimensión de sentimientos, emociones y disgustos la población de mujeres sin disfunción sexual muestran diferencias muy significativas en la importancia de expresar a la pareja sus sentimientos, sus emociones y aquellos aspectos en los cuales no están de acuerdo así como en la necesidad de expresar y compartir afecto con su pareja, en comparación con las mujeres con disfunción sexual, ya que presentan menor necesidad de expresión y divulgación hacia su pareja de sus sentimientos, emociones y disgustos.

Lo cual concuerda con Oneill y O'neill (1976) y Klemer (1987), quienes sostienen que para que haya una buena comunicación tiene que existir el deseo de proyectar sentimientos, compartir intereses, triunfos e incluso derrotas y de esta manera se convierta en una comunicación genuina y abierta para al final obtener un matrimonio enriquecido y sin problemas.

Con lo anterior se concluye que la mujer con disfunción sexual debido a su problemática no se comunica al mismo nivel que las mujeres sin disfunción sexual.

También puede conjugarse el que no tenga una comunicación adecuada con el que puede existir miedo de exponerse a algún rechazo, sentirse incómoda al comunicarse o simple y sencillamente no sabe como comunicarse (Mitchell;1982, Masters, Johnson y Kolodny; 1987 y Klemer; 1987).

En cuanto a la dimensión de la familia extendida se encontraron diferencias muy significativas entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual en donde estas primeras mujeres consideran más significativo hablar con su pareja de los diferentes aspectos de la familia de origen, en comparación con las mujeres con disfunción sexual, las cuales muestran menor interés de hablar de su familia extendida con su pareja.

Apesar de que se ha encontrado que la población mexicana de parejas que se casan siguen manteniendo fuertes lazos emocionales con diferentes miembros de la familia, ya sea para buscar apoyo, seguridad o protección (Nina; 1991), parece ser que en las mujeres con disfunción sexual es menos relevante esto que en las mujeres sin disfunción sexual.

Lo cual puede deberse a la problemática de comunicación en general que presenta la mujer con disfunción sexual.

La dimensión de vida sexual muestra diferencias muy significativas entre los dos grupos de mujeres observándose que las mujeres sin disfunción sexual se comunican más sobre este tema que las mujeres con disfunción sexual.

Esto coincide con la poca proposición de las relaciones sexuales hacia la pareja por parte de la mujer con disfunción sexual y la mayor proposición de las relaciones sexuales hacia la pareja por parte de las mujeres sin disfunción sexual, como se describió anteriormente en la variable de las proposiciones de las relaciones sexuales.

Manifestandose con ello que estas primeras mujeres consideran al tema de sexualidad como uno de los temas de mayor importancia dentro de su relación de pareja, lo cual es lo contrario a las mujeres con disfunción sexual, debido tal vez a la posible represión generalizada de la sexualidad, en donde se viven como la mujer que no puede manifestar placer y mucho menos verbalizar esto, por lo que la niega y la desvaloriza lo cual trae como consecuencia que se torne en disfunciones sexuales o en otras anomalías (Castro; 1987 y Fernandez; 1993).

De esta forma se puede confirmar lo que manifiesta Klemmer (1987), que la comunicación respecto al sexo puede conducir a la comprensión de las expectativas y actitudes de la otra persona, lo que llevará al buen ajuste sexual.

En la dimensión de los hijos también se encontraron diferencias muy significativas en donde las mujeres sin disfunción sexual presentan mayor interés y necesidad de hablar sobre dicho tema en comparación con las mujeres con disfunción sexual, ya que las mujeres sin disfunción sexual consideran que los hijos son una parte importante en la relación de su pareja, además de ser una de las finalidades del matrimonio y contribuir así que el matrimonio triunfe (Nina; 1991).

Con lo anterior no se pretende descartar la importancia de los hijos para las mujeres con disfunción sexual, ya que como se ha investigado, el ser madre es un factor importante en la mujer para sentirse realizada como tal (Lagarde; 1993) así que este menor interés que muestran las mujeres con disfunción -

sexual en hablar acerca del tema de los hijos con la pareja puede deberse a que este tema entre en la poca comunicación en general que tiene con su pareja, en contraste con las mujeres sin disfunción sexual (Zimmer; 1983).

En cuanto a la dimensión de la relación marital se encontró diferencias muy significativas de que para las mujeres sin disfunción sexual sigue siendo importante expresar sus ideas sobre el matrimonio en general; es decir, tiene mayor interés de manifestar aspectos que se relacionan con la funcionalidad tanto del cónyuge como de ambos y de situaciones por las que pasan, en comparación con las mujeres con disfunción sexual, las cuales muestran menor interés en expresar estos aspectos de su relación con su pareja.

Lo cual coincide con lo que se había mencionado en la dimensión de sentimientos, emociones y disgustos de que el tener la disponibilidad de expresar los sentimientos va a llevar a una adecuada relación de pareja.

En la última dimensión de esta escala que es la de trabajo se observaron diferencias muy significativas de que las mujeres sin disfunción sexual hablan más en comparación con las mujeres con disfunción sexual del aspecto significativo que es el trabajo en sus vidas, además de ser una compensación para sí mismas que contribuyen a la solución de sus problemas.

Lo cual coincide con " las mujeres que pueden gozar de su sexualidad obtienen también mayores éxitos en otras actividades que emprenden; ello derivaría de que el goce sexual consolida la estructura del aparato psíquico y orienta las pulsiones hacia fines activos" (Castro; 1987:388).

En general se observaron diferencias muy significativas en todas las dimensiones de la comunicación marital entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual infiriendo con esto que las mujeres sin disfunción sexual presentan mayor interés en informar a su cónyuge sobre aspectos generales de su vida, lo cual es lo contrario en las mujeres con disfunción sexual, ya que muestran menor interés en manifestarse con su pareja en diferentes tópicos que atañen a su vida.

Esto puede deberse a que cuando un cónyuge habla con su pareja sobre algún área de comunicación también hablará sobre otros aspectos (Nina; 1991), ya que tanto para la mujer como para el hombre es placentero comunicarse con su pareja (Corres, Bedolla y Martínez; 1996).

Por consiguiente al tener menos comunicación en un área se infiere que también es así en las otras.

Ya que la comunicación es la expresión y conducta de como una persona se percibe (Watzlawick;1989).

Es así que las mujeres con disfunción sexual pueden ser una persona disfuncional en los demás aspectos de su vida, no encontrando placer tanto en el sexo como en la comunicación verbal.

Infiriendo que las disfunciones sexuales están implícitas con las disfunciones en las otras áreas que son de gran interés en la vida de las parejas mexicanas, subrayando que no se sabe aún si las disfunciones sexuales son consecuencia de la falta de comunicación o si la falta de comunicación es consecuencia de las disfunciones sexuales.

El lector también tendrá que tomar en cuenta que esta investigación viene desde una sólo parte de la pareja, la cual es la mujer, por lo que se tendría que obtener la perspectiva de la otra parte de la pareja; es decir, el hombre.

Por otra parte en la escala del estilo de comunicación de las pacientes se observó lo siguiente:

En el estilo positivo no se encontraron diferencias por lo que tanto las mujeres sin disfunción sexual como las mujeres con disfunción sexual presentan una forma de comunicarse abierta, afectuosa y adecuada en donde la persona quiere escuchar al otro y comprenderlo.

Con lo cual se confirma que la imagen de la mujer que se consagró en el siglo XVIII de ser emotiva y comprensiva aún sigue en nuestros días (Fernández;1993), lo que nos indica que a pesar de la disfunciones sexuales que presentaron el grupo 2 (mujeres con disfunción sexual), siguen siendo afectuosas en la forma de expresarse con su pareja.

Por lo que podría pensarse que en estas últimas mujeres se presenta el sacrificio por su pareja olvidándose de ellas (Lara, Acevedo, Pego, et al; 1996).

Así mismo no se encontraron diferencias del estilo de comunicación violento lo que indica que todas ellas tienen la misma manera de moverse a través de la agresión verbal y física en situaciones de conflicto con su cónyuge, la cual es poco agresiva de acuerdo a los resultados de este estudio.

Lo anterior concuerda con el hecho de que las mujeres no sacan la fuerza necesaria por no tener el suficiente conocimiento de que si pueden manifestar agresión surgiendo con esto la inhibición de la agresividad (Castro;1987).

