

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

ALGUNOS ASPECTOS INDIVIDUALES Y DE PAREJA EN
HOMBRES CON DISFUNCIÓN SEXUAL. ESTUDIO
COMPARATIVO.

Tesis que para obtener el grado de
Licenciado en Psicología
presenta.

GABRIEL GUERRA RIVERA

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. CECILIA AMÉZQUITA LANDEROS

México D.F. 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por abrimme las puertas de la formación profesional.

A Instituto Nacional de Perinatología por darme todas las oportunidades de continuar mi formación profesional y la realización de esta tesis.

A Dr. Francisco Morales Carmona por ser promotor de profesionales clínicos y brindar el espacio para el logro de metas como la titulación.

A la Mtra. Claudia Sánchez Bravo por su profesionalismo y disposición al brindarme en el recorrido de la investigación.

A la Mtra. Cecilia Amézquita Landeros por sus invaluable conocimientos transmitidos a lo largo de la carrera y por su disposición para la dirección de esta tesis.

A todos los miembros de los departamentos de *Psicología*, *Trabajo Social* y *Consulta Externa* del INPer y a todas aquellas personas que ayudaron, colaboraron y participaron en esta investigación.

DEDICATORIAS

Al Dador de la Vida porque está siempre presente, y a mis padres por darme el apoyo en todo momento hasta alcanzar esta meta en mi vida.

A mis *hermanos* y *hermana* por su paciencia y apoyo

A mi tío *Jorge*, por su apoyo siempre incondicional para alcanzar todos mis objetivos.

A la familia *Calixto-Guerra* por toda su ayuda a lo largo de mi carrera.

A mis *amigos* de siempre, porque cercanos y distantes siempre son un aliento para ir adelante.

A los *psicólogos* *Susana* y *Guillermo* por ser ejemplo de profesionalismo y compañerismo

A la *Psic. Claudia Sánchez* por ser una persona invaluable y cuyo encuentro deja una huella amistosa imborrable

ÍNDICE

<i>capítulos</i>	<i>Páginas</i>
RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
APÍTULO 1 Sexualidad Humana	1
1.1 Algunas Teorías del Desarrollo de la Sexualidad	6
1.2 Respuesta Sexual Humana	10
APÍTULO 2 Disfunciones Sexuales	18
2.1 Disfunciones Sexuales Masculinas	27
2.2 Terapia Sexual	41
APÍTULO 3 Asertividad	45
3.1 Asertividad Sexual	55
APÍTULO 4 Rol de Género	59
4.1 Masculinidad y Femenidad	68
4.2 Androginia	73
APÍTULO 5 Comunicación	78
5.1 Teoría de la Comunicación	78
5.2 Comunicación Marital	85
5.3 Estilo de Comunicación	89
APÍTULO 6 Metodología	97
6.1 Propósito y Objetivos	97
6.2 Planteamiento del Problema	98
6.3 Hipótesis	99
6.4 Variables	99
6.5 Tipo de Investigación	104
6.6 Diseño	104
6.7 Criterios de Inclusión	105
6.8 Instrumentos	105
6.9 Procedimiento	115
6.10 Población	117
6.11 Muestra	117
6.12 Tratamiento Estadístico para Análisis de Resultados	117

APÍTULO 7 Resultados	119
7.1 Análisis Descriptivo de la Población	119
7.1.1 Distribución de la Muestra por Edad	120
7.1.2 Distribución de la Muestra por Estado Civil	121
7.1.3 Distribución de la Muestra por Ocupación	122
7.1.4 Distribución de la Muestra por Años de Escolaridad	123
7.1.5 Distribución de la Muestra por Años de Relación de Pareja	124
7.1.6 Distribución de la Muestra por Religión	125
7.1.7 Distribución de la Muestra por Información Sexual	126
7.1.8 Distribución de la Muestra por Trauma Sexual Infantil	127
7.1.9 Distribución de la Muestra por Masturbación	128
7.1.10 Distribución de la Muestra por Edad de Inicio de la Vida Sexual	129
7.1.11 Distribución de la Muestra por Problemática de Pareja	130
7.1.12 Distribución de Disfunciones Sexuales en el Grupo 2	131
7.2 Análisis de los Resultados de los Instrumentos de Medición	132
APÍTULO 8 Discusiones y Conclusiones	146
8.1 Discusiones	146
8.2 Conclusiones	161
8.3 Limitaciones y Sugerencias	165
BIBLIOGRAFÍA	167
ANEXOS	179

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad encontrar diferencias en algunos aspectos tanto individuales (asertividad y rol de género) como de la relación de pareja (comunicación marital y estilo de comunicación) entre hombres sin disfunciones sexuales y hombres con disfunciones sexuales. Dichos hombres fueron las parejas de las pacientes que acuden al Instituto Nacional de Perinatología, donde se realizó la investigación.

Se estudió una muestra de 200 sujetos divididos en dos grupos, el grupo 1 con 100 sujetos que no presentaron disfunción sexual, y el grupo 2 con 100 sujetos que presentaron alguna(s) disfunción(es) sexual(es). Fue un estudio ex-post-facto, descriptivo y comparativo. Se utilizó un diseño no experimental, intergrupos y transversal. Se utilizaron las pruebas t y chi-cuadrada (esta última para las variables socio-demográficas) con las que se obtuvieron diferencias significativas entre un grupo y otro.

Ambos grupos presentaron una edad que fluctuó entre los 25 y los 45 años, y un grado de escolaridad igual o mayor a seis años.

Se encontraron diferencias significativas en las variables sociodemográficas *información sexual, problemática de pareja y masturbación*.

Por otra parte, en los aspectos clasificados como individuales, no se encontraron diferencias entre ambos grupos en cada una de las tres dimensiones de la variable *Asertividad*. Se encontraron diferencias significativas en la variable *rol de género* de las escalas de masculinidad, femineidad y sumisión; los puntajes bajos de masculinidad y femineidad y los puntajes altos en sumisión están asociados a las disfunciones sexuales. Además, en la variable *rol de género* se encontraron más casos de androginia en el grupo sin disfunción sexual y más casos de indiferenciados en el grupo con disfunción sexual.

Con respecto a los aspectos clasificados como de la relación de pareja, en la *comunicación marital* se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, siendo el grupo sin disfunción sexual el que transmite mayor información a sus parejas, especialmente en las dimensiones familia extendida, hijos y trabajo, además del puntaje global de todas las dimensiones. La variable *estilo de comunicación* resultó con diferencias significativas en las dimensiones del estilo reservado del sujeto y el estilo positivo de su pareja.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto involucrado en el desarrollo de la vida humana que establece y diferencia el estilo de interacción entre los sujetos de las sociedades y las culturas. La sexualidad, desde su aspecto biológico hasta su aspecto psicosocial, incide en los ámbitos de la salud mental (Sánchez, Gómez y Guerra, 1999).

El estudio de la sexualidad humana en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) constituye un área de continua investigación, especialmente por el Departamento de Psicología. Gracias a estas investigaciones se ha establecido una línea de abordaje terapéutico, apoyada en autores clásicos tales como Masters y Johnson (1966 y 1995) y Helen Kaplan (1978 y 1993), que va dirigida a pacientes que presentan problemas en esta área. Como parte de las experiencias terapéuticas y de las investigaciones se ha encontrado que la población femenina estudiada presenta una alta prevalencia de disfunciones sexuales y la existencia de algunos factores asociados a ellas (Sánchez, Morales, González, Souza y Romo, 1997).

Debido a que la mayoría de las investigaciones se han enfocado en pacientes mujeres por la naturaleza de la atención en el INPer, y ante lo imprescindible que resulta conocer a la pareja, se ha iniciado una nueva serie de estudios en la población de varones, es decir, en las parejas de las pacientes.

Se ha desarrollado una macroinvestigación para explorar diversos aspectos o factores asociados a las disfunciones sexuales masculinas; de dicha macroinvestigación se han tomado algunos de esos aspectos para la realización del presente trabajo. Las variables seleccionadas obedecen a la línea de investigación establecida por el Instituto; y de manera particular, el interés personal de seleccionar las variables mencionadas en el presente trabajo, atiende a que los resultados en población femenina tuvieron diferencias altamente significativas.

La importancia de este estudio, y en particular de esta tesis, radica en que, mediante el conocimiento de la población masculina, se van complementando las demás investigaciones llevadas a cabo en el INPer (tanto en mujeres como en hombres) y se obtiene la información de

s aspectos fuertemente asociados a las disfunciones sexuales, que en un futuro puedan promover la creación de programas de intervención y prevención acordes a la población mexicana, evitándose así el uso indiscriminado de técnicas y métodos validados en poblaciones diferentes a la nuestra.

La presente investigación abre una nueva línea de estudio en el departamento de psicología del INPer sobre la sexualidad masculina, y en general devela ciertos aspectos que deben ser tomados en cuenta en el estudio y trabajo de la Sexualidad Humana, de la cual aún existen deficiencias en el cómo se vive y en el cómo se experimenta en la población mexicana (Sánchez, Gómez y Guerra, 1999). Entre más estudios se lleven a cabo que arrojen mayor información, se lograrán crear no sólo métodos terapéuticos institucionales, sino también nuevas líneas de investigación y, lo más importante, de educación para la población.

La Organización Mundial de la Salud (citada en Souza, 1996) establece que la salud sexual es parte de la salud mental, y ésta, requisito indispensable para la salud integral del individuo. De ahí que los resultados de este estudio en alguna medida tengan repercusiones en el ámbito de la psicología clínica y de la salud.

Para las disfunciones sexuales y sus aspectos asociados se han podido establecer, a lo largo de las investigaciones nacionales y de otros países, innumerables hipótesis. Sin embargo para este estudio, que no tiene como finalidad ser exhaustivo, las hipótesis de las cuales parte se han dirigido a aspectos concretos que algunos autores han reportado como relacionados a la vida sexual y a las disfunciones sexuales. Estos aspectos son la asertividad y el rol o papel de género, como aspectos individuales, y la comunicación marital y el estilo de comunicación, como aspectos de la relación de pareja.

El *primer* capítulo establece los conceptos básicos del estudio de la sexualidad humana su multidimensionalidad en base a las aportaciones de Masters y Johnson (1966) y Helen Caplan (1978), entre otros autores: también se mencionan algunas teorías de su desarrollo en los humanos y, finalmente el aspecto específico de la respuesta sexual humana, a partir de la cual se pueden clasificar a las disfunciones sexuales.

En el *segundo* capítulo se definen y clasifican las disfunciones sexuales en base a cada una de las fases de la respuesta sexual humana. Se definen específicamente las disfunciones

masculinas y la forma en que se han conceptualizado en el ámbito clínico, enunciando algunas posibles causas.

El tercero, cuarto y quinto capítulos exponen la revisión bibliográfica correspondiente a las variables dependientes evaluadas en el estudio. El *tercer* capítulo, aborda el concepto de actividad y su relación con la vida sexual. El *cuarto* capítulo expone el concepto de rol de género desde una perspectiva psico-social, es decir cómo se establece dependiendo de la cultura y la sociedad en que se vive, y cómo repercute en el momento específico del encuentro sexual. De esta forma ambos capítulos abordan los dos aspectos que se han establecido como individuales.

El *quinto* capítulo desarrolla el tema de la comunicación, dirigiéndose de manera especial a la comunicación en la pareja, es decir, a la comunicación marital y a los estilos de comunicación que se dan en la misma. Se expone además el impacto de la comunicación en la vida sexual.

El *sexto* capítulo está dedicado a la metodología, donde se establecen los objetivos, las hipótesis, la definición de las variables, el diseño y el tipo de investigación, la descripción de los instrumentos y el análisis estadístico empleado, entre otros aspectos.

El *séptimo* capítulo describe los resultados encontrados en la investigación, haciéndolos explícitos con gráficas y tablas. El *octavo* capítulo aporta las discusiones y conclusiones más importantes ante los resultados y expone las limitaciones y sugerencias emanadas del estudio.

Finalmente se agrega la bibliografía, la cual se elaboró tanto de publicaciones actuales como de las clásicas de Masters y Johnson (1966) y Heien Kaplan (1978), entre otros.

A pesar de que se abordan en esta investigación aspectos relacionados a la pareja estudiando sólo a la parte masculina, cabe señalar que existen antecedentes del estudio de la parte femenina donde se utilizaron las mismas variables y que dieron pie a la realización de la presente investigación (Sánchez, Carreño, González y González, 1997; Sánchez, Morales, González, Souza y Romo, 1997, Roldán, 1998 y Sánchez, Gómez y Guerra, 1999) De ahí que una de las finalidades es, en un futuro, realizar un estudio comparativo de las poblaciones masculina y femenina

CAPÍTULO 1

SEXUALIDAD HUMANA

La sexualidad es un aspecto involucrado en el desarrollo de la vida humana que permite interactuar con los semejantes de múltiples formas. La sexualidad invade todos los ámbitos de la actividad del sujeto, lo cual se manifiesta en el interés que ha despertado a lo largo de la historia del hombre y que se ha expresado de manera artística y cultural (Sánchez, Gómez y Guerra, 1999).

En la actualidad, el conocimiento de la sexualidad humana se ha incrementado y ha propiciado una gran distribución de libros, artículos, películas, revistas, etc. respecto al tema, aunque no siempre la información se ha presentado de forma adecuada. Esto último, junto con una escasa información en ciertos sectores de la población mexicana, ha mantenido ciertas ideas erróneas o tabús acerca de la sexualidad, que provocan la limitación del desarrollo pleno tanto en hombres como en mujeres.

Rubio (1994) refiere además que el estudio de la sexualidad se ve entorpecida por dos aspectos relevantes:

a) La naturaleza de la sexualidad: el concepto sexualidad es una abstracción de ciertas realidades percibidas, la cual se ha ido conformando de diversas maneras a lo largo de la historia, por lo que las formulaciones científicas han sido diversas, proporcionando además definiciones diferentes. El término sexualidad es el resultado de la conceptualización de lo que un grupo social en particular entiende; de ahí que en diferentes culturas la sexualidad se ha visto y se ha vivido de diferentes maneras.

b) La naturaleza de la ciencia: A pesar de que la sexualidad se manifiesta en todas las etapas de la vida del individuo, su estudio científico requiere de la elección de un nivel determinado de medición.

Los modelos que se han venido generando sobre sexualidad humana y los conceptos de sexualidad, se han agrupado en dos polos, por un lado los que atribuyen a la sexualidad un

carácter meramente biológico y por otro lado aquellos que le adjudican un papel meramente cultural. (Rubio, 1994)

Sin embargo, es claro que la sexualidad es algo inherente a nosotros y no es únicamente genitalidad o un acto coital. Comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales que forman parte permanente del individuo. Álvarez-Gayou (1996) afirma respecto a la sexualidad: "...es todo aquello que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que pertenecemos" (p. XVII).

De esta manera podemos observar que la sexualidad condiciona nuestro desarrollo vital, desde la infancia, la adolescencia, la adultez, la vejez, y evidentemente, la relación de pareja.

Sin embargo, el estudio de la sexualidad nos remite a las diferentes culturas, que la viven y la experimentan de diferentes formas; los investigadores han encontrado que las diferentes costumbres sexuales en el mundo van desde la negación y la represión hasta su permisibilidad, en algunas ocasiones bajo ciertas normas. De esta manera, cada contexto cultural nos da información particular del tipo de prácticas sexualizadas que llevan los sujetos: debe verse como parte de un sistema. Deben reconocerse además, la variabilidad social de las normas, las creencias, las ideologías y las conductas sexuales (Weeks, 1994).

Existen muchas culturas que interpretan a la sexualidad de manera muy distinta a la cultura occidental en la que nos movemos. Todas las sociedades suelen tomar medidas para organizar la vida erótica, pero los occidentales se caracterizan por una actitud obsesiva y por ser más moralizante. Cada cultura reacciona de manera distinta a las manifestaciones de la sexualidad, con mayor o menor interés.

No debe dejar de mencionarse que la historia enseña que las teorías y prácticas sexuales varían según la época, y que durante muchos años la religión ha desempeñado un papel importante en la actitud y estructuración de las cuestiones referentes a la sexualidad. Según Foucault (1995) es a partir del siglo XVII que comienza una etapa de represión, la cual no se ha superado del todo; en esa época comienza a hablarse del sexo a manera de política, económica, técnica y es un discurso meramente racional. La conducta sexual de la población es tomada en cuenta como objeto de análisis y blanco de intervención ante sus determinaciones y efectos. En las instituciones en particular, los colegiados reciben una enseñanza racional para saber

dirigir su sexualidad a aspectos meramente morales. Desde entonces, en los tres últimos siglos se ha dado alrededor de la sexualidad toda una trama de discursos variados, específicos y coercitivos.

Pero es importante destacar que a finales del siglo XIX y principios del siglo XX la obra de Freud (1979) puso de manifiesto la vital importancia que tiene la sexualidad en la existencia del ser humano. Freud sostenía que la sexualidad era la fuerza que motivaba los actos humanos y causa principal de la neurosis. Al mostrar diversos conceptos novedosos respecto a la sexualidad, Freud se vió envuelto en la crítica coercitiva que imperaba en su época al hablar de aspectos de la sexualidad. Sin embargo, sus aportaciones dejaron el estímulo para abordar científicamente este tema tabú.

Sin embargo, fue a partir de los estudios de Masters y Johnson (1966) en la década de los sesentas que se intensificaron una vasta serie de investigaciones en el ámbito de la sexualidad, basadas principalmente en encuestas, que venían dándose desde los años cincuenta, como las realizadas por Kinsey (citado en Masters, Johnson y Kolodny, 1995). Estas investigaciones, junto con el descubrimiento de la píldora anticonceptiva y el movimiento feminista originó la llamada revolución sexual, manifestada en todos los ámbitos de la vida de los sujetos, en la literatura, en el cine, etc.

Sin embargo, en la actualidad, ante la diferente gama de estudios realizados, la sexualidad adquiere cada vez mayor importancia en la vida política y moral de los individuos, e incluso tiene repercusiones decisivas en el funcionamiento del poder. La sexualidad se convierte así en una experiencia histórica y personal a la vez (Weeks, 1994).

La sexualidad no puede entenderse si sólo se observan sus componentes naturales. Y en realidad fue tarea de Freud (1979) sustraer la sexualidad humana del campo meramente biológico, historizarla y ubicarla. La sexualidad de los hombres y las mujeres no se reduce al dato de los genitales y que da lugar al primer reconocimiento. La sexualidad va más allá de lo que es anatomía, y ésta de lo que es destino (Saal, en Lamas y Saal, 1991).

Bajo esta misma idea, Masters, Johnson y Kolodny (1995) consideran que la sexualidad es un fenómeno pluridimensional, y el término sexualidad lo ven de un amplio significado "...que se utiliza para referirse a todos los aspectos del ser y el sentirse sexual". De esta forma

La sexualidad comprende aspectos o dimensiones biológicas, psicosociales, conductuales, clínicas, morales y culturales, las cuales se describen a continuación:

Dimensión biológica: los factores biológicos controlan en gran medida el desarrollo sexual y nuestra aptitud para procrear después de la pubertad. Interviene también en el deseo y la satisfacción sexual derivada de una relación amorosa. Esta dimensión también controla ciertas diferencias en el comportamiento sexual. Finalmente, la excitación sexual produce efectos biológicos concretos.

Dimensión psicosocial: conjuga factores psicológicos como las emociones, ideas y personalidades, con elementos sociales (como la interacción entre las personas). La identidad sexual o de género de un individuo viene configurada por fuerzas psicosociales. El aspecto social de la sexualidad se manifiesta en el encauzar la conducta sexual por una vía "adecuada".

Dimensión conductual: permite saber no sólo lo que las personas hacen, sino comprender mejor el cómo y por qué lo hacen, lo que lleva a relativizar el concepto de conducta sexual normal.

Dimensión clínica: esta perspectiva examina las soluciones a los conflictos que repercuten sobre la actividad sexual, trastornos que impiden al individuo gozar de un estado de salud y dicha sexual. Los tratamientos para estos trastornos se han venido incrementando a partir de los diversos estudios realizados en materia de sexualidad, obteniéndose una comprensión multidimensional de la sexualidad y el surgimiento de la Sexología.

Dimensión moral y cultural: las cuestiones relacionadas a la sexualidad son generalmente de carácter polémico y se reinterpretan en función de los respectivos esquemas de valores. "No existe un sistema de valores sexuales que tenga validez universal, ni un código moral que sea indiscutiblemente justo y aplicable a todos los hombres." (Masters, Johnson y Kolodny, 1995, p. 7). En este mismo punto cabe señalar que Quadagno, Sly, Harrison, Eberstein y Soier (1998) realizaron un estudio en diferentes etnias de los Estados Unidos, encontrando diferencias significativas de tipo étnicas en relación a las conductas sexuales (p.e. momento y formas de llevar a cabo el acto sexual), aunque también encontraron diferencias en cuanto a la edad, educación, vida marital y temores sexuales.

Así que hablar de sexualidad desde una sola de estas dimensiones es quedarse cortos ante la amplitud de lo que ella implica. Debe recordarse que es una dimensión de la personalidad y no solamente la capacidad del individuo para generar una respuesta erótica.

Por su parte, Rubio (1994) señala que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro áreas o potencialidades que actúan como partes de un sistema global que es la naturaleza humana. Estas áreas u "holones" son:

-Reproductividad Humana: Se refiere a la capacidad y posibilidad de reproducir individuos similares a los progenitores. La reproductividad humana tiene además manifestaciones psicológicas y sociales sin limitarse al mero hecho biológico.

-Género: se refiere a "la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos, masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias" (Rubio, 1994, p.35)

-Erotismo: Esta área se refiere a "los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo y sus resultantes en la calidad placentera de estas vivencias humanas. así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias." (p.36)

Vinculación afectiva interpersonal. Se refiere a "...la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico. así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan." (p.37)

Estas cuatro áreas u holones son interactuantes y abarcan aspectos tanto fisiológicos como psicosociales que dan a la sexualidad una visión amplia

Es así que la conceptualización e importancia del estudio de la sexualidad, ha llevado a los profesionales de la salud a considerarla como una parte imprescindible en la salud general de todo sujeto. De ahí que la Organización Mundial de la Salud hable de la salud sexual sugiriendo que los profesionales de la salud la tomen más en cuenta y le den su respectiva importancia: la salud sexual viene a ser "...la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual en formas que sean enriquecedoras

que realcen la personalidad, la comunicación y el amor." (Citado en Álvarez-Gayou, 1996. p. 2).

Finalmente, cabe señalar que la OMS (citada en Souza, 1996) ha considerado tres condiciones para que se dé la salud sexual:

a) Capacidad para disfrutar la conducta sexual y reproductiva de acuerdo a una doble ética social y personal.

b) Estar libre de temor, vergüenza, culpa y otros factores psicopatológicos que inhiben la respuesta sexual y limitan las relaciones socio-sexuales.

c) Estar libre de perturbaciones, enfermedades o limitaciones orgánicas que interfieran con la salud sexual y/o reproductiva.

De ahí que la salud sexual es salud mental y ésta es expresión de la salud integral.

Los principios ideológicos para una vida sexual plena, están orientados hacia la aceptación y promoción del gozo sexual, la igualdad de derecho de disfrute sexual tanto en hombres como en mujeres, el intercambio erótico en la constitución de la identidad del individuo y de la pareja, la consolidación de la misma y la deseabilidad de la pareja para involucrarse en la vida sexual. (Rubio y Díaz, 1994).

1.1 Algunas Teorías del Desarrollo de la Sexualidad.

1.1.1. Teoría Psicoanalítica.

Freud (1979), representante de esta corriente consideraba que los actos de los sujetos están dirigidos a la gratificación de los instintos, de los que sobresale el sexual. La sexualidad tiene a existir en todo el ciclo vital de todo humano. El desarrollo del sujeto y de la sexualidad se da en una serie de etapas llamadas psicosexuales. En cada etapa la energía sexual se centra en una zona del cuerpo, a la cual llama zona erógena. El orden en el que las zonas erógenas adquieren relevancia está regido por el principio de placer.

Las etapas psicosexuales se describen a continuación:

Etapas Oral: (0-1 año aprox.) La boca es la zona erógena o receptor de la estimulación, es el núcleo primario de energía y gratificación sensual. Los niños se recrean en la succión y se llevan todo a la boca para explorar los objetos. El destete es la tarea principal por lograr.

Etapas anal: (2-3 años aprox.) El ano se convierte ahora en la parte erogenizada y el centro de la estimulación, lográndose a través de la manipulación del control de los esfínteres. Es una oportunidad real para el infante para mostrarse independiente de la vigilancia de los padres; el placer es físico y psicológico. La tarea es el controlar los esfínteres vesical y anal, con los que el infante va aprendiendo conductas higiénicas conforme a las normas de su sociedad.

Etapas Fálica: (4-5 años aprox.) Los genitales vienen a convertirse en los centros de estimulación. Se presenta el llamado Complejo de Edipo en los niños, donde la tarea primordial es la identificación con el padre debido a la competencia por el cariño de la madre que experimenta el infante; al mismo tiempo que el niño se masturba y experimenta placer erótico. Antitesea con poseer a su madre. Este mismo proceso ocurre en las niñas, invirtiéndose las figuras deseada y rivalizada, dándose el nombre de Complejo de Electra por otros autores.

Etapas de Latencia: (6-12 años aprox.) La energía sexual no se manifiesta y no es activa como en las otras etapas. El niño se interesa más por aspectos del juego, la escuela, etc.

Etapas Genital: (13-18 años aprox.) Los genitales, fisiológicamente más maduros, comienzan a actuar nuevamente como centro de estimulación. El adolescente aprende a centrar los impulsos sexuales en general y el coito en particular. La tarea principal es la formación de una relación sexual madura.

Finalmente, respecto a esta teoría cabe señalar que cualquier etapa que esté incompleta dejará una especie de residuo de un objetivo no logrado que necesariamente interferirá con la realización de las tareas o etapas posteriores. (Bee y Mitchell, 1987 y Roldán, 1998)

B. Teoría del Aprendizaje Social.

Esta teoría, estructurada por Bandura (citado en Roldán, 1998) e influenciada por las teorías de reforzamiento, destaca el factor ambiental como la causa que determina la conducta general de todo sujeto, incluso la sexual. La sexualidad se va percibiendo como conductas sexualmente tipificadas.

Las conductas sexualmente tipificadas se adquieren por medio del discernimiento, la generalización y el aprendizaje observacional o modelo. El sujeto en primer lugar distingue los patrones sexuales del ambiente donde se encuentra, posteriormente generaliza esas experiencias a situaciones nuevas y finalmente practica dicha conducta; esto le traerá como resultado ratificaciones o castigos.

Bee y Mitchell (1987) describen las proposiciones básicas del aprendizaje social, las cuales son:

Proposición 1: El patrón de comportamientos mostrado por cada niño o adulto resulta principalmente de su historia de reforzamientos.

Proposición 2: Las nuevas conductas se aprenden principalmente mediante la observación de la conducta de los demás -proceso que recibe el nombre de aprendizaje observacional o modelo.

Proposición 3: Lo que se aprende mediante la observación, sin embargo, se ve afectado por las capacidades motoras y la capacidad cognoscitiva del observador. De este modo, los niños de diferentes edades, o los adultos, pueden aprender cosas distintas a partir de un mismo modelo.

Proposición 4: Las similitudes en la conducta de los individuos de cualquier grupo de edad particular en particular resultan tanto de modelos comunes como de patrones de reforzamiento, al igual que de capacidades motoras y cognoscitivas comunes o compartidas." (p. 15)

La imitación de un sexo por el otro se presenta cuando el sexo del cual se aprende tiene un poder mayor por lo que resulta más atractivo. "Es por eso que cuando las mujeres tienen marcadamente menos acceso a importantes gratificaciones que los hombres, pueden emular la conducta masculina en la medida que dicho cruce sexual sea tolerado" (Roldán, 1998, p.7)

Todo infante desarrolla su actitud sexual a partir de las actitudes que ve plasmadas en el comportamiento de sus padres. Las actitudes o conductas posteriores se refuerzan o se inhiben por la observación de otras personas que no necesariamente pertenezcan al núcleo familiar. Es así que el aprendizaje social repercute en la formación de la identidad y en el papel de género.

C. *Teorías Cognoscitivas.*

Estas teorías destacan más las interacciones con los objetos y el desarrollo del pensamiento. La naturaleza del organismo consiste en adaptarse a su ambiente, lo cual lo hace

un proceso activo y no pasivo. El sujeto es quien dirige sus esfuerzos a entender su medio. Este proceso implica explorar, manipular y examinar los objetos y la gente en su mundo.

Fue Lawrence Kohlberg (1966) quien introdujo el estudio del desarrollo psicosexual a partir de los postulados piagetanos. Kohlberg afirma que los conceptos y actitudes sexuales de todo infante tienen su origen en la organización cognoscitiva que hacen los niños conforme a las pautas de rol sexual.

Los conceptos sexuales vienen a ser una parte de un proceso general de desarrollo conceptual del infante, los cuales siguen la misma evolución de la conceptualización de los objetos del mundo físico según Piaget (1986), es decir, involucra estadios secuenciales de estructuras cognoscitivas.

La teoría cognitiva-evolutiva del desarrollo psicosexual gira en torno a cinco puntos básicos:

a) **Identidad sexual como producto del desarrollo cognitivo:** Éste es el factor organizador central de las actitudes relativas al papel sexual. Se construye en los primeros siete años de vida. Los estereotipos masculino y femenino son creados "...mediante la interpretación activa de un orden social que hace uso de categorías sexuales según connotaciones culturalmente universales" (Kohlberg citado en Ortega, 1994. p.616).

b) **Desarrollo de los valores masculino-femenino:** El infante tiene una tendencia a atribuir juicios de valor en forma positiva para todo lo que se asocie con su persona. Esto implicaría la valoración positiva del propio rol.

c) **Desarrollo del papel sexual e identificación parental:** La identificación es un derivado del proceso de la identidad de género. La identificación se da en tres pasos que son: la identidad sexualmente tipificada, la elección del padre como modelo y el apego al padre.

d) **Repercusión del desarrollo intelectual en las actitudes relativas al papel sexual:** Existe una fuerte correlación en todas las tareas cognitivo-evolutivas que se explica en base a un factor general de madurez mental.

e) **Determinantes familiares y culturales de las actitudes relativas al rol sexual:** Existen ciertas variables socioculturales relacionadas con las actitudes infantiles relativas al rol sexual.

Finalmente cabe señalar que desde este modelo cognoscitivo estos procesos son producto básicamente de construcciones cognitivas; las presiones sociales y la enseñanza no juegan un papel primordial.

1.2 Respuesta Sexual Humana

El concepto de Respuesta Sexual Humana se refiere a una serie de procesos fisiológicos que ocurren en el individuo y tienen como objetivo principal responder a ciertos estímulos específicos con la potencialidad de desencadenar un orgasmo." (Rubio y Revuelta, 1994. p. 75).

Masters y Johnson (1966) fueron los que introdujeron la idea de un ciclo de respuesta sexual humana. Este modelo de comportamiento facilita la comprensión de los cambios fisiológicos y anatómicos que se producen durante la actividad sexual. Para Álvarez-Gayou (1986) éste es un modelo invaluable para comprender la fisiología de las disfunciones y determinar estrategias terapéuticas, "El diagnóstico, comprensión y diseño de técnicas terapéuticas adecuadas se facilitará cuanto más se comprenda la fisiología de las disfunciones.. " (p.64)

Masters y Johnson realizaron una investigación desde 1954 para analizar y registrar los cambios físicos de la excitación sexual humana. Ellos estudiaron más de 10,000 secuencias o episodios de actividad sexual. A pesar de que sus trabajos fueron tachados de ultrajes a la moral y de planteamientos mecanicistas, proporcionaron una línea de estudio invaluable y lograron estructurar lo que ahora llamamos la "respuesta sexual humana" basada en la reacción fisiológica ante un estímulo sexual.

Para estos autores, el ciclo de la respuesta sexual de ambos sexos se compone de cuatro fases, las cuales son: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. esta clasificación ha sido hasta ahora la más completa. Los cambios físicos que se dan en cada fase son resultado de la vasoconstricción y de la acumulación de tensión neuromuscular (Masters, Johnson y Kolodny, 1996)

Más adelante, e influida por los descubrimientos de Masters y Johnson, Helen Kaplan (1978) realizó otro estudio de la respuesta sexual humana. sin embargo ella distinguió sólo dos fases, las cuales son:

a) Vasocongestión genital: En el hombre se presenta la erección por la congestión de los vasos sanguíneos del pene. En la mujer, la respuesta a la excitación sexual se da por la congestión de los vasos sanguíneos de los labios y de los tejidos que circundan la vagina, formándose la plataforma orgásmica y la lubricación genital.

b) Orgasmo. Son las contracciones clónicas involuntarias de la musculatura genital. En el hombre se presenta en dos fases: la emisión (contracción refleja de los órganos reproductivos internos) y la eyaculación (contracciones de los músculos estriados de la base del pene). En la mujer consiste en contracciones de los músculos bulbo, isocavernoso y pubocógeos.

En nuestro país, Álvarez-Gayou (1986) retoma por su parte el modelo de Masters y Johnson, incorporando una fase posterior a la de resolución, a la que llama *fase refractaria*, la cual ha sido tomada en cuenta para efectos de esta investigación.

Es importante destacar que es a partir de las fases de la respuesta sexual humana que se han podido clasificar a las disfunciones sexuales, de ahí la importancia de dedicar un apartado para exponer dicha respuesta.

Cada una de las etapas propuestas por Masters, Johnson y Kolodny (1996) y Álvarez-Gayou (1986) se describen a continuación, destacando los cambios fisiológicos en el organismo

Fase de deseo.

En esta etapa no ocurre ningún cambio físico significativo. A nivel externo se hace presente un estímulo sexual efectivo

Fase de excitación.

Lo característico de esta etapa es la erección en el hombre y la lubricación vaginal en la mujer, extensión interna de la vagina y erección de los pezones.

En el caso de la mujer la lubricación vaginal no es indicio de que la mujer está necesariamente preparada para el coito, todo depende del juego sexual. La lubricación facilita

la inserción del pene y la suavidad del movimiento de empuje, evitando la incomodidad de la mujer en el acto. Los labios inferiores de la vagina, por su parte se agrandan y el clitoris aumenta de tamaño. Las venas de las mamas se hacen visibles y se produce un leve agrandamiento de los pechos.

En el caso del hombre, la erección ocurre por la vasoconstricción, la sangre llena los tejidos esponjosos del pene lo que provoca su endurecimiento y agrandamiento, hay una inchazón y erección de los cuerpos cavernosos. El pene presenta entonces un visible alargamiento y una elevación. El glande comienza a descubrirse y a hipercolorarse. Se presenta además un cierre en los esfínteres de la uretra. El escroto empieza a engrosarse, desapareciendo sus pliegues y los testículos comienzan a ascender. Los pezones pueden ponerse erectos y aumenta el ritmo cardíaco y la presión sanguínea. Aumenta la tensión neuromuscular general. A pesar de la excitación, el pene de un hombre no siempre está en erección.

Cabe decir que los cambios físicos que se producen en la excitación no son siempre constantes ni para los hombres ni para las mujeres (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

7. Fase de Meseta.

En esta etapa la excitación llega a un punto máximo y existe una fuerte tensión sexual en comparación con el inicio. En el caso de la mujer, la vagina se dilata y forma la llamada plataforma orgásmica, los labios se agrandan y cambian de color. Además disminuye la producción de lubricación. El clitoris también sufre cambios retrayéndose contra el hueso púbico.

En el caso del hombre, los testículos aumentan de tamaño y se pegan al cuerpo: hay una contracción del dartos y cremáster (músculos de la bolsa). Entre más sea esto, se hace más imminente la eyaculación: también suele brotar un líquido que antecede a la eyaculación. Suele aparecer el llamado rubor sexual y aumenta el tamaño de la cabeza del pene, volviéndose más oscura. El ritmo cardíaco y la presión sanguínea aumentan aún más, junto con la respiración que se vuelve superflua. Hay una contracción voluntaria del esfínter rectal, empleada por algunos hombres como técnica de estimulación.

Tanto en hombres como en mujeres la respiración se hace más rápida y se origina un incremento de la presión sanguínea; también se da un incremento en la tensión neuromuscular localizada en nalgas y muslos. También disminuye la agudeza visual y auditiva.

. Orgasmo.

Si la estimulación sexual continúa, se da el reflejo placentero del orgasmo que descarga tensión muscular en una respuesta global y de golpe del organismo. En ambos sexos se presenta una serie de contracciones. Es la fase más corta del ciclo de la respuesta sexual y se experimenta como un instante de goce y de suspensión de la actividad mental replegándose sobre sí misma para disfrutar de tal experiencia. El orgasmo tiene una duración de segundos. El orgasmo en una mujer se caracteriza por contracciones rítmicas y simultáneas del útero, el tercio exterior de la vagina y el esfínter anal. Mientras transcurre el orgasmo, las contracciones disminuyen su duración e intensidad. El orgasmo en el hombre presenta diversas características: físicas, en el pene hay un aumento de la hipercoloración del glande, en los testículos se da una fase de ascenso y descenso; también se da una contracción tónica en las vías espermáticas y músculos perineales. El rubor sexual, el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio llegan al máximo. Se presenta además una pérdida del control voluntario muscular; pueden darse espasmos como calambres en músculos de la cara, manos y pies.

De manera más detallada, podemos decir que el orgasmo en el hombre se da en dos etapas. En la primera fase los vasos deferentes, la próstata y las vesículas seminales inician una serie de contracciones (de 4 a 8 contracciones separadas por 0.8 segundos de intervalo aproximadamente) que impulsan al semen dentro del bulbo de la uretra, experimentándose una sensación de eyacular inevitablemente: hay una tensión de la urétra prostática por estimulaciones diversas, de ahí el no poder detener el reflejo eyaculatorio. En la segunda fase las contracciones de la uretra y el pene se unen a las de la próstata provocando la expulsión del semen: los mensajes placenteros provienen de las contracciones de la uretra en todo su recorrido.

La eyaculación como tal está regida por la parte simpática del sistema nervioso autónomo y se puede estudiar en tres fases: emisión seminal, eyaculación hacia el exterior y

erre del cuello vesical. Estos sucesos, como ya se dijo, son dependientes de un reflejo neurológico. El reflejo eyaculatorio incluye zonas sensibles, vías ascendentes, áreas receptoras cerebrales, centros efectores cerebrales medulares y vías eectoras. Un centro de la médula es responsable de la fase de emisión y un centro sacro responsable de la fase de expulsión. Esto es lo que lleva a decir a Zwang (citado en Gindin y Huguet, 1993) que "El orgasmo es la culminación refleja global de una serie de reflejos superpuestos" (p.178)

El orgasmo y la eyaculación masculinos no constituyen un solo proceso, aunque ambos pueden producirse simultáneamente. El orgasmo es la traducción sensorial a nivel cerebral de este mecanismo, que se completa con las contracciones que llevan a cabo los músculos de los órganos sexuales y del interior de la pelvis. De hecho, Gindin y Huguet (1993) realizan una distinción en los cambios fisiológicos que se dan tanto en la eyaculación como en el orgasmo.

Lo que sí debe destacarse es que la eyaculación no es el orgasmo, aunque son fenómenos simultáneos. El placer del orgasmo es algo que se experimenta más subjetiva que objetivamente. Fisiológicamente, la sensación orgásmica está precedida por la percepción de la prominencia eyaculatoria que corresponde a la tensión muscular, de las vías espermática y de la próstata.

De acuerdo a cada individuo, el orgasmo puede restringirse a las simples contracciones que liberan la tensión sexual de manera local en el área pelviana, hasta verdaderos espasmos en las extremidades y estados convulsivos de extrema tensión.

Los orgasmos masculinos son más uniformes que los de las mujeres, si bien no puede decirse en modo alguno que todos sean idénticos.

E. Fase de Resolución.

Éste es un período en el que intervienen ciertos cambios acaecidos hasta el retorno de un estado de pasividad sexual. Es un período de retorno al estado normal de no estimulación. Esta etapa se da inmediatamente después del orgasmo. La mujer tiene una aptitud multiorgásmica en un breve lapso sin deslizarse por debajo del nivel de la meseta. Sin embargo, el hombre, después de la eyaculación inmediatamente entra en un período refractario, un espacio de tiempo para recobrase.

En el caso de la mujer desaparece la plataforma orgásmica y el útero retorna a su posición, desapareciendo la coloración intensa de los labios; la vagina reduce su anchura y longitud y el clítoris vuelve al tamaño y posición habituales. Disminuye el tamaño de las mamas y su estimulación, como la del clítoris o vagina resulta molesta e irritante.

En los hombres la erección disminuye en dos fases. En la primera se da una pérdida parcial de la erección. En la segunda el flujo sanguíneo de los genitales retorna a sus niveles físicos de no excitación y los testículos se empequeñecen recobrando su tamaño normal y vuelven al interior del escroto a su posición habitual; el escroto se afloja y reaparecen sus pliegues.

Se presenta además una pérdida en la erección de los pezones, desaparece el rubor sexual, se normaliza la tensión neuromuscular. El ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio poco a poco vuelven a sus estados normales junto con la agudeza visual y auditiva. Se presenta además una sensación general de relajación.

En ambos casos (del hombre y de la mujer) si la excitación ha sido intensa y no ha habido orgasmo, la resolución lleva un poco más de tiempo (Álvarez-Gayou, 1986).

. Fase Refractaria.