Por lo que este estilo concuerda con el estilo positivo que presentaron ambos grupos mostrando la típica imagen femenina de manifestarse afectiva, comprensiva, nutricia y no agresiva.

En cuanto al estilo negativo que es la contraparte del estilo positivo, se observaron diferencias muy significativas por lo que que las mujeres con disfunción sexual presentan mayor conflicto en su comunicación hacia la pareja, así como una forma rebuscada y confusa, en comparación con las mujeres sin disfunción sexual.

Por lo que el caso de las mujeres con disfunción sexual difiere con Nina (1991) ya que menciona que cuando se adopta el estilo positivo se utilizará menos el estilo negativo.

Así mismo se confirma que una comunicación confusa y poco clara, que se da cuando las personas no son capaces de encontrar las palabras exactas para expresar sus sentimientos y deseos, por no lastimar a la otra persona o no colocarse en situaciones incómodas o no sufrir un rechazo (Mitchell;1982 y Masters, Johnson y Kolodny; 1987), se relaciona con problemas sexuales y maritales (Zimmer; 1983).

En el estilo reservado de comunicación se encontraron diferencias significativas, ya que las mujeres con disfunción sexual presentan una forma menos expresiva al comunicarse con su pareja, en comparación con las mujeres -

sin disfunción sexual, poniendo así una barrera en el proceso de la comunicación. De esta manera evita involucrarse en la relación marital o tal vez sólo cumple con su rol impuesto por la sociedad, de ser sumisa, abnegada y pasiva (Castro; 1987 y Fernández; 1993).

Lo cual difiere con lo que menciona Sánchez, Díaz y Rivera (1996) de que las mujeres con el estilo reservado así como los hombres se muestran. Íntimos, apasionados, se sienten comprensivos, tienen confianza en su relación y están satisfechos sexualmente.

En general se observó que en las mujeres con disfunción sexual existe una comunicación menos clara y expresiva hacia su pareja poniendo así una barrera en la manifestación de sus sentimientos, surgiendo con esto la posibilidad del desarrollo de las disfunciones sexuales así como una evitación en la intervención de estas, no solo a través de la ayuda de su cónyuge sino incluso de la ayuda profesional.

En la segunda parte de la escala del estilo de comunicación que es el estilo de comunicación del cónyuge se encontró que:

En el estilo positivo del cónyuge, se observaron diferencias significativas entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual en donde las mujeres sin disfunción sexual perciben a su cónyuge con mayor disponibilidad de querer escuchar y comprender además de percibir un intercambio de ideas expresado de manera amable, educada y afectuosa, lo que al conjugarse con lo descrito en el estilo positivo de estas mujeres resulta evidente que existe una comunicación más adecuada en comparación con las mujeres con disfunción sexual, ya que perciben a sus parejas con menos disponibilidad de escuchar y comprender, así como de manifestarse amable, afectuosa y educadamente.

Lo que confirma que para tener una comunicación adecuada, ambos miembros de la pareja deben tener el deseo y la disponibilidad para llegar a una fase de negociación, sin perder la autonomía de los valores de cada uno y así ambos cónyuges salgan beneficiados al obtener placer (Fitzpatrick; 1949, O'Neill y O'Neill; 1976 y Klemer; 1987).

Es así que si el hombre se manifiesta de manera positiva hacia la mujer va haber mayor comprensión, apertura y habilidad, lo que conlleva a una mayor participación en la relación de pareja (Ojeda, Sánchez, Díaz y Rivera; 1996).

Pero si es menos comprensible y menos cariñoso con su pareja, desencadena una depresión en ella que va afectar , las relaciones maritales y sexuales (Lara, Acevedo, Pego, et al; 1996)

En la dimensión del estilo violento no hubieron diferencias entre la percepción del estilo violento de comunicación del cónyuge por parte de las mujeres sin disfunción sexual y por parte de las mujeres con disfunción sexual, lo que nos indica que la agresión verbal-física que se da en situaciones de conflicto no es más significativa en la percepción hacia la pareja de las mujeres con disfunción sexual que en la percepción hacia la pareja de las mujeres sin disfunción sexual.

Es decir ambas mujeres perciben el mismo nivel de agresividad en sus cónyuges, lo cual no quiere decir que esta percepción sea de una comunicación agresiva, ya que de acuerdo a los resultados obtenidos en este estilo, se observó que no son agresivos al comunicarse.

Lo anterior concuerda con los resultados del estilo violento de las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual acerca de que no son agresivas en su comunicación, por otra parte esto difiere con la literatura del hecho de que tradicionalmente se considera al hombre más agresivo que la mujer o que el hombre culturalmente puede expresar agresión y la mujer no (Fernández;1993).

Sin embargo en cuanto a la dimensión del estilo negativo del cónyuge se encontraron diferencias muy significativas en donde se observó que la percepción de las mujeres con disfunción sexual hacia su pareja es de que él se muestra más conflictivo, rebuscado y confuso en comparación con la pareja de mujeres sin disfunción sexual que lo perciben de manera menos conflictivo, rebuscado y confuso en su comunicación, lo cual complementa lo percibido por parte de las mujeres sin disfunción sexual en la dimensión del estilo positivo del cónyuge, en donde estas mujeres perciben a su pareja más positivo y menos negativo en el estilo de comunicación en comparación con las mujeres con disfunción sexual que perciben a su pareja contrariamente a las primeras.

Por lo que en esta ocasión el caso de las mujeres sin disfunción sexual concuerda con lo encontrado por Nina (1991) en su estudio de comunicación marital y estilo de comunicación, en donde en la medida que el cónyuge utiliza un estilo positivo adoptará menos el estilo negativo.

Es así que las mujeres con disfunción sexual perciben que su pareja produce una comunicación confusa que se conjuga con la manera de comunicarse poco clara de la misma mujer hacia su pareja como se vio en el estilo negativo de las mujeres con disfunción sexual, desencadenando así problemas sexuales y maritales (Zimmer; 1982), ya que para que se de un matrimonio sin problemas se necesita que ambos miembros de la pareja tenga el deseo de comunicarse evitando los mensajes contradictorios así como tener la disponibilidad de escuchar (Klemer;1987).

En cuanto a la percepción del estilo reservado hacia el cónyuge no hubieron diferencias por parte de las mujeres sin disfunción sexual y por parte de las mujeres con disfunción sexual, lo que nos indica que ambas mujeres perciben a su cónyuge en su manera de comunicarse poco expresivo y pasivo con barreras en el proceso de la comunicación evitando involucrarse en la relación marital.

Lo cual difiere con Norton (1978)- Citado en Honeycutt (1982), ya que este autor hace mención del estilo pasivo en el sentido de que el hombre está más tranquilo y libre de tensión al momento de comunicarse en comparación con las mujeres, y Nina (1991) hace mención de lo pasivo como parte de una barrera de la comunicación como resultó en este estudio, ya que esta basado en el estilo de esta última autora.

Sin embargo los resultados de este este estilo concuerda con Heiman y LoPiccolo(1990), del hecho de que el hombre es poco expresivo emocionalmente por lo que se infiere que dichos hombres estan ejerciendo su rol masculino independientemente de que si su pareja presenta disfunción sexual o no.

El caso de las mujeres sin disfunción sexual tanto en su percepción hacia el cónyuge como con ellas mismas coincide con lo que mencionan Sánchez, Díaz y Rivera(1996), ya que encontraron que tanto las mujeres con el estilo reservado

como los hombres con este mismo estilo, se muestran íntimos, apasionados,, se sienten comprendidos, tienen confianza en su relación y están satisfechos sexualmente.

Por otra parte de una manera general de esta última parte de la escala del estilo de comunicación se observó que existe una remarcada percepción de negatividad del hombre por parte de las mujeres que presenta disfunción sexual, lo que concuerda con el estilo de comunicación negativo de estas mismas mujeres provocando que la comunicación sea inadecuada debido a que es conflictiva y confusa.

Es así que ambos miembros de la pareja deben concordar con el deseo de ser abiertos de escuchar y expresarse amable y afectuosamente para llegar a ser un matrimonio enriquecido (Fitzpatrick;1949 y Honeycutt, et al; 1982).

Así mismo Sánchez, Díaz y Rivera (1996) mencionan que para crear vínculos afectivos, sólidos que promuevan la cercanía y el deseo de compartir con la pareja, así como de atracción sexual, el gusto y el deseo de tener a la pareja sexualmente que conlleva a sentirse satisfecho, solo se dará cuando cada miembro posea un estilo positivo.