Esta es una fase que prosigue a la resolución y que autores como Gindin y Huguet (1993) la explican dentro de la misma fase de resolución; aquí, siguiendo la línea de Álvarez-Gayou (1986) se coloca como una fase aparte para su mejor comprensión y estudio, evitándose así confusiones entre una etapa y otra.

Esta fase se caracteriza especialmente porque "el umbral de respuesta a un estímulo sexual es elevado" (Álvarez-Gayou, 1986, p. 63). Durante este período es fisiológicamente imposible tener otro orgasmo o en el caso del hombre eyacular de nuevo. La duración de esta fase de recuperación varía en cada individuo y de un hombre a otro, desde unos minutos hasta varias horas. Entre mayor edad, el período refractario se va alargando.

La duración de esta fase varía de un sujeto a otro y suele depender de la edad.³ En el hombre se incrementa después de la primera eyaculación en una sola sesión de relación sexual. Esta fase también se relaciona con una actitud y educación respecto a la sexualidad erótica, a

es fines y a su desarrollo. Es por ello que suele encontrarse a mucha gente que después de un encuentro sexual, especialmente después de la primera experiencia, postergan el siguiente el tiempo en el que elaboran sentimientos de culpa y autorreproches (MacCarthy, 1987 y Darling, Davidson y Passarello, 1992).

Finalmente, una vez vistas las fases de la respuesta sexual humana, es importante destacar los componentes fundamentales de los varones en tal respuesta. A manera resumida, Lipshultz y Howards (1997) enuncian los componentes fundamentales para el funcionamiento sexual, cuya comprensión permite entender las fases de la respuesta sexual masculina. A continuación se presentan los componentes propuestos por dichos autores:

FUNCIÓN	DEFINICIÓN
Erección	Rigidez del pene o tumescencia (opuesto al estado de flacidez o destumescencia)
Emisión	Depósito del fluido seminal en la uretra posterior.
Eyacuación	Pasaje del fluido seminal a través de la uretra y su expulsión del meato uretral.
Orgasmo	Sentimiento de placer usualmente asociado con la emisión y/o eyacuación.

Como se ha puesto de manifiesto en este capítulo, la sexualidad está íntimamente ligada a la vida general y a la salud mental e integral de todos los sujetos. La manera en que se vive depende de ver con múltiples factores que explican su desarrollo

A lo largo de la historia de la humanidad, la conceptualización de la sexualidad ha ido cambiando según la etapa y la cultura en que se vive. En la actualidad la cultura occidental se ha destacado en la amplia información que han arrojado los múltiples estudios e investigaciones llevados a cabo a partir de los años sesentas. Hoy podemos decir que la sexualidad ha sido reconocida como un área de desarrollo del sujeto que proporciona salud, placer y bienestar. Cabe a que en muchos grupos sociales resulte difícil entenderla así

La estructuración de la Respuesta Sexual Humana viene a ser una clara consecuencia de los avances de las investigaciones en materia de sexualidad. Dicha estructuración facilita el entendimiento de la vida sexual de cada sujeto y sus posibles problemas que permitan un abordaje profesional o la introducción de programas de estudio para los profesionales de la salud y para la misma población

A pesar de que el tema de la sexualidad ha sido abordado ampliamente por muchos medios de información, la comercialización sexual que se ha creado para vender productos de diversa índole no siempre contiene la información adecuada y veraz para la población, que sólo confunde o crea prejuicios o bien refuerza mitos. De ahí la importancia de no olvidar el crear programas educativos para la población general.

La cubana María Mederos (1994) refiere al respecto: "Si la educación de la sexualidad va más allá de lo académico y toma como referencia los problemas reales de la vida cotidiana para conocerla, reflexionar y enriquecerla, innegablemente se estará ejerciendo un efecto positivo sobre la calidad de vida de la población y se demostrará una vez más, las posibilidades que ofrecen las instituciones educativas para lograr estos fines." (p. 17)

CAPÍTULO 2

DISFUNCIONES SEXUALES

Como se ha visto ya en el capítulo anterior, la experiencia sexual humana es un proceso que dura toda la vida. En el aspecto específico de la respuesta sexual existen alteraciones no deseables que causan malestar en las personas e impiden una sexualidad plena y satisfactoria.

Disfunciones sexuales es el término asignado a estas alteraciones. Rubio y Díaz (1994) las definen como una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente y recurrente.

Las características de toda disfunción sexual, según los autores mencionados son:

- a) Es un proceso de naturaleza erótica, entendiéndose por erotismo los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, sus resultantes en la calidad placentera, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.
- b) Son procesos que se consideran indeseables, ya que existe un acuerdo en que sería más deseable que las personas no vivieran sus procesos eróticos con las características de las disfunciones sexuales.
- c) Son procesos que se presentan en forma persistente y recurrente en la vida erótica de las personas.
- d) Se presentan en la práctica clínica en forma de síndromes, es decir, como un grupo de síntomas que permite la identificación de grupos de personas con síntomas similares, pero no permite la identificación de causas que las determinan.

Por su parte, la American Psychiatric Association en la versión del DSM-IV (1995) afirma que las disfunciones sexuales "...se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales" (p. 505).

Álvarez-Gayou (1986) refiere que las disfunciones sexuales son alteraciones de una o de varias fases de la Respuesta Sexual Humana que provocan problemas o molestias al sujeto o a la pareja, y que se presentan de manera persistente.

Estas definiciones coinciden en general en los puntos de que las disfunciones sexuales tienen que ver con la alteración de la respuesta sexual humana y en el malestar que provoca en quien las padece, lo cual unifica criterios para conceptualizarlas y abordarlas como un importante tema de investigación.

En el Instituto Nacional de Perinatología (Sánchez, Morales, González, Souza y Romo, 1997) se han llevado a cabo estudios relacionados a las disfunciones sexuales femeninas, su prevalencia y algunos aspectos relacionados con éstas. Es de llamar la atención que un 52% de las pacientes encuestadas resultaron tener al menos una disfunción sexual, lo cual habla de un problema real en nuestra sociedad.

Esto se ha visto también en otros países, como la India, en donde sólomente cerca del 10% de los pacientes, en este caso masculinos, que son atendidos en departamentos psiquiátricos buscan consulta por problemáticas sexuales (Nakra, citado en Verma, Khaitan y Singh, 1998). Verma *et al.* (1998) encuentran que una gran parte de los pacientes que acuden en la India a tratamiento sexual, lo hacen con personas no profesionales, o son mal guiados por amigos y consejeros y otros más recurren a literatura que en lugar de ayudar, fomenta mitos acerca del sexo. Si bien en México el conocimiento de la sexualidad humana se ha incrementado y ha propiciado la distribución de una gran cantidad de libros, revistas, y servicios institucionales, no toda la información es adecuada ni los tratamientos los más acertados. Esta ignorancia respecto al tratamiento de las disfunciones sexuales y de la sexualidad en general posibilita al profesional a desempeñar un papel de suma importancia en el diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales, aún por encima de los mitos populares y las recetas placebas (Souza, 1996).

Con respecto a los mitos, se ha encontrado que son un factor asociado a las disfunciones, como lo demostraron Baker y De Silva (1988), quienes realizaron un estudio comparativo en hombres, encontrando que en el grupo con disfunciones sexuales existe mayor creencia en los mitos populares con respecto a la sexualidad y sus disfunciones

Por otra parte, el estudio de las disfunciones sexuales ha recorrido una larga trayectoria en su definición y en su caracterización. Kaplan (1978) divide a los trastornos sexuales en *variaciones Sexuales* y *Disfunciones sexuales*.

Las *variaciones sexuales* las describe como aquellas desviaciones y perversiones, donde el funcionamiento sexual es el adecuado y placentero, mientras que el objeto u objetivo sexual no es considerado el adecuado por la mayor parte de la sociedad (p. ej. excitarse con animales, niños, etc.).

En cuanto a las *disfunciones sexuales*, Kaplan (1978) las define como "...trastornos psicósomáticos que impiden al individuo realizar el coito o gozar de él." (p.354). En este caso, el sujeto presenta una respuesta sexual inadecuada e insatisfactoria y no goza del acto sexual. Además, distingue seis disfunciones sexuales, tres para la mujer y tres para el hombre, las cuales son:

1. Disfunciones sexuales masculinas.

a) Impotencia: se refiere a los problemas de erección, inhibición del componente vasocongestivo y erectivo, permaneciendo la capacidad para eyacular.

b) Eyaculación precoz: dificultad para adquirir un control voluntario adecuado a los reflejos orgásmicos, alcanzándose éste muy rápido.

c) Eyaculación retardada: el sujeto sufre un involuntario exceso de control.

2. Disfunciones sexuales femeninas.

a) Vaginismo: respuesta espasmódica de los músculos de la vagina cuando se intenta la penetración.

b) Frigidez o carencia de respuesta sexual en general: falta de respuesta al estímulo sexual con la vasocongestión y lubricación.

c) Disfunción orgásmica: dificultad para liberar el reflejo orgásmico.

Es hasta 1980 que la American Psychiatric Association, a través del Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-III en su versión española, se involucra en el estudio de los trastornos sexuales y ubica a las disfunciones ("psicosexuales") en una sección de trastornos aparte, facilitando un poco más su estudio. Esta clasificación de Trastornos Sexuales se presenta a continuación:

Trastornos de la Identidad Sexual:

Transexualismo

Trastorno de la identidad sexual en la infancia.

Trastorno sexual atípico.

Parafilias (Fetichismo, travestismo, zoofilia, pedofilia, exhibicionismo, voyerismo, masoquismo sexual, sadismo sexual, parafilias atípicas)

Disfunciones psicosexuales

Disco sexual inhibido.

Excitación sexual inhibida.

Orgasmo femenino inhibido.

Orgasmo masculino inhibido

Eyacuación precoz.

Dispareunia funcional.

Vaginismo funcional.

Disfunción psicosexual atípica.

) Otros trastornos psicosexuales:

Homosexualidad egodistónica.

Trastornos psicosexuales no clasificados en otros apartados.

Sí bien esta clasificación de los trastornos sexuales, y en específico de las Disfunciones sexuales facilitó su estudio y abordaje, no representaba un gran avance con respecto a las clasificaciones de otros autores ya mencionados; aunque se debe reconocer que los términos como "impotencia" y "frigidez" han sido descartados.

Sin embargo, en la revisión realizada al DSM-III (1987) la agrupación y clasificación de los trastornos sexuales y en especial de las disfunciones sexuales se estructuran de mejor manera. La clasificación de Trastornos sexuales en el DSM-III-R es la siguiente:

) Parafilias (exhibicionismo, fetichismo, "frotteurismo", pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo transvestista, voyeurismo, parafilias no especificadas)

) Disfunciones sexuales.

Trastornos del deseo sexual:

Deseo sexual inhibido (hipoactivo).

Trastorno por aversión al sexo.

Trastornos de la excitación sexual:

Trastorno de la excitación sexual en la mujer

Trastorno de la erección en el hombre.

Trastornos del orgasmo:

Disfunción orgásmica femenina.

Disfunción orgásmica masculina.

Eyacuación precoz.

Trastornos sexuales por dolor:

Dispareunia.

Vaginismo.

Disfunción sexual no especificada.

) Otros trastornos sexuales:

Trastornos sexuales no especificados.

Como puede observarse, esta clasificación introduce las fases de la Respuesta Sexual humana, lo cual ayuda a definir, identificar y diferenciar a las disfunciones

Finalmente, en la versión del DSM-IV (1995) las disfunciones sexuales aparecen definidas con mayor precisión y estructuradas de forma tal que permite su mejor estudio, lo cual ha permitido un abordaje más amplio de las mismas. La clasificación de las disfunciones sexuales sigue apareciendo dentro del apartado de Trastornos Sexuales, el cual abarca tres áreas, las cuales son:

) Disfunciones sexuales: que consisten en la alteración del ciclo de la respuesta sexual o por dolor en el acto sexual. Estas disfunciones comprenden:

Trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo y trastorno por aversión al sexo)

Trastornos de la excitación sexual (trastorno de la excitación sexual en la mujer y trastorno de la erección en el varón)

Trastornos del orgasmo (disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina y eyaculación precoz)

Trastornos sexuales por dolor (vaginismo y dispareunia)

Disfunción sexual debida a enfermedad médica

Disfunción sexual inducida por sustancias

Disfunción sexual no especificada.

Parafilias: Se refieren a los impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, sujetos o situaciones poco habituales y que producen malestar o deterioro social, laboral o en otras actividades importantes en la vida del individuo.

Trastorno de la identidad sexual: Se refiere a la identificación intensa y persistente con el sexo opuesto, caracterizada además por un profundo malestar con el propio.

Es importante destacar que Álvarez-Gayou (1986) estudió la existencia de una disfunción sexual presente en la vida de las parejas y que no aparece registrada en las clasificaciones del DSM. a pesar de su importancia. Esta disfunción consiste en la insatisfacción persistente y recurrente de alguna de las partes por la diferencia en la frecuencia del deseo de tener relaciones sexuales; el nombre que se le ha dado es el de "disritmia". Si bien no es una disfunción sexual que no está explícitamente contemplada en el DSM-IV en particular, puede colocarse dentro del apartado de disfunciones o trastornos sexuales no especificados, ya que aquí se codifican los trastornos de la actividad sexual no clasificables en una de las otras categorías que se especifican.

Resulta también importante no dejar de lado la aportación de Masters, Johnson y Kinsey (1953), quienes al realizar invaluable estudios sobre la sexualidad humana y sus funciones. presentan una clasificación de éstas:

Trastornos sexuales en el hombre.

- a) Trastorno de la erección (impotencia).
- b) Eyaculación precoz o eyaculación médica.
- c) Inhibición de la eyaculación o eyaculación retardada.
- d) Coito doloroso o dispareunia.

Trastornos sexuales en la mujer.

- a) Vaginismo.
- b) Anorgasmia.
- c) Orgasmo rápido.
- d) Coito doloroso o dispareunia.

Estos autores también reconocen la existencia de la inhibición del deseo sexual y la aversión al sexo, para mujeres y hombres, que suelen presentarse en personas traumatizadas por haber sido objeto de abusos sexuales, aunque también existen otras causas.

Por otra parte, los estudios respecto a la etiología de las disfunciones sexuales se han dividido según factores biogénicos y psicogénicos, lo que permite un abordaje más amplio en cuanto a la intervención (Rubio y Díaz, 1994).

Cabe señalar que las disfunciones sexuales pueden ser primarias y secundarias, biogénicas y psicogénicas. Son primarias cuando la persona ha presentado alguna disfunción desde siempre; son secundarias cuando, después de haber llevado un funcionamiento sexual adecuado, la persona comienza a padecerlas. Son biogénicas cuando se descubre que la afección está originada por algún aspecto fisiológico como la alteración en la producción de hormonas, cuando son psicogénicas entonces se encuentran involucrados factores que competen a la psicología (Rubio y Díaz, 1994).

Masters, Johnson y Kolodny (1995) afirman que del 10% al 20% de los casos de trastorno sexual tienen causas de tipo orgánico (diabetes, alcoholismo, infecciones, neuropatías, drogas y fármacos). En cuanto al aspecto psicogénico o psicosocial se encuentran causas relacionadas a la evolución sexual del individuo (traumas sexuales, aversión al sexo, etc.), personales (ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, etc.) o interpersonales (mala comunicación, hostilidad, etc.).

Roldán (1998) realiza una clasificación de las causas de las disfunciones sexuales, señalando que éstas tienen un carácter multifactorial, partiendo de que la sexualidad reúne aspectos biológicos, psicológicos y sociales. De esta forma las causas son:

a) Causas biológicas: Sólo entre un 10% y un 20% de las disfunciones sexuales son causadas preponderantemente por factores orgánicos y un 15% por factores orgánicos

directos. Sin embargo, las causas biológicas casi no son frecuentes en las disfunciones sexuales. Algunas tienen que ver con la vejez o el embarazo.

b) Causas por angustia y ansiedad: Para estos casos, las disfunciones sexuales suelen producirse por la alteración de la angustia sexualmente desorganizada o defensas contra la misma igualmente desorganizadas, presentándose en momentos diferentes de la respuesta sexual normal, debido a antecedentes inmediatos y específicos que movilizan tal angustia. El estrés es un factor asociado a las disfunciones sexuales en hombres, en quienes su reducción juega un rol muy importante en el tratamiento de una disfunción sexual (Rust y Golombok, 1990).

c) Causas psicológicas: Las experiencias sexuales del sujeto, sus creencias y sus actitudes respecto al sexo, junto con su carácter y temperamento representan una función cognitiva, comportamental y condicionante de la vida actual del sujeto.

d) Causas sociales: La sexualidad suele experimentarse como algo reprimido por nuestra sociedad, por lo que factores como la información y la educación suelen quedar en un ámbito restrictivo y negador, lo que constituye frecuentemente un factor etiológico de las disfunciones sexuales. Esto también está en función del rol de género, tan determinante para la sociedad.

Actualmente ha resultado difícil la comprensión exacta de cómo los factores socioculturales originan trastornos sexuales en general, aunque se han encontrado altas correlaciones entre trastornos sexuales, procesos de evolución, rasgos psicológicos, pautas de conducta y dificultades de relación.

Las disfunciones sexuales también pueden ser estudiadas por su globalidad-situacional. Esto se refiere al tipo de circunstancias que rodea la aparición de las disfunciones. Es global cuando se presenta en todas las circunstancias de la vida del individuo, en las que se esperaría una respuesta sexual y ésta no aparece. Es situacional cuando la situacionalidad es muy específica (cierta persona, cierto lugar, etc.), apareciendo sólo en determinadas circunstancias (Rubio y Díaz, 1994).

Clinicos e investigadores interesados en la sexualidad humana consideran que las disfunciones sexuales están dentro del rango normal de la experiencia humana, y que su presencia en algún individuo no es indicativo de una psicopatología severa. De esta manera no es posible encontrar diferencias entre individuos con y sin disfunción sexual en términos de

sonalidad y experiencias de la vida (Leonard y Dorfman, 1996).

Esto mismo fue constatado en los estudios de Masters, Johnson y Kolodny (1995), quienes reconocen que muchas personas que padecen alguna disfunción sexual tienen una personalidad de lo más normal, sin indicios de enfermedades emocionales y con dificultades de explicación sencilla y clara.

Por otra parte, estos mismos autores destacan que de entre los factores que están relacionados con las disfunciones sexuales se encuentra la comunicación de la pareja, la cual cuando es deficiente irrumpe en la intimidad y facilita su permanencia. Esto mismo fue puesto en evidencia por los cubanos Hernández, Carnota y Rojas (1988), quienes estudiaron el rol de la comunicación defectuosa entre las parejas como un determinante de suma importancia en la etiología de las disfunciones sexuales; los intercambios mutuos abiertos y francos en relación a deseos y necesidades de cada una de las partes de la pareja fueron los ingredientes esenciales de una vida sexual armoniosa.

Con esto se pone en evidencia la correlación existente entre la vida sexual y la vida marital en general, entre las disfunciones sexuales y la marital (O'Gorman, Bownes y Anscombe, 1990). Y para los hombres en particular la disfunción sexual resulta ser un factor importante en el desacuerdo marital un poco más que para las mujeres (Rust y Golombok, 1990).

Otro de los factores que se ha reportado como asociado a las disfunciones sexuales es la edad. Schiavi, Schreiner, Mandeli, Schanzer (1990) examinan el efecto de la edad en el funcionamiento y conducta sexual en 65 hombres norteamericanos, encontrando una relación significativamente negativa entre la edad y el deseo sexual, la excitación y la actividad, y un incremento en la prevalencia de disfunción sexual con la edad.

Por su parte, Ventegodt (1998) en un estudio que realiza con ciudadanos daneses sobre sexualidad y calidad de vida, descubre que la calidad de vida de las personas con problemas sexuales fue inferior a la media (de 1.2 a 19.1%). es decir, que los problemas sexuales pueden ser síntomas de una calidad de vida más que problemas médicos propiamente dichos, que pueden atacarse con una terapia sexual apropiada.

A partir de los trabajos de Masters y Johnson (1966), la terapia sexual adquirió un carácter importante para la solución de las disfunciones sexuales, las cuales estaban encomendadas al área médica, especialmente a la psiquiatría, que no tenía un plan adecuado de abordaje. El método propuesto por Masters y Johnson se basa en una serie de ejercicios, los cuales fueron confeccionados después de haber estudiado a múltiples parejas en el acto sexual. Aunque la terapia sexual no es un método infalible, ha demostrado ser muy eficiente en muchos casos.

Estos mismos autores consideran importante la terapia sexual, debido a que cuando el funcionamiento sexual se convierte en un problema, puede ser fuente de ansiedad, angustia y frustración, lo que a menudo genera una sensación de malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales, como ya se ha visto. Pero para el varón, la presencia de disfunciones sexuales puede complicarse, ya que la suficiencia sexual de éste es considerada como un patrón con el que se mide su idoneidad como persona, como algo que pone en entredicho su virilidad.

2.1 Disfunciones Sexuales Masculinas.

Antes de iniciar con la definición de cada disfunción sexual masculina, cabe señalar que se ha tomado para los fines de esta investigación la clasificación de disfunciones sexuales propuesta por el DSM-IV (1995), agregando además la Disritmia propuesta por Álvarez-Gayou (1986), la cual se ha ubicado en los trastornos sexuales no especificados.

TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL.

Deseo sexual hipoactivo: Esta disfunción se caracteriza por la ausencia o deficiencia de las fantasías sexuales y del deseo de actividad sexual, de manera persistente y recurrente (DSM-IV, 1995). En este tipo de disfunción sexual suele mantenerse la capacidad de respuesta sexual física, el problema radica en la falta de interés de participar en el acto sexual: es decir, un bajo o un inexistente interés sexual (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). Debe destacarse que puede ser global, es decir, abarcar todas las expresiones de la sexualidad o bien

ar limitado a una situación concreta con la compañera o a una actividad sexual concreta. La disminución por el interés sexual se asocia evidentemente con problemas en la excitación e incluso con el orgasmo

Rubio y Díaz (1994) refieren que además de la ausencia o escasez de fantasías y deseos actividad sexual, en unos casos el deseo sexual hipoactivo se manifiesta por una falla en el iniciar la actividad sexual, mientras que en otros ocurre que simplemente no se tienen "ganas" tener una experiencia erótica con la compañera, presentándose así de manera persistente o corriente, causando malestar significativo en el sujeto. Ante esto cabe recordar que Masters, Johnson y Kolodny (1995) refieren que sólo se puede hablar de deseo hipoactivo (o inhibido, como ellos lo llaman) cuando la falta de interés no es una opción voluntaria, "sino un foco de malestar personal o en relación de pareja" (p.630).

Sin embargo, esta disfunción sexual no sólo se vuelve una situación incómoda para el sujeto, sino también para su pareja: aquellos suelen mostrarse indiferentes ante las situaciones de su pareja, cediendo una que otra vez a tener relaciones sólo para no dificultar convivencia.

Para Rubio y Díaz (1994), la etiología del deseo sexual hipoactivo en varones se caracteriza de la siguiente forma: 1) cuando la disfunción es secundaria (se presenta después de un periodo de funcionamiento normal) y global, tiene que ver con un trastorno afectivo, como la depresión; 2) cuando la disfunción es secundaria y selectiva (con una compañera en particular) se asocia con una alta frecuencia de conflictos de pareja.

Masters, Johnson y Kolodny (1995 y 1996) detectan causas tanto orgánicas como psicosociales de esta disfunción sexual. De entre las causas orgánicas encuentran a los estados anormales de hormonas, el alcoholismo, la insuficiencia renal, la farmacodependencia y drogadicción, además de otras enfermedades crónicas. Existen además serios trastornos cromosómicos que se hallan conectados con el escaso o nulo deseo sexual, como es el caso del síndrome de Klinefelter (el equivalente en hombres al Síndrome de Turner en mujeres). Otras condiciones como las que causan deficiencias de andrógenos también están relacionadas con el deseo sexual hipoactivo. Es importante destacar que existe un elemento biológico importante en el deseo sexual que no debe ser pasado por alto.

Sin embargo, estos autores destacan que cuando existe una ausencia de suficiencia de andrógenos (o de una grave enfermedad crónica), el deseo sexual es más un reflejo de fuerzas psicológicas que biológicas. La mayoría de los casos de deseo sexual hipoactivo tienen un origen psicosocial, siendo el reflejo de alteraciones como la depresión, traumas sexuales, bajo autoconcepto, baja autoestima, problemática de pareja, principalmente; también el deseo hipoactivo resulta una forma de combatir otra disfunción sexual preexistente, como quien encuentra en la inhibición del deseo una forma de evitar las consecuencias de una eyaculación precoz o un trastorno de erección.

Por otra parte, cabe señalar que la desconfianza o la hostilidad en la relación de pareja pueden ser un factor decisivo en los sentimientos sexuales hacia el compañero o la compañera, por lo que puede llevar a uno de los dos a negar las relaciones sexuales tanto como forma de castigo como para controlar o manipular al otro (Masters, Johnson y Kolodny, 1996).

Rubio y Díaz (1994), por su parte, destacan las causas psicogénicas y biogénicas más relevantes del Deseo Sexual Hipoactivo, las cuales se enuncian a continuación:

PSICOGÉNICAS	BIOGÉNICAS.
<i>Psicosis autistas.</i> <i>Trastornos esquizofrénicos juveniles.</i> <i>Trastornos graves de personalidad.</i> <i>Condicionamiento cultural.</i> <i>Identidad psicosexual difusa.</i> <i>Conflictos de identificación con las figuras parentales.</i> <i>Conflictos de dinámica de pareja.</i> <i>Conflictos edípicos.</i> <i>Conflictos con la intimidad.</i> <i>Aprendizaje familiar-cultural.</i> <i>Relación extramarital.</i> <i>Trastorno afectivo.</i> <i>Trastorno de ansiedad grave.</i> <i>Trastorno psicótico de inicio tardío.</i> <i>Antecedente de abuso sexual o violencia sexual o física.</i> <i>Trastorno paranoide celotípico.</i> <i>Desintegración relativa del erotismo.</i>	<i>Baja producción de testosterona.</i> <i>Enfermedades sistémicas(cáncer, desnutrición).</i> <i>Alteración del metabolismo de testosterona.</i> <i>Narcóticos y sedantes.</i> <i>Alcohol y algunos antidepresivos.</i> <i>Hiperprolactinemia.</i>

Trastorno por aversión al sexo: Consiste en la "aversión y evitación activa del contacto sexual genital con la pareja" (DSM-IV, 1995, p.511). El sujeto que la presenta experimenta un miedo irracional y una fuerte ansiedad no sólo al intentar una relación sexual con otra persona, sino también a la idea misma de llevarla a cabo. La aversión se centra en algún aspecto particular del sexo, como por ejemplo las secreciones vaginales para el varón; incluso el miedo está concentrado en la situación particular de la intimidad sexual que implica una u otra forma de contacto sexual físico. El sujeto reconoce que se trata de un miedo irracional, pero a pesar de la racionalización intelectual, es impotente para enfrentarse con la fobia.

En algunos sujetos la aversión y la repulsión se lleva a todos los estímulos eróticos, como los besos y contactos superficiales. La reacción del sujeto puede presentarse en diferente intensidad, desde una ansiedad moderada y una ausencia de placer, hasta un malestar psicológico extremo (p.e. un profundo terror a los contactos sexuales). En otras ocasiones se percute en manifestaciones sintomáticas de tipo fisiológico, como sudoración, náuseas, mareos, palpitaciones, desmayos y dificultades para respirar (Crenshaw, citado en Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Al igual que en todas las disfunciones sexuales, las relaciones interpersonales se alteran y se presenta una marcada insatisfacción en la pareja, llegando a provocar en muchas ocasiones la ruptura de la relación o bien una situación de tiranía (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Rubio y Díaz (1994) afirman que en la presencia del deseo sexual hipoactivo viene a ser una situación secundaria a la aversión. Para ellos la aversión al sexo integra las conceptualizaciones de fobias sexuales o evitación fóbica de la experiencia erótica.

Los sujetos con aversión al sexo suelen crear diferentes estrategias para evitar las situaciones de contacto sexual como acostándose pronto, descuidando el aspecto externo, bajando, exagerando las actividades laborales o sociales, o bien, tomando sustancias. En otras ocasiones, quienes tienen este tipo de disfunción sexual suelen permanecer solteros.

Masters, Johnson y Kolodny (1995) identifican algunas causas primarias del trastorno por aversión al sexo, las cuales se citan textualmente a continuación: "1) actitudes muy negativas de los padres hacia todo lo relacionado con la sexualidad; 2) antecedentes de algún

uma sexual (p.ej., violación, incesto); 3) una pauta de constante apremio sexual por el otro miembro de la pareja en el marco de una relación convivencial duradera; y 4) confusión de la identidad de género en los hombres " (p.632).

Los casos por aversión al sexo se presentan dos o tres veces más en las mujeres que en hombres. La edad en la que se ha detectado va de los 20 a los 40 años de edad. También se encontrado en los adolescentes, sin embargo muchos profesionales de la salud lo manejan como problemas de orientación, pero con el paso del tiempo el problema se va perfilando daderamente como una aversión al sexo. (Masters, Johnson y Kolodny, 1996).

Es frecuente observar que este tipo de trastorno se presenta con una alta incidencia en personas víctimas de abuso sexual durante la infancia, o bien suele ser el resultado de varias experiencias sexuales repetidamente desagradables. El sujeto evita las relaciones sexuales con finalidad de evitar el dolor, las situaciones violentas o generadoras de ansiedad. "Si esta evitación basta para mantenerlos apartados de los resultados desagradables, la situación nunca progresa hasta una fobia al sexo, aunque puede adoptar la forma de deseo sexual inhibido ... o posiblemente evolucionar hasta la depresión. Cuando evitarlo no es suficiente para protegerse entran en juego los medios de evitación más extremos que proporciona la fobia" (Masters, Johnson y Kolodny, 1996, p 93)

TRASTORNOS DE LA EXCITACIÓN SEXUAL.

Trastorno de la erección en el varón: Se refiere a la incapacidad, persistente o intermitente, que tiene el individuo para obtener y mantener una erección adecuada hasta el final de la actividad sexual (DSM-IV, 1995).

Fernández, Ponce, Jiménez y Hernández (1994) agregan otros elementos y definen a la disfunción sexual como la "Incapacidad del hombre de obtener o mantener una erección de suficiente rigidez como para lograr una penetración vaginal satisfactoria hasta el orgasmo y la eyaculación por lo menos en el 50% de las relaciones sexuales en el transcurso de tres meses." (p.34)

Muchos de los que padecen este trastorno se experimentan como incapaces, débiles y fracasados. Estos sujetos suelen culpar a la pareja (p. ej. su físico, sus técnicas eróticas, etc.) o

algún problema físico o laboral, desprendiéndose así de toda responsabilidad y eludiendo el catarse de que el problema sí tiene mucho de personal. Se le considera una experiencia estruendosa, humillante y traumatizante. Una secuencia común es una depresión secundaria, aunque la depresión puede causar también el problema. Este trastorno puede ejercer un efecto negativo sobre el matrimonio pero también puede ser producto de una relación destructora.

Algunos sujetos reportan la incapacidad para obtener la erección desde el inicio de la actividad sexual, otros la obtienen en el inicio pero la pierden al intentar la penetración. Otros la pierden la erección antes o durante los movimientos coitales posteriores a la penetración. Algunos sólo logran la erección durante la masturbación o al levantarse. Este trastorno se asocia a una ansiedad sexual, miedo, fracaso, preocupaciones sobre el funcionamiento y a una disminución subjetiva de las sensaciones de placer y excitación. Aquellos sujetos que presentan cambios alterados del ánimo (p.e. depresión) y abuso de sustancias presentan este trastorno. Pero aquellos sujetos que han presentado esta dificultad de manera primaria, es decir, de toda la vida, padecen un trastorno crónico para siempre. (DSM-IV, 1995).

Por mucho tiempo este trastorno ha sido conocido como "impotencia", término que no define claramente el trastorno al que se refiere. Hablar de "impotencia" involucra además del trastorno de la erección, otros trastornos o disfunciones sexuales del varón como la eyaculación precoz, así que las técnicas terapéuticas no siempre eran eficaces, debido a la ambigüedad del término. Otro término confuso utilizado años atrás fue el de "insuficiencia sexual" que incluía el trastorno de la erección y a la eyaculación precoz (Gindiu y Huguer 1993).

Para Kaplan (1978), aproximadamente la mitad de la población masculina ha experimentado alguna vez episodios transitorios de falta de erección. Cuando la situación se presenta de manera primaria o secundaria, pero persistente y recurrente, hay indicios de una patología significativa que dista de ser frecuente.

Ventegodt (1998), realizó un estudio con 2460 ciudadanos daneses de ambos sexos de entre 18 y 88 años de edad, para indagar aspectos de la vida sexual, como las disfunciones. En este estudio Ventegodt encontró que aunque se presentaban problemas sexuales en todas las edades, los sujetos mayores presentaron disfunción eréctil en mayor proporción que los sujetos más jóvenes (5.4%). Estos resultados apoyaron aquellos presentados por Fernández, et al.

94) quienes en el Centro Nacional de Estudios Sexuales de La Habana, Cuba, estudiaron casos; encontraron que el riesgo de padecer este problema se eleva a partir de los 46 años de edad.

Ware (1998) afirma que a pesar de la importancia ideológica de fracasar en el coito, ante la incapacidad para obtener o mantener una buena erección, un exitoso encuentro sexual requiere más que un pene en erección, por lo que una valoración completa del paciente hace imprescindible; parte de esta valoración debería estar determinada por el qué tan bueno es el funcionamiento del pene del sujeto. El mismo autor afirma que las erecciones ocurren normalmente bajo dos situaciones, la primera es durante la excitación sexual y la segunda es durante el sueño en el momento de los movimientos oculares rápidos (MOR). Durante este último período la actividad cerebral se incrementa y la presión sanguínea aumenta junto con movimientos irregulares del corazón, es el momento de los sueños y de erecciones del pene.

En base a esto último, Ware (1998) encontró que existe una fuerte (pero no perfecta) relación entre las erecciones en la fase MOR del sueño y la habilidad para funcionar sexualmente. El monitoreo de estas erecciones permite medir objetivamente la capacidad erectil. Sin embargo, cabe aclarar que la contribución de Ware se enfoca más a la determinación patofisiológica de los problemas de erección, siendo su método insensible a la detección de los factores psicológicos.

Es por ello de suma importancia hablar de ciertas causas del trastorno de la erección. Existen diversas causas de tipo orgánico que suelen combinarse para la aparición de este trastorno, las cuales pueden ser vasculares (insuficiencia sanguínea en los cuerpos cavernosos del pene), neurológicas (provocadas por diabetes, alcohol o enfermedades neurológicas), hormonales (falta de testosterona o exceso de prolactina), farmacológicas (sustancias inhibitorias como el alcohol) y urológicas (como ciertas patologías locales de los órganos sexuales). (Masters, Johnson y Kolodny, 1996)

Las causas psicológicas resultan más difíciles de clasificar, debido a su complejidad. Pero que salen a la luz cuando se ha descartado cualquier tipo de causa orgánica. En términos generales se puede decir que la causa psicológica está caracterizada por una inhibición emocional que bloquea la actividad fisiológica común para que se presente la erección.

Rubio y Díaz por su parte (1994) proporcionan algunas causas tanto psicogénicas como orgánicas de los trastornos de la excitación, las cuales son:

PSICOGÉNICAS	BIOGÉNICAS
bloqueo psicológico o cultural para experimentar sensaciones excitantes. conflictos de identificación psicosexual. conflictos con dar y recibir placer. conflictos edípicos. referencia de autoerotismo. comunicación erótica ineficaz. conflictos en la dinámica de pareja. angustia anticipatoria. sentimientos de culpa/minusvalía. pareja demandante. traumas sexuales previos. infidelidad real o figurada.	Vascularización deficiente. Lesiones medulares sacras. Baja producción de testosterona. Estradiol elevado en hombres. Prolactinomas. Vasculopatía diabética, alcohólica, vasculitis. Neuropatía alcohólica y diabética. Lesiones y tumoraciones medulares Narcóticos, alcohol.

Sin embargo, Fernández, et al (1994) señalan que en los primeros estudios de esta disfunción sexual se atribuía en un más del 90% de los casos a factores psicológicos. En la actualidad se estima que el 50% se debe a causas orgánicas, de entre la que destaca la insuficiencia arterial del sistema hipogástrico-pudendo-cavernoso.

TRASTORNOS DEL ORGASMO.

Trastorno Orgásmico Masculino: Es una disfunción sexual caracterizada por la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación adecuada (ASM-IV, 1995). El sujeto tiene problemas para llegar al orgasmo durante el coito, pudiendo alcanzar con otro tipo de estimulación, como el sexo oral o la masturbación. Los mismos sujetos refieren sentir excitación al inicio de la relación, pero conforme ésta avanza, el coito se vuelve desagradable. Es importante aclarar que este trastorno puede presentarse junto con otro trastorno sexual, como el trastorno de la erección, en donde el sujeto refiere que logra obtener una buena erección, pero durante el coito la pierde, siendo incapaz de experimentar orgasmo.

Masters, Johnson y Kolodny (1995 y 1996) no hacen alusión directa a este tipo de disfunción, sino que mencionan una con el nombre de *Inhibición de la Eyaculación*, que consiste en la incapacidad para eyacular dentro de la vagina a pesar de tener una erección normal. Muchos de los sujetos que estos autores estudiaron con este tipo de alteración afirmaban nunca haber eyaculado sino sólo durante poluciones nocturnas, mediante la masturbación, o por estimulación no coital.

Sin embargo, Rubio y Díaz (1994) reportan que el sujeto con un trastorno orgásmico sí puede tener un proceso eyaculatorio normal, pero no logran experimentar el componente emocional placentero típico de la experiencia. Las causas psicogénicas y biogénicas a las que se refieren son:

PSICOGÉNICAS	BIOGÉNICAS
Falta de desarrollo del erotismo. Conflicto ante la autoexploración y la percepción del placer. Sobrecontrol en el acto sexual/ Incapacidad para abandonarse a las sensaciones. Conflicto ante dar y recibir placer. Conflicto de autoestima o culpa. Regresión pasiva ante la pareja. Mala comunicación erótica. Infidelidad. Autoobservación obsesiva. Descompensación de conflictos para experimentar placer en compañía. Reactivación de conflictos edípicos.	Disgenencia de nervios pélvicos. Sección traumática a temprana edad. Ansiolíticos y antidepresivos. Neuropatías diabética y alcohólica. Traumatismo quirúrgico. Lesiones raquídeas inferiores. Neuropatías desmielinizantes.

Eyaculación Precoz: Este tipo de disfunción sexual, tan conocida en nuestra sociedad, consiste en la aparición de un orgasmo y eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que el sujeto lo desee (DSM-IV, 1995).

La eyaculación precoz es la disfunción sexual masculina más corriente, y una de las más

habilidades de resolver, casi todos los hombres que padecen este problema saben que lo tienen (Masters, Johnson y Kolodny, 1996). Sin embargo, durante mucho tiempo la eyaculación precoz fue considerada como un subtipo de la impotencia, impidiendo un abordaje terapéutico adecuado y efectivo. Así que esta disfunción sexual ha recorrido un gran camino para su conceptualización y entendimiento.

Gindin y Huguet (1993) refieren que durante los años cuarenta algunos autores clasificaban como superhombres a los que hoy se consideran eyaculadores precoces, pues el eyacular era lo que contaba para cumplir con la vida (con los fines meramente reproductivos), e importar lo demás, *"sólo con el cambio de rol de la mujer en la sociedad y por ende de su lugar en la sexualidad empieza a desarrollarse un interés por parte de la ciencia en observar cómo coincide en la sexualidad de la mujer la velocidad en eyacular del hombre"* (p.100).

Es así que Masters y Johnson (1966), al estudiar la fisiología de la respuesta sexual humana, llegaron a la conclusión de que la eyaculación precoz era un problema tal que requería un tratamiento especializado. Estos autores determinan que un hombre puede ser considerado eyaculador precoz cuando, durante la introducción vaginal, no puede controlar la eyaculación por un período suficiente para satisfacer a su pareja en el 50% de sus actos sexuales y que el tener una pauta prolongada de eyaculaciones claramente rápidas es el distintivo de esta disfunción sexual.

Kaplan (1978) por su parte categoriza a la eyaculación precoz como una disfunción sexual masculina junto con otros trastornos sexuales: el eyaculador precoz no tiene la capacidad de decidir, dentro de un rango de tiempo razonable, el momento de la eyaculación, pudiendo parecer como consecuencia de una angustia anticipatoria, de la evitación de la fase del deseo y del desencadenamiento de un conflicto de pareja que provoca un círculo vicioso.

Todos estos autores dieron la pauta para considerar que el control del reflejo eyaculatorio por un tiempo prolongado permite un placer menos tenso y mutuo y un enriquecimiento del coito marital. El objetivo de la relación sexual dejaría de ser únicamente el reproductivo; ahora también importaría el extender al máximo el goce del acto hasta llevarlo a la culminación placentera de ambos miembros de la pareja.

Por otra parte, es importante destacar que este tipo de disfunción sexual se observa en hombres jóvenes y se da en las primeras experiencias sexuales, ya que el sujeto va aprendiendo a controlar el reflejo eyaculatorio y aprende a percibir sus sensaciones premonitorias del orgasmo, así que el problema será de mejor pronóstico cuanto más temprano sea abordado.

Para muchas parejas la eyaculación precoz no es siempre un problema, pues prefieren el sexo rápido y apasionado o simplemente el sexo rápido. Las variables culturales, educativas y socioeconómicas juegan un papel importante en la determinación de si una pareja considera como problema la frecuente eyaculación rápida del hombre.

Es por este motivo que Rubio y Díaz (1994) proponen unos criterios para un adecuado diagnóstico de la disfunción:

Si el varón no ha desarrollado la habilidad de controlar su reflejo eyaculatorio.

Satisfacción de la pareja cuando menos en el 50% de las relaciones.

Estos mismos autores exponen las siguientes causas de la eyaculación precoz:

<i>PSICOGÉNICAS</i>	<i>BIOGÉNICAS</i>
<i> Falta de desarrollo del erotismo. Reflejo orgásmico mal integrado por falta de reconocimiento de sensaciones. Conflicto para experimentar placer. Angustia anticipatoria/desempeño. Bloqueo de percepción de sensaciones. Conflicto en la intimidad. Conflicto edípico. Conflicto en la dinámica de pareja. Infidelidad real o figurada. Vivencia culpígena del placer. Trastorno de identificación psicosexual. Miedo al abandono. </i>	<i> Enfermedades desmielinizantes. Deficiente aporte arterial. Prostatitis/epididimitis/uretritis Neuropatía diabética y alcohólica. Fármacos alfa-adrenérgicos </i>

Gindin y Huguet (1993) también proponen un listado de causas de la eyaculación precoz, la cual es:

- 'a) Ausencia de control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio
- b) Disminución de las sensaciones placenteras del orgasmo

- c) Les sucede siempre o casi siempre, y con todas o casi todas sus compañeras.
- d) La ansiedad es el acompañante permanente de las personas que padecen este síntoma.
- e) La eyaculación sucede generalmente al introducir o intentar introducir el pene en la vagina, o a los pocos segundos.
- f) Estas personas obtienen u obtuvieron en el pasado mucho mejor control de la eyaculación con autoestimulación o durante el juego previo al coito.
- g) Relatan disminución o ausencia de la percepción de las sensaciones eróticas una vez que se sienten sexualmente excitados." (p. 120)

Los sujetos con eyaculación precoz suelen presentar una angustia anticipatoria que en muchas ocasiones suelen confundir con excitación sexual; la excitación acompañada por ansiedad desencadena una eyaculación rápida. En los casos más extremos, la ansiedad llega a ser tan grande que suelen eyacular aún sin una verdadera erección. Así que un tratamiento para estos sujetos requiere abordar tanto la ansiedad como el mal aprendizaje del control eyaculatorio.

Los eyaculadores precoces también presentan una evitación de la fase de excitación. Operando poder durar más en el coito, sin embargo la falta de juegos sexuales previos y un coito sin fase de excitación tiene el efecto contrario al que ellos esperan y produce una inevitable eyaculación rápida, es así que las técnicas de terapia sexual incluyen precisamente pasar por un largo período de juegos sexuales para aumentar las posibilidades de una buena excitación. En muchas otras ocasiones, el eyaculador precoz no sólo evita la fase de excitación, sino el coito mismo.

Mientras que la eyaculación precoz es una disfunción sexual masculina, frecuentemente para la mujer le provoca una fuerte angustia sexual, por lo que suelen evitar las relaciones sexuales para minimizar la problemática, lo cual suele empeorar la situación. El eyaculador precoz se enfrenta a serios conflictos conyugales que provocan un círculo vicioso donde el evitar el coito y los juegos sexuales provoca mayor ansiedad; las interacciones con la pareja juegan un papel muy importante en la evolución del problema y en su posibilidad de solución. Mujeres que ejercen una presión exagerada sobre sus compañeros, hombres que no encuentran a sus parejas atractivas, mujeres que no son entusiastas en el sexo, falta de comunicación.

stinidad y lucha de poder y la falta de información sexual, son factores que aparecen en la a de pareja que están altamente asociados a las problemáticas sexuales, especialmente a la eyaculación precoz (Zielberg, 1992).

Los eyaculadores precoces dan diversos intentos de compensación como el fingir orgasmos, o estimular manualmente a la pareja. Los intentos más comunes utilizados por los eyaculadores precoces para prolongar y controlar la eyaculación son: masturbación antes del encuentro sexual, tener un segundo coito, uso de cremas con anestésicos, utilizar posiciones menos estimulantes, interrupción del coito por varios minutos y volver a retomarlo, recurrir a ensayamientos distractivos, uso de drogas o condones, etc. (Zielberg, 1992).

Con frecuencia los eyaculadores precoces tienen una autocrítica excesiva, sentimientos de culpa y una marcada depresión que expresa la angustia frente al problema.

A consecuencia de todo esto, los eyaculadores precoces gozan muy poco con sus experiencias sexuales, pues siempre existe la preocupación para encontrar la mejor técnica para controlar la eyaculación. Evitan todo juego amoroso sobre sí mismos y tratan de introducir el pene lo más rápido posible para evitar eyacular antes de su introducción. Se especializan en encontrar técnicas para hacer sentir placer a sus parejas y ellos se evitan a sí mismos esta estimulación. Así que no se erotizan lo suficiente y la situación conal es siempre ansiosa. Si el sujeto continúa con esto, con el paso de los años va retirándose de toda actividad sexual ante la falta de placer en el coito.

TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR.

Dispareunia: Esta disfunción sexual consiste en el dolor experimentado en los genitales durante el coito, aunque puede aparecer antes o después de la relación sexual (DSM-IV, 1995).

Este es un trastorno que se observa más frecuentemente en la mujer, y no es común o frecuente que se observen estos casos, especialmente de varones, en los centros de salud mental, ya que los sujetos recurren a instituciones de primer nivel para su tratamiento.

El dolor suele experimentarse en el pene y en menor medida en los testículos o en los órganos internos. Sin embargo Rubio y Díaz (1994) aseguran que la dispareunia tiene una

plificación biogénica, y Masters, Johnson y Kolodny (1995) no descartan problemas de la próstata o de la vesícula seminal. Aún así, la categoría para la dispareunia psicogénica aparece en la mayoría de las clasificaciones de disfunciones sexuales.

Una de las consecuencias de la dispareunia es que el dolor genital puede provocar la evitación de las relaciones sexuales, convirtiéndose así en un problema mayor tanto para el sujeto como para la pareja.

TRASTORNO SEXUAL NO ESPECIFICADO

Disritmia: Esta disfunción "...consiste en incremento en uno de los miembros de la pareja...manifestada por la insatisfacción que provoca a uno de los miembros de la pareja que otro desee demasiado o no las relaciones." (Álvarez-Gayou, 1986; p. 66). Como todas las demás disfunciones, ésta suele presentarse de manera persistente y recurrente, causando malestar no sólo en una parte de la pareja, sino en ambos. Este tipo de disfunción sexual no se encuentra presente en la mayoría de las clasificaciones de las disfunciones sexuales, pues éstas se enfocan más a las disfunciones de cada sujeto, mientras que la disritmia viene a ser efecto directo de la vida en pareja.

Haciendo nuevamente alusión al trabajo de prevalencia de disfunciones sexuales en el Instituto Nacional de Perinatología, realizado por Sánchez, Morales, González, Souza y Romo (1997), estos autores encontraron que del grupo de pacientes con disfunción sexual (202 pacientes femeninas, el 52% de la muestra) el 23.4% (90 pacientes) presentaron disritmia, siendo ésta la disfunción sexual de mayor prevalencia entre todas. Estos datos significativos cobran gran importancia si se considera que la disritmia es una disfunción sexual que involucra directamente a las dos partes de la pareja.

Las causas más frecuentes de esta disfunción sexual, se encuentran relacionadas a problemas de estructura de la misma pareja que invaden todos los ámbitos, entre ellos el sexual. La disritmia puede también ser consecuencia de otra disfunción sexual, como el deseo sexual hipoaactivo, que en la vida conyugal no sólo afecta a quien directamente lo padece, sino a otra parte de la pareja cuyo funcionamiento sexual es adecuado.

Después de exponer las principales disfunciones sexuales que experimenta el varón, señalar que se han creado algunas técnicas de intervención para contrarrestarlas. Estas van desde la medicación (cuando el origen es biogénico) hasta la terapia sexual de carácter psicológico (cuando el origen es psicogénico), cuyos principales representantes son Masters y Johnson (1966, 1995 y 1996) y Helen Kaplan (1978 y 1993)

2.2 Terapia Sexual

La Terapia Sexual es un campo en el que han intervenido diversas especialidades, entre ellas la psicología. Pero fue a partir de los trabajos de Masters y Johnson (1966) que se empezó a definir, constituyéndose el suyo como el enfoque más original de la época para el tratamiento de los problemas sexuales.

Aunque no es un método infalible, la terapia sexual ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de las disfunciones sexuales, especialmente cuando no son consecuencia de algún trastorno mayor, como es el caso de la psicosis o de alguna enfermedad médica con repercusiones psiquiátricas. Los diversos terapeutas sexuales suelen diferir en los objetivos específicos de la terapia sexual, sin embargo coinciden en que la finalidad es el adecuado funcionamiento sexual. Algunos van más allá y abordan aspectos como la comunicación en la pareja, el conflicto y la autoestima.

En el campo de la terapéutica sexual, los trabajos de la psiquiatría dejaron abordajes terapéuticos complejos que no siempre resultaban exitosos, especialmente porque no existía una definición clara de las disfunciones sexuales, como por ejemplo la ambigüedad en los términos de "impotencia" y "frigidez". Es gracias a los diversos trabajos en materia de salud sexual que se han planteado diversas propuestas de terapia sexual, que van encabezadas por la obra de Masters, Johnson y Kolodny (1995 y 1996).

Estos autores (1995) plantean su terapia sexual a base de ejercicios de focalización grupal. Estos autores trabajaban con los pacientes varias veces a la semana; es un trabajo con la pareja y con dos terapeutas (un hombre y una mujer). Abordan además aspectos que

icien una buena comunicación marital, la cual cuando no es eficiente desemboca inevitablemente en el origen y/o mantenimiento de los problemas sexuales.

Otras características sobresalientes de la propuesta de Masters, Johnson y Kolodny 5) son:

- a) La terapia sexual es individualizada.
- b) Se toma a la sexualidad como una función natural regida por respuestas reflejas.
- c) La terapia es escalonada, se trabaja con la pareja eliminando apremios y simplificando sus expectativas.
- d) Se descarga de todo sentimiento de culpa a cada parte de la pareja.
- e) Se instruye a la pareja que la sexualidad es sólo un factor más en la relación vivencial.

Otra técnica muy conocida en el campo de la investigación sexológica es la que pertenece a Helen Kaplan (1993). La destacada psiquiatra integra algunos métodos de Masters y Johnson y postula que un trastorno sexual es producto de múltiples niveles causativos, unos accesibles y otros más remotos. Su tendencia psicoanalítica le permitió desarrollar una terapia sexual novedosa, la cual bautizó como la Nueva Terapia Sexual. El objetivo primordial de la terapia es eliminar la disfunción sexual del paciente y permitirle que su sexualidad se desarrolle libremente ". *...sus objetivos se limitan esencialmente al alivio de los síntomas sexuales del paciente... se aparta de las técnicas tradicionales por emplear una combinación de experiencias sexuales prescritas y de psicoterapia.*" (Kaplan, 1993, p.267).

El primer objetivo de la Nueva Terapia Sexual es el modificar las causas más inmediatas y las defensas contra la sexualidad. La estructura más remota, la de los conflictos inconcientes, simplemente se toca en la medida en que es necesario para aliviar la disfunción sexual o para asegurarse de que el sujeto no volverá a recaer y las respuestas sexuales se vean protegidas de la influencia de estructuras inconcientes. Es así que la terapia sexual finaliza cuando desaparecen las dificultades tanto en el sujeto como en la pareja y cuando los factores exactamente responsables se han identificado y se han resuelto de tal forma que se garantice un funcionamiento sexual permanente en grado razonable (Kaplan, 1993)

Otra aportación destacada para el tratamiento de las disfunciones sexuales proviene de la corriente conductista, la cual tiene como principio el analizar cuidadosamente el problema en su totalidad y utilizar refuerzos positivos y negativos adecuados al caso del que se trata. Se utilizan técnicas de desensibilización sistemática, prácticas de masturbación dirigida, entre otras. La terapia de Masters y Johnson recibió gran influencia de esta corriente. (Masters, Johnson y Johnson, 1995).

Por otra parte, las técnicas sexuales actuales aplicadas al tratamiento de las disfunciones sexuales en el Instituto Nacional de Perinatología (Sánchez, 1995) son una combinación gradual de interacciones sexuales estructuradas sistemáticamente para resolver problemas sexuales específicos y sesiones psicoterapéuticas que intentan modificar los impedimentos psicológicos inconcientes que se oponen al funcionamiento sexual, las parejas se incluyen primero a estas sesiones con el objetivo de trabajar la dinámica y después se incluyen en la terapia sexual, excepto cuando es claro que el problema está vinculado a factores inconcientes.

Como se mencionó al inicio de este apartado, la terapia sexual no es un método viable, sin embargo, la diversidad de aportaciones terapéuticas realizadas por autores como los ya mencionados, nos hablan de un gran avance en materia de salud sexual, debido a que los problemas sexuales ahora tienen una amplia gama de tratamientos profesionales que contrastan con la visión oscurantista que se tenía en el pasado respecto a la sexualidad.

Los avances en la conceptualización y estudio de las disfunciones sexuales, ha recorrido un largo trayecto que no se puede decir que ha finalizado, sin embargo nos sitúa en una situación de avance científico con todas las ventajas que ello acarrea. En la medida en que se sigue investigando en torno a las disfunciones sexuales en nuestro país, se podrán eliminar diversos tabúes de la sociedad, educándola para que pueda desarrollar una adecuada sexualidad y se pueda disfrutar con la pareja y que favorezca la salud general del sujeto.

A manera de conclusión se puede decir que las disfunciones sexuales son un verdadero problema en el desarrollo de la sexualidad que tienen un origen multifactorial. Su presencia en el sujeto causa malestar, por lo que los profesionales de la salud deben abordarlas haciendo uso de las diferentes propuestas de terapia sexual existentes y propiciando los estudios e investigaciones de campo que promuevan métodos adecuados a las condiciones socioculturales

CAPÍTULO 3

ASERTIVIDAD

muchos problemas sexuales tienen sus raíces en el estilo pasivo, no asertivo y manipulativo de la pareja sexual." (Smith, 1983)

Durante la interacción con los otros sujetos humanos se llevan a cabo diversos comportamientos, que tienen como finalidad alcanzar lo que se desea y cubrir las necesidades que se estén presentando. Sin embargo, no toda la gama de comportamientos permiten alcanzar el fin.

La asertividad es un tipo de comportamiento y habilidad que facilita dicho fin y cuyo estudio se ha venido incrementando en el ámbito de la psicología y de las relaciones personales. La aplicación práctica se encuentra centrada en el llamado "entrenamiento asertivo", el cual ha sido retomado por diversos enfoques psicológicos para enriquecer sus técnicas terapéuticas.

El entrenamiento asertivo fue originalmente una técnica de terapia conductual, que surgió del trabajo realizado por Pavlov, Satier y Wolpe; este último fue el primer conductista que utilizó el término "asertividad". El desarrollo del entrenamiento asertivo es obra de Alberti, Emmonds, Lazarus y Fensterheim (citados en Rees y Graham, 1991). El enfoque conductual destaca a la asertividad (o en su caso la no asertividad) como resultado del aprendizaje de la observación de modelos significativos que la presentan, "...la conducta asertiva no ha sido inventada; ésta fue parte de la conducta humana mucho antes de que el término 'asertiva' fuera aplicada a ésta." (p.8)

Otro enfoque, el cognoscitivo se interesa en el adiestramiento asertivo, enseñando la diferencia entre asertividad y agresión, identificando y aceptando los derechos del humano y, además, trabajando para reducir los obstáculos cognoscitivos y afectivos que impiden actuar

tivamente.

No obstante, el estudio de la asertividad se formalizó en los años setenta, y fue adoptada adelante como técnica para la psicoterapia y para la autorrealización del humano por el enfoque humanista. Se busca el hacer valer los derechos humanos en cualquier momento en que se dé la interacción con los otros.

Actualmente es un hecho que la mayor parte del entrenamiento asertivo involucra la inclusión de técnicas de la psicología humanista (Rees y Graham, 1991).

Sin embargo, "En la actualidad los modelos teóricos que abordan el tema de la asertividad siguen siendo los mismos; con un auge en investigaciones centradas en la utilización de instrumentos para la medición de la asertividad y en la implementación del entrenamiento asertivo" (Flores, 1994, p.5).

De ahí que el foco de la asertividad es el aprendizaje de técnicas, no una explicación de por qué o por qué los sujetos se comportan de determinada manera. El entrenamiento asertivo es un entrenamiento más que una terapia.

En diversas poblaciones y culturas, especialmente en nuestro país, el entrenamiento asertivo se ha venido incrementando en los últimos años debido a las siguientes razones:

El cuestionamiento de la autoridad y el autoritarismo.

El crecimiento del movimiento de las mujeres.

Los cambios sociales que afectan las relaciones entre hombres y mujeres.

El crecimiento del consumismo que implica el tener lo que se desea.

La influencia de la cultura e ideas norteamericanas.

(Rees y Graham, 1991).

De manera concreta, la asertividad se ha venido entendiendo como una actitud y una habilidad de actuar en cualquier situación donde se requiere:

Expresar los propios sentimientos.

Pedir lo que se quiere.

Decir no a algo que no se quiere. (Bourne, 1995)

La conducta asertiva capacita a un sujeto para tener la mejor oportunidad de obtener los

limitados que desea, mientras mantiene el autorrespeto y el respeto a los otros. Las opiniones, sentimientos y creencias propias se valoran tanto como el de los otros, estando en continuo contacto con las propias necesidades y deseos.

La respuesta asertiva permitirá al sujeto hacer valer sus derechos de manera directa, sin ar a los otros ni a sí mismo. De ahí que Salmurri (1991), con respecto a la asertividad, define: "Se define asertividad como aquella habilidad personal que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin ar ni desconsiderar los derechos de los demás."

Algunos de estos derechos (que también implican responsabilidades), mencionados por mismo autor son:

Derecho a tener y cambiar de opinión.

Derecho a tomar decisiones propias.

Derecho a cometer errores, y por tanto a decidir, aún a costa de equivocarse.

Derecho a ser tratado con respeto.

Derecho a decir NO y no sentirse culpable por ello.

Derecho a tener y expresar los propios sentimientos.

Derecho a pedir información.

Derecho a poder reclamar los propios derechos.

Azais y Granger (1995), por su parte, definen a la asertividad como un concepto multidimensional utilizado para describir el funcionamiento social de los sujetos, desde la adaptación normal hasta los malestares patológicos de la ineficacia social.

Flores (1994) por su parte, después de realizar un estudio sobre la asertividad en la población mexicana, elabora una definición que la explica de una manera más completa:

Asertividad es la habilidad verbal de expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones tanto positivos como negativos, así como también el establecimiento de límites de manera honesta y oportuna respetándose a sí mismo como individuo y a los demás durante la interacción social. Entendiéndose a ésta como: a) relaciones o situaciones de la vida cotidiana en donde existe una interacción con desconocidos. b) relaciones afectivas en donde existe una interacción con

sonas involucradas sentimentalmente, es decir, familia, pareja y amigos y c) relaciones
c) relaciones de tipo asertivo-laboral en donde la interacción se da con autoridades y compañeros en un contexto
cultural determinado." (p.133)

Esta última definición aporta el conocimiento de que la asertividad no es un rasgo que se
encuentra aislado de la personalidad, sino que interactúa dentro de una situación o contexto
cultural determinado. La misma autora refiere que en algunas circunstancias se podrá ser
asertivo y en otras no; además, en ciertas culturas la actitud asertiva tiene diferentes efectos, es
decir, en algunas será un estilo de confrontación deseable, pero en otras no. De ahí que el
contexto cultural es de vital importancia para la manifestación de las conductas asertivas.

Por otra parte, el concepto de asertividad no es universal, por lo que resulta necesario
definirla al definirse ésta esté de acuerdo a las necesidades y a la cultura particular. No hay una
definición de asertividad aceptada de manera general, habiendo incluso amplias diferencias en
los procedimientos utilizados por diferentes entrenadores asertivos (Rees y Graham, 1991).

Es por ello que en el estudio y entrenamiento de la asertividad se debe tener en cuenta
los factores culturales:

Cada cultura y subcultura tienen diferentes actitudes, socialización y expectativas acerca de
la asertividad.

La asertividad es un concepto multidimensional que tiene un número diferente de
dimensiones y factores.

La asertividad está determinada por aspectos situacionales e interactúa con variables socio-
demográficas propias de los sujetos.

Las ventajas y beneficios del actuar asertivamente se hacen evidentes cuando se estudian
y se comparan los estilos de comportamiento más comunes entre los sujetos diferentes al
asertivo; especialmente porque la asertividad como estilo de confrontación entre los mexicanos
no es muy usual, sino que por el contrario se utilizan la manipulación y/o abnegación en las
relaciones interpersonales.

Algunos de estos estilos de comportamiento, según Bourne (1995) son:

No asertividad o sumisión: Este comportamiento involucra el ceder a las preferencias de

alguien más, devaluando los propios derechos y necesidades. La conducta sumisa también incluye sentimientos de culpa cuando no se intenta el pedir lo que se quiere. El sujeto sumiso no se siente generalmente satisfecho, sino que se muestra inseguro y poco aceptado por los otros (Salmurri, 1991). Su objetivo es apaciguar a los demás y evitar conflictos a toda costa; aunque es común que el sujeto no asertivo, después de varias situaciones, termine por estallar. Sin embargo, es importante señalar algunos hallazgos recientes en este punto, aunque la dependencia en adultos está ligada con la pasividad y la sumisión para teóricos, clínicos e investigadores, Bornstein, Riggs, Hill y Calabrese (1996) reportan que se ha acumulado evidencia que sugiere que en determinadas situaciones, la dependencia está asociada con altos niveles de actividad y asertividad, lo cual se determina dependiendo de con quién se esté interactuando.

Agresividad: La conducta agresiva puede involucrar la comunicación de forma demandante e incluso hostil con los otros. Los sujetos agresivos son insensibles ante los sentimientos y derechos de los otros, obteniendo lo que desean a través de la coerción o la intimidación. La agresividad suele tener éxito por medio de la fuerza, haciéndose el sujeto de enemigos y conflictos. Algunos ejemplos de los comportamientos agresivos son la pelea, la acusación y la amenaza, y en general aquellos que signifiquen la agresión de los demás sin tener en cuenta sus sentimientos. El sujeto agresivo suele no sentirse satisfecho de sí mismo provocando a su vez la agresión de los demás: las víctimas de la agresión acaban por sentir resentimiento y evitación por los sujetos agresivos. El objetivo frecuente de la agresión es la dominación de las otras personas, asegurándola por la humillación y la degradación. Marsellach (1998) refiere que la conducta agresiva es reflejo de una conducta ambiciosa, que intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, trayendo como resultado a corto plazo consecuencias favorables, tales como la expresión emocional satisfactoria, un sentimiento de orden y la consecución de los objetivos planeados. No obstante pueden surgir sentimientos de culpa. Las consecuencias a largo plazo se prevén no obstante negativas.

Pasividad-Agresividad: Ésta es una forma de ser abiertamente agresivo. El sujeto expresa

enojo, sentimientos agresivos en una forma encubierta a través de la resistencia pasiva. Los sujetos pasivo-agresivos rara vez obtienen lo que quieren porque nunca lo obtienen de otra forma. Su conducta tiende a dejar a los demás enojados, confundidos y resentidos

Manipulación: Los manipuladores tienden a obtener lo que quieren haciendo que los otros sientan pena o culpa hacia ellos. En lugar de asumir su responsabilidad para conocer sus propios sentimientos, juegan el rol de víctimas o mártires en un esfuerzo de hacer que los otros se hagan cargo de ellos. Cuando esto no funciona, pueden mostrarse abiertamente enojados o aparentar indiferencia. La manipulación sólo trabaja cuando aquéllos a quienes va dirigida fallan en reconocer lo que ocurre. El sujeto que está siendo manipulado puede sentirse confundido o "loco" en este punto, posteriormente comienzan a enojarse y a resentirse con el manipulador.

Asertividad: La conducta asertiva, como forma de actuar, da un balance entre lo que podría ser la agresividad por una parte, y la sumisión por otra. Representa un contraste con los otros estilos, ya que involucra el pedir lo que realmente se quiere (o decir no a lo que no se quiere) en una manera simple y directa, que no anula, ataca o manipula a nadie. Grohol (1998) refiere que la asertividad va más allá de la manipulación, y la describe como una habilidad para expresarse y comunicar las necesidades en una manera clara, adecuada y sin mensajes o significados ocultos, lo que inhibiría la respuesta asertiva. Los sentimientos y necesidades se comunican de manera honesta y directa, mientras que se mantiene el respeto y la consideración por los otros. de ahí que se sugiere utilizar el pronombre "YO" para expresarse, el cual, según el mismo autor, tiene tres partes: a) un sentimiento o deseo, b) una descripción no culpígena de la situación, c) el efecto que la situación tiene en uno mismo. Es así que la asertividad involucra el hacerse responsable de conseguir lo que se necesita de tal forma que se preserve la dignidad de los otros. Este comportamiento ayuda al sujeto a mantener una alta autoestima, un sentimiento de seguridad y el reconocimiento social. Para Marsellach (1998) la conducta asertiva no siempre conducirá a la ausencia de conflicto entre las dos partes, pero su objetivo es fomentar las consecuencias favorables y minimizar las desfavorables.

Swanson y McIntyre (1998) refieren que las personas no asertivas y agresivas tienden a discutir un problema de manera funcional. Sin embargo, los sujetos más asertivos tienden más a discutir el mismo problema tanto con conocidos como con desconocidos de manera funcional y efectiva, independientemente del género.

Flores (1994) como parte de su estudio en población mexicana, proporciona la clasificación de algunos comportamientos ligados a la presencia o ausencia de la asertividad, los cuales se describen a continuación:

Asertividad Indirecta: Se refiere a la carencia de habilidades para poder tener enfrentamientos directos con otras personas, lo que lleva a expresar las opiniones, necesidades y sentimientos por medio de recursos tales como cartas, teléfono, terceras personas y otros que permiten mantener una distancia entre un sujeto y otro.

Asertividad en Situaciones Cotidianas: Se refiere a la habilidad que tiene el sujeto de poder hacer valer sus derechos en diferentes situaciones de la vida cotidiana, principalmente con personas desconocidas y en algunas ocasiones con familiares y amigos.

No asertividad: es la carencia total de habilidades para expresar opiniones, necesidades y sentimientos, de hacer valer derechos, de decir "no", o de negarse a realizar alguna actividad.

Para Flores (1994) las respuestas asertivas han sido evaluadas por lo general como más positivas para hombres que para mujeres. Es decir, las mujeres esperan consecuencias negativas para la aserción y consecuencias positivas para la pasividad. Sin embargo, las mujeres que presentan una asertividad alta (Brerakwell y Millward, 1997) se ven favorecidas en el ámbito sexual, pues tienen menos prejuicios respecto a la virginidad y a la actividad sexual, también una alta satisfacción sexual (Hulbert. Apt, Rabehl, 1993).

En cuanto al autoconcepto se observa que las personas asertivas indirectas y las no asertivas tienen un autoconcepto devaluado, es decir, a diferencia de las personas asertivas en la vida cotidiana. La asertividad se encuentra entonces ligada directamente con la autoestima y la autoimagen positivas. (Grohol, 1998)

Por otra parte, los efectos de la edad y la escolaridad reflejan que los adultos y los de

Por nivel de estudio presentan un punto de vista no convencional de la realidad y poseen una serie de habilidades asertivas que les permiten enfrentarse a diferentes situaciones.

Como ya se mencionó arriba para el estudio de un aspecto de la personalidad como lo es la asertividad es necesario tomar en cuenta tanto a la personalidad como tal, así como también el contexto situacional y cultural, ya que la asertividad estará determinada por ambos aspectos.

En torno a la asertividad se han venido realizando algunas investigaciones en diferentes países, que muestran que muchos padecimientos psicológicos severos son evocados en los contextos de asertividad, llevando a la discusión del funcionamiento cognitivo y emocional en la psicopatología. Estas patologías se presentan por el espectro de ansiedad social, un síndrome psicogénico que va de la timidez hasta la fobia social. (Azais y Granger, 1995)

De ahí que en diversos ámbitos, como el ambiente psiquiátrico se haya introducido la "Terapia de Entrenamiento Asertivo" Aschen (1997). introdujo esta terapia en el Centro Psiquiátrico de la Universidad de Indiana, E.E.U.U. a manera de investigación, utilizando un diseño de Cuatro-Grupos de Solomon. Los resultados encontrados mostraron que los pacientes que recibieron la terapia de entrenamiento asertivo reportaron una gran reducción de los niveles de ansiedad, mostrándose más sensibles después del tratamiento.

Por otra parte, Weinhardt, Carey, Carey y Verdecias (1998) examinaron si el entrenamiento, en mujeres con alguna enfermedad mental severa, para ser asertivas en relaciones sexuales, decrementaría su riesgo de contraer VIH. Las veinte mujeres participantes en el entrenamiento incrementaron su habilidad asertiva, el conocimiento de VIH y la frecuencia de las relaciones sexuales protegidas. De ahí que se concluya que el entrenamiento asertivo para las mujeres que viven con una enfermedad mental severa puede servir como una parte de un programa de reducción del riesgo de contraer VIH, para esta población vulnerable.

Otro tipo de investigaciones, como las de Jones y Meredith (1996), estudiaron algunos aspectos de la personalidad. De 211 sujetos estudiados, de entre 30 y 40 años de edad, se encontró que un patrón fundamental en la estabilidad de la vida general se encuentra en la asertividad.

Actuar asertivamente es una forma de desarrollar el autorrespeto y la autovaloración, lo que involucra la autoconciencia y el saber lo que se quiere. Aprender a ser asertivo involucra el

jo en las siguientes áreas (Bourne, 1995):

Desarrollo de conductas asertivas no verbales. Algunos de los aspectos no verbales de la asertividad incluyen el mirar directamente a la otra persona cuando se dirige a ellos; mantener una postura abierta, enfrentando al otro, no evadir al otro cuando se está hablando; y mantenerse calmado, evitando estar sobresaltado.

Reconocimiento y ejercicio de los derechos básicos como humano. Como sujetos humanos tenemos ciertos derechos básicos, por lo que la asertividad también involucra el responsabilizarse de ejercitar esos derechos en situaciones donde son infringidos o amenazados.

Forma de conciencia de los sentimientos, necesidades y deseos. El estar en contacto con los propios sentimientos es un prerequisite para ser asertivo. Es difícil actuar asertivamente al menos que se tenga claro: a) qué es lo que se está sintiendo, y b) qué es lo que se quiere o lo que no se quiere.

Práctica de las respuestas asertivas. Algunos pasos para conseguir esta práctica son: a) describir la situación problemática, b) evaluar los derechos, c) designar un momento adecuado para hablar del problema, d) plantear la situación problemática en términos de sus consecuencias para uno, e) expresar sentimientos, f) hacer una petición en relación a lo anterior, g) plantear las consecuencias por la colaboración del otro. Esto permitirá utilizar la asertividad de manera espontánea.

Aprender a decir no. Implica el detenerse a pensar lo que se quiere, o en este caso lo que no se quiere, evitar el apologizar, ser específico, usar un lenguaje asertivo corporal e ignorar el sentimiento de culpa que el decir "no" pueda causar.

Aprender a evitar la manipulación. Ciertas prácticas pueden ayudar a este fin, las cuales han sido ampliamente estudiadas por Smith (1983), las cuales son: a) Disco rayado o roto (repetición serena de las palabras que expresan los deseos, una y otra vez, permitiendo así evitar las trampas verbales manipuladoras de los otros), b) banco de niebla o neblina (permite aceptar las críticas manipulativas reconociendo ante los demás la posibilidad de que haya parte de verdad en lo que dicen), c) libre información (permite identificar lo que

es importante para la otra persona, facilitándose así la conversación), d) aserción negativa (permite aceptar los propios errores y faltas mediante el reconocimiento comprensivo de las críticas en relación a uno mismo), e) interrogación negativa (permite suscitar las críticas por parte de los demás, con el fin de sacar provecho de la información o de agotarlas, llevando a los otros a ser asertivos), f) autorrevelación (permite aceptar e iniciar la discusión de los aspectos positivos y negativos de la personalidad, fomentando así la comunicación social y reduciendo la manipulación), y g) compromiso viable (involucra los acuerdos que se hagan con los otros sin comprometer el respeto a uno mismo) (Smith, 1983).

Rodríguez y Serralde (1991), por su parte, mencionan cinco pasos prácticos para facilitar el proceso de entrenamiento asertivo, los cuales son:

Documentarse para obtener claramente el concepto de asertividad.

Reconocer las razones que impiden ser asertivos (p.e. miedo o pereza).

Trabajar las áreas donde se tienen problemas para manifestar los sentimientos y necesidades.

Identificar y examinar los propios miedos

Buscar las áreas de conducta general donde proviene la dificultad

Rees y Graham (1991) realizan otra aportación diciendo que el entrenamiento asertivo debe combinarse con otras técnicas tales como:

Concientización del lenguaje corporal.

Juego de roles y uso de psicodramas

Concientización de las percepciones de los otros.

Búsqueda de situaciones en el pasado donde se fue o no asertivo y valorar las consecuencias de estas experiencias

Las aportaciones de todos estos autores se pueden centrar en que los puntos a ser tratados en todo entrenamiento asertivo deben abordar las comunicaciones verbal y no verbal, el control y reducción de la ansiedad y el enojo, el incremento de la autoestima, el conocimiento del yo y de los otros en las situaciones interpersonales y, finalmente, el conocimiento de las reglas sociales y culturales de comportamiento

Rees y Graham (1991) recomiendan que, para que el entrenamiento asertivo sea eficaz, el sujeto a quien se dirige dicho entrenamiento tenga habilidades de comunicación, niveles de confianza altos y bajos niveles de ansiedad. Es decir, además de los aspectos culturales, se debe tomar en cuenta la situación particular del sujeto actual para que los beneficios del entrenamiento asertivo tengan resonancia en él.

Es importante resaltar que uno de los puntos más importantes del sujeto asertivo es el momento en que interactúa con la pareja. La vida en pareja implica dimensiones tales como el encuentro sexual. Las técnicas del entrenamiento asertivo también son aplicables a la vida en pareja de los cónyuges, de ahí que se hable de la "asertividad sexual", la cual se expone a continuación.

3.1 Asertividad Sexual

Smith (1983) refiere que "...el hecho de mostrarse asertivo con una pareja sexual no solo puede contribuir a eliminar la dificultad sexual, sino también a ayudar a resolver los problemas de la convivencia que están en el origen de ciertas dificultades sexuales." (p. 377)

Si la actividad sexual íntima resulta perturbada, se puede perder una manera particular de comunicación con la pareja, además se puede complicar la solución mutua de problemas que ellos tienen que ver con el sexo.

Los problemas en el ámbito sexual se han abordado de diferentes formas, que no siempre han tomado en cuenta a la asertividad como herramienta de tratamiento. Estos modelos han sido descritos por Smith (1983) y se reproducen a continuación:

Modelo de Ansiedad: Según este modelo, se goza de buena salud física y neurológica, pero se tienen planteados de manera persistente ciertos problemas sexuales específicos, ello significa que se ha adquirido una ansiedad condicionada o adquirida suscitada por estímulos sexuales, que perturba por lo tanto el mismo comportamiento sexual. En los hombres estos problemas son eyaculación precoz, la falta o pérdida de erección e inhibición del orgasmo. El tratamiento administrado según este modelo presupone que esas dificultades son

reacciones fóbicas o de temor aprendidas, condicionadas o involuntarias. Las reacciones de ansiedad sexual adquirida suelen tener asociada una historia de trauma concreto. Sea cual sea la razón inicial de la ansiedad, casi cualquier estímulo sexual se convierte en algo que suscita el nerviosismo del sujeto, un estímulo que despierta la ansiedad debilitante durante el acto sexual. La fuerza de voluntad no funciona. La reacción de ansiedad sexualmente condicionada puede hacerse extensiva a toda clase de otros estímulos asociados con el acto sexual hasta el punto de conducir a una reacción general de huida o de rechazo. El tratamiento propuesto, finalmente se enfoca a la terapia conductista.

Modelo de Ira: Este modelo sólo toma en cuenta una indicación de la presencia de dificultad sexual, que consiste en una disminución gradual de la frecuencia del coito entre la pareja durante un largo período que puede ser de varios meses o de varios años. La frecuencia de las relaciones se caracteriza por períodos de abstinencia y períodos de actividad sexual de poca frecuencia. Este modelo parte del supuesto de que la poca frecuencia del acto sexual es el resultado de problemas entre los cónyuges que no tienen relación directa con lo sexual. Es posible que uno de los cónyuges esté resentido o guarde sentimientos negativos hacia el otro. La inhibición del cónyuge pasivamente irritado es el resultado de no tener una forma acertada para comunicar o manifestar dichos sentimientos, careciendo de asertividad en el trato con el otro cónyuge. Generalmente el tratamiento proporcionado consiste en conseguir que el sujeto que se inhibe se muestre capaz de expresar lo que siente, y de mostrarse asertivo en el plano cotidiano.

Modelo Mixto: Este modelo parte del supuesto de que tanto la ansiedad como la ira intervienen en el problema sexual. Si un cónyuge no es lo bastante asertivo, es probable que se vea obligado a fingir estar de acuerdo en lo que la pareja le propone. Para este modelo es necesario tratar los dos factores causantes del problema sexual, los sentimientos de ira contra el otro y los sentimientos de ansiedad acerca de la actividad sexual.

Es así que, según Smith (1983) un comportamiento asertivo puede ayudar a hacer frente a las problemáticas sexuales. Es contundente al mencionar que la asertividad empleada para resolver conflictos sexuales en las relaciones íntimas no se diferencia de la asertividad empleada

resolver otros problemas dentro del marco de las mismas relaciones.

El estudio de la asertividad sexual ha llevado a algunos investigadores norteamericanos a crear instrumentos para detectar su presencia o ausencia en las relaciones conyugales. Algunos de estos instrumentos son, el Inventario de Asertividad de Gambrell-Richey (Aschen, 1987), el Índice de Hulbert de Asertividad Sexual (Pierce y Hulbert, 1999) y la Escala de Asertividad Sexual (SAS) para mujeres (Morokoff, Quina, Harlow, Whitmire, Grimley, Gibson y Arkholder, 1997). Esta última logró poner de manifiesto que la experiencia sexual, la respuesta negativa anticipada de la pareja y la autoeficacia son predictores consistentes de la asertividad sexual; se encontró además que la asertividad sexual está relacionada con la comunicación y la satisfacción de la relación de pareja.

Los estudios sobre la asertividad sexual, por género, se han enfocado más en las mujeres, mientras que en los hombres no se encuentran datos relevantes. Hulbert (1991) es un investigador norteamericano que se ha enfocado en el estudio de la asertividad sexual, incluso creando un instrumento para medirla. En sus estudios en población femenina, ha demostrado que las mujeres que tienen altos puntajes en asertividad sexual reportan una alta frecuencia en la actividad sexual y en los orgasmos, mayor deseo sexual subjetivo y una gran satisfacción marital y, evidentemente, sexual.

Desafortunadamente los estudios en México sobre la asertividad sexual no han sido lo suficientemente desarrollados como para emplear a la asertividad como técnica de tratamiento para las disfunciones sexuales. La mayor parte provienen de otro tipo de culturas como la norteamericana, lo cual resulta riesgoso por el impacto cultural del cual se hizo mención más arriba.

El entrenamiento asertivo es muy popular en los Estados Unidos de Norteamérica, ya que ahí fue desarrollado, por lo que Rees y Graham (1991) insisten en que los entrenadores asertivos necesitan hacer hincapié y respetar la cultura particular con la cual están trabajando. Algunos problemas surgen porque no se distingue qué reglas culturales de comunicación se están utilizando.

También resulta importante tomar en cuenta a quién se dirige el entrenamiento, ya que cuando el entrenamiento asertivo puede tener efecto positivo en cualquiera, algunos sujetos no

capaces de aprender las técnicas asertivas y/o de aplicarlas fuera del área de entrenamiento; en estos casos los autores anteriores sugieren que dichos sujetos pueden tener problemas psicológicos de otra índole más que simples problemas de asertividad. De ahí que los autores hayan realizado más trabajos de investigación para definir la conducta asertiva y combinar el entrenamiento asertivo con terapias y métodos educativos para dar la mayor eficacia de servicio a los sujetos que están recibiendo el entrenamiento.

"Para mayores complicaciones, el entrenamiento asertivo se ha vuelto tanto popular como popularizado, y vivido como la nueva respuesta para todo. Esta operación de mercado, de exagerados derechos de fabricación, ha llevado a un desacuerdo cuando las expectativas reales no han sido cubiertas. Es natural ser entusiasta sobre lo que uno está ofreciendo, pero es irracional exagerar la eficacia de cualquier entrenamiento o tratamiento, particularmente en el campo psicológico." (Rees y Graham, 1991, p. 10)

Con respecto a las disfunciones sexuales en concreto, la visión científica se limitaría a reducirlos simplemente como problemas de asertividad, hecho que obstaculizaría seriamente su estudio y dejaría muchos casos fuera de una intervención efectiva. Si bien la asertividad, como ya se ha visto, interfiere directamente en la interacción con los otros, con la pareja y en la interacción de la intimidad sexual, develándonos las raíces de ciertos problemas, es importante conocer otros aspectos que interfieren en la aparición y arraigo de las disfunciones sexuales para poder ejercer un abordaje efectivo. Este abordaje debe estar acorde a la realidad de la población mexicana, en la que los sujetos desempeñan papeles o roles característicos que condicionan su forma de ser y de actuar.