Además de que el placer compartido en la pareja implica ceder, negociar, exponerse, mostrarse y recibir (Corres, Bedolla y Martínez; 1996), por lo que es de suma importancia tener una comunicación en todos los ámbitos, de manera abierta, clara, precisa y afectuosa para llegar a la negociación y evitar la confusión, lo rebuscado y así no convertir la comunicación en conflicto. Obstruyendo de esta manera las disfunciones sexuales o evitando que apartir de estas se llegue también a la inadecuada comunicación.

Ya que la comunicación en las relaciones conyugales pueden contribuir a la satisfacción marital y al ajuste marital. (Nina; 1991)

Es así que la intencionalidad de esta investigación es que a partir de los resultados obtenidos aquí se marcará un camino hacia la implementación de programas de atención con objetivos delimitados subrayando así la importancia que tiene el ámbito preventivo a través del factor social educativo de -

transformar el rol de género de cada sexo, rompiendo con esto los esquemas establecidos por el sistema ideológico de la misma sociedad para que tanto el hombre como la mujer puedan integrarse como sujetos plenos llenos de deseos. Así mismo el ámbito de intervención tiene una gran importancia desde el sentido de esta investigación en las disfunciones sexuales a través de la psicoterapia sexual. Todo esto encaminado hacia la comunicación.

Destacando con lo anterior la profundización constructiva a la que se puede llegar a través del estudio de la comunicación que es uno de los tantos factores que se relaciona con las disfunciones sexuales.

6.2 Conclusiones.

- Tanto el promedio de las mujeres sin disfunción sexual como el de las mujeres con disfunción sexual fue de pacientes de embarazo de alto riesgo con una edad de 28 años, casadas, de religión católica, amas de casa, con un nivel socioeconómico bajo y sin hijos. Así mismo ambos grupos reportaron no practicar la masturbación durante su adolescencia.

- Las mujeres sin disfunción sexual tienen en promedio mayor escolaridad que las mujeres con disfunción sexual, en donde estas últimas mujeres presentaron en mayor promedio un trauma sexual, temor a la sexualidad, menor proposición de las relaciones sexuales hacia su pareja así como mayor casos de esterilidad.

- Hay diferencias muy significativas en la dimensión de sentimientos, emociones y disgustos entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual.

- Hay diferencias muy significativas en la dimensión de familia extendida entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual.

- Hay diferencias muy significativas de la dimensión de sexo entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual.

- Hay diferencias muy significativas en la dimensión de hijos entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual.

- Hay diferencias muy significativas en la dimensión de relación marital entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual.

- Hay diferencias muy significativas en la dimensión de trabajo entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual.

- Las mujeres con disfunción sexual presentan muy significativamente una menor comunicación con su cónyuge en estas seis dimensiones en comparación con las mujeres sin disfunción sexual.

- las mujeres con disfunción sexual presentan menor interés de informar a su pareja sobre aspectos generales de su vida.

- Las mujeres con disfunción sexual pueden ser personas que no encuentran placer tanto en el sexo como en la comunicación verbal con su pareja.

- Existe una relación estrecha entre las disfunciones sexuales y la falta de comunicación en distintas áreas de la vida de pareja.

- No existen diferencias en el estilo de comunicación positiva hacia el cónyuge entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual.

- No existen diferencias en el estilo de comunicación violento hacia el cónyuge entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual.

- Existen diferencias muy significativas en el estilo de comunicación negativo hacia el cónyuge entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual.

- Existen diferencias significativas en el estilo de comunicación reservado hacia el cónyuge entre las mujeres sin disfunción sexual y las mujeres con disfunción sexual.

- Tanto las mujeres sin disfunción sexual como las mujeres con disfunción sexual presentan el mismo nivel de la manera de comunicarse hacia su pareja en cuanto al estilo positivo y violento.

- Las mujeres con disfunción sexual se comunican con su cónyuge en una forma más negativa y más reservada que las mujeres sin disfunción sexual.

- Existen diferencias significativas entre la percepción de las mujeres sin disfunción sexual hacia su cónyuge del estilo positivo y la de las mujeres con disfunción sexual.

- No existen diferencias entre la percepción de las mujeres sin disfunción sexual hacia su cónyuge del estilo violento y la de las mujeres con disfunción sexual.

- Existen diferencias muy significativas entre la percepción de las mujeres sin disfunción sexual y la percepción de las mujeres con disfunción sexual hacia el cónyuge del estilo de comunicación negativa.

- No existen diferencias entre la percepción de las mujeres sin disfunción sexual y la percepción de las mujeres con disfunción sexual hacia el cónyuge del estilo de comunicación reservado.

- La mujer con disfunción sexual percibe a su pareja menos positivo y más negativo en el estilo de comunicarse hacia ella en comparación con las mujeres sin disfunción sexual que perciben a su pareja contrariamente a las primereas.

- Tanto las mujeres sin disfunción sexual como las mujeres con disfunción sexual perciben a su pareja con un mismo nivel de la forma de comunicarse hacia ellas, las cuales son violenta y reservada.

- La reciprocidad que existe en el estilo de comunicación negativo de las mujeres con disfunción sexual y la percepción de estas hacia el cónyuge del mismo estilo puede darnos una de las bases de la relación que existe entre la comunicación y las disfunciones sexuales.

- La reciprocidad que existe en el estilo de comunicación positiva de las mujeres sin disfunción sexual y la percepción de estas hacia el cónyuge del mismo estilo permite la negociación entre la pareja para construir una relación sin disfunciones sexuales entre otras cosas.

- El estilo positivo y el estilo negativo en general tienen un gran peso entre las diferencias marcadas de ambos grupos, con esto no se le resta importancia a los otros dos estilos.

- Es de gran importancia tener una comunicación de todos los factores personales y de pareja de una manera abierta, clara, precisa y afectuosa para evitar las disfunciones.

- Las diferencias tanto de la comunicación marital como de los estilos de comunicación entre estas mujeres pueden dar la pauta para reconocer los aspectos importantes de la comunicación tanto en la prevención como en el tratamiento de las disfunciones sexuales.

6.3 Limitaciones y Sugerencias

- la presente investigación se maneja desde una base objetiva, sin embargo no se descarta la posibilidad de que no se haya tenido el mínimo de subjetividad por parte de la investigadora, por lo que queda sujeta a ello.

- La investigación se realizó con población de mujeres de riesgo de enfermedades ginecológicas u obstétricas, por lo que se sugiere hacer otro estudio con población sin riesgo para confirmar los resultados.

- Uno de los objetivos de esta investigación fue dar un paso a una proposición de psicoterapia sexual enfocada más a las necesidades de las parejas en cuanto a su comunicación. Lo que habría que tomar en cuenta es que sólo se vio desde la perspectiva de la mujer por lo que se sugiere manejarlo desde la otra parte, en investigaciones futuras para tener una estrategia global.

- Otro de los objetivos de la presente investigación fué la creación de estrategias que permitan nuevas actitudes hacia la sexualidad. Por lo que se sugiere encaminarlas al derecho del placer sexual de la mujer, incorporandose a la educación sexual.

- Sería interesante tornar la investigación hacia la pareja de la mujer con disfunción sexual, ya que se pudo observar durante el proceso de investigación que en ocasiones estas mujeres se encontraban involucradas con hombres disfuncionales, por lo que habría que investigar si tiene relación la disfunción sexual de uno con el otro.

- La Escala de Comunicación Marital es un instrumento confiable; sin embargo hay que estar atento al uso de este instrumento, ya que se observó que hay oraciones en las que la paciente confundía el hecho de que hablará de el tema con el de que se encontrará en esa situación o no.

- Así mismo se hace la misma recomendación anterior del cuidado de la aplicación de el instrumento de la Escala de el Estilo de Comunicación, ya que hay conceptos que algunas pacientes desconocían, por lo que hubo que explicarles , cuidando no emitir algún juicio de valor.

- La aplicación de la Historia Clínica Codificada para la Sexualidad Femenina debe ser con pleno conocimiento de esta y con sensibilidad, ya que se tocan partes muy íntimas sexualmente y por lo mismo incómodas para quien lo este contestando.