CAPÍTULO 4

ROL DE GÉNERO

La sexualidad "Son las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres "

(Monroy, 1994, p. 704)

Es común que en el mundo social de los sujetos humanos se viva de acuerdo a una diferenciación sexual que marca el propio estilo de vida. La cultura es constituida por la sexualidad y se organiza en torno a ésta tanto como en torno al trabajo, a las relaciones sociales y a las capacidades intelectuales y afectivas de los sujetos.

Existen diversos factores que interactúan para esta diferenciación sexual, tales como el material genético y la interacción con el medio ambiente, que va desde el núcleo familiar hasta la estructura social. Sin embargo, la base primaria de la diferenciación se encuentra en el dimorfismo, en la diferencia biológica que existe desde el momento de la fertilización, apoyada en una serie de eventos que inician el proceso de la diferenciación sexual, del dimorfismo.

Pero quizás el hecho más significativo en la vida de los sujetos humanos sea la diferenciación sexual más allá de lo biológico, es decir, lo que tiene que ver con la sociedad y la cultura, el cómo la vida cotidiana asume las diferenciaciones biológicas y qué significados les otorga. Es entonces que se hace necesario crear conceptos tales como la identidad, que explican cómo se vive en la sociedad de acuerdo al dato de la enteropneumona.

La identidad se refiere al "complejo sistema de representaciones que proporcionan a los humanos un marco de referencia en cuanto a su pertenencia a ciertos grupos." (Corona, 1994, 2000). De manera especial, la identidad sexual encauza a una dimensión bipolar de ser hombre o mujer, la cual se forma incluso antes del nacimiento, es decir, por parte de la interacción e integración de los elementos biológicos, y también por parte de las expectativas de los padres y

especulaciones sociales.

Esther Corona (1994) afirma: "La sexualidad, ..., se encuentra organizada alrededor de los ejes que interactúan, se combinan, adquieren primacía en diversos momentos del desarrollo individual dentro de contextos sexuales específicos. Estos ejes son: la corporalidad y sexo, los sistemas afectivos, el erotismo y la identidad sexual. La consideración de la identidad es central para la comprensión de la sexualidad." (p.299)

Para Lara (1994) la identidad sexual se refiere al proceso a través del cual una persona desarrolla un sentido de "sí misma" en el que hay un reconocimiento de la propia imagen como hombre o como mujer, que le permite manifestar las cualidades humanas etiquetadas por la identidad como masculinas y femeninas. Es además una convicción personal que tiene el individuo sobre su pertenencia al sexo masculino o femenino.

Sin embargo, se ha realizado una severa crítica a los modelos que polarizan la identidad sexual en dos extremos opuestos correspondientes a lo masculino y a lo femenino, estableciéndose la construcción de una nueva gama de identidades, donde la diversidad viene a ser una potencialidad de crecimiento y desarrollo. De ahí que se hayan establecido algunos componentes de la identidad sexual que la resignifican y la amplían; estos componentes son:

Identidad de Género

Rol de Género

Orientación Sexual

Estos componentes se construyen a lo largo de toda la vida del sujeto, sin embargo existen momentos críticos como la infancia temprana en donde las bases biológicas se quedan como tales y no como esencia.

El sexo y el género vienen a ser dos conceptos diferentes; el sexo se refiere a características derivadas de la biología (cuestiones anatómicas, fisiológicas, hormonales y cromosómicas), a las características genotípicas y fenotípicas del cuerpo humano.

El género alude a una construcción sociocultural que resalta aspectos psicosociales, es un conjunto de cualidades biológicas, físicas, sociales, económicas, psicológicas, eróticas, políticas y culturales asignadas a los individuos según el sexo. (Cázes, 1994)

Para Legarde (1993), la sexualidad es la acción humana significada culturalmente por la construcción social del género: las mujeres y los hombres no nacen, sino que se hacen. Es así que la formación del género viene a ser una construcción que define lo masculino y lo femenino, lo que deriva en los roles de género. De acuerdo a Bustos (1994) el género se refiere a "...la red de preferencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a las mujeres y los hombres, como producto de un proceso histórico de construcción social." (p. 269)

Como ya se mencionó, en la asignación de género interviene en primer lugar la diferencia sexual biológica. La socialización también representa un papel clave, ésta es un proceso complejo en donde los sujetos van adquiriendo conductas y valores asociados a sus roles culturalmente asignados. En la socialización participan instancias tales como la familia, la educación formal e informal, la religión y los medios masivos de comunicación, entre otros. Un ejemplo de esto es proporcionado por la investigación llevada a cabo por Snyder, Staschewski, Clark y Means-Christensen (1997) quienes examinan la influencia de los padres en las actitudes de hombres y mujeres en su rol de género dentro de la vida marital. En el desempeño de la vida marital, los hombres y las mujeres reproducen patrones de comportamiento de sus propios padres, el hombre más de la figura masculina y la mujer, de una manera compleja, de ambos padres.

"Los comportamientos de mujeres y de hombres más que tener una base natural e invariable, se deben a una construcción social que alude a aspectos culturales y psicológicos asignados de manera diferenciada a unas y otros, por medio de los cuales adquieren y desarrollan ciertas pautas de comportamiento, características y atributos que hacen posible la femineidad y la masculinidad, derivándose de esto los llamados roles de género." (Bustos, 1994, p. 269)

Para Lagarde (1990) el género implica determinaciones y características económicas, sociales, jurídico-políticas y psicológicas, creándose lo que en cada época, sociedad y cultura son los contenidos de ser hombre o mujer. Es así que los géneros son producto de la relación entre la biología, la sociedad y la cultura. La asignación de género es un proceso cultural complejo cuya incidencia se manifiesta en todas las dimensiones de la vida humana.

Para una mayor comprensión y facilitación del estudio del género, las instancias de esta categoría, según Bustos (1994) son: asignación, atribución o rotulación: identidad y rol de género, los cuales se describen a continuación.

Asignación, atribución o rotulación de género: Desde que se nace, existe la asignación al sexo que depende en primer término del fenotipo, es decir, de la exploración física recién nacido, de lo que muestra la entrepierna. "Por las características anatómicas y de morfometría se asigna el sexo correspondiente para su registro civil y familiar." (García, 1994)

Esta asignación que se realiza en el momento mismo en que se nace, se hace a partir de la inspección de los genitales. "...apenas nace, los ojos de la sociedad, con la mirada de quien se dirige a la madre en el parto, se posan sobre sus genitales, y la voz contundente de esa misma sociedad proclama por boca de la partera o del ginecólogo: 'es niño', 'es niña'." (Cazés, 1994, p. 36)

El cuerpo recibe una significación sexual que permitirá la construcción de la masculinidad o bien de la femineidad. Es en ese momento que quedan prescritas y determinadas las líneas básicas de su modo de vida y la estructura fundamental de su identidad. De acuerdo con el género asignado, cada sujeto accede a diversos recursos vitales distribuidos diferencialmente.

Es importante destacar que en el principio está el dimorfismo sexual; las diferencias sexuales revisten de la significación acorde al sistema valorativo dominante. Los padres tienen una serie de expectativas de acuerdo con el sexo del infante, las cuales son 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 (Roldán, 1998)

Las sociedades se estructuran sobre los atributos míticos y los demás presupuestos que existen en ella a los géneros. De ahí que la asignación de género es el inicio de un proceso irrevocable de especialización de los sujetos, la especialización origina diferencias y la jerarquización de las diferencias da lugar a jerarquías (Cazés, 1994)

Identidad de género: Es un proceso que se establece en el sujeto entre los 2 y 3 años de edad y es anterior a un conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos; la identidad de género, según Corona (1994), precede a la identidad sexual. Tanto la autoimagen como la interacción social contribuyen a formar la identidad de género, que es "la percepción interna de uno mismo de que se pertenece a un género u otro." (Corona, 1994). Para Masters, Johnson y Kolodny (1995) la identidad de género "es la convicción personal y privada que tiene el individuo sobre su pertenencia al sexo masculino o femenino" (p.220) o bien, "la sensación interna que tiene un individuo de ser hombre o mujer" (p.239).

El proceso de identidad de género es evolutivo y dinámico. Se diferencia en la infancia y se fija en la edad adulta; generalmente se constituye como primordial o exclusivamente masculina en los niños y como femenina en las niñas.

Bee y Mitchell (1987) elaboraron un cuadro de etapas en las que el género se va formando, incluso antes del conocimiento de la diferencia anatómica: según estas autoras se fija a la edad de 12 meses y se consolida hasta los cinco años. El cuadro se reproduce a continuación (p. 205):

<i>Etapas en el desarrollo del concepto de género</i>	
<i>Conciencia</i>	<i>El niño empieza a notar las diferencias en el género; la dimensión del género se vuelve relevante para el ser categórico (edades de 12 a 24 meses).</i>
<i>Designación</i>	<i>El niño distingue correctamente su propio género y el de los demás (edades de 2 a 3 años).</i>
<i>Estabilidad</i>	<i>El niño comprende que el género permanece estable con el tiempo - esto es, que si él es un niño ahora, lo seguirá siendo cuando crezca (edades de 3 a 5 años).</i>
<i>Inconstancia</i>	<i>El niño entiende que el género no cambia cuando la apariencia externa de una persona se ha modificado.</i>

La formación de la identidad de género repercute de distintas maneras en el desarrollo usual. A partir de tal identidad el infante estructura su experiencia vital: el género al que se pertenece es identificado en todas sus manifestaciones: sentimientos, actividades, comportamientos y juegos.

Una vez que se tiene conciencia de la existencia de dos géneros, y de a qué grupo se pertenece, el infante empieza a validar su identidad al expresar la masculinidad y la femineidad. Es decir, el infante inicia la conformación más precisa de su rol o papel de género.

Las identidades básicas, que se van gestando desde el nacimiento y formadas y asumidas en procesos largos y complicados, están presentes a lo largo de todo el curso de la vida de cada individuo.

A partir de la anatomía la sociedad ha asignado los valores y creencias para cada niño y para cada niña que dan crédito a la masculinidad y a la femineidad. De esta manera cada sexo proyecta la identidad de género que le corresponde para así desempeñar su papel o rol en la sociedad.

Rol de Género: El rol de género, según Bustos (1994) es el conjunto de prescripciones y expectativas para una conducta dada, así como las expectativas acerca de cuáles son los comportamientos apropiados para una persona que sostienen una posición particular dentro de un contexto determinado. Para Masters, Johnson y Kolodny (1995) el término se refiere a "...la expresión de la masculinidad o femineidad de un individuo a tenor de las reglas establecidas por la sociedad" (p.220). No muy lejos de coincidir con estas definiciones, Lara (1994) sostiene que el rol de género se refiere a las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para hombres y mujeres, es decir, a la expresión de la masculinidad y la femineidad de un sujeto, de acuerdo a las reglas establecidas por la sociedad.

Estas definiciones logran poner al descubierto que el género, como rol, no es un hecho biológico, sino social. Es la estructura social la que prescribe la serie de funciones para hombres y mujeres como propias, naturales o normales de sus respectivos géneros. La familia, la religión y la educación han sido las instituciones sociales que han legitimado la asignación de funciones de hombres y de mujeres en la sociedad. (Galeana y Pérez, 1994)

La posición de las mujeres y de los hombres está determinada culturalmente. Los roles que cada sociedad asigna a lo masculino y a lo femenino, aunque hacen referencia al tiempo, no están determinados biológicamente por el sexo, no son universales ni estáticos. (Legarde, 1990, Bustos, 1994 y Cazés, 1994)

Para Masters, Johnson y Kolodny (1995) la masculinidad y la femineidad pueden conceptualizarse de acuerdo al grado en que la conducta o apariencia de los sujetos se ajusta a las expectativas culturales de lo que debe ser el hombre y la mujer. Cada sociedad y cada cultura establece el ideal de ser hombre y ser mujer, lo cual las hace diferentes. Sin embargo, Cazés (1994) establece que es importante destacar que la adscripción genérica no cambia jamás, aunque varíen parcialmente algunos atributos de la masculinidad y de la femineidad "... lo que tiene gran importancia en medio de las incesantes transformaciones culturales y sociales ..." (p.345).

La condición "género" se ha convertido así en una variable social que cambia según los valores culturales que impongan los grupos en el poder, siendo susceptible de modificarse. Los roles se crean, se adjudican, se legitiman, se reproducen y se institucionalizan en un marco de relaciones sociales (Galeana y Pérez, 1994).

Lara (1994) afirma que la transmisión del género masculino en la cultura occidental pasa por la creación de personalidades capaces de mayor autonomía, y el género femenino pasa por la creación de una actitud dependiente en las mujeres. "Al iniciarse la adolescencia, se establece la expectativa de que los varones deben conseguir sus 'logros', y las mujeres casarse y educar a los hijos " (Masters, et al . 1995)

Así mismo Legarde (1994) refiere con respecto al género masculino que el cuerpo de hombre contiene la subjetividad de un ser poderoso, con un mayor espectro de quehaceres (en comparación con el de las mujeres) y dueño de sus creaciones. Sus actividades están orientadas al beneficio personal, inmediato y directo, al éxito personal y social. Además su condición de hombre los lleva a "... ser paradigma de lo humano, dueño del mundo, de los bienes reales y simbólicos creados en él, de las mujeres y de su prole ... Ser hombre es ser poderoso " (p.404)

En cuanto al género femenino, Roldán (1998) explica que, a través del aprendizaje cultural, se implementa la inmutable función de las mujeres ocupando un lugar asignado y

esando sus actividades en funciones de esposa, trabajadora doméstica y madre. Lo más saliente es que esto da como resultado que la mujer no pueda gozar abiertamente de su sexualidad como lo ha venido haciendo el hombre. Mientras que al hombre no se le prohíbe el ejercicio de su sexualidad sino que se le alienta para ser un buen amante, en la mujer no sucede "ya que cualquier movimiento en favor de la pulsión la devalúa, la descalifica..." (p. 15)

Una consecuencia de las visiones respecto al ser hombre y al ser mujer es que las edades se estructuran sobre los atributos que definen en ella a los géneros. La organización genérica define un orden de relaciones donde cada sujeto actúa las potencialidades que posee. La organización genérica de las sociedades parte de un principio binario que establece para cada elemento de esa dualidad atributos excluyentes y contrarios (si bien en la ideologización de esta división primigenia de la humanidad las exclusiones y las oposiciones se convierten sucesivamente en supuesta complementariedad natural de contrarios)" (Cazés, 1994, p.342)

Cazés (1994) refiere que la sexualidad es el referente de la organización genérica de la sociedad y que a su vez "... conforma el punto de partida de los caminos trazados con relación para la construcción del destino previsible de cada sujeto." (p. 337). Coincidiendo con este punto de vista, Legarde (1994) afirma que la organización genérica tiene como referente el sexo y se concreta en la construcción de la sexualidad, es decir, del conjunto de los actos históricos que los sujetos producen definidos-marcados sexualmente.

La organización genérica viene entonces a constituirse como una estructura de poderes, jerarquías y valores. cuya base se encuentra en las "marcas corporales" (Legarde. 1994). El morfismo sexual adquiere así un significado que se proyecta en la sociedad en orden de pares binarios. Para cada género se construye una forma de vida, de ser y de existir. La construcción de género se liga a formaciones políticas estructuradas de tal forma que aseguran a los sujetos cumplir sus deberes como mujeres y como hombres y respetando sus prohibiciones. Cabe destacar que la actual organización genérica en el mundo occidental y en México se caracteriza por el patriarcado, que es un orden de poderes cuyo paradigma es el hombre.

A manera de ejemplificar, una encuesta llevada a cabo en Cuba por Mariela Castro (1994). en el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) ha mostrado datos interesantes. Se preguntó a diversas personas que acuden a dicho centro (el número de personas

es especificado) cómo resolvería las siguientes preguntas, tratándose de una hija y de un

1. ¿qué juguetes le regalarías?, 2. ¿qué frase cariñosa le dirías? y 3. ¿qué oficio o profesión le darías? Las respuestas se reproducen a continuación:

PREGUNTA	
NIÑA	NIÑO
muñeca jugo de cocina jugo de belleza	1. carrito bate y pelota pistola, bicicleta
niña linda eres lo más lindo que tengo "chiquearía" su nombre	2. Mi macho lindo Eres lo más inteligente que conozco ¡Bárbaro! ¿Qué tal campeón? Lo llamaría por su nombre
estra canógrafa nista	3. Cibernético Médico Lo que él quiera

Aunque las sociedades tienen diferentes formas de interacción, el aspecto género siempre prevalece en la organización de éstas

Es así que las expectativas que cada cultura tiene respecto al rol de género, afectan las áreas de la vida del sujeto, el matrimonio, la política, el trabajo y las actividades creativas; de manera muy particular afecta el ámbito sexual. En la cultura occidental es común encontrar el estereotipo respecto a que los hombres son los que poseen la virilidad suficiente para ser activos sexuales, más que las mujeres, mientras que en ellas se espera una actitud de pasividad y recato, como ya se mencionó arriba.

Sin embargo, es necesario apuntar que muchas de estas actitudes estereotipadas van más allá de lo que puede implicar un rol de género, esto responde principalmente a lo que Lara (1994) llama *estereotipos de género*, los cuales se refieren a las creencias, expectativas y conclusiones sobre cómo es y se comporta cada sexo. Son con frecuencia simplificaciones pesivas y reflejan ideas preconcebidas, por ejemplo que los hombres son mejores proveedores

las mujeres y éstas mejores cuidadoras de los niños, pero tienen un peso fuerte en el sujeto.fortunadamente muchos estereotipos relativos al rol de género empiezan a dejar paso a rios en los que privan la igualdad de oportunidades y la mutua interrelación.

En un estudio llevado a cabo por Grady, Tanfer, Billy y Lincon-Hanson (1996) se liaron las percepciones que tienen los hombres sobre sus roles en relación a los de las res, respecto a la toma de decisiones como pareja en aspectos como el sexo, los métodos onceptivos y el cuidado de los hijos. La mayoría de los hombres percibieron que es ortante el género para tomar decisiones con respecto a lo sexual; es en los hombres tres s más frecuente encontrar que piensan que las mujeres juegan un principal rol en este cto. en comparación con lo que piensan las mujeres en relación a que son ellos los que en la última palabra. En los asuntos de anticoncepción, el 78% creen que los hombres y las eres comparten por igual las decisiones. Un 88% de los hombres encuestados estuvieron de rdo de que el hombre y la mujer tienen las mismas responsabilidades para el cuidado de los s

Por otra parte, Harrell (1995) refiere que una visión tradicional de la masculinidad de a decrementar el involucramiento del hombre en las tareas del hogar, estableciéndose así onflicto entre el trabajo y la vida en el hogar, característico aún en muchos hombres de tra sociedad.

4.1 Masculinidad y Femenidad.

En los inicios de la psicometría la masculinidad y la femineidad se planteaban como una ensión bipolar en la que masculino era sinónimo de hombre, y femenino de mujer. Como respuesta a esta visión bipolar, se establecieron diversos instrumentos para evaluar estas s. entre ellos las escalas de Terman y Miles, Strong, Gough, Guilford y la muy conocida la de masculinidad y femineidad de Minnesota (Lara, 1993).

Como consecuencia a los estudios sobre género, se ha puesto en duda este enfoque, por

que ambos conceptos se han venido planteando como dimensiones ortogonales dependientes, lo que ha hecho posible que una persona pueda ser clasificada de acuerdo al balance de ambos aspectos, es decir que un sujeto pueda poseer rasgos de masculinidad y de femineidad al mismo tiempo (Lara, 1994 y Bustos, 1994).

Existe una clara tendencia a que los hombres se describan con más atributos masculinos, más pragmáticos, orientados hacia metas, con mayor seguridad en sí mismos que las mujeres. Las mujeres, por su parte, se describen más como femeninas, sensibles a las necesidades de los demás, más tiernas y dulces. Pero en las investigaciones que se han venido realizando desde Bem (1974), hombres y mujeres se han adjudicado ambos grupos de características y no unas con exclusión de otras, contrario a lo que antes se podría esperar. Por ejemplo, en un estudio realizado por Shimonaka, Nakazato y Murushima (1994) se encontró que la masculinidad es más alta en los hombres jóvenes que en los adultos maduros quienes han ya acumulado más experiencias para su interacción con los otros. Otra investigación muestra que las mujeres homosexuales presentan puntajes más altos de masculinidad que las mujeres heterosexuales (Lara y Scheltema, 1991).

Un estudio llevado a cabo en Montreal (Langis, Sabourin, Lussier y Mathieu, 1994) con parejas investigó la relación existente entre la masculinidad, la femineidad y la satisfacción marital. Los resultados muestran que, para los hombres, la satisfacción marital estuvo asociada con: a) su autodescripción de niveles de femineidad y masculinidad, b) los niveles de femineidad autodescritos por sus esposas, y c) la presencia de cualidades de femineidad por encima de un nivel óptimo de cualidades de masculinidad que perciben en sus esposas. Para las mujeres, la satisfacción marital estuvo asociada con: a) el número de cualidades femeninas autodescritas, y b) el nivel de masculinidad además de un nivel óptimo de femineidad que perciben en sus esposos. Además de esto, pequeñas discrepancias en los niveles de masculinidad y femineidad adjudicadas a la pareja constituyen predictores de una satisfacción marital tanto para hombres como para mujeres.

Estas investigaciones ponen de manifiesto la capacidad de todo sujeto humano de asumir características tanto de un género como del otro, con la finalidad de un mejor ajuste en las relaciones interpersonales. Teóricamente esto es lo que constituye un enfoque ortogonal de la

sculinidad y la femineidad.

Con este enfoque ortogonal se han venido creando nuevos instrumentos, como el Inventario de Papeles Sexuales (BSRI) de Bem (el cual es el más utilizado para las investigaciones de género en diversas partes del mundo), el Cuestionario de Atributos Personales (PAQ) de Spence y colaboradores y el Inventario de Masculinidad y Femineidad (MAFE) de Lara (citados en Lara, 1993). Estos instrumentos miden exclusivamente, de acuerdo a sus autores, rasgos de personalidad socialmente deseables y/o esquemas cognoscitivos en torno al género.

De manera muy particular, el Inventario de Masculinidad y Femineidad de Lara (1993) ha sido tenido como propósito medir los papeles o roles de género de una manera confiable en la población mexicana. Mide las características masculinas y femeninas de la personalidad. Con este instrumento su autora encontró que en México la dicotomía masculinidad-femineidad alcanza dimensiones dramáticas

Sin embargo, en los sectores populares, de más bajos recursos se observan más que los roles de masculinidad y femineidad, los papeles de machismo y sumisión. El hombre llamado "macho" es caracterizado en nuestra sociedad por su exagerada agresividad e intransigencia y una actitud de arrogancia y agresión sexual hacia las mujeres; su preocupación primordial llega al grado de ansiedad al querer demostrar su masculinidad, su potencia sexual y su capacidad de procrear, lo que se refleja en el sometimiento a su mujer impidiéndole el contacto con otros hombres y teniendo él diversas relaciones extramaritales. Si bien la actitud del macho es más frecuente en los países latinoamericanos, en Estados Unidos, en la localidad de San Antonio, Tx., se han llevado a cabo algunos estudios para conocer los rasgos de los hombres abusivos, rasgo común entre los machos. Los esposos considerados como abusivos con respecto a sus esposas fueron objeto de estudio por Hurlbert y Apt (1991), ellos encontraron que este tipo de hombres se caracterizan por poseer una baja capacidad de establecer lazos de intimidad en sus relaciones con la pareja y con los demás, una baja asertividad sexual y una escasa satisfacción marital; sus actitudes ante el sexo son de ansiedad y preocupación, es decir, es un patrón egocéntrico.

Por su parte, las mujeres sumisas prefieren dedicarse a la superioridad "espiritual", lo que las lleva a no evitar el sufrimiento, sino a luchar por hacerlo evidente, mostrando actitudes de abnegación, dependencia, conformismo y timidez. Ellas también se caracterizan por considerarse como centro de atención al yo masculino (Lara, 1994).

Es importante destacar que estos papeles que se juegan en comunidades con ingresos bajos se ajustan también a la distribución del trabajo entre actividades que se consideran masculinas y femeninas. El hombre es quien sale de casa a buscar el trabajo y la mujer se queda en el hogar a las labores domésticas. Sin embargo, la situación económica actual ha ocasionado que estas mujeres también salgan de su casa a buscar ingresos económicos, lo que le obliga a desarrollar un doble papel, especialmente cuando son abandonadas por los esposos. Ante esta situación la mujer sigue manteniendo su imagen de sumisión e inferioridad con respecto al varón, imagen que desde la infancia se le es inculcada.

Sin embargo Lara (1993) refiere que tanto el poder absoluto del machismo como la dependencia y pasividad de la mujer sumisa "son mitos que ocultan estilos diferentes en el manejo del poder" (p.10). por lo que la prevalencia y comprensión de ambos comportamientos requiere de diversas investigaciones en los diversos subgrupos de nuestra sociedad, grupos como los rurales, indígenas, de ingresos medios y altos. En este último grupo es donde más se han acentuado los cambios en los papeles de menos sumisos y más activos; pero estos cambios no han dado en las mujeres, mientras que en los hombres es aún lento el proceso.

Alducín (1989) refiere que existen diferencias en el rol que se le atribuye a la mujer según los diversos niveles de ingreso económico, así que se espera una mayor participación en los campos familiar, social y económico en el futuro en las mujeres de medianos y altos ingresos, en comparación con las de menos ingresos, donde se prevé una participación similar a la actual.

Es así que en nuestra cultura los papeles y estereotipos de género son descritos con frecuencia en términos de machismo y sumisión, lo cual en la actualidad tienen una baja deseabilidad social, cuestionando su valor para el ajuste adecuado de cualquier sujeto. Sin embargo, cabe recordar que en distintas épocas los papeles de machismo y sumisión han sido considerados como deseables socialmente.

Rosen y Martin (1998) refieren que los diferentes tipos de atributos de la personalidad relacionados con el género están asociados con una historia anterior de diferentes tipos de maltrato infantil. En un estudio realizado por estos autores con 1060 soldados hombres y 305 soldados mujeres de la Armada de los Estados Unidos se trató de determinar los predictores de la masculinidad positiva (caracterizada por rasgos asertivos/instrumentales), femineidad positiva (caracterizada por rasgos expresivos/interpersonales), masculinidad negativa (caracterizada por rasgos de hipermasculinidad/machismo), y femineidad negativa (caracterizada por rasgos de subordinación a los otros). Los resultados muestran que el abuso infantil está asociado con la presencia de atributos negativos relacionados con el género; el maltrato físico infantil estuvo asociado con la ausencia de atributos positivos relacionados con el género. El abuso físico infantil estuvo asociado con atributos masculinos negativos en ambos géneros. El abuso sexual infantil estuvo asociado con atributos femeninos positivos en las mujeres, y atributos femeninos negativos en hombres.

Algunos factores asociados a las mediciones positivas y negativas de la masculinidad y la femineidad fueron estudiados por Williams y Ricciardelli (1999), estableciendo que una masculinidad negativa y una baja femineidad positiva pueden pronosticar la tendencia al consumo del alcohol como una forma de autoconfirmación, para reforzar sus imágenes estereotipadas de género. Por otra parte, una baja masculinidad positiva y una femineidad positiva baja predicen también el problema de consumo de alcohol de una manera compensatoria, es decir, porque ellos toman para expresar su masculinidad y femineidad.

Es así que en la sociedad las diferencias de género y sus estereotipos invaden áreas como la reacción y el afrontamiento de las enfermedades de transmisión sexual (Pittman, Cowman y McMaster, 1995), la actitud ante el consumo de alcohol y de drogas (Room, 1996) y los problemas de alimentación. (Murnen y Smolak, 1997 y Ricciardelli, Williams y Kiernan, 1998)

También se han elaborado algunos estudios de prevalencia en cuanto al género para la clasificación de los Trastornos Mentales. Estas investigaciones se han depositado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1995). De los 125 trastornos clasificados en este manual, en sólo el 81% (101 trastornos) se indica la prevalencia por

ero. Los trastornos que muestran prevalencia en la diferencia de género son aquellos clasificados como de infancia, niñez y adolescencia; trastornos de delirio, demencia, amnesia y relacionados con sustancias; trastornos de esquizofrenia, del estado de ánimo, adaptativos, de vejez, somatomorfo, disociativo y del sueño; trastornos sexuales, de identidad de género, trastorno de impulsos y de personalidad. (Hartung y Widiger, 1998)

4.2 Androginia

Recordando que los sujetos actúan de acuerdo a las normas de comportamiento que la sociedad dictamina como deseables, en la actualidad las dimensiones de masculinidad y femineidad se han valorado y resignificado a partir de los estudios de Bem (1974) que explican y esclarecen las formas de abordaje en el estudio de las diferencias de género.

Bem empezó sus investigaciones del rol de género en base a dos premisas:

La primera se refiere a que los individuos pueden comportarse de manera socialmente tanto masculina como femenina, es decir pueden ser andróginos.

La segunda se refiere a que los sujetos tipificados sólo como masculinos o como exclusivamente femeninos, están más limitados en las habilidades para interaccionar con los demás, en comparación con los sujetos andróginos.

Con los antecedentes de la revolución sexual de los años sesentas y los movimientos feministas la visión de los papeles del hombre y la mujer en la sociedad comenzaron a cambiar. Cabe mencionar que el movimiento feminista de los años 60's ha evolucionado, ya que en un principio caían en actitudes tan sexistas como las que criticaban. En la actualidad, el feminismo "moderno", como lo llaman Galeana y Pérez (1994) busca el respeto de los derechos fundamentales de las mujeres (reproductivo, al desarrollo, a la igualdad de oportunidades dentro de la sociedad), trabajando, expresándose y organizándose políticamente y teniendo como fin primordial conformar relaciones igualitarias entre ambos géneros (Legarde, 1994).

Bem (1974) introduce el término androginia en los estudios del género, la cual es

definida por Bustos (1994) de la siguiente forma: "La androginia es considerada como una entidad intrapsíquica, que se constituye a partir de una permanente interacción de opuestos, y trasciende la mera dualidad hacia la unión de los mismos" (p. 200).

El sujeto andrógino vendría a rebasar los límites del género, el que traspasaría las expectativas de que su conducta debe ajustarse a los estereotipos de los roles de género. Muestra comportamientos tanto masculinos como femeninos dependiendo de lo apropiado en la situación. Como contraparte del sujeto andrógino se encontraría el "indiferenciado", quien carece de suficientes rasgos tanto de masculinidad como de femineidad, lo que provoca que su adaptación a las experiencias cotidianas sea conflictiva.

El andrógino por su parte tendría así mayor libertad de opción en situaciones que demandan comportamientos tipificados, mayores habilidades sociales y adaptabilidad óptima a contingencias (Yarold, Nightingale, Curry y Martin, 1990). Ramanaiiah y Detwiler (1992) llegaron incluso a afirmar que el perfil de personalidad de los sujetos andróginos es diferente de aquellos tipificados sólo como masculinos o femeninos.

La conceptualización del sujeto andrógino se estableció como sinónimo del estándar de salud mental y símbolo de una sociedad igualitaria y libre de estereotipos y estigmas. Mead y Maccoby (1992) reforzaron estas hipótesis en sus trabajos relacionados con las consecuencias de la tipificación del género en niños y niñas, sosteniendo que la androginia es el ideal a desarrollar en la socialización de los infantes para una sociedad sin esquemas de géneros y que cada sexo puede disfrutar de los beneficios que típicamente se adjudican al otro: para esto los maestros y las escuelas, como factores importantes de la socialización, pueden propiciar actividades donde tanto niñas como niños participen de las mismas actividades.

El interés por el estudio de la androginia permitió desarrollar la "Teoría de la Androginia Psicológica" que postula que los sujetos andróginos poseen mayores habilidades de interacción. Esta teoría penetró ámbitos como el médico de tal manera que se asoció a la androginia con el mejor desempeño clínico en el trato con los pacientes (Yarnold, Nightingale, Curry y Martin, 1991).

Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones sobre androginia no han arrojado los resultados que Bem (1974) hubiese querido encontrar. Lara (1993 y 1994) y Bustos (1994)

dicen que las investigaciones realmente sólo arrojaron los siguientes resultados:

Los sujetos clasificados como andróginos tienen mayor flexibilidad en su conducta, más autoestima, integración y ajuste emocional. aunque también se encontró evidencia contraria.

Los individuos clasificados como masculinos y no los andróginos son los que presentaban grandes despliegues de pragmatismo y mayores características adaptativas.

Algunas explicaciones para estos resultados que en parte son contradictorios, son que la definición y los estudios de la androginia no se han desarrollado completamente, de manera especial porque el mismo concepto de androginia presenta limitaciones conceptuales y metodológicas en los estudios, además de la operacionalización del concepto que presenta limitaciones teóricas. Lara (1994) asemeja las investigaciones de la androginia con los inicios del estudio de la personalidad, por lo que considera que los supuestos de que el equilibrio de los aspectos masculinos y femeninos proporcionan una mayor estabilidad emocional no deben ser abandonados.

Sin embargo, pese a estas limitaciones, los estudios sobre androginia se han venido desarrollando, especialmente para encontrar sus relaciones con algunos aspectos fundamentales para la interacción con los otros, tales como la autoestima, el pensamiento independiente y la empatía (Bradley, 1993), y la empatía (Yarold, Martin, Soltysik y Nightingale, 1993)

Shimonaka, Nakazato y Marushima (1994) refieren que los hombres y mujeres japoneses andróginos estudiados poseen la más alta autoestima, seguidos de los masculinos, los femeninos y finalmente los indiferenciados. Mas adelante, estos mismos autores Shimonaka, Nakazato, Kawaai y Sato (1997) retomaron los estudios sobre androginia realizando un estudio con 36 sujetos de 13 a 92 años de edad para examinar masculinidad, femineidad, androginia e indiferenciación; los resultados más significativos muestran que existe una relación entre la androginia y la adaptación social, mientras que la autoestima fue un predictor destacable en la adaptación. Wulff y Steitz (1999) estudiaron por su parte a 91 adolescentes en la Universidad de Memphis, E.U.A., encontrando que los puntajes de androginia están significativamente asociados con la autoestima.

Otro tipo de investigaciones vinculan a la autoestima con la calidad de vida y una activa autocomparación con relación al otro (Ruffing-Rahal, Barin y Combs, 1998).

A manera de conclusión, cabe señalar que lo trascendente de todas las formulaciones teóricas e investigaciones que se han mencionado, es que ponen de manifiesto el hecho de que las características genéricas de mujeres y hombres no son causadas por el dimorfismo sexual sino por el contexto social. Tampoco son universales. Las sociedades y los sujetos se van a estructurar a partir de las normas que se asigna a las mujeres y a los hombres y las consecuencias de sus interacciones sociales cotidianas.

Aun cuando ciertos contenidos concretos de la sexualidad y de la vivencia de los sujetos varían de una sociedad a otra o a través del tiempo en una sola, la característica fundamental del orden genérico prevalece. "Para ello, la sexualidad es constantemente reproducida como norma de control de los individuos y de valorización social que da contenido a la obligatoriedad y deseabilidad a las relaciones cotidianas. Por eso la sexualidad es instrumento y simultáneamente objetivo del orden genérico." (Cazés, 1994, p. 346)

Si bien la visión sobre la masculinidad y la femineidad ha ido evolucionando en las últimas décadas, especialmente en los estratos sociales medios y altos, en nuestra sociedad aún es frecuente encontrar roles de marcado machismo y sumisión que entorpecen el desarrollo pleno de los sujetos como personas y limita sus relaciones interpersonales.

Aunque la androginia no ha demostrado ser el modelo de salud mental que en un principio se suponía, resulta importante considerar los rasgos positivos que ella acarrea, al igual que los rasgos positivos de masculinidad.

Es una situación deseable la de encontrar varones que se interesen más por las labores que anteriormente se adjudicaban a las mujeres, y que las mujeres sean más autoafirmadas y desempeñen funciones que se relegaban a los hombres.

Lamentablemente investigaciones como las de MacDougal (1997), investigador inglés, han demostrado que la imagen de la identidad masculina de la actualidad aún recuerda la tradicional: esta masculinidad apunta a ser opresiva especialmente hacia las mujeres.

Deben modificarse las relaciones entre los hombres y las mujeres en la vida cotidiana, los ámbitos públicos y privados, desde la pareja y la familia hasta la estructura política (Segar, 1994), y romper con ciertos estereotipos que impiden el desarrollo de las relaciones humanas, especialmente la interacción de la pareja. El acuerdo en los papeles desempeñados en dicha interacción y su conciliación dependerá en gran medida de la comunicación que entre ellos logren cultivar y que favorezca la relación marital y la sexual.

CAPÍTULO 5

COMUNICACIÓN

5.1 Teoría de la Comunicación.

La comunicación viene a ser un factor determinante de las relaciones que se establecen con los demás y determina además mucho de lo que sucede con tales relaciones. Es además una manera de conectarse con el medio ambiente donde cada quien se desenvuelve.

Para Vilchez (1985) la sexualidad y la comunicación son dos dimensiones del sujeto que se encuentran mutua e íntimamente relacionadas. La sexualidad es un proceso relacional y comunicativo. La sexualidad es una dimensión humana que se encuentra al servicio de la relación interpersonal, es decir, es una dimensión completamente comunicativa, es el modo por el que un sujeto establece un alto grado de comunicación con otro sujeto.

Tanto la comunicación como la sexualidad deben verse en referencia a la totalidad de la persona. La comunicación viene a ser la parte integradora (Vilchez, 1985)

La manera como cada sujeto humano sobrevive, la forma como se desarrolla la personalidad, la productividad de cada quien, todo esto depende en gran medida de las habilidades que se tengan para la comunicación. Cualquier tipo de interacción humana y organización social y genérica implica la comunicación en cualquiera de sus manifestaciones. La comunicación afecta los tipos de conocimiento social que los sujetos adquieren sobre ellos mismos y los otros (Musitu, 1993).

La comunicación puede darse tanto en el ámbito verbal como en el no verbal. Estas formas de comunicación interpersonal son producto de la comunicación social, ya que toda comunicación interpersonal es más que dos procesos independientes. El proceso de la comunicación implica esencialmente la comprensión de muchos fenómenos sociales.

Los elementos de la comunicación forman parte de una interacción. La comunicación se da cuando uno transmite información a otra persona. El que la recibe debe traducir el mensaje y comprenderlo (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). De ahí que la Teoría de la Comunicación Cibernética refiere que la comunicación implica cuatro elementos:

1. Un emisor, quien transforma la información y la codifica.
2. Un canal de información donde circulan los mensajes.
3. Un receptor quien recoge la información y la transforma.
4. Un receptor de signos o elementos comunes, en el cual el emisor y el receptor permitan construir un mensaje, o bien identificar su naturaleza. (Moles, 1991)

En toda comunicación se aportan nuestros cuerpos, transmitiendo la información verbal y paraverbalmente (comunicación no verbal). Se aportan además nuestros valores y conceptos que representan nuestro estilo de vida. También se aportan los órganos de los sentidos; se aportan nuestra capacidad para hablar y finalmente nuestro cerebro. Con el cerebro aportamos nuestras experiencias pasadas, lo asimilado mediante el aprendizaje y todo lo registrado en los hemisferios cerebrales. Comunicar es el hecho de compartir o intercambiar algo. (Nina, 1994)

La comunicación, por sí misma, lleva siempre un propósito previamente definido o no, que, como señalan Ellis y McClintock (1993) existen algunas situaciones en las que no somos conscientes de la intención de transmitir un mensaje, mucho menos cuando se trata de medios no verbales. Según Berlo (1985) el propósito general de la comunicación debe ser:

No contradictorio.

Expresado en términos de la conducta humana, es decir, centrado en la conducta.

Específico

Compatible con las formas en que se comunica la gente; la comunicación sólo es posible si los hábitos son comunes tanto en el uso de palabras como en las instituciones y las costumbres. Satir (1989) refiere en este punto que sin contexto no hay comunicación.

Es así que toda comunicación tiene por objetivo producir una conducta determinada por parte de una persona (o grupo de personas) determinada. De ahí que en el proceso de la comunicación Berlo (1985) distinguió además dos propósitos específicos, los cuales son.

Propósito consumatorio: se refiere al cumplimiento del propósito del mensaje en el momento de su consumación, es decir, el objetivo obliga a la consumación de algo

Propósito instrumental: Cuando la consumación, el objetivo provoca y permite una conducta ulterior o posterior.

El receptor del mensaje puede tener también propósitos consumatorios o instrumentales recibir un mensaje. Cualquier análisis del propósito comunicativo o del éxito obtenido al lograr la respuesta esperada, necesita plantear y contestar a quién se destina.

Musitu (1993) explica también el doble propósito de la comunicación:

Función orientada a la actividad: la comunicación se centra en la tarea que se ha de realizar, los intereses de los participantes y la amplitud de las alternativas disponibles para los participantes.

Función orientada a la relación: se centra en la definición, el mantenimiento y la redefinición de la relación resultante.

Por otra parte, el hablar de comunicación implica hablar de un proceso, por lo que no es posible hablar de un principio y un fin de la comunicación. El proceso de la comunicación ocurre en un tiempo y espacio sucesivos e irreversibles, y es esencial en la comprensión de muchos fenómenos sociales. Los sistemas de reglas que definen la comunicación se dan concientemente a través de la sociedad (padres, escuelas, libros, medios de comunicación, etc.). Las conductas comunicacionales dependen además de cómo los sujetos representan cognitivamente sus características sociales y psicológicas y de cómo definen subjetivamente la comunicación en términos de sus normas y objetivos (Musitu, 1993).

La comunicación, como cualquier tipo de proceso, presenta algunos componentes, los cuales se han descrito por autores como Berlo (1985), Musitu (1991), Moles (1991) y Ellis y McClellintock (1993). Estos autores coinciden en la descripción de dichos componentes con los que se establece el siguiente esquema.

- a) *Fuente de la comunicación*: puede ser alguna persona o grupo de personas con un objetivo y una razón para ponerse en comunicación.
- b) *Mensaje*: un propósito por el cual comunicarse, que puede ser considerado como

conducta física. Los mensajes son el producto de la actividad cognitiva de los comunicadores. Para Musitu (1993) existen dos tipos de mensaje, los informativos y los relacionales. Los mensajes informativos son aquellos que expresan lo que se consideran que son los hechos, el contenido del mismo mensaje y hace referencia a todo aquello que sea comunicable. Los mensajes relacionales se utilizan para guiar las relaciones interpersonales, el cómo debe entenderse el mensaje. Sin embargo, un mensaje no sólo ofrece información, sino que también define la relación entre los comunicantes; estos dos aspectos son indispensables, pues con uno solo de ellos el mensaje es imposible.

c) *Encodificador*: es el que toma las ideas de la fuente y las dispone en un código, expresando así el objetivo de la fuente en forma de mensaje.

d) *Canal*: es un medio, un portador de mensajes, una conducta.

e) *Decodificador*: Es quien retraduce y decodifica el mensaje, dándole forma para que sea utilizable por el receptor.

f) *Receptor de la comunicación, signos o elementos comunes*: que puede ser una persona o un grupo de personas que permiten identificar la naturaleza del mensaje.

Este esquema permite ejemplificar cómo se da el proceso, sin embargo esto no explica todo lo que ocurre en todo el fenómeno de la comunicación; además de ser un proceso, tiene ciertos principios que se hacen evidentes en toda interacción social, tomando en cuenta lo particular y lo universal que a su vez puede ser la comunicación humana

Watzlawick, Beavin y Jackson (1989) proponen una serie de axiomas o principios que son claves en el estudio de la comunicación humana, si bien no fueron definidos formalmente. Manteniendo un carácter de tentativos, resultan de gran utilidad para el entendimiento del proceso de la comunicación y sus trastornos. Estos axiomas son:

1. El *primer axioma* plantea que no es posible no comunicarse. Cualquier tipo de conducta es comunicación. hasta el silencio. Toda conducta en una situación de interacción es comunicación. De ahí que ésta no sólo se da cuando es intencional, conciente o eficaz. El silencio, el retraimiento, la inmovilidad o cualquier otra forma de negación constituye en sí mismo una comunicación. Y ya que no sólo el habla es comunicación. los

icios comunicacionales más remotos también afectan la conducta. (Satir, 1989).

"Así, la imposibilidad de no comunicarse hace que todas las situaciones en las que participan dos o más personas sean interpersonales y comunicacionales..." (Watzlawick, Beavin Jackson, 1989, p.71).

2. El *segundo axioma* refiere que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y o relacional. El primero transmite información, es el contenido del mensaje: el aspecto relacional impone conductas y se refiere a la relación entre los comunicantes. No sólo se transmite información, sino que la comunicación también impone conductas.

3. El *tercer axioma* propone que la naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias de la comunicación entre los sujetos que se comunican. Esto se refiere al intercambio de mensajes, donde la puntuación organiza los hechos de la conducta. La falta de acuerdo respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de muchos conflictos en las relaciones.

4. El *cuarto axioma* es el referente a la comunicación digital y analógica. La comunicación digital se refiere a la comunicación de palabra, el que se da al compartir información acerca de los objetos o en la transmisión de conocimientos: se refiere además a todas aquellas características del lenguaje necesarias para vocalizar algún conocimiento que sea el comunicante. La comunicación analógica se refiere a la comunicación que no es verbal, es decir, al de signos y movimientos intencionales, incorpora los aspectos extralingüísticos del propio lenguaje, así como los movimientos faciales y corporales; esta comunicación es más rica y tiene validez universal. Sólo el ser humano utiliza ambos tipos de comunicación.

5. El *quinto* y último axioma afirma que todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, lo cual depende de que estén basados en la igualdad o diferencia. En las relaciones simétricas los sujetos igualan su conducta recíproca, mientras que en la relación complementaria la conducta de un sujeto complementa la del otro. Ambas interacciones cumplen funciones importantes y deben estar presentes, aunque en alternancia actúan o actuando en distintas áreas.

El estudio de estos axiomas o principios nos permiten entender cómo se da el proceso de comunicación en toda su amplitud, además permiten descubrir algunos trastornos que se

den presentar y que pueden convertir a la comunicación misma en patológica; estos trastornos se dividen en cinco grupos que coinciden con cada uno de los axiomas:

Grupo 1: Agrupa los trastornos que se refieren al intento de no comunicarse. Puede darse en un contexto en que se desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación. Las manifestaciones o reacciones posibles son: a) Rechazo a la comunicación, donde el receptor puede hacer sentir al emisor que no le interesa conversar. b) Aceptación de la comunicación donde el receptor acepta entablar la comunicación sin desearlo, y le resulta difícil darle fin. c) Descalificación de la comunicación, donde el receptor se comunica de tal modo que su propia comunicación o la del emisor quedan invalidadas. d) El síntoma como comunicación, donde el receptor finge cualquier deficiencia o incapacidad que justifique la imposibilidad de comunicarse.

Grupo 2: Agrupa a los problemas en el área de contenido y relación. a) Los participantes concuerdan con el contenido de sus comunicaciones y en la definición de su relación. b) Los participantes están en desacuerdo en el nivel de contenido y también en el de relación. c) Formas mixtas, como desacuerdo en el nivel de contenido, pero no afecta la relación; acuerdo en el nivel de contenido pero no en el de relación y confusión en los dos aspectos.

Grupo 3: La falta de resolución en cuanto a las diferencias en la puntuación de las frecuencias comunicacionales pueden conducir a atolladeros en los que las personas implicadas también se acusan mutuamente de la locura o de la maldad. Se presenta en aquellos casos en que por lo menos alguno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro, pero no lo sabe.

Grupo 4: Los errores en la traducción entre el material analógico y el digital, es decir, cuando lo que se dice no coincide con lo que se actúa, lo no verbal contradice lo verbal (o viceversa) y el mensaje que se recibe resulta confuso y carente de credibilidad.

Grupo 5: Problemas o patologías potenciales en la interacción simétrica y complementaria. En el primer tipo de interacción existe el peligro de la competencia lo que provoca disputas y luchas entre individuos, guerras más o menos abiertas o bien un cisma, a lo que se le ha llamado escapada, se rechaza además el yo del otro. Con respecto a los problemas

la interacción complementaria, las diferencias entre los sujetos provocan la desconfirmación de uno del otro.

Bateson y Jackson (1977) sostenían ya que el aspecto fundamentalmente patológico de la comunicación deriva de una imposibilidad para comunicarse, de una comunicación que no garantiza la construcción positiva de las relaciones entre los individuos. Las principales barreras que impiden estas relaciones son:

- a) Comunicación paradójica, donde un mismo mensaje comprende dos contenidos incompatibles.
- b) Rechazo de la comunicación: un sujeto hace sentir al otro que no le interesa conversar.
- c) Aceptar sin deseo: El sujeto en un principio no desea entablar una conversación, pero termina por ceder.
- d) Descalificación de la comunicación: el sujeto opta por comunicarse de tal manera que la comunicación o la de la otra persona se invalide. esto puede ocurrir por contradicciones, incongruencias, cambios repentinos de tema, frases incompletas, etc.
- e) Síntomas como comunicación. la imposibilidad de comunicarse se justifica por razones de somnolencia, borrachera y cualquier de ficiencia o incapacidad

Por su parte Masters, Johnson y Kolodny (1995) exponen algunos problemas que suelen ocurrir en el proceso de la comunicación. en el contenido de lo que se pretende comunicar y en cómo repercute en la interacción social, especialmente en la relación de pareja:

1. El emisor del mensaje no consigue expresar lo que realmente pretende o quiere dar a entender; esto provoca que el mensaje no se reciba como se quiera o resulta confuso, o bien no llega a su destino.
2. El mensaje pasa inadvertido por el destinatario o no le presta la suficiente atención. También el mensaje es mal interpretado, no con su intención real, sino bajo su conveniencia
3. La persona que recibe el mensaje le da un giro completamente distinto provocando un malentendido.

En los problemas de comunicación, la forma de transmitir y de recibir el mensaje es importante en su origen y arraigamiento. La claridad en el mensaje es factor fundamental, que puede

ar en las siguientes circunstancias: a) decir una cosa distinta de lo que se pretende; b) emitir mensajes contradictorios y c) falta de concreción.

Es así que los sujetos se pueden comunicar de tal modo que su propia comunicación o la de otro queden invalidadas, sin ser esto manifestación de una mente enferma, sino quizá la única reacción posible frente a un contexto de comunicación insostenible. La comunicación no es conducta sino que implica un cambio de conducta relacionada con la educación, los sentimientos y la autoconciencia (del yo). Una persona reacciona ante el sentimiento que la otra persona implica en su comunicación y viceversa. (Bateson y Jackson, 1977 y Watzlawick, Beavin y Jackson, 1989)

5.2 Comunicación Marital.

Watzlawick, Beavin y Jackson (1989) refieren que la conducta de cada sujeto, por ser miembro de un sistema interaccional, afecta las conductas de cada una de las otras personas y a su vez afectado por éstas, cuanto más en una relación de pareja.

Los sistemas individuales de los miembros de una pareja están incluidos y relacionados en un contexto familiar más amplio, una comunidad y un sistema cultural. Esta interacción entre sistemas forma una red. (González, 1979)

La elección de una pareja, su velocidad, frecuencia, satisfacción física y emocional, se determina por diversos aspectos, tales como el carácter de la relación y las redes sociales en las que la pareja está inmersa. Esta etapa es una de las más importantes, ya que determina y condiciona el curso de la vida en pareja, llenándole de gratificaciones y experiencias precedentes (Souza, 1996).

En estudios recientes, Gordon, Baucom, Epstein, Burnett y Rankin (1999), destacan además la importancia de la percepción que tienen las parejas sobre el matrimonio, y sus patrones de comunicación como aspectos altamente asociados con la conflictiva marital. Después de estudiar 387 parejas descubren que la correlación que existe entre la comunicación y el ajuste marital es más alto para las mujeres con mayores ideas estandarizadas de lo que es la

ación de pareja que para aquellas mujeres con menores ideas estandarizadas sobre la acción

Sin embargo, "Sea cual fuere la forma de organización que adopte una pareja a lo largo su evolución, va a constituir una serie de ideas básicas sobre su origen como pareja, los motivos que la han llevado a constituirse como tal, y cierta visión de cada miembro en sí mismo y de los dos como conjunto." (González, 1979, p.44)

Para Álvarez-Gayou (1996) existen tres elementos para la integración de una pareja:

Comunicación: la diferencia de la información existe una respuesta entre el emisor y el receptor, es decir es un proceso de interacción.

Empatía: consiste en tener la capacidad para interiorizar al máximo todos los sentimientos y deseos de la otra persona.

Respeto: es la convicción de que la pareja es un individuo por sí mismo

De esta manera, en la pareja se deben distinguir el mundo personal, el de la otra persona y el de ambos. lo que se refiere al hecho de que exista cierto grado de individualidad. Este respecto Souza (1996) dice: "En el amor se da la paradoja de dos seres que se convierten en uno y no obstante siguen siendo dos." (p.57)

Masters, Johnson y Kolodny (1995) destacan el aspecto de la intimidad como característica fundamental en la relación de pareja. La intimidad se forja y desarrolla mediante la comunicación efectiva. En la relación de pareja la comunicación es un elemento fundamental para que se pueda mantener, ya que mediante ésta se puede tener un intercambio de información sobre sentimientos, temores y percepción hacia el otro y del otro (Jorgensen y Rudy, 1980).

Los problemas de comunicación en una pareja suelen ser un aspecto importante que crea conflictos y que se vuelve un motivo de consulta clínica, aunque en algunas ocasiones las parejas no lo tienen del todo claro. Frecuentemente la mediocridad en la comunicación influye en los fracasos de la vida de pareja. En otro extremo, la gran cantidad de información transmitida no implica que ésta sea buena.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric

ociation, 1995) clasifica a los "Problemas Conyugales" cuando la interacción entre los cónyuges o compañeros se caracteriza por una comunicación negativa, distorsionada o una ausencia de comunicación. Esto se asocia a un deterioro de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o ambos cónyuges. La interacción y unidad relacional se ven deterioradas.

Ya en 1988 Fitzpatrick afirmaba que una buena comunicación en la pareja y el hecho de comunicar entre sí cumple determinadas funciones específicas: organizar la relación, construir y dar de forma conjunta una visión sobre el mundo y, proteger vulnerabilidades.

Mitchell (1982) refiere que los matrimonios infelices no se comunican entre sí porque no saben cómo hacerlo, ya que el cónyuge en su plano personal no se atreve a enfrentarse a los temores y frustraciones, lo cual lo tendría que hacer al momento de hablar. De ahí que el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), haciendo alusión a los problemas conyugales, dice "Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento en uno o más miembros de la unidad relacional: también pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica. También pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno." (p. 696).

Oneill y Oneill (1976) destacan una serie de formas para llegar a una comunicación efectiva, las cuales son:

Tener sentido de oportunidad: se refiere al momento en que se toma conciencia de las circunstancias en que la pareja se encuentra y de sus señales no verbales.

Claridad: es la expresión clara y abierta de lo que se desea comunicar

Saber escuchar: disposición de escuchar al otro.

Retroinformación: devolver la información de manera que se entable un diálogo.

Bateson, Jackson (1977) y González (1979) destacan al proceso de confirmación como un elemento clave para lograr una comunicación efectiva. La confirmación de la comunicación por parte del cónyuge es el reconocimiento de la definición que un miembro de la pareja hace de sí mismo. La confirmación es el factor que influirá directamente en el desarrollo y estabilidad mental de la pareja. Cuando la confirmación falla (desconfirmación) se niega la

alidad del otro como fuente de tal definición, se pone en entredicho su existencia y la presión marital peligra; en cambio, cuando se fomenta la afirmación o el rechazo de la definición del otro se logra conservar su identidad como existente.

Nina (1991) destaca por su parte a la autodivulgación como ingrediente esencial para la comunicación efectiva. Autodivulgar se refiere a la actitud interna de apertura del mundo propio para comunicarlo a otro u otros, comunicar a otros los sentimientos emociones e ideas. La autodivulgación en la pareja permite una gran satisfacción marital y favorece la intimidad de la pareja. Analizando la cantidad de información que una persona divulga en diferentes tipos de relaciones interpersonales, se descubre que en general los cónyuges son los que divulgan más información de sí mismos a su pareja; esto puede deberse a que consideran a la pareja como la mejor persona en quien confiar sus intimidades.

Establecer lazos de intimidad con la pareja implica un sentimiento recíproco de aceptación, entrega, ternura y confianza. En la intimidad dos personas que se profesan cariño comparten sentimientos, ideas y procederes con la mayor libertad posible. El fomento y la preservación de la intimidad sólo se consigue, generalmente, mediante una comunicación efectiva (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Nina (1991) por su parte realiza un estudio respecto a la comunicación marital en la población mexicana. Destacó seis dimensiones de la comunicación, haciendo hincapié en que para la pareja es importante tener un intercambio de información que contenga tales dimensiones. Estas dimensiones son:

Sentimientos, Emociones y Disgustos: Se refiere a la 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. El hecho de no formular nunca de manera explícita los sentimientos amorosos hace que en ocasiones las personas se pregunten si en verdad su cónyuge o compañero siente verdaderamente afecto por ellas. La seguridad que el compañero o compañera conoce sus sentimientos es un elemento capital para la duración de cualquier vínculo afectivo (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Familia Extendida: Se refiere a la información que se da sobre la familia del cónyuge y

sobre su propia familia, sobre sus influencias en la relación de pareja y la manera de interactuar con ellos.

Vida Sexual: Se refiere a la información sobre la actividad sexual que lleva a cabo la pareja, su satisfacción y molestia. En este punto es importante mencionar que Gray (1996) refiere que la comunicación respecto al sexo favorece la comprensión de las expectativas y actitudes de la otra persona, repercutiendo en el buen ajuste sexual que implica a su vez progresos en la interacción de la pareja. No siempre requiere de palabras, pero el manifestar lo que se estima importante y placentero en las relaciones sexuales, es preciso muchas veces expresarlo verbalmente. Mediante el diálogo y los mensajes no verbalizados, las parejas pueden aprender a potenciar su comunicación sexual, lo que a menudo reforzará su intimidad.

Hijos: Se refiere a la información sobre el cuidado y educación de los hijos, las reglas que se les impone y las responsabilidades sobre ellos.

Relación Marital: Se refiere a los aspectos generales en la interacción de la pareja (tiempo dedicado al cónyuge y a la relación, lo que se piensa del otro, etc.)

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

Mediante la comunicación de estas temáticas se fomenta la funcionalidad de la relación marital.

El analizar el contenido de la comunicación en la pareja, es decir, los temas que platican los cónyuges, así como la cantidad o frecuencia con que hablan éstos, permite identificar las carencias y los recursos de la pareja y crear técnicas de abordaje cuando la comunicación es eficiente.

5.3. Estilo de Comunicación.

Hawkins y Weinsberg (1977) consideran que el estilo de comunicación significa la forma como el mensaje de la comunicación se da, más que el contenido. Entre los cónyuges

aja la calidad de la relación marital y puede ayudar a mantener de forma estable la relación yugal.

Norton (citado en Honeycutt, Wilson y Parker, 1982) refiere con respecto al estilo de comunicación: "Una de las formas verbales y no verbales que interactúan para asignar cómo se ser tomado, interpretado o entendido el significado literal." (p.397)

De los últimos estudios realizados en relación a este tema, destaca la investigación de (1991), quien define al estilo de comunicación como aquello con lo que se le da forma al significado literal de la información que se esté brindando.

En el estudio de los diversos estilos de comunicación, diferentes autores han realizado propia clasificación, con el fin de conocer a los sujetos en su estructura de personalidad y en interacción con la pareja. Algunas de estas clasificaciones y sus autores se describen a continuación, por orden cronológico.

a) Hawkins, Weisberg y Ray en 1980, poniendo énfasis en la manera de comunicarse de pareja, analizan cuatro tipos de estilos de comunicación:

Convencional: poco divulgador y estilo cerrado.

Especulativo: poco divulgador y estilo abierto.

Afectuoso: muy divulgador y estilo abierto.

Control: muy divulgador y estilo cerrado

La *divulgación* hace referencia a la actitud del cónyuge para expresarle al otro, verbal o verbalmente, sus sentimientos, emociones e ideas. El estilo *cerrado* hace referencia a cuando el cónyuge no le da importancia a las experiencias del otro. El estilo *abierto* se da cuando hay un interés por las experiencias del otro y es el estilo que valida la relación marital.

En base a esta clasificación podemos detectar a una pareja *convencional* donde la comunicación es completamente defectuosa, pues en el cónyuge no hay interés en escuchar al otro ni en transmitir los propios sentimientos. El cónyuge *especulativo* sabe atender a las necesidades del otro, sin embargo es reservado en el expresar sus propias experiencias. El *afectuoso* favorece la relación marital, pues permite un intercambio de experiencias y facilita la

ivencia en pareja. Finalmente, el cónyuge *control* se caracterizará por una actitud egoísta, sólo sabe transmitir sus propios sentimientos y experiencias, pero sin darle importancia a las del otro.

b) Honeycutt, Wilson y Parker (1982) realizan una clasificación más amplia, en primer lugar destacan los estilos de comunicación en situaciones generales, los cuales son:

El que deja impresionado al escucharlo con su comunicación verbal y no verbal.

Dominante: es el que habla demasiado, simultáneamente. interrumpiendo el diálogo de los demás.

Pasivo: el que habla tranquilo y libre de presión

Atento: el que escucha al otro prestándole la máxima atención.

En segundo lugar, los autores clasifican los estilos de comunicación que son predictores de una buena comunicación en la pareja:

Amistoso: es el que profundiza íntimamente en cualquier situación.

Atento: el que escucha al otro, en este caso a la pareja, en forma atenta.

Preciso: expresa exactitud en su contenido y comprueba su información, es decir, favorece la confirmación en la cual se da un reconocimiento por parte del otro de la definición que un miembro de la pareja hace de sí mismo.

Expresivo: manifiesta sus pensamientos o impresiones. es decir, hace uso de la autodivulgación.

En tercer lugar se mencionan los estilos de comunicación en parejas funcionales:

Pasivo: el que habla tranquilo y libre de presión.

Amistoso: el que profundiza íntimamente en cualquier situación, favoreciendo la intimidad en la pareja.

Abierto: muestra sus sentimientos, creencias y opiniones respetando los de los demás.

Dramático: expresa fácilmente y entretiene.

En cuarto lugar se enumeran los estilos de comunicación no relevantes

Contenedor: es aquel controversial y conflictivo.

Animador: aquel que exagera el mensaje

Flexible: el que se caracteriza por su adaptabilidad del contexto para que tenga una variedad de significados con lo que relata el mensaje.

c) Nina (1991), por su parte realiza un estudio en la población mexicana, explorando los estilos de comunicación que se dan solamente en la relación de pareja. Estos estilos de comunicación son

Positivo: Hace referencia a cuando algún miembro de la pareja tiene una actitud abierta; la persona quiere escuchar al otro y trata de comprenderlo. Entre los cónyuges al darse este estilo de comunicación se dan intercambios de información e ideas, expresándose de manera amable, educada y afectuosa. Los matrimonios satisfechos se caracterizan por este estilo de comunicación. Larson, Anderson, Holman y Niemann (1998) refieren que los mejores predictores de la satisfacción sexual del esposo son las esposas con alta autoestima, comunicación abierta y estabilidad en la relación. Los mejores predictores para la satisfacción sexual de las esposas son su misma alta autoestima, comunicación abierta y la comunicación enfática (buen manejo del tono en que se dicen las cosas) y de sus esposos.

Negativo: Es conflictivo, rebuscado, confuso que afecta a la comunicación; se presenta ante situaciones de conflicto o desacuerdo, produciendo que la comunicación sea inadecuada.

Reservado: El cónyuge es poco expresivo al comunicarse adoptando este estilo para crear una barrera en el proceso de comunicación con su pareja, quizá con el propósito de involucrarse en la relación marital asumiendo un rol pasivo. Este estilo de comunicación desfavorece la confirmación explicada anteriormente.

Violento: formas que pueden crear problemas entre los cónyuges a modo de agresión (verbal o física) provocando que éstos se muevan en situaciones de conflicto, de agresión verbal o física y puede darse una ruptura en la pareja. Este estilo afecta irremediabilmente la relación de pareja. La comunicación de la pareja se percibe como hostil. La violencia suele ser consecuencia de sentimientos anteriores, como el resentimiento y la decepción; si

es posible discutir estas emociones negativas en su fase inicial, utilizando herramientas como la asertividad, hay más posibilidades de afrontarlas con éxito (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Cada uno de estos estilos de comunicación pueden presentarse tanto en uno de los cónyuges como en ambos, lo que puede favorecer o complicar la interacción marital.

De los estilos de comunicación planteados por Nina (1991), existen algunos que son los que promueven la comunicación deficiente en la pareja, tales como los estilos negativo, pasivo y reservado. La violencia y la agresión en una relación de pareja resulta de mal augurio para su futuro, como lo señalan Rogge y Bradbury (1999), quienes realizaron un estudio con 56 parejas recién casadas para predecir el estado de su relación en los siguientes 4 años, encontrando separación y divorcio cuando la pareja se caracterizaba por una comunicación predominantemente agresiva.

Holtzworth-Munroe, Smutzler y Stuart (1998) realizaron estudios sobre la comunicación marital en parejas violentas y no violentas, encontrando que los hombres violentos y ansiosos reportaron tener una relación en donde ellos eran muy demandantes y sus esposas muy reservadas. Los hombres ansiosos reportaron menor comunicación constructiva con sus esposas y mayor actitud de evitación y de culparse mutuamente. Las parejas con una comunicación violenta y ansiosa tendieron a ser altamente demandantes y carentes de un comportamiento y comunicación positivos; estas parejas violentas tendieron también a ser despreciantes entre sí. Así que la violencia con o sin ansiedad repercute invariablemente en la comunicación marital.

Este tipo de investigaciones permiten descubrir lo frecuente que es encontrar el círculo vicioso en el que caen ciertas parejas, en las que una de las partes se comporta de manera reservada o negativa en su comunicación y esto se asocia a que la otra parte se comporta de manera violenta; pero cada parte se vive como una consecuencia de la actitud de la otra. Sztulwicz, Beavin y Jackson (1989) lo explican como un problema en la puntuación de la frecuencia de hechos, en donde los círculos viciosos no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de la comunicación, es decir, cuando pueda haber comunicación. Esto fomentaría además el estilo positivo y la satisfacción marital.

Como ha podido observarse, mediante el diálogo frecuente, el estilo de comunicación vivo y todo lo que tiene que ver con los mensajes no verbalizados, las parejas pueden aprender a potenciar su comunicación, especialmente la que tiene que ver con lo sexual, lo que tendiendo a reforzar su intimidad. A este respecto, Purnine y Carey (1997) destacan la importancia de la comunicación interpersonal de la pareja en el ajuste sexual: la satisfacción mutua en ambas partes de la pareja está asociada con el entendimiento del hombre de las preferencias de su pareja y el acuerdo entre las preferencias de ambos. El ajuste de la relación general de los dos, está asociada al entendimiento de las mujeres de las preferencias de sus parejas. El mutuo acuerdo y la comunicación son los ingredientes esenciales.

Roldán (1998) refiere que la comunicación deficiente en un ámbito general y los estilos pasivo, reservado y/o violento pueden constituir un papel importante en los trastornos sexuales. Así mismo, Zimer (1983) refiere que las parejas con problemas sexuales y maritales suelen caer en conductas deficientes como la evitación, inhabilidad para escuchar o expresar el fondo de la información, falta de habilidad para expresar el enojo y el desaprobo de manera asertiva. El saber escuchar, para Masters, Johnson y Kolodny (1995) representa un concepto activo, en donde se permite atender el mensaje del otro y estar abierto a su punto de vista sin ideas preconcebidas. La comunicación abierta en la pareja repercute positivamente en su intimidad y en su relación con el medio que los rodea, incluso es tan importante que llega a ser indispensable en el tratamiento de casos drásticos como el alcoholismo (Murphy y O'Farrell, 1977) y la esquizofrenia (Greer, Weerasekera, Linder y Goldberg, 1997).

Por otra parte, puede observarse que la inhibición que se observa en intercambiar opiniones sobre el sexo entre las parejas deriva de ciertas prescripciones que se inculcan desde la infancia. El afecto suele transmitirse mediante el tocarse y el rozarse, aspectos que las parejas aprenden a reprimir, ya que en la infancia la sociedad reprueba y contiene las sensaciones físicas y eróticas. (Gray, 1996)

La dificultad que se experimenta para compartir con la pareja confidencias sexuales también se explica por las normas u opiniones en relación a lo sexual que la sociedad ha establecido, especialmente aquellas que consideran al varón como el experto sexual y a la mujer

a la parte pasiva de la relación.

De ahí que la comunicación sobre estos temas sea tan esencial para el buen funcionamiento sexual, sin olvidar que la forma más profunda de comunicación no verbal en la vida es la sexual. El cuidado y el cultivo de las relaciones sexuales en muchas parejas que mantienen una relación duradera está relacionada a una comunicación positiva que les permite realizar actividades nuevas, ensayar caricias y recurrir a fantasías (Heiman y LoPiccolo, 1990).

La comunicación no verbal que se manifiesta de manera especial en los contactos sexuales debe ser coherente con la comunicación general de la pareja, pues cuando las muestras de afecto se testimonian únicamente durante la relación sexual y nunca en otras circunstancias, el cónyuge puede pensar que se trata de un afecto limitado o condicional.

Los mensajes no verbales traducen sensaciones de placer, sentimientos de comunicación íntima y de ternura. La comunicación que se establece en el ámbito de una relación íntima se diferencia en algunos aspectos del contacto con otras personas que componen el círculo social. De ahí que la comunicación con la pareja representa una condición para la estabilidad emocional de la misma y de cada uno de sus integrantes.

La comunicación deficiente repercutirá inevitablemente en la vida sexual de la pareja, y ésta última, como ya se ha visto, es consecuencia de una comunicación no verbal que afecta la intimidad. La intimidad sin amor o sin relación sexual será muy distinta de la intimidad que conlleva el amor sincero, la aventura amorosa o la pasión sexual. Cualquier persona que distorsione el significado vivencial y comunicacional de la sexualidad, se perjudica a sí mismo y a su pareja en el camino hacia el bienestar. (Masters, Johnson y Rodny, 1995).

Finalmente cabe señalar que los profesionales de la salud deben hacer hincapié en la mejoría de la vida marital en general, especialmente en lo que tiene que ver con su comunicación misma, para poder intervenir en los conflictos meramente sexuales. Es importante propagar la creación de programas orientados a estimular y reforzar la comunicación marital y el estilo positivo de comunicación, evitando así las fracturas de la relación marital, la cual tiene efectos en la salud mental y física y en el bienestar en general de

una de las partes (Sayers, Kohn y Heavey, 1998 y Emanuels-Zuurveen y Emmelkamp,).

También resulta importante reforzar la comunicación en el área de la vida sexual en la a y crear programas de información y reeducación sobre la sexualidad, evitándose así lo ilice Gray (1996):

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" (p. 53)

CAPÍTULO 6

METODOLOGÍA

6.1 Propósito y objetivos

El estudio de las disfunciones sexuales ha sido difundido en diferentes países del mundo como un aspecto de atención clínica que genera malestar en quienes las padecen, impidiendo un desarrollo de la salud sexual promovida por la OMS y en consecuencia limitando la salud física y emocional integral de los sujetos.

En México ha sido un tema de constante investigación por organizaciones e instituciones de salud, como es el caso del Instituto Nacional de Perinatología, en cuyo departamento de Ginecología se ha establecido una línea de investigación de las disfunciones sexuales tanto en mujeres como masculinas. Esta tesis surge como parte de esa línea de investigación.

Álvarez-Gayou (1986) refiere que en nuestro país hace falta la realización de diversos estudios sobre disfunciones sexuales, ya que los datos que se tienen no son suficientes ni confiables. De ahí que surja la necesidad de fomentar las investigaciones sobre el cómo se vive la sexualidad en nuestra sociedad, para que en un futuro se puedan crear planes de abordaje para las disfunciones sexuales tal y como se presentan en nuestra cultura. Cabe señalar que una gran parte de las técnicas de abordaje terapéutico se han limitado a las aportaciones de otros países (como el caso de EUA) que han sido elaboradas tomando en cuenta los rasgos particulares de las poblaciones estudiadas (Masters, et al. 1995 y Kaplan, 1993).

El promover estudios sobre las disfunciones sexuales en la población mexicana permitirá encontrar lo particular de su vivencia por la sociedad, y lo coincidente con otras culturas y naciones.

Es así que este trabajo de tesis tuvo como propósito estudiar algunos aspectos asociados a las disfunciones sexuales, tomando en cuenta factores que involucren a la individualidad de

sujetos y otros correspondientes a la vida de pareja. Esto se realizó mediante la comparación de dos grupos de sujetos con el fin de encontrar diferencias entre ellos.

¿Cuáles han sido los objetivos específicos?

Determinar la diferencia existente en la habilidad asertiva entre hombres sin disfunciones sexuales y hombres con disfunciones sexuales.

Determinar la diferencia existente en el rol de género entre hombres sin disfunciones sexuales y hombres con disfunciones sexuales.

Determinar la diferencia existente en las dimensiones de la comunicación marital entre hombres sin disfunciones sexuales y hombres con disfunciones sexuales.

Determinar la diferencia existente en el estilo de comunicación entre hombres sin disfunciones sexuales y hombres con disfunciones sexuales.

Determinar la diferencia de variables como la edad, el estado civil, ocupación, el nivel de escolaridad, los años de relación con la pareja actual, religión, la información sexual recibida, el trauma sexual infantil, la práctica de la masturbación, el inicio de la vida sexual y la presencia de problemática de pareja entre hombres sin disfunciones sexuales y hombres con disfunciones sexuales.

6.2 Planteamiento del Problema

¿Existen diferencias entre los grupos de hombres sin y con disfunción sexual en el puntaje de las dimensiones de la asertividad?

¿Existen diferencias en los grupos de hombres sin y con disfunción sexual en el puntaje de las escalas del rol de género?

¿Existen diferencias entre los grupos de hombres sin y con disfunción sexual en el puntaje de las dimensiones de la comunicación marital?

¿Existen diferencias entre el grupo de hombres sin y con disfunción sexual en el puntaje de las dimensiones del estilo de comunicación?

¿Existen diferencias entre los grupos de hombres sin y con disfunción sexuales en la presencia de variables sociodemográficas como edad, estado civil, ocupación, escolaridad,

de relación de pareja, religión, información sexual, trauma sexual infantil, masturbación, inicio de vida sexual y la presencia de problemática de pareja?

6.3 Hipótesis

Hipótesis Conceptual:

La naturaleza psicológica de las disfunciones sexuales "...reclama la integración armónica de nuestras potencialidades eróticas dentro de la totalidad de nuestra persona, la naturaleza del vínculo de la pareja y el ambiente social y cultural ante el erotismo." (Rubio y Díaz, 19994, p. 204).

Hipótesis de Trabajo:

1. Entre los grupos de hombres sin y con disfunción sexual, el puntaje de las dimensiones de la asertividad es diferente.
2. Entre los grupos de hombres sin y con disfunción sexual, el puntaje de las escalas del rol de género es diferente.
3. Entre los grupos de hombres sin y con disfunción sexual, el puntaje de las dimensiones de la comunicación marital es diferente .
4. Entre los grupos de hombres sin y con disfunción sexual, el puntaje de las dimensiones del estilo de comunicación es diferente
5. Entre los grupos de hombres sin y con disfunción sexual, la incidencia en variables sociodemográficas como edad, estado civil, ocupación, escolaridad, años de relación de pareja, religión, información sexual, trauma sexual infantil, masturbación, inicio de vida sexual y la presencia de problemática de pareja es diferente.

6.4 Variables

Variables Independientes:

Disfunción Sexual

Definición Conceptual: "Las disfunciones sexuales son una serie de síndromes en los que

os procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma recurrente y persistente." (Rubio y Díaz, 1994, p.203)

Disfunción Sexual Hipoactivo: "Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual en forma persistente o recurrente." (DSM-IV, p.510)

Disfunción por Aversión al Sexo: "Aversión extrema persistente o recidivante hacia y con evitación de todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual." (DSM-IV, p.512)

Disfunción de la Erección en el Varón: "Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual." (DSM-IV, p.516)

Disfunción Orgásmica Masculino: "Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo durante una fase de excitación sexual normal en el transcurso de una relación sexual que el individuo, teniendo en cuenta la edad del individuo, considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración." (DSM-IV, p.521)

Eyacuulación Precoz: "Eyacuulación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee." (DSM-IV, p.523)

Dolor de Coito: "Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en hombres como en mujeres." (DSM-IV, p.526)

Dispareunia: "...manifestada por la insatisfacción que provoca a uno de los miembros de la pareja que el otro desee demasiado o no las relaciones." (Álvarez-Gayou, 1986, p. 66)

Definición Operacional: Son las respuestas afirmativas que los sujetos proporcionan al Cuestionario de la Sexualidad versión para Hombres en el apartado destinado a la exploración de las disfunciones sexuales (Morales, Pimentel y Aranda, 1998).

Variables Dependientes.

Aseruidad

Definición Conceptual: "Aseruidad es la habilidad verbal de expresar deseos, creencias,

necesidades, opiniones tanto positivos como negativos, así como también el establecimiento de límites de manera honesta y oportuna respetándose a sí mismo como individuo y a los demás durante la interacción social.' (Flores, 1994, p. 133)

Definición Operacional: Son las respuestas que los sujetos proporcionan a las dimensiones de la Escala Multidimensional de Aserividad (Flores, 1994).

Rol de Género

Definición Conceptual: "Los roles o papeles de género se refieren a las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para hombres y mujeres " (Lara, 1994, p.316)

Definición Operacional: Son las respuestas que los sujetos proporcionan a las escalas del Inventario de Masculinidad y Femenidad (Lara, 1993).

Comunicación Marital

Definición Conceptual: "...contenido y cantidad de información que un cónyuge expresa a otro." (Nina. 1991, p.27)

Definición Operacional: Son las respuestas que los sujetos proporcionan a las dimensiones de la Escala de Comunicación Marital COMARI (Nina. 1991).

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. 1991, p. 27)

Definición Operacional: Respuestas que los sujetos proporcionan a la Escala de Estilo de Comunicación ECOM (Nina, 1991).

Variable Sociodemográficas

Edad

Definición Conceptual: "Tiempo que una persona ha vivido a partir del nacimiento...La cronológica es la edad de una persona medida en años.' (Anguiano. 1992, p.330)

Definición Operacional: Es la respuesta que proporcionó el sujeto, en años, al rubro correspondiente de la ficha de identificación del Cuestionario de Sexualidad.

Estado Civil

Definición Conceptual: "Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles." (Pascual y Echave, 1994, p. 277)

Definición Operacional: Es la opción que el sujeto escogió en relación al rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

Ocupación

Definición Conceptual: "Trabajo, oficio o actividad en que uno emplea el tiempo." (Pascual y Echave, 1994, p. 468)

Definición Operacional: Es el período de tiempo en años que el sujeto reportó al rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

Escolaridad

Definición Conceptual: "Período de tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza." (Pascual y Echave, 1994, p. 277)

Definición Operacional: Es el período de tiempo en años que el sujeto reportó al rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad

Años de Relación de Pareja

Definición Conceptual Pareja: "Conjunto de dos personas....., especialmente si son varón y mujer". (Pascual y Echave, 1994, p.488)

Definición Operacional: Son los años de estar con su pareja que el sujeto reportó en el rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

Religión

Definición Conceptual: "Conjunto de creencias, dogmas y prácticas relativas a lo que un

individuo considera divino o sagrado" (Pascual y Echave, 1994, p.569)

Definición Operacional: Es la creencia que el sujeto respondió tener al rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

Información Sexual

Definición Conceptual: "El proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, informal y formalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos fisiológicos, y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos." (Corona, 1994, p.683)

Definición Operacional: Es la respuesta afirmativa que el sujeto proporcionó al rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

Trauma sexual infantil

Definición Conceptual. "Shock emocional que deja una impresión duradera en la mente, especialmente en el subconciente y que en este caso su origen tiene que ver con algún aspecto sexual " (Anguiano, 1992, p. 1209)

Definición Operacional: Es la respuesta afirmativa que el sujeto proporcionó al rubro respectivo del Cuestionario de Sexualidad

Masturbación

Definición Conceptual: "La masturbación es un tipo de actividad sexual mediante la cual se obtiene placer sexual y se puede llegar al orgasmo. Consiste en la frotación de los órganos genitales, principalmente con la mano. Por lo general está acompañada o se ayuda de fantasías eróticas" (Pick y Vargas, 1992. pp.93-94)

Definición Operacional: Es la respuesta afirmativa que el sujeto proporcionó al rubro respectivo del Cuestionario de Sexualidad.

Inicio de vida sexual

Definición Conceptual: "Iniciación coital... llamada avispamiento en hombres y defloración en mujeres." (Quijada, 1983, p.208)

Definición Operacional: Es la edad que reportó el sujeto al rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

Problemas de Pareja (o conyugales).

Definición Conceptual: "... un patrón de interacción entre cónyuges o compañeros caracterizado por una comunicación negativa (p.ej. críticas), una comunicación distorsionada (p.ej. expectativas poco realistas) o una ausencia de comunicación (p.ej. aislamiento), que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o la aparición de síntomas en uno o ambos cónyuges." (APA, 1995, p. 697)

Definición Operacional. Es la respuesta afirmativa que el sujeto proporcionó al rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

6.5 Tipo de Investigación

realizó un estudio descriptivo y comparativo, ya que se especifican los resultados de cada variable para cada uno de los grupos de estudio y sus diferencias. Es un estudio ex-post-facto, debido a que no se manipuló ninguna variable, sino que las condiciones y fenómenos a estudiar estaban presentes al momento de realizar la investigación.

6.6 Diseño

utilizó un diseño no experimental, intergrupos y transversal (ya que se describen comparativamente a dos grupos en un momento determinado, en situaciones ya establecidas).

6.7 Criterios de Inclusión

sujetos de estudio (200 en total) cubrieron los siguientes requisitos para poder participar en investigación:

Parejas de las pacientes del Instituto Nacional de Perinatología.

Edad entre 25 y 45 años.

Educación mínima de 6° año de primaria para la comprensión de los instrumentos.