- En las variables sociodemográficas de masturbación, temores sexuales, trauma sexual, y proposición de la relación sexual se observó que sólo hay diferencias cualitativas entre las mujeres con disfunción sexual y las mujeres sin disfunción sexual, sin embargo se hace la recomendación de la realización de un estudio más profundo con estas variables, ya que podrían asociarse con las disfunciones sexuales.

- Se pudo observar que el estilo de comunicación es importante en las disfunciones sexuales por lo que se sugiere se investigue más acerca de esto, ya que no hay mucha información sobre el estilo de comunicación y mucho menos asociado con las disfunciones sexuales.

BIBLIOGRAFIA

- Alatorre, R. J., y Torre, L. H. (1991). Criterios para la Elaboración de Documentoa Psicológicos (Traducción del "Publication Manual of the America Psychological Association. Centro de Documentación Facultad de Psicología UNAM.

- Alvarez, Gayou, J. (1986). Sexoterapia Integral. Ed. Manual moderno. México, D.F.

- Alvarez, R. (1976). Las Relaciones Humanas. Ed. Jesus. México, D.F.

- Azcarraga, G. (1976). Sexología Básica. Ed. Copilco. México, D.F.

- Baruch, D.W., Miller. (1984). Amor y Comprensión el el Matrimonio. Ed. Pax-México. México, D.F.

- Bateson, G., y Jackson, D. (1977). Comunicación Familia y Matrimonio. De. Nueva Visión. Buenos Aires.

- Beth, H. (1987). Introducción a la Ciencia de la Comunicación. De. Anthropos. Barcelona.

- Carrera, D. (1972). Sexualidad y Anticoncepción. Ed. Tiempo Nuevo. México D.F.

- Carrizo, B.H., Corona, V.E., Funke, A.S., et al. (1982). "La Educación de la Sexualidad Humana. SOCIEDAD Y SEXUALIDAD". Consejo Nacional para la Población Vol. 1. México D.F.

- Casares, J. (1977). Diccionario Ideológico de la Lengua Española. Ed. Gustavo Gilis S.A. Barcelona.

- Castro, I. (1987). "Psicoterapia de Mujeres: Algunos Aspectos Relevantes". En Burin, M (De.). Estudio sobre la Subjetividad Femenina: Mujeres y Salud Mental. Colección Controversia. Buenos Aires. Vol. X 376-401.

- Corres, A.P., Bedolla, M.P., y Martínez, T.I. (1996). Los significados del Placer en Mujeres y Hombres. Ed. Distribución Fontanera. México D.F.

- Chesney, A.P., Biakeney, P.E., Chan, F.A., y Cole, C.M. (1981). "The Impact of Sex Therapy on Sexual Behavior and Marital Communication". Journal of Sex and Marital Therapy. 7 (1).

- Diccionario de Ciencias Sociales. (1995). Ed. Instituto de Estudios Politécnicos. Madrid. Vol. 1.

- Diccionario Médico. (1990). Ed. Salvat. Barcelona España.

- Dio Bleichmar, E. (1991). El Feminismo Espontáneo de la Histeria: Estudio de los Trastornos Narcisistas de la Femenidad. Ed. Siglo Veintiuno. España 1a. parte.

- Downie. (1988). Métodos Estadísticos Aplicados. De. Miembro de la Cámara Nacional de la Industria. México D.F.

- Eco, U (1988). Signo. Ed. Labor S.A. Barcelona.

- English, H. B., y English, A. CH. (1977). Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Ed. Paidós. Buenos Aires. Vol. 3.

- Fernández, A. (1992). Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. De. Paidós. México D.F.

- Fernández, A. (1993). La Mujer de la Ilusión: Pactos y Contratos entre Hombres y Mujeres. Ed. Paidós. México D.F.

- Fitzpatrick, M. A. (1949). Between Husbands and Wives Communication in Marriage. SAGE Publications. California.

- Flaherty, M., y Janowitz, L. (1984). La Vida en Pareja. Orientación para la Mujer. Ed. Pasx-México. México D.F.
- García, P. P. (1982). Pequeño Larousse Ilustrado. Ed. Larousse. México D.F.
- Gotwald, W., y Holtz. (1983). Sexualidad, la Experiencia Humana. Ed. Manual Moderno. México D.F.
- Gray, J. (1996). Marte y Venus en la Cama. Ed. Emece. México D.F.
- Hayness, J., Weiberg, C., y Ray, D. (1979). "Marital Communication Style and Social Class". Journal of Marriage and Family. Vol. 39 479-490.
- Heiman, J., y LoPiccolo, J. (1990). Para Alcanzar el Orgasmo un Programa de Crecimiento Sexual y para la Mujer. Ed. Grijalbo. México D.F.
- Hernandez, S., Fernandez, F. (1991). Metodología de la Investigación. Ed. McGraw Hill. Mexico D.F.
- Honeycutt, J., Wilson, CH., y Parker, CH. (1982). "Efects of Sex and Degrees of Happiness on Perceived Styles of Communicating in and out of the Marital Relationship". Journal of Marriage and Family. Vo, 9 395-406.
- Horer. (1981). La Sexualidad de las Mujeres. Ed. Gidisa S.A. Barcelona.
- James, B., Hobson, P. R. (1991). Teorias de la Educación. Ed. Limusa. México D.F.
- Jones, K. (1974). Sexualidad Humana. Ed. Pax-México. México D.F.
- Kaplan, H. (1978). La Nueva Terapia Sexual. Ed. Alianza. Madrid. Tomo I y II.
- Kaplan, H. (1982). Trastornos del Deseo Sexual. Ed. Grijalbo. Barcelona.
- Kaplan, H. (1987). Disfunciones Sexuales. Ed. Grijalbo. Barcelona.

- Katchadourian. (1979). Las Bases de la Sexualidad. Ed. Fondo de Cultura Económica. México D.F.

- Klemer, R. (1987). Hombre/Mujer en el Matrimonio, Comunicación, Amor y Ajuste Psicosexual. Ed. Pax-México. México D.F.

- Ladas y Wipple. (1983). El Punto G. Ed. Grijalbo. México D.F.

- Lagarde, M. (1993). Los Cautiverios de las Mujeres Madresposas, Monjas, Putas, Presas y Locas. Ed. Coordinación General de Estudios de Poagrado. Ciudad Universitaria. México D.F.

- Lara, M., Acevedo, M., Pego, C., Luna, S., Weekman, C., Y Villareal, A. (1996). ¿Es difícil ser Mujer? una Guía sobre Depresión. Ed. Minal Impresos S.A de C.V. México D.F.

- Lemaire, J. (1979). La Pareja Humana: su Vida, su Muerte, su Estructura. Ed. Fondo de Cultura Económica. México D.F.

- Maccoby. (1972). Desarrollo de las Diferencias Sexuales. Ed. Ediciones Nueva. España.

- Martinez, T. (1987). Rol Sexual y la Autoestima en las Mujeres. Tesis-UNAM.

- Masters, W. (1976). Incompatibilidad Sexual Humana. Ed. Inter-Médico. Buenos Aires.

- Masters, H., Johnson, E., y Kolodny, C. (1987). Sexualidad Humana. Ed. Grijalbo. México D.F. Tomo I Y II.

- Mayer. (1979). Tratamiento Clínico de los Trastornos Sexuales. Ed. ExPax. Barcelona España.

- McGuigan. (1971). Psicología Experimental Ed. Trillas . México D.F.

- Miller. (1985). Comunicación Humana. México D.F.

- Miller, G. (1969). Psicología de la Comunicación. Ed. Paidós. México D.F.
- Mitchell, CH. (1982). "Recognizing and Accommodating Different Communication Styles in Marriage". Family Therapy. Vol. IX (3) 227-230.
- Moles, A. (1975). La Comunicación y los Mass Media. DE. Mensajero bilbao.
- Moles, A. (1985). Teoría Estructural de la Comunicación. Ed. Masa Paris.
- Moles, A. (1991). La Imagen: Comunicación Funcional. Ed. Trillas México D.F.
- Mookherjee, H. (1997). "Marital Status, Gender, and Perception of Well-Being". The Journal of Social Psychology. Vol. 137 (1).
- Moore, N., y Davison, K. (1997). "Guilt about First Intercourse and Antecedent of Sexual Dissatisfaction Among College Women". Journal of Sex and Marital Therapy. Vol. 23 (1) 29-46.
- Moscovici, S. (1984). Psicología Social II. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Newman y Newman. (1985). Desarrollo del Niño. Ed. Limusa. México D.F.
- Nina, E. R. (1991). Comunicación Marital y Estilo de Comunicación. Tesis-UNAM.
- Norton, R. (1983). Communicator Style: Theory Applications and Measures. Beverly Hills, AC: Sage Publishers.
- Ojeda, G., Sánchez, A. R., Díaz, L.R., Y Rivera, A.S. (1996). "Estudios de Comunicación y los Rasgos de Masculinidad-Feminidad en la Toma de Decisiones de Parejas mexicanas". La Psicología Social en México. Vol. VI 303-309.
- O'Neill, N., O'Neill, G. (1976). Matrimonio Abierto. Ed. Grijalbo. México D.F.