Relación de pareja de al menos 1 año.

No tener un diagnóstico previo de retardo mental o trastorno psicótico.

No tener diagnóstico previo de enfermedad orgánica que pueda condicionar las disfunciones sexuales, como son: síndromes neurológicos, endócrinos, cardiopatías, problemas vasculares, así como infecciones genitales.

6.8 Instrumentos

Los instrumentos empleados son los mismos que se han utilizado en las investigaciones de las disfunciones sexuales femeninas en el INPer; siendo esta tesis parte de la línea de investigación del instituto, se retoman los mismos instrumentos. Todos ellos fueron realizados y validados para población mexicana, por autores reconocidos en el tema.

Cuestionario de Sexualidad Versión para Hombres (Morales, Pimentel y Aranda, 1998).

Este cuestionario consta de 90 preguntas y fue diseñado en el Instituto Nacional de Perinatología para obtener información sobre aspectos de la vida sexual del sujeto; este cuestionario es una adaptación de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina, elaborada por los doctores Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza (1987) y cuya validez fue comprobada en la Clínica Marina Nacional del ISSSTE para conocer la demanda de consulta por problemas sexuales de mujeres en edad fértil aplicándose a 306 pacientes y validándose por medio de jueces independientes.

La versión adaptada para varones se aplica para el diagnóstico de las disfunciones sexuales y para apoyo de los protocolos de investigación llevados a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología: sus metas son fundamentalmente clínicas. Se realiza a manera de entrevista por un psicólogo capacitado para identificar y detectar las disfunciones sexuales.

Los apartados en que está estructurado el cuestionario son:

Aspectos generales o ficha de identificación

Antecedentes y comportamiento actual de la vida sexual del sujeto, así como el comportamiento con la actual pareja

Exploración de la presencia de disfunciones sexuales.

Antecedentes personales patológicos.

La forma de calificar es la siguiente: el paciente dará la respuesta al entrevistador, el deberá registrar la información de cada pregunta por apartado, marcando con una "X" el número de respuesta correspondiente a las categorías estipuladas. Una vez marcada cada respuesta se saca el diagnóstico psico-sexual de interés.

Escala Multidimensional de Asertividad (Flores, 1994).

Este instrumento fue elaborado y validado en población mexicana por la Dra. Mirta Flores Galaz como tesis de doctorado. La autora elaboró una escala de asertividad para estudiantes y otra para empleados. Debido al tipo de población que tomó en cuenta este estudio sobre disfunciones sexuales masculinas, la escala aplicada es la correspondiente para empleados. Dicha escala consta de 92 reactivos.

El objetivo de elaborar este instrumento fue el de medir la asertividad en la cultura mexicana. Con este propósito la autora cubrió varias fases. En un primer estudio, revisó muchas pruebas construidas en varios países, decidiendo hacer una traducción del inglés de la Escala de Asertividad de Rathus (RAS): La autora refiere que decidió usar esta versión pues en la literatura encontró que es la más utilizada en otros países y lo que se buscaba era tener un instrumento que permitiera realizar comparaciones transculturales. Lo primero que se hizo con la traducción fue el aplicarla a una muestra de 350 estudiantes de la Facultad de Psicología de

Universidad Nacional Autónoma de México. Los resultados encontrados por medio del análisis factorial tipo PA2 Varimax del estudio piloto, revelaron tres factores que explicaban el 50% de la varianza total acumulada después de la rotación. Los factores encontrados fueron: no asertividad, asertividad por medios indirectos y asertividad en situaciones cotidianas. Estos tres factores resultaron diferentes conceptualmente a los investigados en el idioma inglés, es decir, las dimensiones de la prueba original se no mantuvieron en la cultura mexicana sino que surgieron nuevas formas de conceptualización de la asertividad. Además, la confiabilidad encontrada en cada uno de los factores fue baja, por lo que se realizó un segundo estudio en el cual se añadieron nuevos reactivos a las escalas y se aplicaron a una muestra de 398 sujetos de diversas instituciones. Los datos encontrados en el análisis factorial PA2 Varimax señalan que nuevamente emergieron las tres dimensiones que se dieron en el estudio piloto, pero en esta ocasión los coeficientes de consistencia interna fueron altos. Se observó que hubo diferencias significativas en el factor asertividad en situaciones cotidianas entre hombres y mujeres, haciendo más asertivos los hombres. Asimismo, se encontró una correlación significativa entre escolaridad y no asertividad y asertividad por medios indirectos (Flores, Díaz y Rivera, 1988).

Posteriormente se realizó un segundo estudio que tuvo como objetivos: 1) evaluar el significado semántico de la asertividad; 2) elaborar una escala multidimensional de asertividad, y 3) determinar la validez concurrente y discriminante de la misma al relacionarla con el concepto, el locus de control y la orientación al logro. Participaron en total 1883 sujetos, de los cuales 49.18% (926) fueron hombres y 50.82% (957) mujeres, divididos por edad y nivel de escolaridad.

En la primera fase del estudio encontraron que el significado semántico de la asertividad es positivo y negativo dentro de la cultura mexicana.

La segunda fase del estudio se desarrolló con base en los resultados, así como también en estudios previos: Flores, Díaz y Rivera (1988) elaboraron una escala multidimensional de asertividad para estudiantes y otra para empleados debido a que la asertividad depende del contexto situacional. Realizaron los análisis psicométricos correspondientes, es decir, análisis factoriales para obtener la validez de constructo y la consistencia interna de los factores (alpha

Cronbach) para cada una de ellas. Los resultados obtenidos para estudiantes revelan cinco dimensiones: asertividad indirecta ($\alpha = 0.86$), no asertividad en el área afectiva ($\alpha = 0.79$), asertividad en situaciones cotidianas ($\alpha = 0.78$), asertividad por medios indirectos (autoridades) ($\alpha = 0.58$), y no asertividad en el área escolar ($\alpha = 0.72$). En cambio en la escala de empleados se observan tres dimensiones: asertividad indirecta ($\alpha = 0.88$), asertividad en situaciones cotidianas ($\alpha = 0.80$) y no asertividad ($\alpha = 0.75$).

Por último, en la tercera fase realizaron las correlaciones entre los los diferentes valores de los instrumentos aplicados a una muestra no probabilística de empleados de la Ciudad de México, cuyos resultados evidencian la validez concurrente y discriminante de la escala. Observaron que las personas asertivas son personas con un autoconcepto positivo, con locus de control interno y orientadas hacia la maestría, el trabajo y la competencia.

La elaboración de la Escala Multidimensional de Asertividad corresponde a la segunda fase del estudio, en donde con base a los resultados de la primera fase y a los estudios previos realizados por Flores, Díaz y Rivera (1988) se construyó una escala multidimensional de asertividad para estudiantes (estudio 4) y una escala multidimensional de asertividad para empleados (estudio 5). Fase en donde se presentaron análisis psicométricos realizados para cada una de los estudios. En la tercera se realizó el estudio 6, en el cual, la escala multidimensional de asertividad para empleados y las escalas multidimensionales de autoconcepto, orientación al trabajo y locus de control se aplicaron a una muestra no probabilística de la Ciudad de México, donde se realizaron nuevamente los análisis psicométricos de la misma y posteriormente las correlaciones con las otras escalas con objeto de obtener la validez concurrente y discriminante de la misma.

Cada una de las dimensiones de la Escala de Asertividad para empleados se refiere a lo siguiente:

Asertividad Indirecta: es la inhabilidad para poder tener enfrentamientos directos con otras personas, lo que lleva a expresar las opiniones, necesidades y sentimientos por medio de cartas, teléfono, etc.

Asertividad en situaciones cotidianas, es la habilidad que tiene el sujeto de poder hacer

valer sus derechos en diferentes situaciones de la vida cotidiana o de consumo, principalmente con personas desconocidas y en algunas ocasiones con familiares y amigos.

No asertividad: es la inhabilidad para expresar opiniones, necesidades y sentimientos, de hacer valer derechos, de decir "no", de negarse a realizar alguna actividad

Para contestar a los 92 ítems o "afirmaciones" de esta escala, el sujeto tiene que tachar de los cinco números, dispuestos a manera de escala likert, cuyo significado va desde "completamente en desacuerdo" hasta "completamente de acuerdo". La calificación se obtiene a cada una de las subescalas o dimensiones al sumar los puntos de cada reactivo de la escala y dividir el producto entre el número de reactivos. En base a los resultados de cada escala y a la media del grupo de estudio se designará a una persona con predominancia en actividad indirecta, asertividad en situaciones cotidianas, o bien no asertividad.

Inventario de Masculinidad y Femenidad IMAFE (Lara, 1993).

Este Inventario (IMAFE) fue elaborado por la Dra. Ma. Asunción Lara, quien se ha dedicado al estudio del género en nuestro país. El inventario tiene como finalidad medir los roles o papeles de género de manera confiable y válida en México; mide características masculinas y femeninas de la personalidad, incluyendo aspectos de machismo y sumisión. El diseño de este instrumento se basó en los aspectos más representativos de los papeles y estereotipos en la cultura mexicana, incluyendo también algunos explorados en otros países. Los reactivos se obtuvieron de dos fuentes: en primer lugar el Inventario de Papeles Sexuales de Bem (1974) (BSRI) el cual consta de tres escalas: masculinidad, femineidad y deseabilidad sexual, midiendo rasgos de la personalidad considerados como deseables para el varón y la mujer estadounidenses. La segunda, de reactivos diseñados específicamente con base en rasgos de estereotipos comunes en México comunicados en la literatura y en los estudios sobre papeles de género (Lara, 1993).

El instrumento inicial (que constaba de 97 reactivos) se aplicó a una muestra de 1,301 sujetos, en poblaciones de estudiantes universitarios, parejas casadas y obreros de entre 18 y 67 años de edad quienes contestaron 2042 inventarios con versiones diferentes.. Posteriormente el

umento se sometió a nuevo análisis, quedando con 60 reactivos, obteniendo así su fiabilidad. Los análisis aplicados fueron: comparaciones de medias de cada escala por sexo (t-estadístico); Coeficiente alfa de Cronbach para cada escala: correlaciones entre las cuatro escalas (Pearson); y correlaciones de las cuatro escalas del IMAFE con las del Inventario de Roles Sociales de Bem (1974). Posteriormente el IMAFE se aplicó a una muestra adicional de 135 hombres y 165 mujeres con edades entre 17 y 70 años en la Cd. de México de diversos niveles socio-económicos, se realizó entonces un análisis factorial, usando el procedimiento de componentes principales, sin interacciones y seguido de rotación varimax.

Los reactivos que mostraron diferencias significativas en al menos dos de las seis comparaciones fueron seleccionados, quedando 36 atribuidos al varón y 48 a las mujeres. Además, se seleccionaron 84 reactivos por medio de un análisis factorial y que resultaron con una carga de .40 o más en alguno de los factores, masculino, femenino o masculino-femenino, quedando 92 reactivos agrupados en cuatro escalas: Masculinidad (Masc), Femenidad (Fem), Machismo (Mach) y Sumisión (Sum), escogiéndose 15 reactivos al azar de cada escala.

El IMAFE consta actualmente de 60 reactivos, divididos en cuatro escalas de 15. Los reactivos expresan rasgos de personalidad y no comportamientos en las escalas de Masculinidad, Femenidad, Machismo y Sumisión. La escala de respuesta es tipo Likert de 7 puntos que va desde "Nunca o casi nunca soy así", hasta "Siempre o casi siempre soy así".

Para su aplicación se le pide al sujeto que coloque un número, del 1 al 7, para describirse en relación a los adjetivos que encontrará en el inventario. El sujeto contestará cuánto tan bien crea que los reactivos describen su manera de ser.

La calificación se obtiene para cada una de las escalas al sumar los puntos de cada reactivo de la escala y dividir el producto entre el número de reactivos (15). En base a los resultados de cada escala y a la media del grupo de estudio, a una persona se le clasifica como masculina cuando su calificación en la escala de masculinidad es alta y en la de femineidad es baja. Si su calificación es baja en masculinidad, y en femineidad es alta, el sujeto se clasificará como femenino. Por otra parte, para medir androginia se tomará una calificación alta tanto en masculinidad y femineidad de cada sujeto en relación al puntaje grupal de cada escala: cuando la calificación es baja en ambas, se clasificará como indiferenciado.

Escala de Comunicación Marital COMARI (Nina, 1991)

Este instrumento fue realizado por la Dra. Nina Ruth Estrella con la finalidad de medir la cantidad de información que un cónyuge expresa al otro sobre los temas presentados a través de una escala tipo likert.

Para la elaboración y validez de la escala se realizaron dos estudios piloto y un estudio final. El primero de los piloto fue para identificar las dimensiones de la comunicación marital; para ello, se tomó una muestra constituida por 120 personas, casadas, de la Ciudad de México, seleccionadas por conveniencia, 75 mujeres y 45 hombres; las edades fluctuaron entre 18 y 40 años, el promedio de edad fue de 22.36 años. Se diseñó un cuestionario de preguntas abiertas donde los cónyuges por separado aplicaban libremente sus respuestas, se les preguntaba los temas principales de conversación con su pareja, lo que no conversaban, de lo que les gustaba conversar y de lo que les molestaba conversar. La información obtenida fue sometida a un análisis de frecuencia con el cual se pudieron establecer los indicadores de la comunicación marital, siendo los temas de comunicación más frecuentes: la situación económica, el trabajo, los hijos, la familia externa, sus sentimientos, situaciones del diario vivir, expectativas hacia el futuro y los problemas en la relación marital.

El segundo estudio piloto fue para la construcción y aplicación de la escala, la muestra fue compuesta por 231 personas casadas, 149 mujeres y 82 hombres, con una edad promedio de 30.39 años, y con un rango de 18 a 50 años de edad. Con base en los resultados del estudio 1 se definieron doce áreas de comunicación para la pareja mexicana, y que fueron: respeto, emoción, familia extendida, vida sexual, amistades, hijos, vida laboral, relación marital, rutina diaria, expectativas, economía y tiempo libre, y atracción. Se elaboraron 133 afirmaciones para medir la cantidad de información que expresa un cónyuge al otro sobre los temas presentados a través de una escala tipo Likert que variaba de "poco" a "mucho" (1 a 5).

En el estudio final la muestra quedó compuesta por 402 matrimonios, con un rango de edad entre 18 y 69 años, siendo el promedio de edad de 30.33 años. Se utilizó el cuestionario diseñado a partir de los estudios piloto 1 y 2, el cual estuvo compuesto por 86 reactivos que cubren diferentes áreas de comunicación. Los resultados se analizaron en dos etapas; en la

nera, se analizaron los resultados generales que se obtuvieron en los análisis estadísticos que se realizaron para cada escala, considerando a cada sujeto en forma individual; y en segundo lugar se reportaron los resultados del análisis que se realizó por parejas, considerándola como una unidad. Se llevó a cabo un análisis de frecuencia para conocer la variabilidad de los reactivos, y uno de los reactivos se eliminó. Con esto se tenía un instrumento cuyas dimensiones estaban establecidas de manera conceptual, por lo que se sometieron a análisis factorial con rotación ortogonal el cual reportó 14 factores de los cuales se optó por los seis primeros que explicaron el 47.2% de la varianza estando con esto estructuralmente mejor definido el concepto. Las dimensiones finales con las que quedó construida la escala fueron: 1) sentimientos, emociones y disgustos (sendi); 2) familia extendida (fam); 3) vida sexual (sexo); 4) hijos (hijo); 5) trabajo (trabj) y 6) relación marital (rema). La consistencia interna para cada escala se obtuvo a través del Alpha de Cronbach, quedando constituida finalmente de 86 reactivos divididos en las seis dimensiones señaladas.

Sentimientos, emociones y disgustos. Se refiere a la 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.

Familia extendida. Se refiere a la información que se da sobre la familia del cónyuge y de su propia familia.

Vida Sexual. Se refiere a la información sobre aspectos de la vida sexual de la pareja.

Hijos. Información que se refiere a aspectos relacionados sobre el cuidado y educación de los hijos.

Relación Marital: Se refiere a los aspectos generales de la interacción con la pareja, como el tiempo que se dedica al matrimonio, lo que disgusta de cada uno, etc.

Trabajo: Se refiere a la información sobre las labores fuera del hogar que cada cónyuge desempeña.

Para cada reactivo existen cinco opciones de respuesta que van del 1 (poca información) hasta el 5 (muchísima información). Se considera que la cantidad de información expresada por el sujeto es mucha cuando la mediana de sus respuestas es mayor a 4, regular cuando la mediana es de 2

poca información cuando la mediana es menor a 2.

La forma de calificar es la siguiente: cada reactivo tiene cinco opciones de respuestas 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 éstas.

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.

Escala de Estilo de Comunicación Marital ECOM (Nina, 1991)

Realizado por la misma autora, este instrumento fue diseñado para medir la forma como un cónyuge se comunica con su pareja y la forma en que percibe que su pareja se comunica con ella).

La validez y elaboración de esta escala consistió en un estudio piloto y un estudio final, en el estudio piloto la muestra estuvo compuesta por 285 personas casadas (105 hombres y 180 mujeres) de la Ciudad de México con un rango de 18 a 60 años de edad, y un promedio de 36 años. Primero se elaboró un instrumento con base en los indicadores del concepto de comunicación señalados en la literatura, básicamente de la teoría del comunicador Norton (1983). Para la construcción se utilizó el método Diferencial Semántico elaborando 43 adjetivos que describen la forma en que un cónyuge se comunica con su pareja y la forma en que percibe que su pareja se comunica con él o ella. Así, el instrumento quedó compuesto de dos partes 1) el estilo de comunicación que el cónyuge cree tener y, 2) el estilo de comunicación que percibe de su pareja.

En el primer análisis del estilo del cónyuge las respuestas fueron estudiadas a través de un análisis de frecuencia para conocer la variabilidad de los reactivos, de este análisis quedaron los reactivos los cuales fueron sometidos a un análisis factorial ortogonal para establecer la validez de la construcción del instrumento; se seleccionaron por su claridad conceptual los primeros factores que explicaron el 46.5% de la varianza total. En cuanto al análisis del

o de la pareja y después del análisis de las respuestas, quedaron 25 reactivos los cuales se sometieron a un análisis factorial ortogonal, seleccionándose los cinco primeros factores que explicaban el 50.2% de la varianza total.

El estudio final quedó compuesto por 402 matrimonios con un rango de edad de 18 a 69 años, con un promedio de 30.33 años (se utilizó la misma muestra para comunicación marital y comunicación de comunicación). aplicándose en sus dos escalas: una que mide la percepción que tiene el cónyuge de su estilo, y la otra que mide la percepción que tiene el cónyuge del estilo de la pareja. Esta escala finalmente quedó compuesta de 23 reactivos para el estilo del cónyuge, y 25 reactivos para el estilo de la pareja.

Las subescalas del estilo de comunicación para el cónyuge y su pareja son:

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, expresadas amablemente y afectivamente.

Violento: este estilo crea problemas entre los cónyuges en su comunicación. Se da un modelo de agresión verbal y físico.

Negativo: es un estilo conflictivo, rebuscado y confuso ante las situaciones de conflicto o desacuerdo.

Reservado: es un estilo poco expresivo con barreras en el proceso de la comunicación con su pareja evitando involucrarse en la relación marital. Se caracteriza por un rol pasivo.

La segunda parte de la Escala es el estilo de comunicación que percibe el sujeto o cónyuge de su pareja, la cual contiene 25 reactivos que miden las mismas cuatro dimensiones anteriores.

Cada reactivo consta de un rango que va de nada a muy (con puntuaciones de 1 al 5). Interpretándose las puntuaciones de 1= nada y 5= muy. Es una escala de tipo diferencial bivalente.

Para su calificación, cada reactivo tiene cinco opciones de respuesta, por lo que el sujeto debe marcar la opción que crea conveniente. Una vez contestado todo el instrumento se procede

lificar la primera parte de la prueba, separando los reactivos de esta primera parte por escalas, después se sacan las medianas de cada subescala y de acuerdo al valor de las medianas se analiza la forma de cómo se comunican. La segunda parte del instrumento se puede a calificar y a interpretar de la misma forma.

6.9 Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Instituto Nacional de Ginecología y Obstetricia, con el apoyo de los Departamentos de Psicología, Trabajo Social y Consulta Externa.

Se capturó una muestra de 200 sujetos, la cual se fue integrando en un período de un año y ocho meses aproximadamente. El procedimiento de captura se dió por dos vías: la primera cuando las pacientes llegaban a consulta psicológica por primera vez, citándose a sus parejas para que colaborasen con la investigación, cabe mencionar que esta vía era la más problemática, pues las parejas no acudían por motivos -según referían las pacientes- de trabajo.

La segunda vía estuvo apoyada por el Departamento de Trabajo Social. Cuando las pacientes acudían a este departamento por primera vez para realizar su estudio socioeconómico, antes de recibir cualquier tratamiento. Cuando las pacientes acudían acompañadas de sus esposos, se les pedía que éstos pasaran a contestar los cuestionarios para la investigación mientras ellas realizaban sus trámites en trabajo social. La consigna era la siguiente: "Señora, estamos aplicando unos cuestionarios a todos los esposos para un estudio de este Instituto, si viene con su pareja le pedimos que él pase al consultorio de Psicología mientras usted está realizando sus trámites con la Trabajadora Social"

Una vez que los señores se encontraban en el consultorio de psicología de Consulta Externa se les daba la siguiente consigna: "El Departamento de Psicología de este Instituto está realizando una investigación para conocer algunos aspectos de la vida en pareja de los esposos, por lo tanto le pedimos que conteste una serie de cuestionarios, mientras su esposa se encuentra realizando sus trámites. Para que sepa en qué consisten los cuestionarios y la finalidad que tienen le pedimos que lea el siguiente documento " A continuación se les proporcionaba una

a de Consentimiento Informado que el Comité de Ética del Instituto establece como requisito indispensable para la realización de cualquier investigación. Dicha Carta especifica la finalidad que para el Instituto tiene dicha investigación, los beneficios y riesgos que el participante pueda tener; se hace hincapié en el aspecto voluntario y anónimo de su participación, pudiendo en algún momento retirar su consentimiento de participar. De entre los beneficios que se describen están el que el participante pueda hablar de temas que en otro momento no tuviera la oportunidad de hacerlo, de conocer los resultados de sus cuestionarios y ser canalizado a alguno de los servicios médicos del Instituto o de cualquier otra dependencia si así lo requiriera. La carta es firmada por los investigadores, el participante y testigos; una copia se le entrega al participante.

Una vez obtenido el consentimiento del sujeto, se proseguía con la aplicación del cuestionario de Sexualidad, la cual fue realizada a manera de entrevista. Se tenía especial cuidado para que al realizar esta entrevista no hubieran otras personas más que el entrevistador y el entrevistado, para que este último se sintiera en confianza al hablar de su vida sexual.

Posteriormente, se les proporcionó la Escala Multidimensional de Asertividad, diciéndoles resolver cualquier duda que a lo largo de este y el resto de los cuestionarios pudiera surgirles. Se prosiguió con la Escala de Comunicación Marital, aclarando dudas que son comunes en pacientes que acudían por motivos de esterilidad, diciéndoles en el caso de ítems relacionados a los hijos: "No importa que no tengan hijos, ya que sólo se le está preguntando la cantidad de información que expresa acerca de este tema".

Los últimos cuestionarios de aplicación, por orden, fueron la Escala de Estilo de Comunicación y el Inventario de Masculinidad y Femenidad, mencionándoles las instrucciones, aunque en el mismo cuestionario aparecían por escrito.

Cabe señalar que como técnica de contrabalanceo y para dar validez a esta investigación (las primeras 100 aplicaciones se realizaron en este orden, y las 100 restantes se invirtió el orden, excepto el Cuestionario de Sexualidad, el cual se siguió aplicando al principio) empezando por el Inventario de Masculinidad y Femenidad, seguido de la Escala de Estilo de Comunicación, la Escala de Comunicación Marital y, finalmente, la Escala Multidimensional de Asertividad. Este orden no estuvo en función de que el sujeto presentara o no disfunciones sexuales, cuando

abrió un número total de 100 sujetos. se prosiguió a invertir el orden.

Todo este procedimiento, especialmente la aplicación del Cuestionario de Sexualidad, de forma individual, cubriendo así un número de entre uno y cuatro sujetos por día, ya que la aplicación era muy tardada, tomándoles aproximadamente de una a dos horas.

La aplicación de cuestionarios se llevó a cabo en una sola sesión, evitando así que ya no presentaran posteriormente o desertaran.

Una vez terminada la aplicación se les hacía la invitación a los participantes a acudir a servicios del Departamento de Psicología, especialmente si presentaban algún problema en el área de la vida sexual (como disfunciones sexuales) o en la vida de pareja en general.

6.10 Población

La población estuvo conformada por sujetos varones, parejas de las pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, institución de salud de tercer nivel, para ser atendidas en un aspecto relacionado con la reproducción. El INPer atiende casos de embarazo de alto riesgo, esterilidad, pérdidas, problemas ginecológicos y climaterio, entre otros servicios.

6.11 Muestra

Se capturó una muestra no probabilística de la población, con un procedimiento de selección intencional por cuota y de observaciones independientes. La muestra se constituyó de 200 sujetos divididos en dos grupos de 100 sujetos cada uno. El primer grupo o "Grupo 1" conformaron 100 pacientes que no presentaron disfunción sexual, y el segundo llamado "Grupo 2" lo conformaron 100 pacientes que presentaron alguna(s) disfunción(es) sexual(es).

6.12 Tratamiento Estadístico para Análisis de Resultados

Se aplicaron medidas de tendencia central para obtener las medias de instrumentos

Se aplicó estadística descriptiva de tendencia central para conocer la distribución de los datos socio-demográficos y una prueba no paramétrica (Chi-cuadrada) para encontrar diferencias significativas en las variables sociodemográficas de un grupo y otro.

Se realizaron análisis con la prueba t de student para encontrar diferencias de resultados e un grupo y otro en las otras variables medidas por los instrumentos.

Se trabajó en el programa SPSS para Windows versión 10.

CAPÍTULO 7

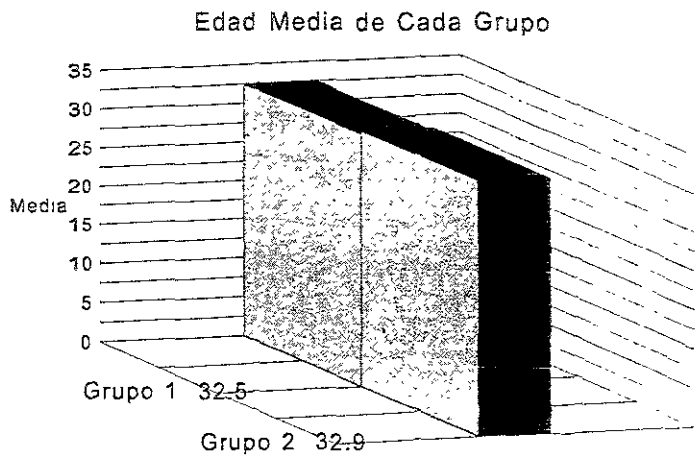
RESULTADOS

Los resultados arrojados por el análisis estadístico se presentan en las siguientes secciones: en primer lugar se presentan los resultados del análisis descriptivo de ambos grupos de acuerdo a las variables sociodemográficas; posteriormente se analizan estadísticamente los resultados globales de los instrumentos de medición descritos en el capítulo anterior, comparándose dichos resultados entre los grupos sin disfunción y con disfunción sexual.

7.1 Análisis Descriptivo de la Población

Se realizó un análisis de tendencia central con el fin de conocer de qué manera se distribuyó la población en las variables sociodemográficas en cada grupo; se aplicó además una prueba no paramétrica (Chi-cuadrada) para detectar diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a estas variables. A continuación se muestran los resultados de los análisis descriptivo y de frecuencias; los resultados de la prueba Chi-cuadrada se señalan sólo en los casos que se encontraron relaciones significativas.

GRAFICA 1



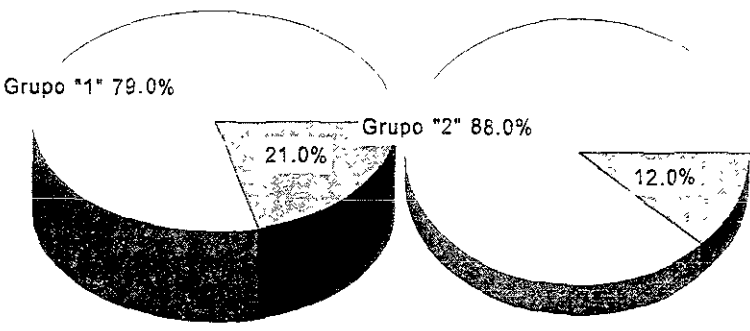
1.1. Distribución de la Muestra por Edad

La muestra total participante de la investigación se constituyó por 200 sujetos. de los cuales se dividieron en 100 sujetos sin disfunción sexual y 100 sujetos con disfunción sexual. Las edades fluctuaron entre los 25 y los 45 años. El Grupo 1 (sin disfunción sexual) tuvo una edad promedio de 32.5 y el grupo 2 (con disfunción sexual) de 32.9.

GRAFICA 2

Distribución por Edo. Civil

■	Casado	■	Unión Libre
---	--------	---	-------------

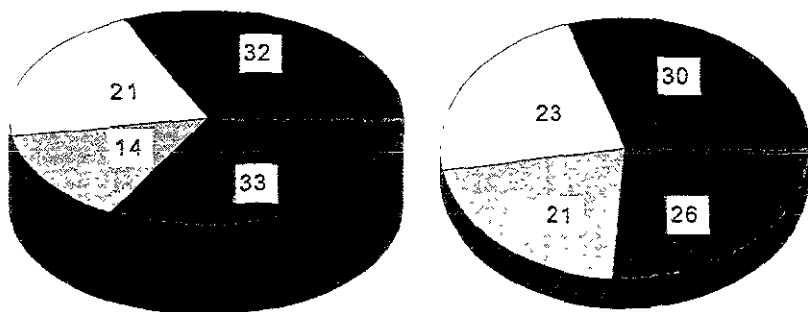
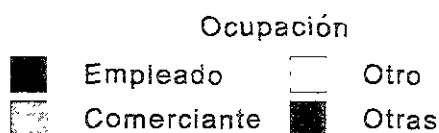


2. Distribución de la Muestra por Estado Civil para ambos Grupos.

En el grupo de pacientes sin Disfunción Sexual la muestra se distribuyó en casados y unión libre, siendo la mayoría de este grupo el estado civil casados (79%)

En el grupo de pacienrtes con disfunción sexual la muestra se distribuyó en casados, unión libre y un solo paciente soltero el cual no vivía con su pareja. La mayoría de los pacientes tienen estado civil de casados (86.9%).

GRAFICA 3

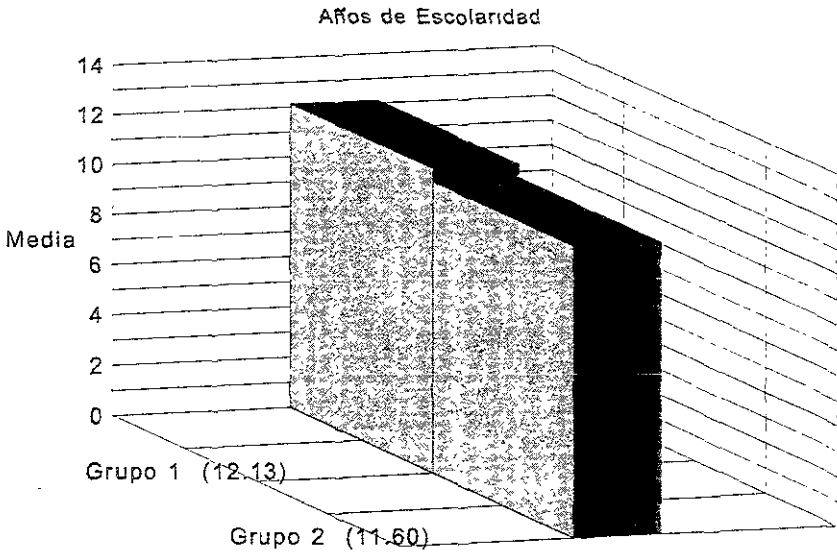


3.3 Distribución de la muestra por Ocupación.

En ambos grupos se encontró una distribución semilar de las diferentes ocupaciones de los sujetos. El grupo 1 sin disfunción sexual se caracterizó por tener sujetos que se dedican a ser empleados (32 casos), posteriormente otro (que en su mayoría fue chofer o taxista) (21 casos), y en tercer lugar comerciantes (14 casos). Bajo el rubro de "otras" se incluyen subempleo (11 casos), profesionales (9 casos), desempleados (7 casos), maestro (3 casos), burócrata (1 caso), obrero (1 caso) y estudiante (1 caso).

El grupo 2 con disfunciones sexuales se caracterizó por tener sujetos que se dedican en primer lugar a ser empleados (30 casos), posteriormente otro (chofer o taxista) (23 casos), y en tercer lugar comerciantes (21 casos). Posteriormente, bajo el rubro "otras" se incluyen profesional (8 casos), subempleo (8 casos), desempleado (5 casos), empresario (1 caso), burócrata (1 caso), obrero (1 caso) y estudiante (1 caso).

GRAFICA 4

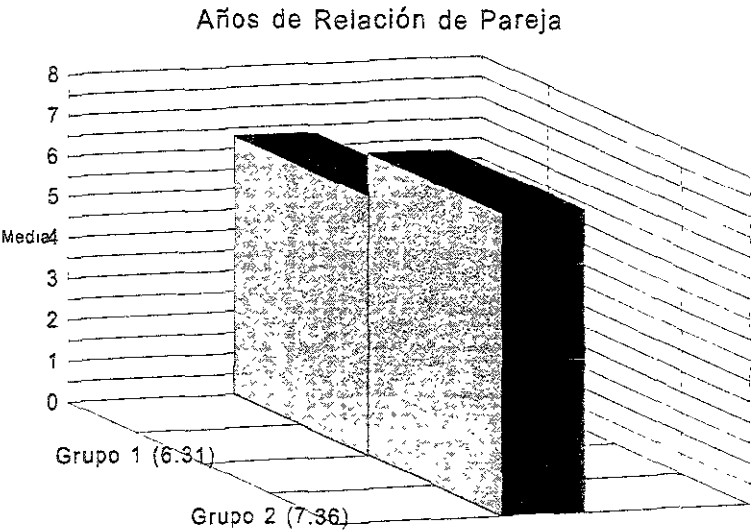


4 Distribución de la muestra por Años de Escolaridad.

Los años de escolaridad en el grupo de pacientes sin disfunción sexual fluctuaron entre los 6 y los 19, con un promedio de 12.13.

El grupo con disfunciones sexuales reportó una escolaridad fluctuante entre los 6 y los 19 años, con un promedio de 11.60 años escolares cumplidos.

GRAFICA 5

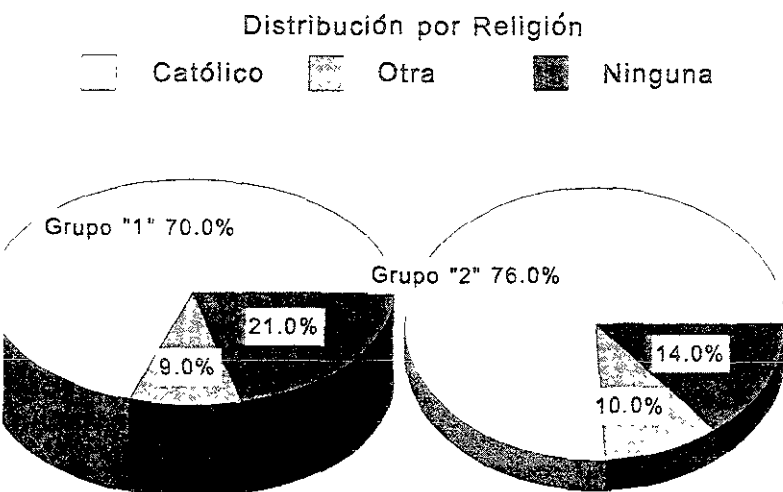


5. Distribución de la muestra por Años de Relación de Pareja.

Para el grupo sin disfunciones sexuales, los años promedio de mantener la relación de pareja fue de 6.31, fluctuando entre 1 y 20 años.

El grupo con presencia de disfunciones sexuales obtuvo un promedio de 7.36 años de relación de pareja, fluctuando entre 1 y 23 años.

GRAFICA 6



1.6. Distribución de la Muestra por Religión

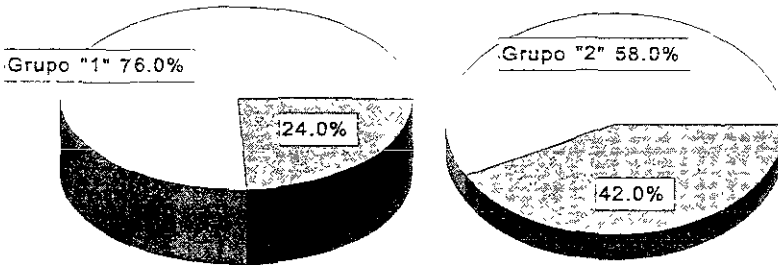
En ambos grupo la religión predominante fue la católica; para el grupo sin disfunción sexual el 70% corresponde a esta religión, el 9% corresponde a otra religión (p.e. protestante) y el 21% respondió no practicar religión alguna.

En el grupo 2, el 76% corresponde a la religión católica, el 10% a otra religión (p.e. protestante) y sólo el 14% no practicaba religión alguna

GRAFICA 7

Información Sexual

Si
No



1.7. Distribución de la Muestra por Información Sexual.

El análisis descriptivo indica que en el grupo 1 (sin disfunciones sexuales), solamente el 24 % no tuvo acceso a la información sexual, mientras que la mayoría (el 76%) sí recibieron dicha formación.

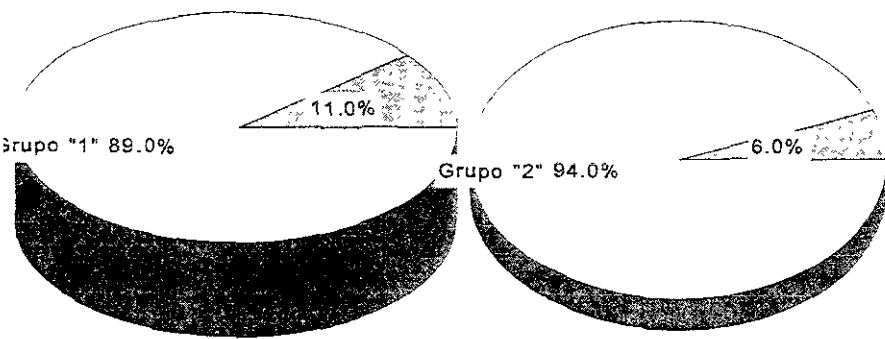
En el grupo 2 (con disfunciones sexuales) se observa una mayor incidencia de falta de formación sexual (el 42 %), mientras que el otro 58% sí la recibió.

Los resultados de la prueba Chi-cuadrada indican que hay relación entre la variable grupo estudio e información sexual, con chi-cuadrada = 7.327, gl = 1 y significancia de = .007.

GRAFICA 8

Trauma Sexual Infantil

☒ Si ☐ No

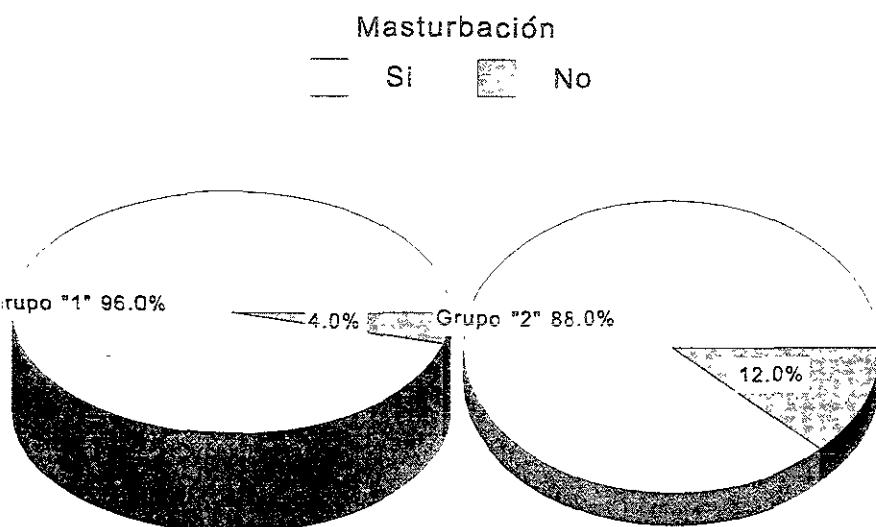


1.8. Distribución de la Muestra por Trauma Sexual Infantil.

El grupo sin disfunción sexual se caracteriza porque la mayoría de los pacientes (el 89%) no sufrió ningún tipo de trauma sexual infantil; sólomente el 11% lo sufrió. Cabe señalar que en este grupo es donde se presentaron más casos de trauma sexual.

El grupo con disfunciones sexuales también, mayoritariamente, no sufrió ningún trauma sexual infantil (el 94%); sólomente lo sufrió un 6% del grupo.