- Patch, M., Hoang, V., y Stanhelski, A. (1997). "The use of Metacommunication in Compliance: Door-in-the-face and Single-Request Strategies". The Journal of Social Psychology. Vol. 137 (1) 88-94.

- Pichot, I., López, J., y Valdez, M. (1995). DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Ed. Mason. Barcelona España.

- Rivera, A. S., Díaz, L. R., Sánchez, A. R., y Alvarado, H. (1996). "Estilos y Estrategias de Poder de la Pareja" La Psicología Social en México. Vol. VI 310-315

- Sánchez, A. R., Díaz, L.R., y Rivera, A. S. (1996). "Correlatos del Estilo de Comunicación: Amor, Celos, Interacción, Conducta Sexual e Infidelidad". La Psicología Social En México. Vol. VI 316-322.

- Satir, V. (1989). Ejercicios de la Comunicación Humana. Ed. Pax-México. México D.F.

- Satir, V. (1991). Talleres de Comunicación en el Enfoque Satir. Ed. Pax-México. México D.F.

- Souza, M. (1987). Historia Clínica Codificada para la Sexualidad Femenina. México D.F.

- Veron, E. (1972). Conducta, Estructura y Comunicación. Ed. Tiempo Contemporaneo. Buenos Aires.

- Watzlawick, P. (1989). Teoría de la Comunicación Humana. Ed. Herder. Barcelona.

- Zimmer, D. (1983) "Interacction Patterns and Communication Skills in Sexually Distressed, Maritally Distressed. and Normal Couples: Two Experimental Studies". Journal of Sex and Marital Therapy. 9 (4)

A N E X O S

A N E X O U N O

11. Forma de aplicación:
 Directa (1)
 Indirecta (2)
 Ambas (3)
12. Ocasión/aplicación
 Primer contacto (1)
 Subsecuente (2)

CAPITULO II

Datos generales del entrevistado:

13. Nombre: _____
 apellido paterno apellido materno nombre
14. Edad: _____ años cumplidos
15. Sexo: M F
16. Estado civil
 Soltero (1)
 Casado (2)
 Viudo (3)
 Divorciado (4)
 Unión libre (5)
 Separado (6)
 Otro, especificar (7) _____
17. Lugar de origen (donde paso los 10 primeros años de su vida):
 México. D.F. (1)
 Estado, especificar (2) _____
 Otro, especificar (3) _____
18. Años de escolaridad: _____
19. Ocupación (fecha de la entrevista):
 Profesional (1)
 Empresario (2)
 Burócrata (3)
 Empleado iniciativa privada (4)
 Comercio en pequeño (5)
 Oficio mayor (obrero) (6)
 Oficio menor (asistente) (7)
 Labores domésticas (8)
 Empleado esporádico (9)
 Desempleado (10)
 Estudiante (11)
 Hogar (12)
 Otro, especificar (13) _____
20. Si trabaja, ¿Cuántas horas al día dedica a esta actividad? _____
-
21. Si estudia, ¿Cuántas horas al día dedica a esta actividad? _____
-
22. Religión:
 Católica (1)
 Protestante (2)
 Testigo de Jehová (3)
 Ninguna (4)
 Otra, especificar (5) _____

23. ¿Con quién vive actualmente?:

- Solo (1)
- Cónyuge (2)
- Cónyuge e hijos (3)
- Cónyuge, hijos y otro familiar (4)
- Hijos sin cónyuge (5)
- Otros familiares (6)
- Padres (7)
- Otro, especificar (8) _____

Nivel socioeconómico

24. Ingreso mensual:

- 0 a 1000 N\$ (1)
- 1000 a 2000 N\$ (2)
- 2000 a 3000 N\$ (3)
- 3000 a 4000 N\$ (4)
- 4000 a 5000 N\$ (5)
- 5000 o más N\$ (6)

Ingreso per cápita al mes _____

¿Cuántas recámaras tiene su casa? _____

¿Cuántas personas promedio duermen en cada recámara? _____

¿Cuenta con una recámara para ud. y su pareja? _____

CAPITULO III

Motivo de estudio

25. Razón de la entrevista:

- Investigación (1)
- Interconsulta (2)
- Iniciativa propia (3)
- Otras, especificar (4) _____

26. Impresión diagnóstica del envío _____

CAPITULO IV

Antecedentes familiares patológicos

27. Diabetes

- no (1)
- Si, especificar (2) _____

28. Alcoholismo

- No (1)
- Si, especificar (2) _____

29. Cáncer

- No (1)
- Si, especificar (2) _____

30. Cardiovasculares

- No (1)
- Si, especificar (2) _____

31. Padecimientos endocrinológicos

- No (1)
- Si, especificar (2) _____

32. Padecimientos psiquiátricos
No (1)
Si, especificar (2) _____
33. Padecimientos respiratorios
No (1)
Si, especificar (2) _____
34. Padecimientos dermatológicos
No (1)
Si, especificar (2) _____
35. Alergias
No (1)
Si, especificar (2) _____
36. Padecimientos digestivos
No (1)
Si, especificar (2) _____
37. Padecimientos psicósomáticos
No (1)
Si, especificar (2) _____
38. Migraña
No (1)
Si, especificar (2) _____
39. Padecimientos inmunológicos
No (1)
Si, especificar (2) _____
40. Padecimientos de transmisión sexual
No (1)
Si, especificar (2) _____
41. Padecimientos de vías biliares
No (1)
Si, especificar (2) _____
42. Farmacodependencia
No (1)
Si, especificar (2) _____
43. Padecimientos sexuales
No (1)
Si, especificar (2) _____
44. Padecimientos neurológicos
No (1)
Si, especificar (2) _____
45. Padecimientos genéticos
No (1)
Si, especificar (2) _____
46. Padecimientos congénitos
No (1)
Si, especificar (2) _____
47. Padecimientos vasculares
No (1)
Si, especificar (2) _____
48. Otros _____

CAPITULO V

Antecedentes personales patológicos

49. Alcoholismo

No (1)

Si, especificar (2) _____

50. Diabetes

No (1)

Si, especificar (2) _____

51. Cáncer

No (1)

Si, especificar (2) _____

52. Cardiovasculares

No (1)

Si, especificar (2) _____

53. Padecimientos endocrinológicos

No (1)

Si, especificar (2) _____

54. Padecimientos psiquiátricos

No (1)

Si, especificar (2) _____

55. Padecimientos respiratorios

No (1)

Si, especificar (2) _____

56. Padecimientos digestivos

No (1)

Si, especificar (2) _____

57. Alergias

No (1)

Si, especificar (2) _____

58. Padecimientos psicosomáticos

No (1)

Si, especificar (2) _____

59. Migraña

No (1)

Si, especificar (2) _____

60. Padecimientos inmunológicos

No (1)

Si, especificar (2) _____

61. Padecimientos de las vías biliares

No (1)

Si, especificar (2) _____

62. Padecimientos de transmisión sexual

No (1)

Si, especificar (2) _____

63. Padecimientos dermatológicos

No (1)

Si, especificar (2) _____

64. Padecimientos quirúrgicos

No (1)

Si, especificar (2) _____

65. Padecimientos sexuales

No (1)

Si, especificar (2) _____

66. Padecimientos urinarios
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
67. Padecimientos traumáticos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
68. Tabaquismo
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
69. Farmacodependencia
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
70. Padecimientos infecciosos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
71. Padecimientos en la piel
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
72. Otros _____

CAPITULO VI

Antecedentes personales no patológicos

73. Higiene personal
 Buena (1)
 Regular (2)
 Mala (3)
74. Higiene habitacional
 Buena (1)
 Regular (2)
 Mala (3)
75. Alimentación
 Tres veces al día (1)
 Menos de tres veces al día (2)
76. ¿Come carne o sustitutos de la misma?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
77. ¿Come fruta?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
78. ¿Come verduras?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
79. ¿Come leguminosas(frijol, habas lentejas, etc.)?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
80. ¿Consume lacteos?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
81. ¿Consume cereales(Pan, tortillas, arroz)?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
82. Uso del tiempo libre
 Actividades recreativas (1)
 Actividades culturales (2)
 Actividades deportivas (3)
 Ninguna (4)
 Ambas, especificar (5) _____

CAPITULO VII

Problemas recientes

83. ¿Durante el último año de su vida ha experimentado algún problema grave en alguna de las siguientes áreas?

- a) Salud (1)
- b) Económico (2)
- c) Familiar (3)
- d) Pareja (4)
- e) Laboral (5)
- f) Ginecológico (6)
- g) Obstétrico (7)
- h) Emocional (8)
- i) Sexual (9)
- j) Otro (10)

84. Explique brevemente cual fué _____

CAPITULO VIII

Antecedentes biopsicosociales de la sexualidad

85. Experiencias sexuales traumáticas infantiles:

- No (1)
- Si, especificar (2) _____
- Edad _____

86. ¿Recibió información sobre la menstruación?

- Ninguna (1)
- Padre(s) (2)
- Maestro (3)
- Amiga (4)
- Otro(s) familiar(es) (5)
- Sacerdote (6)
- Otro, especificar (7) _____

87. ¿Recibió información sobre relaciones sexuales y sus variantes no patológicas y patológicas antes de la pubertad?

- No (1)
- Si, especificar (2) _____

88. Edad de aparición de los caracteres sexuales secundarios:

- Antes de los 8 años (1)
- De 8 a 10 años (2)
- De 10 a 12 años (3)
- De 12 a 14 años (4)
- De 14 a 16 años (5)
- Después de los 16 años (6)

89. Edad de la menarca _____

90. Recuerdo que tiene acerca de su primera menstruación _____

91. Ritmo menstrual

- Regular (1)
- Irregular (2)

92. Síntomas acompañantes de la menstruación
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
93. Masturbación durante la adolescencia
 Con orgasmo (1)
 Sin orgasmo (2)
 No procede (3)
94. Frecuencia masturbatoria durante la adolescencia
 Entre 1 y 2 veces por semana (1)
 Entre 3 y 4 veces por semana (2)
 Entre 5 y 6 veces por semana (3)
 Más de 7 veces por semana (4)
 No procede (5)
95. Edad de inicio de la masturbación _____
96. Motivo para realizar su sexualidad:
 Reproducción (1)
 Satisfacción (2)
 Afecto (3)
 Autoafirmación (4)
 Ambas, especificar (5) _____
 Otro, especificar (6) _____
97. Temores hacia la sexualidad y lo sexual:
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
98. Edad de la primera experiencia sexual (No necesariamente coital)
99. ¿La primera experiencia sexual fue voluntaria?
 Si (1)
 No, especificar (2)
100. ¿Sexo de la pareja de su primera experiencia sexual?
 Hombre (1)
 Mujer (2)
 Otro, especificar (3) _____
 Edad de la pareja de esa experiencia _____
 Vínculo de unión con esa pareja _____
101. ¿Su primera experiencia sexual dejó alguna consecuencia?
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
102. Su primera experiencia coital fue:
 Con orgasmo (1)
 Sin orgasmo (2)
 No procede (3)
103. Edad de inicio de la actividad coital _____
104. La desfloración sucedió:
 Adecuadamente (1)
 Inadecuadamente (2)
 No procede (3)
105. Actividad sexual durante la menstruación:
 Siempre (1)
 Ocasionalmente (2)
 Nunca (3)

106. Actividad masturbatoria durante la menstruación:
 Siempre (1)
 Ocasionalmente (2)
 Nunca (3)
107. Episodios de dolor durante el coito:
 Al inicio de este, no impide el coito (1)
 Al inicio de este, impide el coito (2)
 Durante el coito (3)
 Al final del coito (4)
 No procede (5)
108. Número de compañeros sexuales no estables (relación menor a dos años) _____
109. Sexo de los compañeros sexuales referidos:
 Masculino (1)
 Femenino (2)
 Ambos, especificar (3) _____
 No procede (4)
110. Número de compañeros sexuales estables (Relación mayor a dos años) _____
111. Sexo de los compañeros sexuales referidos:
 Masculino (1)
 Femenino (2)
 Ambos, especificar (3) _____
 No procede (4)
112. Uso de métodos anticonceptivos:
 Dependientes del coito, especificar (1) _____
 Independiente del coito, especificar (2) _____
 No procede (3)
113. Tiempo transcurrido entre el inicio de la vida sexual activa y el embarazo:
 Menos de 1 año (1)
 De 1 a 2 años (2)
 De 3 a 4 años (3)
 De 5 a 6 años (4)
 De 7 a 8 años (5)
 De 9 a 10 años (6)
 Mas de 10 años (7)
 No procede (8)
114. Datos ginecoobstétricos (indicar con número):
 Gestas _____
 Partos _____
 Abortos _____
 Cesáreas _____
 Obitos (muerte fetal) _____
 Mortinatos (muerte perinatal) _____
115. Edad y sexo de los hijos en orden cronológico de mayor a menor
-
116. Productos con defecto al nacimiento:
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
 Sexo del producto M F

117. Repercusión sexual negativa del embarazo:
- Ninguna (1)
 - Durante el embarazo (2)
 - Postparto (3)
 - Postaborto (4)
 - Postcesárea (5)
 - No procede (6)
118. Repercusión sexual negativa de la menopausia:
- No (1)
 - Si, especificar (2) _____
 - No procede (3)

CAPITULO IX

Comportamiento sexual actual

a) Descripción general

119. Disposición actual hacia la sexualidad (no es referido exclusivamente al coito)
- Desea y coopera (1)
 - Desea y no coopera (2)
 - No desea y coopera (3)
 - No desea y no coopera (4)
 - No procede (5)
120. Preparación higiénica para la relación sexual:
- No (1)
 - Si (2)
121. Ubicación más frecuente de la relación sexual:
- En casa (1)
 - Fuera de casa (2)
 - Ambos, especificar (3) _____
 - No procede (4)
122. Posición más frecuente para la relación coital:
- Mujer boca arriba-hombre encima (1)
 - Hombre boca arriba-mujer encima (2)
 - Mujer arrodillada y agachada-hombre atrás (3)
 - Hombre y mujer sentados (4)
 - Hombre y mujer de pie (5)
 - Todas sin predominio (2 o mas de las anteriores) (6)
 - Otra, especificar (7) _____
 - No procede (8)
123. Horario predominante de la relación sexual:
- Matutino (1)
 - Vespertino (2)
 - Nocturno (3)
 - Ambos, especificar (4) _____
 - No procede (5)
124. ¿Quién propone la relación sexual mas frecuentemente?:
- Mi pareja (1)
 - Solo yo (2)
 - Ambos (3)
 - No procede (4)

125. La proposición de la relación sexual se hace preferentemente:
De manera verbal (1)
Paraverbal (2)
Ambas, especificar (3) _____
No procede (4)

126. Las condiciones ambientales para la relación sexual son:
Cómodas y satisfactorias (1)
Cómodas e insatisfactorias (2)
Incómodas y satisfactorias (3)
Incómodas e insatisfactorias (4)
No procede (5)

127. La relación sexual se realiza preferentemente:
Vestidos (1)
Desnudos (2)
Semivestidos (3)
Ambas, especificar (4)
No procede (5)

b) Síndromes clínicos específicos
Trastornos de la identidad de género

128. ¿En el curso de los últimos dos años presenta malestar e inadecuación con su sexo anatómico o deseo de liberarse de sus genitales y vivir como miembro del otro sexo?
No (1)
Sí (2)

Parafilias

129. ¿En el curso de los cinco últimos años ha usado objetos inertes como método preferencial o exclusivo que suplen la relación sexual?
No (1)
Sí (2)

130. ¿En el curso de los cinco últimos años ha usado ropa del sexo opuesto de manera repetida y persistente para obtener excitación sexual o se frustra cuando tal conducta es interferida?
No (1)
Sí (2)

131. ¿En el curso de los cinco últimos años ha llevado a cabo relaciones sexuales con animales o tiene la fantasía al respecto, como método preferido o exclusivo para alcanzar excitación sexual?
No (1)
Sí (2)

132. ¿En el curso de los cinco últimos años ha tenido relaciones sexuales o fantasías de ellas con niños de edad prepuberal, como método preferido o exclusivo para alcanzar excitación sexual?
No (1)
Sí (2)

133. ¿En el curso de los cinco últimos años a realizado actos de exposición de sus genitales ante desconocidos sin intento posterior de efectuar relaciones sexuales, y ello como método preferencial o exclusivo para alcanzar excitación sexual?