GRAFICA 9



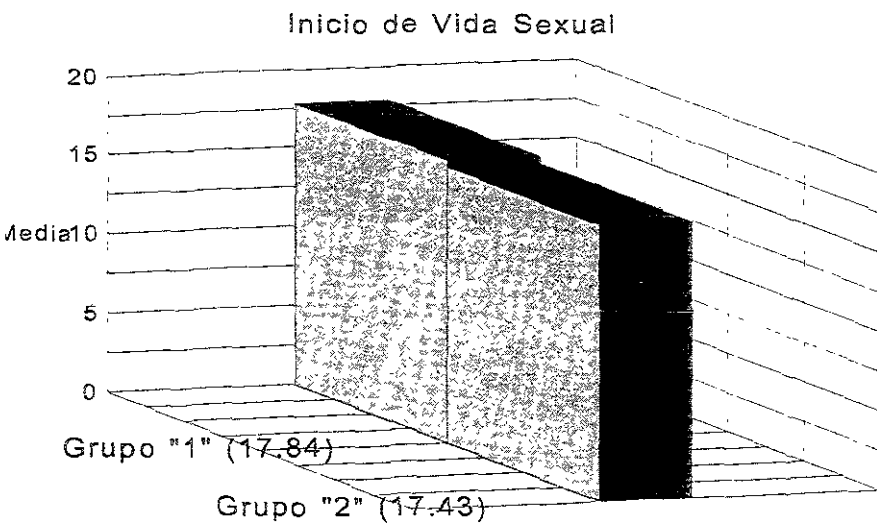
9. Distribución de la Muestra por Masturbación.

En el grupo sin disfunciones sexuales se observa que un alto porcentaje de pacientes, el 96%, ha practicado en algún momento de sus vidas la masturbación; sólo el 4% reportó nunca haberse masturbado.

En el grupo con disfunciones sexuales la mayoría de los pacientes, el 88%, reportó haber practicado en algún momento de sus vidas la masturbación, mientras que el 12% nunca la practicó. Este es el grupo en donde se encontró mayor porcentaje en la ausencia de prácticas masturbatorias.

La prueba no paramétrica Chi-cuadrada indica que hay relación entre las variables grupo estudio y masturbación, con un valor de $\chi^2 = 4.348$, $gl = 1$ y significancia = .037.

GRAFICA 10



10. Distribución de la Muestra por la Edad de Inicio de la Vida Sexual.

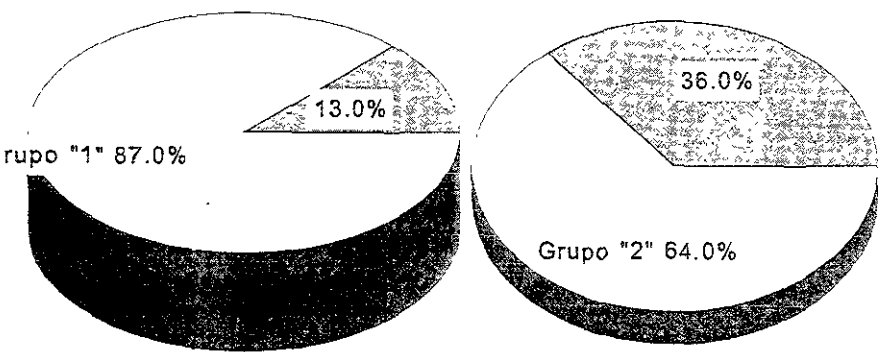
El grupo sin disfunciones sexuales tiene una edad promedio de inicio de la vida sexual de 17.84, fluctuando entre los 12 y los 28 años de edad.

El grupo con disfunciones sexuales se caracteriza por un inicio de la vida sexual a la edad promedio de 17.43, fluctuando entre los 11 y los 25 años de edad.

GRAFICA 11

Problemática de Pareja

■ Si □ No



11. Distribución de la Muestra por Problemática de Pareja.

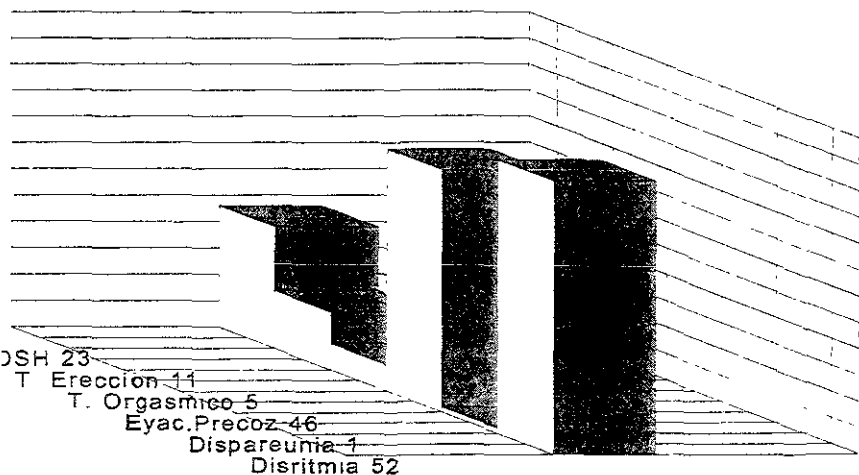
En el grupo sin disfunciones sexuales la presencia de problemática de pareja fue del 13%, y sólo el 87% de la población manifestó tener problemática con la pareja.

El grupo con disfunciones sexuales presenta mayor porcentaje de problemática de pareja (36%). La mayoría de los pacientes, el 64%, manifestó no tener problemática en su relación de pareja.

La prueba no paramétrica Chi-cuadrada indica una fuerte relación entre las variables grupo de estudio y problemática de pareja, con un valor chi-cuadrada = 14.299, gl = 1 y significancia = .000.

GRAFICA 12

Distribución de Disfunciones Sexuales



12. Distribución de Disfunciones Sexuales en el Grupo 2.

La gráfica muestra las disfunciones sexuales y su incidencia en el grupo con disfunción sexual. En total se encontraron 138 disfunciones sexuales, lo que indica que de los 100 sujetos del grupo 2 hubo quienes presentaron más de una disfunción. Las tres disfunciones más frecuentes fueron la disritmia (con 52 casos), la eyaculación precoz (con 46 casos) y el deseo sexual hipoactivo (con 23 casos); las otras tres disfunciones encontradas fueron el trastorno de erección (11 casos), el trastorno orgásmico (5 casos) y la dispareunia (1 caso). Se puede observar que del grupo con disfunciones sexuales, en promedio existen 1.38 disfunciones por sujeto, y de la muestra global (de 200 pacientes) existen .69 disfunciones sexuales por sujeto.

7.2 Análisis de los resultados de los instrumentos de medición.

Se llevó a cabo el análisis estadístico de la prueba "t" de student para ver las diferencias entre ambos grupos por cada instrumento de medición, indicándose en dónde se encontraron las diferencias significativas.

En primer lugar se analizarán los resultados de cada dimensión de la Escala Multidimensional de Asertividad, los resultados del Inventario de Masculinidad y Femeidad (IAFE); en este último inventario se hizo un análisis de la androginia, comparando los niveles de masculinidad y femineidad de cada grupo y describiendo los casos encontrados; se realizó una prueba t "Paired Samples". En seguida se analizan las dimensiones de la Escala de Comunicación Marital (COMARI) y finalmente, las dimensiones de la Escala de Estilo de Comunicación Marital (ECOM).

1. Escala Multidimensional de Asertividad.

a) Dimensión Asertividad Indirecta.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción social) una media de 2.2580 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.3040, habiendo una diferencia de medias de .046 y una t = - .658 con un valor de significancia de alfa = .511 (ver tabla 1)

Tabla 1 Descripción de la dimensión Asertividad Indirecta de la variable Asertividad

Variable Asertividad Indirecta	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	2.258	2.304	-.658
D.E.	.4691	.4930	

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

De acuerdo a los resultados, se acepta la hipótesis nula (Ho) y se rechaza la alterna (Hi), lo que se concluye que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a esta dimensión de la Asertividad

b) Dimensión Asertividad en Situaciones Cotidianas.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 4.0160 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 3.9670, habiendo una diferencia de medias de .0490 y $t = .631$ con un valor de significancia de $\alpha = .529$. (ver tabla 2)

Tabla 2 Descripción de la dimensión Asertividad en Situaciones Cotidianas de la variable Asertividad

Variable Asertividad en Situaciones Cotidianas	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	4.016	3.967	.631
D.E.	.6589	.4115	

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

Los resultados indican que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la alterna (H_1), tal forma que se puede afirmar que no existen diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a la asertividad en situaciones cotidianas.

c) Dimensión No Asertividad.

Se encontró en el grupo 1 (sin disfunción sexual) una media de 2.4260 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) una media de 2.5220, habiendo una diferencia de medias de .0960 y $t = -1.067$ con un valor de significancia $\alpha = .287$ (ver tabla 3)

Tabla 3 Descripción de la dimensión No Asertividad de la variable Asertividad.

Variable No Asertividad	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	2.426	2.522	-1.067
D.E.	.6384	.6340	

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

Estos resultados indican que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la alterna (H_1), lo cual permite afirmar que no existen diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a esta dimensión de la Asertividad.

2. Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE)

a) Escala Masculinidad.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) tuvo una media de 5.0880 mientras que la del grupo 2 (con disfunción sexual) fue de 4.6560, habiendo una diferencia de medias de .4320 y una $t = 3.626$ y un valor de significancia de $\alpha = .000$ (ver tabla 4).

Tabla 4 Descripción de la escala Masculinidad de la variable Rol de Género (IMAFE).

Variable Masculinidad	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	5.0880	4.6560	3.626***
D.E	.8038	.8795	

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

Los resultados indican que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la alterna (H_1), lo que indica que existen diferencias altamente significativas entre un grupo y otro con respecto a la Masculinidad, siendo mayor la media del grupo 1.

b) Escala Femenidad.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) tuvo una media de 5.2350, mientras que la del grupo 2 (con disfunción sexual) fue de 4.8190, habiendo una diferencia de medias de .4160 y una $t = 3.59$ con un valor de significancia de $\alpha = .002$ (ver tabla 5).

Tabla 5 Descripción de la escala Femeidad de la variable Rol de Género (IMAFE).

Variable Femeidad	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	5.2350	4.8190	3.159**
D.E.	.9559	.9057	

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

Los resultados indican que la hipótesis nula (H_0) se rechaza, mientras que la alterna (H_1) se acepta, lo que significa que existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a la escala de Femeidad, siendo más alta la media del grupo 1.

Como un agregado a los resultados de masculinidad y femineidad, se anexan los resultados de la medición de de la Androgenia.

Tabla 5.1 Comparación de los puntajes de masculinidad y femineidad en cada grupo de estudio y medición de la androgenia.

	Masculinidad	Femineidad	Valor t	Alfa
Grupo 1	5.0880	5.2350	1.685	.095
Grupo 2	4.6560	4.8190	1.664	.099

Los resultados indican que entre los puntajes de masculinidad y femineidad de cada grupo, no se encuentran diferencias significativas; el grupo uno tuvo una diferencia de medias de .147, un valor t de 1.685 con un valor de significancia de $\alpha = .095$, por lo que no existen diferencias significativas entre ambos puntajes. En el grupo 2 la diferencia de medias fue de .163, con un valor t de 1.664 y un valor de significancia de $\alpha = .099$, lo que indica que no existen diferencias significativas entre un puntaje y otro.

En el grupo 1, de manera descriptiva, se encontraron 35 casos de androgenia, 22 diferenciados, 21 de masculinidad y 20 de femineidad. En el grupo 2 se encontraron 31 casos de androgenia, 28 indiferenciados, 22 de masculinidad y 19 de femineidad.

c) Escala Machismo.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) tuvo una media de 3.0840, mientras que la del grupo 2 (con disfunción sexual) fue de 2.9750, habiendo una diferencia de medias de .1090 y una $t = 0.891$ con un valor de significancia de $\alpha = .374$ (ver tabla 6).

Tabla 6 Descripción de la escala Machismo de la variable Rol de Género (IMAFE).

Variable Machismo	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	3.0840	2.9750	.891
D.E.	.8742	.8559	

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

Los resultados indican que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la alterna (H_1), lo que indica que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a los niveles de Machismo.

d) Escala Sumisión

El grupo 1 (sin disfunción sexual) tuvo una media de 2.3053, mientras que la del grupo 2 (con disfunción sexual) fue de 2.5190, habiendo una diferencia de medias de .2137 y una $t = -2.002$ con un valor de significancia de $\alpha = .047$ (ver tabla 7).

Tabla 7 Descripción de la escala Sumisión de la variable Rol de Género (IMAFE).

Variable Sumisión	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	2.3053	2.5190	-2.002*
D.E.	.7435	.7660	

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

Los resultados indican que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la alterna (H_1), lo que indica que existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a la Sumisión, siendo la media más alta la del grupo 2.

i. Escala de Comunicación Marital (COMARI)

a) Dimensión Sentimientos, Emociones y Disgustos.

En el grupo 1 (sin disfunción sexual) se encontró una media de 2.8090 y en el grupo 2 (con disfunción sexual) se encontró una media de 2.5640, habiendo una diferencia de medias de 0.2450 y una $t = 1.954$ con un valor de significancia de $\alpha = .052$ (ver tabla 8).

Tabla 8 Descripción de la dimensión Sentimientos, Emociones y Disgustos de la variable COMARI.

Variable Sentimientos, emociones y disgustos	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	2.8090	2.5640	1.954
D.E.	.8926	.8806	

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

Los resultados indican que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la alterna (H_1). No se puede afirmar que no existen diferencias entre un grupo y otro con respecto a esta dimensión de la Comunicación Marital.

b) Dimensión Familia Extendida

En el grupo 1 (sin disfunción sexual) se encontró una media de 3.0080, mientras que en el grupo 2 (con disfunción sexual) la media fue de 2.5680, habiendo una diferencia de medias de 0.4400 y una $t = 3.284$ con un valor de significancia de $\alpha = .001$ (ver tabla 9).

Tabla 9 Descripción de la dimensión Familia Extendida de la variable COMARI.

Variable Familia Extendida	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	3.0080	2.5680	3.284***
D.E.	.9173	.9766	

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

Estos resultados indican que la hipótesis nula (H_0) se rechaza y se acepta la alterna (H_1), lo que indica que sí existen diferencias altamente significativas entre un grupo y otro con respecto a esta dimensión de la Comunicación Marital, siendo superior la media del grupo 1.

c) Dimensión Vida Sexual.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) presentó en esta dimensión una media de 3.0600, mientras que la del grupo 2 fue de 2.8380, con una diferencia de medias de .2220 y una $t = 1.538$ con un valor de significancia de $\alpha = .126$. (ver tabla 10).

Tabla 10 Descripción de la dimensión Vida Sexual de la variable COMARI.

Variable Vida Sexual	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	3.0600	2.8380	1.538
D.E.	1.0514	0.9887	

.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 alterna (H_1), lo que significa que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a esta dimensión de Comunicación Marital.

d) Dimensión Hijos.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) presentó una media de 3.0760, mientras que la del grupo 2 (con disfunción sexual) fue de 2.6170 habiendo una diferencia de medias de .4590 y

$t = 2.850$ y un valor de significancia de $\alpha = .005$ (ver tabla 11)

Tabla 11 Descripción de la dimensión Hijos de la variable COMARI.

Variable Hijos	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	3.0760	2.6170	2.850**
D.E.	1.1312	1.1465	

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

Los resultados indican que por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la alterna (H_1), lo que significa que sí existen diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a esta dimensión de la Comunicación Marital, siendo más alta la media del grupo 1.

e) Dimensión Relación Marital.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) tuvo una media de 3.7430, mientras que la del grupo 2 (con disfunción sexual) fue de 3.3280, habiendo una diferencia de medias de .4150 y una $t = 1.776$ con un valor de significancia $\alpha = .077$ (ver tabla 12)

Tabla 12 Descripción de la dimensión Relación Marital de la variable COMARI.

Variable Relación Marital	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	3.7430	3.3280	1.776
D.E.	.7008	2.2293	

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

Por lo tanto se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la alterna (H_1), lo que indica que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a esta dimensión de Comunicación Marital.

f) Dimensión Trabajo.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) presentó una media de 3.0622, mientras que la del grupo 2 (con disfunción sexual) fue de 2.7290, habiendo una diferencia de medias de .3332 y $t = 2.310$ con un valor de significancia de $\alpha = .022$ (ver tabla 13).

Tabla 13 Descripción de la dimensión Trabajo de la variable COMARI.

Variable Trabajo	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	3.0622	2.7290	2.310*
D.E.	1.0508	.9877	

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 alterna (H_1), lo que indica que sí existen diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a esta dimensión de la Comunicación Marital, siendo más alta la media del grupo 1.

g) Resultado global de la Escala COMARI

El grupo 1 (sin disfunción sexual) tuvo una media global de 3.0860 y la del grupo 2 (con disfunción sexual) fue de 2.6922, habiendo una diferencia de medias de .3938 y una $t = 3.661$ con un valor de significancia de $\alpha = .000$ (ver tabla 14)

Tabla 14 Descripción Global de la variable COMARI.

Variable COMARI	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	3.0860	2.6922	3.661***
D.E.	.7563	.7650	

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

Los resultados de la puntuación global permiten rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la alterna (H_1), lo que indica que existen diferencias altamente significativas entre un grupo y otro con respecto al puntaje global de la Comunicación Marital, siendo más alta la

a del grupo 1.

4 Escala de Estilo de Comunicación Marital (ECOM).

a) Estilo del Paciente Positivo.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) tuvo una media de 4.0210, mientras que la del grupo con disfunción sexual) fue de 3.8860, habiendo una diferencia de medias de .1350 y una $t = 1.426$ con un valor de significancia de $\alpha = .155$ (ver tabla 15).

Tabla 15 Descripción de la dimensión ECOM Cónyuge Positivo

Variable Cónyuge Positivo	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	4.0210	3.8860	1.426
D.E.	.6037	.7293	

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

Los resultados indican que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la alterna (H_1), que se traduce en que no existen diferencias significativas en esta dimensión de ECOM entre los grupos.

b) Estilo del Cónyuge Violento

El grupo 1 (sin disfunción sexual) tuvo una media de 2.4650, mientras que la del grupo con disfunción sexual) fue de 2.4810, habiendo una diferencia de medias de .0160 y una $t = 0.8$ con un valor de significancia de $\alpha = .899$ (ver tabla 16)

Tabla 16 Descripción de la dimensión ECOM Cónyuge Violento

Variable Cónyuge Violento	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	2.4650	2.4810	-.128
D.E.	.8639	.9076	

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

Los resultados indican que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la alterna (H_1), que se traduce en que no existen diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a dimensión de ECOM.

c) Estilo del Cónyuge Negativo.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) presentó una media de 2.2990, mientras que la del grupo 2 (con disfunción sexual) fue de 2.3370, habiendo una diferencia de medias de .0380 y $t = -.347$ con un valor de significancia de alfa = .729 (ver tabla 17).

Tabla 17 Descripción de la dimensión ECOM Cónyuge Negativo.

Variable Cónyuge Negativo	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	2.2990	2.3370	-.347
D.E.	.7828	.7642	

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

Los resultados indican que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la alterna (H_1), que significa que no existen diferencias entre ambos grupos con respecto a esta dimensión de ECOM.

d) Estilo del Cónyuge Reservado.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) tuvo una media de 1.9540, mientras que el grupo 2 (con disfunción sexual) tuvo una media de 2.2470, habiendo una diferencia de medias de .2930

a $t = -2.383$ con un valor de significancia de $\alpha = .018$ (ver tabla 18).

Tabla 18 Descripción de la dimensión ECOM Cónyuge Reservado.

Variable Cónyuge Reservado	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	1.9540	2.2470	-2.383*
D.E.	.8450	.8931	

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

Estos resultados indican que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la alterna (H_1), lo que significa que existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a esta dimensión de ECOM, siendo la media más alta la perteneciente al grupo 2.

e) Estilo de la Pareja Positivo.

El grupo 1 (sin disfunciones sexuales) presentó una media de 3.9050, mientras que la media del grupo 2 (con disfunción sexual) fue de 3.5900, habiendo una diferencia de medias de .3150. Se obtuvo una $t = 2.888$ y un valor de significancia de $\alpha = .004$ (ver tabla 19)

Tabla 19 Descripción de la dimensión ECOM Pareja Positivo.

Variable Pareja Positivo	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	3.9050	3.5900	2.888**
D.E.	.7453	.7961	

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

Los resultados indican que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la alterna, lo que significa que existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a esta dimensión de ECOM, siendo la media del grupo 1 la más alta.

f) Estilo de la Pareja Violento.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) tuvo una media de 2.7070, mientras que la del grupo con disfunción sexual fue de 2.9040, habiendo una diferencia de medias de .1970 y una $t = 1.852$ con un valor de significancia de $\alpha = .065$ (ver tabla 20).

Tabla 20 Descripción de la dimensión ECOM Pareja Violento.

Variable Pareja Violento	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	2.7070	2.9040	-1.852
D.E.	.6984	.8021	

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

Estos resultados indican que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la alterna (H_1), que significa que no existen diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a esta dimensión de ECOM

g) Estilo de la Pareja Negativo.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) presentó una media de 2.1790, mientras que la del grupo 2 (con disfunción sexual) fue de 2.3440, habiendo una diferencia de medias de .1650 y $t = -1.442$ con un valor de significancia de $\alpha = .151$ (ver tabla 21).

Tabla 21 Descripción de la dimensión ECOM Pareja Negativo.

Variable Pareja Negativo	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	2.1790	2.3440	.151
D.E.	.7420	.8705	

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

Estos resultados indican que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la alterna (H_1), que significa que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a esta dimensión de ECOM

h) Estilo de la Pareja Reservado.

El grupo 1 (sin disfunción sexual) tuvo una media de 1.9940, mientras que el grupo 2 (con disfunción sexual) presentó una media de 2.0900, habiendo una diferencia de medias de 0 y una $t = -.728$ con un valor de significancia de $\alpha = .467$ (ver tabla 22).

Tabla 22 Descripción de la dimensión ECOM Pareja Reservado.

Variable Pareja Reservado	Sin Disfunción Sexual	Con Disfunción Sexual	Valor t
Media	1.9940	2.0900	-.728
D.E.	.9847	.8762	

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

Los resultados indican que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la alterna (H_1). Esto significa que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a la dimensión de ECOM.

CAPÍTULO 8

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

8.1 Discusiones

La muestra de este estudio, dividida en dos grupos, uno sin disfunciones sexuales y el otro con disfunciones sexuales, presentó resultados en cada una de las variables a medir; en algunas ocasiones no fueron diferentes estadísticamente entre un grupo y otro, y en otras ocasiones las diferencias fueron altamente significativas.

Con respecto a las variables sociodemográficas analizadas, ambos grupos de la muestra incidieron en variables tales como la *edad*, en donde ambos grupos presentaron un promedio de 32 años de edad: cabe señalar que debido a que la muestra utilizada limitó las edades entre los 25 y los 45 años, debiera realizarse otro tipo de estudios en donde la edad no se limite como en este caso y dé una mayor gama de posibles resultados con respecto a la variable y poder confirmar lo que algunos autores mencionan respecto al factor edad como asociado a las disfunciones sexuales y a su prevalencia (O'Gorman, Bownes y Dinsmore, 1990 y Haavio, Kumpulainen y Kontula, 1997).

El *estado civil* se concentró mayoritariamente en ambos grupos en la opción "Casado", en segundo lugar en "unión libre", los resultados estadísticos no mostraron diferencias significativas, aunque el mayor número de casos que viven en unión libre se encuentra en el grupo sin disfunciones sexuales.

La *ocupación* de ambos grupos estudiados se concentró mayoritariamente en tres opciones "empleados", seguido de "otro" (como el caso de choferes o taxistas) y finalmente comerciantes. Los resultados no muestran diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a esta variable.

La *escolaridad* tampoco resultó ser una variable con diferencias significativas, pues los resultados de estudio promedio en ambos grupos se situaron entre los 11 y los 12 años, lo que indica

Los dos grupos poseen el Nivel Medio Superior de estudio. Cabe señalar que en estudios como los de Roldán (1998) el factor escolaridad fue superior en mujeres que no presentaron disfunción sexual, en comparación con aquellas que sí lo presentaron, lo que hace pensar en la diferencia cultural de género, en donde al varón se le es más permitido llevar una vida académica más prolongada que las mujeres, pues estas últimas se esperan que su función primordial sea el hogar.

Con respecto a la variable *años de relación de pareja* tampoco se encontraron diferencias significativas; el promedio se situó entre los 6 y los 7 años de relación, fluctuando entre 1 y 20 años en el grupo sin disfunción sexual, y entre 1 y 23 años en el grupo con disfunción sexual. Es importante señalar que el número de años como se ha descrito, no es el factor asociado a las disfunciones sexuales, sino la calidad de la vida en pareja, como se verá más adelante en la variable *problemática de pareja*.

La *religión* predominante en la muestra y en cada grupo fue la católica, seguida de aquellos sujetos que dijeron no practicar religión alguna y, finalmente aquellos que practican otra religión (p.e. testigo de Jehová, Evangelista). A pesar de que la prueba Chi-cuadrada no arrojó relaciones estadísticamente significativas, cabe señalar que con respecto a los pacientes que dijeron no practicar religión alguna, la mayoría se centró en el grupo 1 (sin disfunción sexual), lo que indica que la mayoría de los pacientes con creencias religiosas pertenecen al grupo con disfunción sexual. Esto permite considerar a Haavio-Manila y Kontula (1997) cuando afirman que una infancia no religiosa se correlaciona con el acto sexual placentero en la vida adulta del sujeto.

La variable correspondiente a la presencia de *trauma sexual infantil*, no resultó ser significativa para asociarla a la presencia de disfunciones sexuales, incluso el mayor número de pacientes que tuvieron este problema se concentran en el grupo sin disfunciones sexuales. Este es un punto que resulta de interés para un futuro estudio, pues habría que explorar aspectos como los culturales y de género que permiten que un varón, a pesar de tener antecedentes de abuso sexual o violación, pueda tener una vida sexual satisfactoria, sin que lo otro interfiera de manera significativa en el padecimiento de disfunciones sexuales. Esto hace pensar en la diferencia de género, pues en estudios como los de Roldán (1998) esta variable estuvo

amente asociada a las disfunciones sexuales femeninas. Por otra parte Legarde (1994) afirma que las actividades del género masculino están orientadas al beneficio personal, inmediato y directo, al éxito personal y social, recibiendo el apoyo de la sociedad. Es posible que este apoyo socio-cultural disminuya el impacto de un antecedente de trauma sexual infantil en la mayoría de los casos.

Con respecto a la edad de *inicio de vida sexual*, ambos grupos reportaron una edad promedio de 17 años, que permite señalar que en la muestra estudiada esta variable no resultó ser un factor asociado a la presencia de disfunciones sexuales como se ha encontrado en estudios como los de Haavio-Manila y Kontula (1997), al menos en la población masculina estudiada.

Con respecto a las variables sociodemográficas que resultaron estar altamente asociadas a la presencia de disfunciones sexuales, se encuentra en primer lugar la *problemática de pareja*. Los resultados aportados por la Chi-cuadrada, permiten afirmar que la presencia de problemas en la vida marital está altamente asociada a la presencia de disfunciones sexuales; los problemas de pareja, de acuerdo al DSM-IV (APA, 1995) pueden ubicarse en los problemas de comunicación, sea ésta negativa o distorsionada, o bien que no haya comunicación, por lo que al abordar a las disfunciones sexuales, se tiene que valorar la vida y comunicación en la pareja, viceversa. Esto se apoya en lo que refieren O'Gorman, Bowner y Dinsmore (1990) respecto a que existe una correlación entre la vida sexual y la vida marital en general, entre las disfunciones sexuales y la marital.

Otra variable asociada a la presencia de disfunciones sexuales se refiere a si el paciente recibió o no *información sexual*, especialmente durante la pubertad. Los resultados indican que los pacientes que carecieron de esta información en su mayoría están ubicados en el grupo con disfunciones sexuales, haciéndose evidente la importancia de esta variable para una vida sexual satisfactoria y para la prevención del padecimiento de disfunciones sexuales, de ahí que Corona (1994) afirme que la educación sexual es un proceso vital para transformar conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad, esto debe ayudar a eliminar temores y tener conocimiento del funcionamiento sexual tanto del sujeto como de su pareja. Los resultados de esta variable confirman lo que dice Souza (1996) referente a que la educación sexual no ha

tenido los objetivos deseables para una vida sexual más armónica y sana. Este mismo autor afirma que es aquí donde el profesional de la salud juega un papel importante en el diagnóstico y resolución de problemas sexuales.

Finalmente, la variable *masturbación* se encontró asociada a las disfunciones sexuales, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro, lo que indica que entre los pacientes que recurrieron o recurren actualmente a esta práctica se encuentran menos expuestos al padecimiento de disfunciones sexuales, que aquellos que nunca se han masturbado. Esto es un dato que tiene repercusiones culturales, debido a que generalmente la sociedad mexicana reprime y castiga las prácticas masturbatorias, tachándolas de inmorales, perjudiciales e innecesarias, especialmente en los adolescentes. creándose falsas ideas y tabúes con respecto a esta práctica (Álvarez-Gayou, 1986). Cabe recordar que la sexualidad es un proceso que se va desarrollando a través de la vida del sujeto, y en la búsqueda por el autoconocimiento y la vivencia de una respuesta erótica un paso importante es la autoexploración del cuerpo del adolescente: de ahí que una de las técnicas utilizadas en la Terapia Sexual sea la autoexploración de los genitales y las sensaciones placenteras que el cuerpo proporciona (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). La OMS (citada en Souza, 1996) sostiene que una de las condiciones para hablar de salud sexual es estar libre de temor, vergüenza, culpa y otros factores psicopatológicos que inhiben la respuesta sexual.

Con respecto a la incidencia de disfunciones sexuales, es importante señalar que de los 100 sujetos que reportaron tener alguna(s) disfunción(es) la predominante fue la disritmia, con una incidencia de 52 casos, seguida de la eyaculación precoz cuya incidencia fue de 46 casos, el deseo sexual hipoactivo con 23 casos, el trastorno de la erección con 11 casos, el trastorno orgásmico masculino con 5 casos y la dispareunia con 1 caso. Es importante resaltar que del caso de dispareunia al sujeto se le envió al servicio de Andrología en el INPer, sin embargo no ingresó para valorar si el caso tenía un origen fisiológico o psicológico.

Con respecto a la incidencia de disfunciones sexuales, es importante destacar que la disritmia es la principal disfunción sexual en la población estudiada: es importante recordar que ésta es una disfunción que involucra inevitablemente a ambas partes de la pareja, ya que consiste en la insatisfacción de uno de los miembros de la pareja debido a que el otro desea

nsiado o no desea las relaciones sexuales (Álvarez-Gayou, 1986). Esta es una de las funciones que inevitablemente afecta la vida conyugal, pues genera malestar e insatisfacción. importante también comparar estos resultados con aquellos que arrojaron un estudio de funciones sexuales en mujeres (Sánchez, González, Souza y Romo, 1997) donde la disritmia también fue la más prevalente respecto de las otras.

Por su parte, las variables dependientes evaluadas por los instrumentos de medición permitieron encontrar también diferencias entre los dos grupos, que tienen que ver con aspectos propios del sujeto y de su interacción con la pareja, y que están relacionados con las funciones sexuales.

Uno de los aspectos individuales es la *asertividad*, la cual, en cada una de sus tres dimensiones (asertividad indirecta, asertividad en situaciones cotidianas y no asertividad), no presentó diferencias significativas entre un grupo y otro. Ambos grupos arrojaron los mayores puntajes en la dimensión de la asertividad en situaciones cotidianas, es decir, en aquella que les permite expresar y deseos, creencias, necesidades y opiniones (Flores, 1994): esto permite afirmar que la población estudiada posee rasgos positivos de asertividad, independientemente de tener o no disfunciones sexuales. En segundo lugar recurren (en menor medida) a la no asertividad y, finalmente, a la asertividad indirecta.

Estos resultados permiten afirmar que la asertividad, en todas sus dimensiones no es un aspecto que esté asociado directamente a la presencia o ausencia de disfunciones sexuales en la población estudiada; esto se asocia a lo que Fahner (1983) encontró en un estudio de disfunciones sexuales, del cual concluye que la no asertividad no es un síntoma de problemas sexuales, mas bien la no asertividad puede ser sintomático de un patrón conductual específico de algunos trastornos sexuales. Esto abre una ventana para estudiar las disfunciones sexuales masculinas de manera independiente, es decir, encontrar diferencias entre sujetos que presentan o no una disfunción sexual.

Es importante destacar que en el tratamiento de las disfunciones sexuales algunos autores recurren al entrenamiento asertivo para abordarlos, indicando que un comportamiento asertivo puede ayudar a hacer frente a una ingenuidad sexual y a resolver los problemas

uales (Smith, 1983, y Granero, 1990). Los resultados aquí presentados indican la posibilidad de darle a la asertividad el mayor peso en la génesis del problema, de ahí que es importante valorar los alcances y límites de los entrenamientos asertivos para abordar a las disfunciones sexuales desde una perspectiva abierta y flexible.

En este mismo aspecto, esta investigación no demerita los alcances del entrenamiento asertivo, sino que manifiesta la necesidad de crear nuevos proyectos de investigación en la población mexicana, pues la mayoría de la información respecto a la asertividad proviene (como se vió en el capítulo correspondiente a este tema) del extranjero, especialmente de los Estados Unidos de América donde fue inicialmente explorada. Flores (1994) indica que la asertividad es un aspecto que variará de cultura a cultura, por lo que modelos de investigación inherentes a la población mexicana no aportará lo suficiente para conocer las necesidades de nuestra sociedad. Rees y Graham (1991) a su vez refieren que hay que hacer hincapié y repetir la cultura particular con la que se trabaja. Es importante entonces crear líneas de investigación que vayan más allá de las técnicas del entrenamiento asertivo, y que se estudien los efectos y la frecuencia actual de esta habilidad; deben realizarse más trabajos de investigación para definir la conducta asertiva y combinar el entrenamiento asertivo con terapias y métodos educativos para lograr la mayor eficacia de servicio para los sujetos que presentan disfunciones sexuales. Finalmente cabe recordar lo que dicen Rees y Graham (1991) "Para mayores complicaciones, el entrenamiento asertivo se ha vuelto tanto popular como popularizado, y vivido como la nueva respuesta para todo. Esta operación de mercado, con exagerados derechos de fabricación, ha dado lugar a un desacuerdo cuando las expectativas irreales no han sido cubiertas. Es natural ser entusiasta sobre lo que uno está ofreciendo, pero es antiético exagerar la eficacia de cualquier entrenamiento o tratamiento, particularmente en el ambiente psicológico " (p. 10)

Otro de los rasgos individuales que tuvieron el propósito de medirse en esta investigación, fue el *Rol de Género*. Los resultados con respecto a la escala de Masculinidad se encontraron diferencias altamente significativas entre un grupo y otro. Esto indica que los puntajes más altos se concentraron en el grupo sin disfunciones sexuales; es decir, que los sujetos participantes de este grupo tienen una autoimagen del rol masculino mejor a la del grupo con disfunciones sexuales, lo que corrobora la afirmación de Bustos (1994) respecto a

de los sujetos con puntajes altos en masculinidad poseen características de pragmatismo y adaptación.

Sin embargo, cabe señalar que los puntajes de ambos grupos en la escala de femineidad son superior a la de masculinidad. En el grupo sin disfunciones sexuales los puntajes de femineidad resultaron ser superiores a los del grupo con disfunción sexual. Es decir, que los puntajes más bajos de masculinidad y femineidad están altamente asociados a la presencia de disfunciones sexuales; sin embargo la diferencia estadística más alta, por valor de alfa, se ubica en la escala de masculinidad.

Se compararon los resultados de masculinidad y femineidad de cada grupo mediante una prueba "t". En ambos grupos, con sus respectivas puntuaciones, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Esto concuerda y confirma el estudio llevado a cabo por Flores (1993) en el que se construyó el instrumento, pues la autora afirma "...las escalas Masculina y Femenina tuvieron una tendencia a estar moderadamente correlacionadas, a pesar de las diferencias en su contenido conceptual. Parece que su similitud se debe a la naturaleza positiva o socialmente deseable de las dos escalas .. De aquí se puede concluir que estas escalas no son estrictamente ortogonales entre sí, no son extremos de una misma dimensión bipolar." (p. 24-25)

Por otra parte, conforme a las normas de evaluación de la *androginia*, según el IMAFE, se observó que el grupo 1 (sin disfunción sexual) presentó 35 casos de androginia y 22 casos de indiferenciados (además 21 casos de masculinidad y 20 de femineidad, mientras que el grupo 2 con disfunción sexual) sólo presentó 31 casos y 28 casos de indiferenciados (además 22 casos de masculinidad y 19 de femineidad). Esto viene a renovar el interés por el estudio de la androginia, de la masculinidad y de la femineidad, pues en los estudios posteriores a Bem (1974), los resultados favorecían en cuanto a cualidades a aquellos sujetos predominantemente masculinos. En los resultados de este estudio fueron ambos puntajes altos los que estuvieron asociados a la no presencia de disfunciones sexuales, aunque se encontraron más casos de androginia en los sujetos sin disfunción sexual y más casos de indiferenciados en el grupo con disfunción sexual. Lara (1994) refiere que los resultados contradictorios en relación a la androginia se deben a que su medición y estudio no se han desarrollado completamente, de

nera especial porque el término androginia presenta limitaciones conceptuales y metodológicas, sin embargo la autora insiste en continuar estudiándola.

Por otra parte, los puntajes de machismo no mostraron diferencias significativas entre grupo y otro, por lo que puede afirmarse que ambos grupos poseen en un grado menor y semejante en estos rasgos que no son predominantes. Sin embargo, la escala de sumisión muestra diferencias significativas que indican que el grupo con disfunciones sexuales tienen una percepción mayor que la del grupo sin disfunciones sexuales de sumisión, es decir el grupo con disfunciones se ven a sí mismos sumisos. lo que se traduce en conductas tales como negación, dependencia, conformismo y timidez (Lara, 1994), esto está asociado significativamente a la presencia de disfunciones sexuales.

De entre las variables relacionadas a la dinámica de pareja se encuentra la *Comunicación Marital*, cuya deficiencia se relaciona a la problemática de pareja (APA, 1995) y las disfunciones sexuales (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). Los resultados que arrojaron análisis por prueba "t", mostraron diferencias significativas en algunas dimensiones, mientras que en otras no fue así.

La dimensión de *Sentimientos, emociones y disgustos* no mostró diferencias entre un grupo y otro, por lo que no se encontró asociación alguna con disfunciones sexuales. Ambos grupos platican en igual cantidad sobre esta dimensión. Sin embargo, lo más destacable de esta dimensión es que fue la que obtuvo el menor puntaje medio en cada uno de los grupos, con respecto al resto de las dimensiones. Esto quiere decir que los sujetos de este estudio platican poco de sus sentimientos, emociones y disgustos con sus parejas, lo que se asocia al aspecto cultural de que el hombre siempre debe mostrar autonomía, independencia y poderío (Legarde, 1994). El mostrar los sentimientos implicaría una situación de debilidad y dependencia, lo cual no es adjudicado a las mujeres.

La dimensión *Familia Extendida* de la Comunicación Marital presentó diferencias significativas entre un grupo y otro, lo que indica que el grupo sin disfunciones sexuales considera más significativo hablar con su pareja de los diferentes aspectos de la familia de origen, en comparación con los hombres con disfunción sexual, los cuales muestran un menor

erés por este tema. A pesar de que algunas parejas siguen manteniendo fuertes lazos con sus familias de origen para buscar apoyo, seguridad o protección (Nina, 1991), esto parece ser menos relevante en el grupo con disfunciones sexuales.

En cuanto a la dimensión *Vida Sexual*, no existen diferencias significativas en cuanto a la cantidad que hablan ambos grupos, es decir ambos grupos platican igualmente con sus parejas de este tema independientemente de si se poseen o no disfunciones sexuales. Esto permite indicar que el grupo con disfunciones sexuales, pese a ser un aspecto importante en su vida marital y en su comunicación, no dan mayor importancia que aquellos sujetos que no tienen disfunciones sexuales. Es importante señalar que, de acuerdo a Gray (1996), la comunicación respecto al sexo favorece la comprensión de las expectativas y actitudes de la otra persona, repercutiendo en el buen ajuste sexual que implica progresos en la interacción de la pareja, especialmente para aquellas que tienen alguna disfunción sexual.

Una dimensión en donde se presentaron diferencias significativas fue la relacionada a *Hijos*, a su educación, la religión donde serán educados, la escuela a la que asistirán y otros aspectos: el grupo sin disfunciones sexuales presentó un puntaje medio mayor que el grupo con disfunciones sexuales. El grupo sin disfunción sexual considera parte importante a los hijos en su vida marital (Nina, 1991); sin embargo esto no indica que el grupo con disfunciones sexuales no den importancia a los hijos, sino que el no hablar de ellos con la pareja es parte de una deficiente comunicación marital.

El mayor puntaje registrado en ambos grupos fue el relacionado a la dimensión *Relación Marital*, es decir, ambos grupos, sin diferencia, hablan en igual cantidad con sus parejas (y en mayor en relación a las otras dimensiones) de su vida conyugal, de la vida en pareja y de las circunstancias que ocurren en relación a ellos. Es interesante encontrar este resultado, pues a pesar de que los varones de este estudio no transmiten suficientemente sus sentimientos, emociones y disgustos, parece que el ser jefes de familia y asumir el rol de dirigentes del hogar les favorece entablar conversaciones que giren en torno a la vida marital.