No (1)

Si (2)

134. ¿En el curso de los cinco últimos años ha observado repetida y subrepticamente a la gente cuando se desnuda o lleva a cabo relaciones sexuales sin buscar relacionarse con los observados y ello como método preferido o exclusivo para alcanzar satisfacción sexual?

No (1)

Si (2)

135. ¿En el curso de los cinco últimos años ha participado deliberada o intencionalmente de modo repetido en actividades sexuales que lesionan, humillan o atormentan y ello con objeto de alcanzar satisfacción sexual?

No (1)

Si (2)

136. ¿En el curso de los cinco últimos años ha producido sufrimiento psicológico o físico repetida e intencionalmente a una pareja sexual, causándole lesiones o combinando sufrimiento corporal con la excitación y ello con el fin de satisfacerse sexualmente?

No (1)

Si (2)

137. ¿En el curso de los últimos cinco años ha buscado alcanzar satisfacción sexual de modo preferido o exclusivo con el uso de enemas u otros objetos inertes, mensajes telefónicos obscenos, o relación sexual con cadáveres?

No (1)

Si (2)

Disfunciones psicosexuales

138. ¿En el curso de últimos cinco años ha presentado inhibición persistente y profunda del deseo sexual sin relación a problemas físicos?

No (1)

Si (2)

139. ¿En el curso de los cinco últimos años ha presentado aversión extrema, persistente o recurrente al sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Si (2)

140. ¿En el curso del cinco últimos años ha habido insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Si (2)

141. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado fracaso completo en mantener la lubricación y la tumefacción de la excitación sexual, hasta el final del acto sexual, bajo condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos?

No (1)
Si (2)

142. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado inhibición recurrente y persistente del orgasmo, tras una fase de excitación normal, en condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos?

No (1)
Si (2)

143. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado dolor genital recurrente y persistente asociado a la práctica de la actividad coital y sin relación a problemas físicos?

No (1)
Si (2)

144. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado espasmos involuntarios recurrentes y persistentes en el tercio externo de la vagina, que interfieran con el coito y sin relación a problemas físicos?

No (1)
Si (2)

Homosexualidad egodistónica

145. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado excitación heterosexual persistentemente débil o nula y ello interfiere significativamente para iniciar o mantener relaciones heterosexuales?

No (1)
Si (2)

146. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado molestia ante la práctica regular de las relaciones homosexuales, siendo esta una fuente persistente de malestar emocional?

No (1)
Si (2)

c) Variantes sexuales no patológicas

¿Ha realizado o participa como parte de su actividad sexual regular alguna de las siguientes preguntas?

147. Felatio

No (1)
Si (2)

148. Cunnilingus

No (1)
Si (2)

149. Coito anal

No (1)
Si (2)

150. Sexo en grupo

No (1)
Si (2)

151. Uso de parafernalia sexual (Enemas, vibradores y otros instrumentos diseñados para lograr la excitación)
- No (1)
Si (2)
152. Consumo de alcohol y/o drogas
- No (1)
Si (2)
153. Bisexualidad
- No (1)
Si (2)
154. Pornografía
- No (1)
Si (2)
155. Homosexualidad egosintónica
- No (1)
Si (2)
156. Otro, especificar _____
157. Actitud de la pareja ante el problema disgnosticado:
- Cooperación (1)
Rechazo (2)
Ambivalencia (3)
Ignorancia (4)
No procede (5)

CAPITULO X

Antecedentes terapéuticos

158. La paciente ha recibido tratamiento:

Médico (1)
Quirúrgico (2)
Psicológico (3)
Psiquiátrico (4)
Ambos, especificar (5) _____
Automedicación (6) _____
Otro, especificar (7) _____
No procede (8)

159. El tratamiento lo recibió en:

Consulta externa (1)
Hospitalización (2)
Ambos, especificar (3) _____
Otros, especificar (4) _____
No procede (5)

160. Duración del tratamiento:

De 1 a 2 consultas (1)
De 3 a 5 consultas (2)
De 6 a 10 consultas (3)
De 11 a 20 consultas (4)
De 21 a 30 consultas (5)
De 31 a 40 consultas (6)
Más de 40 consultas (7)
No procede (8)
Privado _____

Institucional _____

Ambos _____

Otro _____

161. Resultados del tratamiento:
- | | |
|--|-----|
| Se eliminó la sintomatología | (1) |
| Se modifico parcialmente la sintomatología | (2) |
| La sintomatología continua como tal | (3) |
| Se agravó la sintomatología | (4) |
| No procede | (5) |

CAPITULO XI

Estado actual de salud

162. Describa el motivo por el cual ingresa al Innstituto:

- | | |
|-------------------------|-----------|
| Adolescente embarazada | (1) |
| Embarazo de alto riesgo | (2) |
| Esterilidad | (3) |
| Pérdidas, especificar | (4) _____ |
| Climaterio | (5) _____ |
| Problema ginecológico | (6) |
| Trastorno sexual | (7) |
| Otros, especificar | (8) _____ |

163. Describa brevemente _____

CAPITULO XII

Diagnóstico

164. Indique diagnóstico de la condición que ameritó tratamiento y la impresión diagnóstica actual:

	Anterior	Actual
Trastornos de la identidad en la infancia	(1)	(1)
Transexualismo	(2)	(2)
Trastorno de la identidad sexual atípica	(3)	(3)
Fetichismo	(4)	(4)
Transvestismo	(5)	(5)
Zoofilia	(6)	(6)
Paidofilia	(7)	(7)
Exhibicionismo	(8)	(8)
Voyeurismo	(9)	(9)
Masoquismo sexual	(10)	(10)
Sadismo sexual	(11)	(11)
Parafilia atípica	(12)	(12)
Inhibición del deseo sexual	(13)	(13)
Inhibición de la excitación sexual	(14)	(14)
Inhibición orgásmica	(15)	(15)

Dispareunia funcional	(16)	(16)
Vaginismo funcional	(17)	(17)
Disrritmia	(18)	(18)
Aversión al sexo	(19)	(19)
Disfunción psicosexual atípica	(20)	(20)
Homosexualidad egodistónica	(21)	(21)
En estudio	(22)	(22)
No procede(se ignora, no tuvo)	(23)	(23)
Ambos, especificar	(24)	(24) _____

Otros, especificar	(23)	(23) _____
--------------------	------	------------

CAPITULO XIII

Recomendaciones terapéuticas

165. Indique el manejo que debe recibir la condición a tratar:

Solo información general	(1)	
Orientación profesional	(2)	
Farmacoterapia	(3)	
Terapia conductual	(4)	
Psicoterapia	(5)	
Tratamiento quirúrgico	(6)	
Interconsulta	(7)	
Canalización	(8)	
No procede	(9)	
Ambas, especificar	(10)	_____
Otra, especificar	(11)	_____

CAPITULO XIV

Pronóstico

166. Evaluación global de la severidad:

Paciente asintomática	(1)	
Solo amerita manejo individual	(2)	
Amerita manejo de pareja	(3)	
Amerita manejo familiar	(4)	
Amerita manejo grupal	(5)	
Requiere interconsulta	(6)	
Requiere canalización	(7)	
Ambos especificar	(8)	_____
No procede	(9)	

CAPITULO XV

Comentarios y observaciones

167. La información fué relatada por:

La paciente	(1)	
La paciente y su pareja	(2)	
Otro, especificar	(3)	_____

168. Credibilidad de la información:

Buena (1)

Regular (2)

Pobre (3)

169. Actitud de la paciente ante el interrogatorio _____

170. Observaciones a la forma y contenido de la información
obtenida _____

A N E X O D O S

CUESTIONARIO DE COMUNICACION MARITAL (COMARI)

NOMBRE: _____

SEXO: _____

EDAD: _____

INSTRUCCIONES.

A CONTINUACION ENCONTRARA ALGUNOS TEMAS QUE SE DAN EN LA PAREJA. POR FAVOR MARQUE CON UNA "X" EL NUMERO QUE MAS DESCRIBA LA CANTIDAD EN QUE SU PAREJA Y USTED HABLAN DE ESE TEMA DE CONVERSACION. SIENDO EL NUMERO 1 POCA CANTIDAD Y 5 MUCHA CANTIDAD.

	Poco			Mucho	
1. Lo que me hace sentir tranquilo (a).	1	2	3	4	5
2. Lo que me disgusta de sus amistades.	1	2	3	4	5
3. Los problemas que tengo en mi trabajo.	1	2	3	4	5
4. De quién, debe tomar las diferentes decisiones en el hogar.	1	2	3	4	5
5. Las cosas que me disgustan de él (ella)	1	2	3	4	5
6. De visitar a su familia	1	2	3	4	5
7. De quién, debe hablar de temas delicados con los hijos.	1	2	3	4	5
8. Las situaciones en que desconfío de él (ella).	1	2	3	4	5
9. Lo que hago con el dinero.	1	2	3	4	5
10. Lo que hago en mi trabajo	1	2	3	4	5
11. De que deben de hacer los hijos en su tiempo libre.	1	2	3	4	5
12. De quién debería administrar el dinero en el hogar.	1	2	3	4	5

13. Lo que me disgusta físicamente de él (ella).	1	2	3	4	5
14. Lo que me disgusta de mi trabajo.	1	2	3	4	5
15. Las situaciones en que me enojo con su familia.	1	2	3	4	5
16. Las situaciones por las que siento rencor.	1	2	3	4	5
17. De como reducir nuestros gastos.	1	2	3	4	5
18. De lo que me da vergüenza.	1	2	3	4	5
19. La situación económica que pasa el país.	1	2	3	4	5
20. Nuestras diferencias en cuanto que hacer en el tiempo libre.	1	2	3	4	5
21. De como me siento en mi trabajo.	1	2	3	4	5
22. De quién debe disciplinar a los hijos.	1	2	3	4	5
23. Las cosas que me causan tristeza.	1	2	3	4	5
24. Lo que me pasa en el día.	1	2	3	4	5
25. Las amistades que no me gusta que tenga.	1	2	3	4	5
26. El tiempo en que mi cónyuge dedica al matrimonio.	1	2	3	4	5
27. Las necesidades de educar a nuestros hijos dentro de una religión.	1	2	3	4	5
28. Las cosas que me deprime.	1	2	3	4	5
29. De lo que me gusta de mi familia.	1	2	3	4	5
30. Del gobierno actual.	1	2	3	4	5
31. De lo que pienso de él (ella).	1	2	3	4	5
32. La conducta de los hijos fuera del hogar.	1	2	3	4	5

33. Las cosas que no tolero de él (ella)	1	2	3	4	5
34. A quién le toca hacer las tareas domésticas en el hogar.	1	2	3	4	5
35. Los castigos a los hijos.	1	2	3	4	5
36. De que me gustaría salir sola (o) con amistades de mi propio sexo.	1	2	3	4	5
37. Las prioridades que tengo en la vida	1	2	3	4	5
38. De que debería hacer él (ella) en su tiempo libre.	1	2	3	4	5
39. De que no se debe hablar con los hijos.	1	2	3	4	5
40. Lo que me gusta de mis amistades.	1	2	3	4	5
41. La forma como él (ella) trata a los problemas.	1	2	3	4	5
42. Cuando su familia se mete en nuestras vidas	1	2	3	4	5
43. La frecuencia con que tenemos relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
44. Lo que me hace sentir mal.	1	2	3	4	5
45. Quién debería tomar las decisiones	1	2	3	4	5
46. Por que no quiero tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
47. El número de hijos que deseamos tener.	1	2	3	4	5
48. Las cosas que me dan miedo.	1	2	3	4	5
49. De quién es responsable de los problemas en la relación.	1	2	3	4	5
50. Lo que me disgusta de su trabajo.	1	2	3	4	5
51. A quién le debería tocar las tareas domésticas.	1	2	3	4	5
52. Los aspectos negativos de nuestra relación.	1	2	3	4	5

53. Cuando tenemos algún problema en nuestra relación.	1	2	3	4	5
54. La necesidad de gastar parte del dinero en mis cosas personales.	1	2	3	4	5
55. Los secretos que me confían los hijos	1	2	3	4	5
56. La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
57. De visitar a mi familia.	1	2	3	4	5
58. Lo que me gusta de su trabajo.	1	2	3	4	5
59. Lo que me desagrada de su persona	1	2	3	4	5
60. De lo que no me gusta de su familia	1	2	3	4	5
61. De los momentos en que le tengo confianza.	1	2	3	4	5
62. De que hago en mi tiempo libre.	1	2	3	4	5
63. Las reglas que mi pareja hace para que se lleven en el hogar.	1	2	3	4	5
64. La opinión que tengo de su familia.	1	2	3	4	5
65. El tiempo que le dedicamos a divertirnos.	1	2	3	4	5
66. Su reacción cuando no quiero tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
67. Quién, administra el dinero en el hogar.	1	2	3	4	5
68. Las cosas positivas de mi familia	1	2	3	4	5
69. Las amistades nuevas que hago	1	2	3	4	5
70. De mis creencias religiosas	1	2	3	4	5
71. Lo que me disgusta de su arreglo personal.	1	2	3	4	5
72. Las cosas que me disgustan de nuestra vida sexual.	1	2	3	4	5
73. De que nos visite su familia.	1	2	3	4	5

74. El interés que mi pareja tiene en lo que yo hago.	1	2	3	4	5
75. El uso de métodos anticonceptivos.	1	2	3	4	5
76. La escuela a que deben asistir nuestros hijos.	1	2	3	4	5
77. Las cosas positivas de su familia.	1	2	3	4	5
78. Cuando me siento insatisfecho (a) sexualmente.	1	2	3	4	5
79. El tiempo que dedica así mismo.	1	2	3	4	5
80. De que nos visite mi familia.	1	2	3	4	5
81. De que hace él (ella) en su tiempo libre.	1	2	3	4	5
82. De los problemas sociales.	1	2	3	4	5
83. Las situaciones en que me enojo con mi familia.	1	2	3	4	5
84. Los problemas que tienen en su trabajo.	1	2	3	4	5
85. Lo que me gusta de mi trabajo.	1	2	3	4	5
86. De algún deporte.	1	2	3	4	5

A N E X O T R E S

CUESTIONARIO DEL ESTILO DE COMUNICACION (ECOM)

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

INSTRUCCIONES

A CONTINUACION ENCONTRARA UN GRUPO DE ADJETIVOS QUE SIRVE PARA DESCRIBIR COMO ES USTED AL PLATICARLE A SU PAREJA. POR FAVOR DEBERA DAR UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA RENGLON, PONIENDO UNA "X" EN EL ESPACIO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA. TOMANDO EN CUENTA QUE ENTRE MAS CERCANO ESTE SU RESPUESTA MARCADA DEL ADJETIVO, ESTO INDICARA QUE SE POSEE EN UN GRADO MAYOR LA CARACTERISTICA.

CUANDO PLATICO CON MI PAREJA SOY

- | | | |
|--------------------------|-------|----------------------|
| 1. Nada conflictivo (a) | _____ | Muy conflictivo (a) |
| 2. Nada callado (a) | _____ | Muy callado (a) |
| 3. Nada seco (a) | _____ | Muy seco (a) |
| 4. Nada activo (a) | _____ | Muy activo (a) |
| 5. Nada amable | _____ | Muy amable |
| 6. Nada accesible | _____ | Muy accesible |
| 7. Nada irrespetuoso (a) | _____ | Muy irrespetuoso (a) |
| 8. Nada superficial | _____ | Muy superficial |
| 9. Nada afectuoso (a) | _____ | Muy afectuoso (a) |
| 10. Nada frío (a) | _____ | Muy frío (a) |
| 11. Nada cortés | _____ | Muy cortés |
| 12. Nada nervioso (a) | _____ | Muy nervioso (a) |