Sin embargo en la dimensión *Trabajo*, existen diferencias en ambos grupos, pues el grupo sin disfunciones sexuales habla más de este tema con sus parejas. Esta diferencia es significativa, lo que permite afirmar nuevamente que es el grupo sin disfunciones sexuales el

plática más de aspectos relacionados a vida marital.

Finalmente, con respecto a la variable "Comunicación Marital" en general, se realizó un análisis global de todas las dimensiones, lo que dió por resultado una diferencia altamente significativa entre un grupo y otro; es decir, el grupo sin disfunciones sexuales tuvo un puntaje mayor en la media global, lo que indica que la comunicación en este grupo es superior que la que se da entre los pacientes con disfunción sexual. Esto viene a corroborar lo que Masters, Johnson y Kolodny (1995) afirman, que la comunicación en la pareja, cuando es deficiente, impide en la intimidad y facilita el arraigo de las disfunciones sexuales. Jorgensen y Gaudy (1980) ya antes habían asentado que en la relación de pareja la comunicación es fundamental para que se pueda mantener, pues mediante ésta se puede tener un intercambio de información sobre sentimientos, temores y percepción hacia el otro. Hernández, Carnota y Rojas (1988), estudiando el rol de la comunicación defectuosa entre las parejas como un determinante de importancia en la etiología de las disfunciones sexuales, encontraron que los intercambios fueron abiertos y francos en relación a los deseos y necesidades de cada una de las partes de la pareja son los ingredientes esenciales de una vida sexual armoniosa.

Es entonces que la *Comunicación Marital* puede entenderse más que el contenido y cantidad de información que un cónyuge expresa a otro (Nina, 1991), como el proceso de interacción de la pareja que permite intercambiar -verbal y no verbalmente- información sobre sentimientos, temores y la percepción hacia el otro y del otro; esto organiza la relación, construye y valida en forma conjunta la versión del mundo y protege vulnerabilidades (Masters y Johnson, 1966; Fitzpatrick, 1988; Jorgensen y Gaudy, 1980; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1969; Nina, 1991)

Otro aspecto de la comunicación marital que tiene que ver con aquello con que se le da forma al significado literal de la información que se transmite, es el *Estilo de Comunicación*; su dimensión en esta investigación mostró los siguientes resultados.

La dimensión del estilo de comunicación *positivo* correspondiente a los sujetos de esta investigación, mostró que ambos grupos se ven, sin diferencia, predominantemente positivos al comunicarse con sus parejas, es decir, independientemente de presentar o no disfunciones sexuales, ellos consideran que su estilo es positivo, lo que implica que son abiertos, amables,

acados y afectuosos. Aunque en este estudio no se encontraron diferencias significativas, Pearson, Anderson, Holman y Nlemann (1998) refieren que la comunicación abierta y enfática del esposo es un predictor de la satisfacción sexual de la mujer.

En segundo lugar ambos grupos, sin diferencias significativas, se ven *violentos* y en tercer lugar *negativos* en su comunicación con la pareja (cabe señalar que el puntaje más alto de las dos dimensiones se encuentra en el grupo con disfunciones sexuales, aunque no son suficientes para marcar una diferencia estadística). Esto indica que ambos grupos de varones se ven de la misma forma a través de la agresión verbal y física y de la negatividad con sus parejas, lo cual se da en un nivel bajo, de acuerdo a los resultados.

Sin embargo, respecto a la dimensión *reservado*, el grupo de sujetos con disfunciones sexuales se percibió mayormente reservado en su comunicación que el grupo sin disfunción sexual. En esta dimensión existen diferencias significativas que permiten afirmar que los sujetos que se perciben reservados al platicar con sus parejas son vulnerables al padecimiento de una(s) disfunción sexual(es). Esto puede confirmarse con los resultados arriba expuestos del grupo de género sumiso, que también presentó diferencias significativas entre un grupo y otro. Es decir, aquellos varones que se ven a sí mismos sumisos y en su comunicación reservados están en una situación de riesgo para presentar algún tipo de disfunción sexual.

Por otra parte, la manera en que los sujetos ven a sus parejas varía en algunas dimensiones.

En primer lugar el grupo sin disfunciones sexuales ve a sus parejas más *positivas* al platicar que los sujetos del grupo con disfunción sexual, lo que indica la presencia de diferencias significativas, el ver a la pareja positiva es un factor que favorece la vida sexual, tal como se ha mencionado a que, como Hernández, Carmota y Rojas (1988) afirman, los intercambios mutuos abiertos y francos en relación a los deseos y necesidades de cada una de las partes de la pareja constituyen los ingredientes esenciales de una vida sexual armoniosa. Esto también indica que es suficiente que el sujeto se vea a sí mismo positivo para favorecer la comunicación marital, sino que es aún más importante el ver a la pareja en un nivel alto de positividad al platicar, aspecto que falla en el grupo de sujetos con disfunciones sexuales. Esto permite afirmar que aquellos varones que no ven a sus parejas positivas, abiertas están relacionados a

posible padecimiento de disfunciones sexuales. Esto viene a corroborar la afirmación de rson, Anderson, Holman y Niemann (1998) respecto a que uno de los mejores predictores de satisfacción sexual de las esposos es la comunicación abierta de las esposas. Por otra parte es posible afirmar que para el varón es importante mantener la imagen de la mujer emotiva y comprensiva, es decir, afectuosas al conversar con ellos, lo que está muy ligado al papel adicional de la mujer (Roldán, 1998).

En segundo lugar la manera en que los sujetos ven a sus parejas *violentas*, no reportó diferencias significativas entre un grupo y otro. Es decir, que la percepción agresiva pasiva-tiva de la pareja en ambos grupos, no es diferente. Ambos grupos ven a sus parejas en el mismo nivel de agresividad en situaciones de conflicto, aunque este estilo no es el predominante en su comunicación.

Con respecto al estilo *negativo* percibido por los varones en sus parejas, tampoco es diferente entre el grupo sin disfunción sexual y el grupo con disfunción sexual. Es decir, ambos grupos ven en igual nivel a sus parejas como conflictivas, resbucadas y confusas, en un nivel inferior al estilo positivo.

En cuanto al estilo *reservado* que los varones perciben en sus parejas, tampoco se contraron diferencias significativas entre ambos grupos, a diferencia del estilo reservado que los mismos varones perciben en sí mismos en donde sí fueron significativamente diferente los puntajes entre un grupo y otro.

Cabe señalar que los puntajes en estos tres últimos estilos de comunicación que los sujetos perciben en sus parejas son superiores en el grupo con disfunción sexual, indicando la presencia de estilos de comunicación no favorables, aunque tales puntajes no sean suficientes para señalar una diferencia estadísticamente significativa.

Con respecto al *estilo de comunicación* general es importante reafirmar que los varones que se ven a sí mismos reservados en su estilo de comunicación tienen mayor propensión al padecimiento de disfunciones sexuales, mientras que el ver a la pareja primordialmente positiva ayuda a que los varones tengan una vida sexual placentera.

Además de que el *Estilo de Comunicación* puede ser considerado como aquello con lo que se le da forma al significado, en base a los resultados y a la revisión bibliográfica, se puede

considerar como la forma como el mensaje de la información se da y refleja la calidad de la relación marital, de tal manera que se puede interpretar y entender bajo el contexto marital. (Lawkins y Weinsberg, 1977; Honeycutt, Wilson y Parker, 1982; Nina, 1991).

Si la comunicación es un proceso esencial en la comprensión de muchos fenómenos sociales (Musitu, 1993), más aún es indispensable para comprender la vida marital y su efecto en las disfunciones sexuales.

A manera de integración de estos resultados, se hacen las siguientes consideraciones:

A lo largo de la historia de la humanidad, la conceptualización de la sexualidad ha ido cambiando según la etapa y la cultura en que se vive. Hoy podemos decir que la sexualidad ha sido reconocida como un área de desarrollo del sujeto que proporciona salud, placer y bienestar, pese a que en muchos grupos socio-culturales resulte difícil entenderla así y reprima ciertas expresiones.

Como se ha puesto de manifiesto en los capítulos y en los resultados de esta investigación, la sexualidad está íntimamente ligada a la vida general y a la salud mental e integral de todos los sujetos. La manera en que se vive tiene que ver con múltiples factores que influyen en su desarrollo.

A pesar de que el tema de la sexualidad ha sido abordado ampliamente por muchos medios de información, la comercialización sexual que se ha creado para vender productos de diversa índole no siempre contiene la información adecuada y veraz para la población, que sólo profundiza o crea prejuicios o bien refuerza mitos. Los resultados de esta investigación apuntan a destacar la importancia que tiene el recibir una información y educación adecuadas acerca de lo que es la vida sexual y sus manifestaciones, evitando así los mitos y prejuicios.

Las disfunciones sexuales son un verdadero problema en el desarrollo de la sexualidad. Tienen un origen multifactorial y quienes las padecen ven limitada su salud sexual, promovida por la Organización Mundial de la Salud.

La presencia de dichas disfunciones en el sujeto causa malestar y alteran otras áreas de la vida, como la relación de pareja; por ello deben ser abordadas haciendo uso de las diferentes propuestas de terapia sexual existentes y propiciando los estudios e investigaciones

campo que promuevan métodos adecuados a las condiciones socioculturales de la realidad mexicana

En el análisis clínico de la sexualidad se deben tomar en cuenta dos aspectos; en primer lugar lo que el sujeto entiende y vive como sexualidad, y en segundo lugar el cómo se da la interacción del mismo con la pareja y qué tanto esta interacción reactiva sus conflictos internos. En el primer aspecto es importante destacar las variables que este estudio resalta como más frecuentes en los hombres con disfunciones sexuales: la falta de información sexual, la ausencia de la práctica de la masturbación, los niveles bajos de masculinidad y femineidad y los niveles altos de sumisión. Es así que deben crearse programas educativos, más que informativos, para la población general, pues aunque los avances científicos tengan grandes alcances, éstos se pueden ver limitados por las actitudes de cada uno frente a la sexualidad y sus manifestaciones. El sujeto que tenga prejuicios de manera considerable ante la sexualidad y una mala formación al respecto, evidentemente se va a enfrentar a ella de manera distinta a aquel que no tenga tantos y que le permitan enfrentarse a la sexualidad de una manera resolutiva: esto resulta evidente en la ausencia de la práctica de la masturbación que fue más frecuente en el grupo con disfunciones sexuales. Ante esto también es indispensable realizar más trabajos de investigación para definir la conducta asertiva y combinar el entrenamiento asertivo con terapias y métodos educativos para dar la mayor eficacia de servicio a los sujetos. Este abordaje puede estar acorde a la población mexicana, en la que los sujetos desempeñan papeles o roles característicos que en ocasiones impiden un adecuado desarrollo de la sexualidad. Es una situación deseable la de encontrar varones que se interesen más por las labores que anteriormente se adjudicaban a las mujeres, y que las mujeres sean más autoafirmadas y desempeñen funciones que se relegaban sólo a los hombres. Esta investigación permite poner manifiesto la necesidad de poseer altos niveles tanto de masculinidad como de femineidad. Se rompe con algunos de los estereotipos de que los varones sólo deben dedicarse al trabajo y las actividades propias de su género y no asumir ninguna actividad relacionada al rol de femineidad. El acuerdo en los papeles desempeñados en la pareja y su conciliación dependerá en gran medida de la comunicación que entre ellos logren cultivar y que favorezca la relación vital y la sexual (Legarde, 1994).

-En el segundo aspecto, el de la vida marital, es importante señalar que en la interacción en la pareja y sus problemáticas intervendrán en la vida sexual, como se demostró en esta investigación. Los problemas de pareja, la escasa comunicación, la autopercepción reservada al comunicar, el no ver a la pareja positiva cuando se comunica, son factores presentes con mayor frecuencia en los hombres con disfunciones sexuales. De ahí la importancia de que los profesionales de la salud hagan hincapié en la exploración de la vida marital en general, especialmente en lo que tiene que ver con su comunicación, para poder intervenir en los conflictos meramente sexuales. Es importante propagar la creación de programas orientados a estimular y reforzar la comunicación marital (especialmente en el área de sentimientos, emociones y disgustos, pues pese a su evidente importancia, es una área donde la población masculina estudiada tienen como deficiente) y el estilo positivo de comunicación, evitando así fracturas de la relación marital, la cual tiene efectos en la salud mental y física y en el bienestar en general de cada una de las partes (Sayers, Kohn y Heavey, 1998 y Emanuels-surveen y Emmelkamp, 1996).

Finalmente, este estudio nos permite poner en evidencia que la sexualidad es un proceso que se va desarrollando, y que muchos de los problemas que un sujeto tiene en la actualidad, están ligados al cómo se ha enfrentado a la sexualidad en todas sus manifestaciones, y si su desarrollo ha sido satisfactorio o no.

8.2 Conclusiones.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo sin disfunción sexual y el grupo con disfunción sexual con respecto a la variable *edad*, la cual, en ambos grupos, tuvo un promedio de 32.5 años para el grupo sin disfunción sexual y 32.9 años para el grupo con disfunción sexual.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos estudiados con respecto al *estado civil*; la mayoría de ellos se encuentran casados (78 en el grupo sin disfunción sexual y 88 en el grupo con disfunción sexual), y el resto viven en unión libre (21 en el grupo sin disfunción sexual y 12 en el grupo con disfunción sexual)

No existen diferencias estadísticamente significativas en la *ocupación* de los sujetos de ambos grupos: la mayoría son empleados, otros (choferes o taxistas) y comerciantes. En menor frecuencia se encontraron las ocupaciones de profesional, empresario, burócrata, obrero, desempleo, desempleado, maestro y estudiante, respectivamente.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto a *años de escolaridad*, cuyo promedio fue de 12.13 en el grupo sin disfunción sexual y 11.6 en el grupo con disfunción sexual.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto a *años de relación de pareja*, cuyo promedio fue de 6.31 en el grupo sin disfunción sexual y 6.66 en el grupo con disfunción sexual

No existen diferencias estadísticamente significativas en la variable *religión* entre ambos grupos, siendo la predominante en ambos la religión católica, seguido de ninguna y finalmente otra. El mayor número de sujetos que practican alguna religión se centró en el grupo con disfunción sexual.

Existen asociaciones significativas de la variable grupo de estudio con respecto a la variable *información sexual*: el grupo sin disfunción sexual presentó mayor número de casos de sujetos que recibieron información sexual, especialmente en la pubertad. La carencia de información está asociada a la presencia de disfunciones sexuales.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro con respecto a antecedentes de *trauma sexual infantil*.

Existe asociación entre el grupo de estudio y la variable *masturbación*; los sujetos del grupo sin disfunción sexual en su mayoría expresaron haberse masturbado en algún momento de sus vidas, mientras que el grupo con disfunción sexual presentó el mayor número de casos de sujetos que nunca se habían masturbado.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto a la edad de *inicio de la vida sexual*: en promedio para el grupo sin disfunción sexual la edad fue 17.84 y 17.43 para el grupo con disfunción sexual.

Existe una asociación altamente significativa entre el grupo de estudio y la presencia de *problemática de pareja*, siendo el grupo con disfunción sexual el que presentó mayor número de casos. Existe una estrecha relación entre la problemática de pareja y la presencia de disfunciones sexuales.

Las disfunciones sexuales prevalentes en el grupo con disfunción sexual fueron la eyaculación precoz y el deseo sexual hipoactivo, seguidas del trastorno de la excitación, trastorno del orgasmo y dispareunia.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto a la dimensión de la *Asertividad Indirecta*.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro con respecto a la dimensión de la *Asertividad en Situaciones Cotidianas*.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro con respecto a la dimensión de la *No Asertividad*.

Si bien la asertividad no está asociada a la presencia o ausencia de disfunciones sexuales, deben incrementarse sus estudios y rescatar sus beneficios en el tratamiento de las disfunciones sexuales.

Se encontraron diferencias altamente significativas entre un grupo y otro con respecto a la escala de *Masculinidad* del IMAFE, siendo el grupo sin disfunción sexual quien presentó el mayor puntaje medio.

Existen diferencias estadísticas altamente significativas entre un grupo y otro con respecto a la escala *Femineidad* del IMAFE, siendo el grupo sin disfunción sexual el que presentó mayor puntaje medio.

Existe una relación estrecha entre los puntajes bajos de *masculinidad* y *femineidad* y la presencia de disfunciones sexuales.

No se encontraron diferencias significativas entre las escalas de *masculinidad* y *femineidad* en cada grupo de estudio. En el grupo 1 (sin disfunciones sexuales) se encontraron 15 casos de androginia y 22 de indiferenciados, mientras que en el grupo 2 (con disfunción sexual) se encontraron 31 de androginia y 28 de indiferenciados. Se hace necesario el estudio de la androginia en población mexicana y la creación de nuevos instrumentos para medirla.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto a la escala de *Machismo* del IMAFE.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto a la escala *Sumisión* del IMAFE, siendo el grupo con disfunción sexual el que obtuvo mayor puntaje.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro con respecto a la dimensión *Sentimientos, Emociones y Disgustos* de COMARI; el puntaje en esta dimensión fue el más bajo para ambos grupos en relación a las otras dimensiones de COMARI.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro con respecto a la dimensión *Familia Extendida* de COMARI, siendo el grupo sin disfunción sexual el que platicó más de esta área con sus parejas.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro con respecto a la dimensión *Vida Sexual* de COMARI.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro con respecto a la dimensión *Hijos* de COMARI, siendo el grupo sin disfunción sexual el que platicó más con sus parejas de esta área.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro con respecto a la dimensión *Relación Marital* de COMARI.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto a la dimensión *Trabajo* de COMARI, siendo el grupo sin disfunción sexual el que platica más este tema con sus parejas.

Existen diferencias estadísticas altamente significativas entre ambos grupos con respecto al puntaje global de la Comunicación Marital, siendo mayor en el grupo sin disfunción sexual.

Existe una relación estrecha entre la falta de comunicación y la presencia de disfunciones sexuales.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro con respecto al *estilo positivo* de comunicación del sujeto hacia su pareja.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto al *estilo violento* de comunicación del sujeto hacia su pareja.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro con respecto al *estilo negativo* de comunicación del sujeto hacia su pareja.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto al *estilo reservado* del sujeto hacia su pareja, percibiéndose como más reservados los sujetos del grupo con disfunción sexual.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto al *estilo de comunicación positivo* que perciben los sujetos en sus parejas, siendo el grupo sin disfunción sexual el que percibe a sus parejas más positivas.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro con respecto al *estilo de comunicación violento* que los sujetos perciben en sus parejas.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto al *estilo de comunicación negativo* que perciben los sujetos en sus parejas.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el *estilo de comunicación reservado* que perciben los sujetos en sus parejas.

El *estilo reservado* en el sujeto y *positivo* en la pareja tienen gran peso entre las diferencias marcadas de ambos grupos, aunque no se le resta importancia a los otros estilos.

Las diferencias tanto de las variables demográficas como del *rol de género*, *comunicación marital* y *estilo de comunicación* pueden dar la pauta para reconocer su

portancia tanto en la prevención como en el tratamiento de las disfunciones sexuales.

8.3 Limitaciones y Sugerencias

El presente estudio se realizó en una población de varones cuyas parejas presentan riesgo de enfermedades ginecológicas u obstétricas, por lo que se sugiere realizar otro estudio en una población sin riesgo para confirmar los resultados.

Debido a que muchos resultados de este estudio en varones parecen diferir de aquellos obtenidos a cabo en mujeres, debe realizarse un estudio comparativo entre ambas poblaciones para enriquezca el conocimiento de las parejas mexicanas y de su vida sexual. De ahí se podrá obtener mayor información para el tratamiento de las disfunciones sexuales, creándose así un modelo acorde a la población mexicana.

Se sugiere realizar un estudio solamente con sujetos con disfunciones sexuales y comparar los rasgos de cada uno de ellos de acuerdo al tipo de disfunción que presente, ya que conforme a la literatura revisada (p.e. Fahmer, 1983) y a la experiencia durante la realización de esta investigación, los sujetos pueden comportarse de diferente manera de acuerdo al tipo de disfunción sexual.

En base a la bibliografía revisada sobre asertividad, la mayoría de la literatura proviene de extranjero, y de esa la mayoría se enfoca sólo a las técnicas. De ahí que los resultados de esta investigación parecieran no darle a la asertividad un peso importante en su asociación con las disfunciones sexuales. Deben generarse nuevas investigaciones en población mexicana respecto a la habilidad asertiva para valorar su importancia en la etiología o el arraigo de las disfunciones sexuales. Deben revisarse además otros instrumentos que aborden de una manera más amplia la medición de la asertividad.

Se sugiere además, con respecto a la asertividad, revisar y aplicar otros instrumentos que aborden de una manera más amplia la medición de la asertividad, como por ejemplo la escala de la asertividad con extraños y con conocidos.

Es importante realizar una investigación semejante a la presente con una población con mayor rango de edad para confirmar los resultados de esta investigación o bien aquellos de unos autores que encuentran a la edad como un factor determinante en la presencia de funciones sexuales.

Deben crearse programas de educación para la población con respecto a todo lo que implica la sexualidad, eliminando así los tabúes y falsas creencias que impiden una vivencia sana y satisfactoria de la misma.

Deben ser continuamente estudiados y revalorados los roles o papeles de género en nuestra sociedad que cambia día a día, y donde los roles no sólo se someten a las tradiciones culturales, sino a las necesidades económicas de nuestro país.

Con respecto a la medición de la comunicación marital y los estilos de comunicación, se sugiere utilizar otro tipo de instrumentos que midan no sólo la comunicación verbal, como en este caso, sino la comunicación analógica que también es determinante en la vida marital.

Ya que el análisis estadístico utilizado sólo permitió encontrar diferencias entre un grupo y otro, se sugiere el uso de otros análisis estadísticos que permitan encontrar relaciones entre las variables.

También es importante realizar un estudio de prevalencia de disfunciones sexuales en la población masculina para valorar más su impacto en la población, y comparar los resultados con la población femenina.

Los resultados de este estudio nos permiten descubrir la multifactorialidad de la etiología de las disfunciones sexuales, por lo que es importante valorar otros aspectos que pudieran estar asociados a las disfunciones sexuales en hombres, tales como los estilos de vida, el estrés, el consumo de drogas, el alcoholismo, la ansiedad y la depresión.

Resulta imprescindible el entrenamiento de las personas encargadas de investigar temas como la sexualidad, debido a que si el profesional de la salud tiene prejuicios respecto a ella o a mala información, las investigaciones podrán estar alteradas, al igual que su intervención clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Iducin, A. (1989). Los valores de los mexicanos. México entre la tradición y la modernidad. México: Fomento Cultural Banamex A.C.
- Ivarex-Gayou, J. (1986). Sexoterapia Integral. México: Interamericana.
- Ivarex-Gayou, J. (1996). Sexualidad en Pareja. México: El Manual Moderno.
- merican Psychiatric Association. (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). (3a. ed.). Barcelona: Masson.
- merican Psychiatric Association. (1987). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R). (3a. ed.). Barcelona: Masson.
- merican Psychiatric Association. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). (4a. ed.) Barcelona: Masson.
- nguiano, C. (1992). Diccionario de Ciencias Médicas. (9a. ed.) Buenos Aires. El Ateneo.
- schen, S.R. (1997). Assertion training therapy in psychiatric milieus. Archives of Psychiatry Nurs. 11(1). 46-51.
- zais, F. y Granger, B. (1995). Disorders of assertiveness and social anxiety. Annals Medical Psychology. 153(10), 667-675.
- aker, C., De Silva, P. (1988) The relationship between male sexual dysfunction and belief in Zilbergeld's myths: An empirical investigation. Journal of Sexual & Marital Therapy. 3(2). 229-238.
- ateson, G. y Jackson, D. (1977). Comunicación Familiar y Matrimonio. Buenos Aires. Nueva Visión
- ee, H.L. y Mitchell, S.K. (1987) El Desarrollo de la Persona en todas las etapas de su vida. (2a. ed.). México Harla.
- em, S. (1974) The measurement of psychological androgyny Journal of Counseling and Clinical Psychology. 42, 155-162.

- erlo, D. (1985). Proceso de la Comunicación . Introducción a la teoría y a la práctica. (3a. ed.). México: El Ateneo.
- burne, E.J. (1995). The Anxiety and Phobia Workbook. (2a. ed.). USA: New Harbinger Publications, Inc.
- ornstein, R.F., Riggs, J.M., Hill, E.L., Calabrese, C. (1996). Activity, passivity, self-denigration, and self-promotion: toward an interactionist model of interpersonal dependency. Journal of Personality, 64(3), 637-673.
- radley, J. (1993). Autonomy through androgyny. Nursing Manage. 24(10), 64J, 64N-64O.
- reakwell, G.M. y Milliward, L.J. (1997). Sexual self-concept and sexual risk-taking. Journal of Adolescence, 20(1), 29-41.
- ustos, O. (1994). La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo II, pp.267-298). México: Miguel Ángel Porrúa.
- astro, M. (1994). Voy a tener que ser varoncita. Sexología y sociedad, 1, 18-20.
- azés, D. (1994) La dimensión social del género: posibilidades de vida para mujeres y hombres en el patriarcado. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 2, pp. 335-388). México: Miguel Ángel Porrúa.
- orona, E. (1994). Identidades de Género: en busca de una teoría. En CONAPO (Ed) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 2, pp. 299-314). México: Miguel Ángel Porrúa.
- orona, E. (1994). Resquicios en las Puertas. La Educación Sexual en México en el siglo XX. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 3. pp. 681-707). México: Miguel Ángel Porrúa.
- arling, C., Davidson, J., Passarello, L. (1992). The mystique of the first intercourse among college youth: The role of partners, contraceptive practices, and psychological reactions. Journal of Youth and Adolescence, 21(1), 97-117.
- llis, R. y McClintock, A (1993). Teoría y Práctica de la Comunicación Humana Barcelona: Paidós.
- manuels-Zuurveen, L., Emmelkamp, P. (1996). Individual behavioural-cognitive therapy v marital therapy for depression in maritally distressed couples. Br. Journal of Psychiatry, 169(2), 181-188.

- ahmer, E.M. (1983). Assertiveness: A general symptom of sexual disorders? Zeitschrift Fuer Klinische Psychologie. Forschung und Praxis. 12(1), 1-11.
- ernández, F., Ponce, M., Jiménez, R. y Hernández, H. (1994). Factores de Riesgo de Disfunción Sexual Eréctil. Sexología y sociedad, 1, 34-39.
- nlly, B., Scheltema, K. (1991). The relation of gender and sexual orientation to measures of masculinity, femininity, and androgyny: a further analysis. Journal of Homosexuality, 21(3), 71-85.
- tzpatrick, M. (1988). Between Husbands and Wives, Communication and Marriage. California: Sage Publications.
- ores, M., Díaz, R. y Rivera, S. (1986). MERA: Una medida de rasgos asertivos para la cultura mexicana. Revista Mexicana de Psicología. 4(1), 29-35.
- ore, M., Díaz, R. y Rivera, S. (1988). Asertividad-Agresividad y conflicto en una muestra mexicana. La Psicología Social en México, 2, 16-22.
- ores, M. (1994). Asertividad; conceptualización, medición y su relación con otras variables. Tesis Doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- oucault, M. (1995). Historia de la Sexualidad. (tomos 1-3) (22 ed.). México: El Manual Moderno.
- reud, S. (1979). Algunos ensayos sobre la vida sexual y la teoría de la neurosis. (4a. ed.). Madrid: Alianza Editorial
- aleana, P. y Pérez, A. (1994). La institucionalización del género y marcos institucionales y legales. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 2, pp. 427-752) México: Miguel Ángel Porrúa.
- arcía, R. (1994) Dimorfismo sexual humano la base biológica. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 2, pp. 237-266). México: Miguel Ángel Porrúa.
- indin, L. y Huguet, M. (1993). Eyacuación Precoz. Un problema con solución y otros temas de Masculinidad. México: Paidós.
- onzález, A. (1979). Análisis de la relación de pareja. Buenos Aires: Nueva Visión.

- onzález, I. (1995) Comparación de los niveles de autoconcepto y satisfacción marital en mujeres con disfunción sexual y sin disfunción sexual. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- ordon, K., Baucom, D., Epstein, N., Burnett, C., Rankin, L. (1999). The interaction between marital standards and communication patterns: how does it contribute to marital adjustment? Journal of Marital & Family Therapy, 25(2), 211-223.
- anero, M. (1990). Asertividad y disfunción eréctil secundaria total, una forma de terapia: observaciones clínicas. Revista Latinoamericana de Sexología, 15(1), 55-61.
- ady, W., Tanfer, K., Billy, J., Lincon-Hanson, J. (1996). Men's perceptions of their roles and responsibilities regarding sex, contraception and childrearing. Family Plann Perspective, 28(5), 221-226.
- ay, J. (1996). Marte y Venus en la Cama. México: Emece.
- eer, L.A., Weerasekera, P., Linder, B. y Goldberg, J.O. (1997). Couples communication skills training for schizophrenia. Canadian Journal of Psychiatry, 42(6), 666-667.
- rohol, J.M. (12-Nov-1998). Assertiveness Now! www.learning-resources.co.za/vapr006.html [Online]. <http://mentalhelp.net>. 14K.
- aavio-Mannila, E. y Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. Archives of Sexual Behavior, 26(4), 399-419.
- arrell, W.A. (1995). Husbands' involvement in housework: effects of relative earning power and masculine orientation. Psychological Reports, 77(3), 1331-1337.
- artung, C. y Widiger, A. (1998). Gender Differences in the Diagnosis of Mental Disorders Conclusions and Controversies of the DSM-IV. Psychological Bulletin, 123(3), 260-278.
- awkins, J., Weisberg, C. y Ray, D. (1977). Marital Communication Style and Social Class. Journal of Marriage and Family, 39, 479-449.
- awkins, J., Weisberg, C. y Ray, D. (1980). Spouse Differences in communication style: Preference, Perception, Behavior. Journal of Marriage and Family, 42, 585-593.
- eiman, J. y LoPiccolo, J. (1990) Para alcanzar el orgasmo. Un Programa de Crecimiento Sexual y para la Mujer. México: Grijalbo.

- ernández, A., Carnota, R., Rojas, R. (1988). Percepción interpersonal y comunicación en un grupo de parejas con disfunciones sexuales. Boletín de Psicología Cuba, 2(1), 38-56.
- oltzworth-Munroe, A., Smutzler, N., Stuart, G. (1998). Demand and withdraw communication among couples experiencing husband violence. Journal of Consult. Clinical Psychology, 66(5), 731-743.
- oneycutt, J., Wilson, Ch., Parker, Ch. (1982). Effects of Sex and Degrees of Happiness on Perceived Styles of Communicating in and out of the Marital Relationship. Journal of Marriage and Family, 5(9), 395-406.
- albert, D.F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: a comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. Journal of Sexual & Marital Therapy, 17(3), 183-190.
- albert, D.F., Apt, C. (1991) Sexual narcissism and the abusive male. Journal of Sexual & Marital Therapy, 17(4), 279-292.
- albert, D.F., Apt, C. y Rabehl, S.M. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: an examination of women in nondistressed marriages. Journal of Sexual & Marital Therapy, 19(2), 154-165.
- nes, C.J., Meredith, W. (1996) Patterns of personality change across the life span. Psychological Aging, 11(1), 57-65.
- rgensen, S. y Gaudy, J. (1980). Self-Disclosure and satisfaction in Marriage: the relation examined. Family Relations, 29, 281-287.
- aplan, H. (1978). La Nueva Terapia Sexual. (Tomos 1 y 2). México: Alianza Editorial.
- aplan, H. (1993) Manual Ilustrado de Terapia Sexual. México: Alianza Editorial
- holberg, L. (1966). "A cognitive-developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes". En Macoby, E. (Ed.) The Development of sex differences. (pp. 82-172). USA: Stanford University Press.
- angis, J., Sabourin, S., Lussier, Y., Mathieu, M. (1994). Masculinity, femininity, and marital satisfaction: an examination of theoretical models. Journal of Personality, 62(3), 393-414.
- ara, M.A. (1993). Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE). México: El Manual Moderno.

- ara, M.A. (1994). Masculinidad y Femeidad. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 1. pp. 315-333). México: Miguel Ángel Porrúa.
- arson, J., Anderson, S., Holman, T., Niemann, B. (1998). A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. Journal of Sexual & Marital Therapy, 24(3). 193-206.
- egarde, M. (1990). Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: UNAM.
- egarde, M. (1993). Identidad de Género. Managua: Cenzontle.
- egarde, M. (1994). La Regulación Social del Género: el género como filtro de poder. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 2, pp 389-425). México: Miguel Ángel Porrúa.
- eonard, S. y Dorfman, W. (1996). The rol of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory in the assessment of the sexual dysfunctions: a review. Clinical Psychology Review, 16(4), 317-335.
- evinger, G. (1967). Disclosure of feelings in marriage. Merrili Palmer Anarterly, 13, 237-249.
- ipsshultz, L.I. y Howards, S.S. (1997). Infertility in the Male. (3a. ed.). USA: Mosby-Year Book.
- MacDougall (1997). Caring a masculine perspective. Journal of Adv Nursing, 25(4), 809-813.
- Marsellach, G. (20-sept-1998). Técnicas de entrenamiento en asertividad www.ciudadfutura.com/psico/tecnicas/tec_habilidades.html. [Online], psico@ciudadfutura.com. 14K.
- Masters, W. y Johnson, V. (1966) Human Sexual Response. Boston: Little Brown
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1995). La Sexualidad Humana (vols. 1-3) (13 ed.). Barcelona: Grijalbo.
- Masters, W., Johnson, V., Kolodny, R. (1996). Eros. Los Mundos de la Sexualidad. Barcelona: Grijalbo.
- McCarthy, B. (1987). The effect of sexual guilt, humiliation, and rejection on sexual functioning. Journal of Sex Education and Therapy, 13(1). 25-28.

- McCarthy, B.W., (1994). Sexually compulsive men and inhibited sexual desire. Journal of Sexual & Marital Therapy, 20(3), 200-209.
- Head, B., Ignico, A. (1992), Children's gender-typed perceptions of physical activity: consequences and implications. Perceptual Motor Skills, 75(3), 1035-1042.
- Mederos, M. (1994). La Educación en Población desde la Educación de la Sexualidad en la Escuela Cubana. Sexología y sociedad, 1, 16-17.
- Meranda, R. (1994). El Modelo Psicoanalítico del Desarrollo Sexual. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 2, pp. 565-593). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Mitchell, W., Marten, P., Brown, T., Barlow, D. (1998). Effects of Positive and Negative Mood on Sexual Arousal in Sexually Functional Males. Archives of Sexual Behavior, 27,(2), 197-207.
- Mitchell, Ch. (1982). Recognizing and Accommodating Different Communication Styles in Marriage. Family Therapy, 9(3), 227-230.
- Moles, A. (1991). La Imagen: Comunicación Funcional. México: Trillas.
- Morales, F.A., Pimentel, D. y Aranda, C. (1998). Sexualidad en pacientes con cáncer ginecológico. Perinatología y Reproducción Humana, 12(3), 17-18.
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R. y Burkholder, G.J. (1997) Journal of Personality and Social Psychology, 73(4). 790-804
- Moles, A. (1991). La Imagen: Comunicación Funcional. México: Trillas
- Monroy, A. (1994). La Sexualidad en la Adolescencia. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 1, pp.693-730). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Murnen, S., Smolak, L. (1997). Femininity, masculinity, and disordered eating: a meta-analytic review. Int Journal of Eating Disorders, 22(3). 231-242.
- Murphy, C., O'Farrell, T. (1997). Couple communication patterns of maritally aggressive and nonaggressive male alcoholics. Journal of Studies of Alcohol, 58(1), 83-90.
- Musitu, G. (1993). Psicología de la Comunicación Humana. Buenos Aires: Lumen.

- ina, E. (1991). Comunicación Marital y Estilo de Comunicación. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- orton, R. (1983). Communicator Style: Theory, applications and measures. California: Sage Publishers.
- 'Gorman, E., Bownes, I., Dinsmore, W. (1990). Sexual and marital dysfunction and polypartnerism in STD clinic attenders. Journal of Sexual & Marital Therapy, 5(1). 63-68.
- neill, N., Oneill, G. (1976). Matrimonio Abierto. México: Grijalbo.
- ortega, C. (1994). El Modelo Cognoscitivo del Desarrollo Sexual. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo II, pp. 595-634). México: Miguel Ángel Porrúa.
- asual, E., Echave, R. (1994) Diccionario Esencial de la Lengua Española. México: Larousse.
- iaget, J. (1986). Seis estudios de psicología. México: Ariel
- ick, S. y Vargas, E. (1992). Yo adolescente. Respuestas claras a mis grandes dudas. México: Limusa.
- ierce, A.P. y Hulbert, M.K. (1999). Test-retest reliability of the Hulbert Index of Sexual Assertiveness. Perceptual Motor Skills, 88(1), 31-34.
- ittman, M., Bowman, M., McMaster, J. (1995). Reactions to repeated STD infections: psychosocial aspects and gender issues in Zimbabwe. Social Sci Med. 40(9), 1299-1304.
- urnine, D., Carey, M. (1997). Interpersonal communication and sexual adjustment: the roles of understanding and agreement. Journal of Consult Clinical Psychology, 65(6). 1017-1025.
- Quadagno, D., Sly, D., Harrison, D., Eberstein, W., Soler, H. (1998). Ethnic Differences in Sexual Decisions and Sexual Behavior. Archives of Sexual Behavior, 27(1). 57-75
- Quijada, O.A. (1983). Diccionario Integrado de Sexología. Madrid: Alhambra.
- amanaiah, N., Detwiler, F. (1992). Psychological androgyny and the NEO Personality Inventory. Psychological Reports, 71(3), 1216-1218.

- ees, S. y Graham, R.S. (1991). Assertion Training. How to be who you really are. New York: Routledge.
- cciardelli, L., Williams, R., Kiernan, M. (1998). Relation of drinking and eating to masculinity and femininity. Journal of Social Psychology, 138(6), 744-752.
- odríguez, M. y Serralde, M. (1991). Asertividad para negociar. México: McGraw-Hill.
- ogge, R., Bradbury, T. (1999). Till violence does us a part: the differing roles of communication and aggression in predicting adverse marital outcomes. Journal Consult. Clinical Psychology, 67(3), 340-351.
- oldán, A. (1998). Estudio Comparativo de la Comunicación Marital y Estilo de Comunicación en mujeres que presentan disfunción sexual y mujeres que no presentan disfunción sexual. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- oom, R. (1996) Gender roles and interactions in drinking and drug use. Journal of Substance Abuse, 8(2), 227-239.
- osen, L., Martin, L. (1998). Long-term effects of childhood maltreatment history on gender-related personality characteristics. Child Abuse Neglect, 22(3), 197-211
- ubio, E. (1994). Introducción al estudio de la Sexualidad Humana. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Hmana (tomo 1, pp. 17-46). México: Miguel Ángel Porrúa.
- ubio, E. y Díaz, J. (1994). Las Disfunciones Sexuales. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 3, pp. 203-246). México: Miguel Ángel Porrúa
- ubio, E. y Revuelta, S. (1994). Fisiología del Erotismo Humano. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 1, pp. 475-505). México: Miguel Ángel Porrúa.
- uffing-Rahal, M., Barin, L., Combs, C. (1998). Gender role orientation as a correlate of perceived health, health behavior, and qualitative well-being in older women. Journal of Women Aging, 10(1), 3-19.
- ast, J., Golombok, S. (1990). Stress and marital discord: Some sex differences. Stress Medicine, 6(1), 25-27.
- ual, F. (1991). De decires, de mujeres. En Lamas, M. y Saal, F., La Bella Indiferencia México: Siglo XXI.

- Almurri, F. (1991). Asertividad www.geocities.com/HotSprings/Villa/4551/asertividad.html. [Online]. 14K
- Ánchez, C. (1995). Manual de Terapia Sexual para pacientes del INPer. México: INPer.
- Ánchez, C., Carreño, J., González, G. y González, I. (1997). Autoconcepto y satisfacción marital en mujeres con disfunción sexual. Perinatología y Reproducción Humana, 11, 190-197.
- Ánchez, C., Morales, F.A., González, G., Souza, M. y Romo, M. (1997). Prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina. Psicopatología, 17(1), 174-178.
- Ánchez, C., Gómez, G. y Guerra, G. (1999). Disfunciones Sexuales y Obesidad: Estudio Comparativo. Perinatología y Reproducción Humana, 13(3), pp. 221-226.
- Attir, V. (1989). Ejercicios de la Comunicación Humana. México: Pax-México.
- Bayers, S., Kohn, C., Heavey, C. (1998). Prevention of marital dysfunction: behavioral approaches and beyond. Clinical Psychology Review, 18(6), 713-744.
- Chiavi, R., Schreiner, P., Mandeli, J., Schanzer, H. (1990). Healthy aging and male sexual function. American Journal of Psychiatry, 147(6), 766-771.
- Chimonaka, Y., Nakazato, K., Marushima, R. (1994). Androgyny and psychological well-being among older and younger Japanese adults. Aging (Milano), 6(1), 43-48.
- Chimonaka, Y., Nakazato, K., Kawai, C., Sato, S. (1997). Androgyny and successful adaptation across the life span among Japanese adults. Journal of Genetic Psychology, 158(4), 389-400.
- Cmith, M. (1983). Cuando digo no, me siento culpable. México: Grijalbo.
- Clyder, D., Velasquez, J., Clark, B., Means-Christensen, A. (1997). Parental influence on gender and marital role attitudes. implications for intervention. Journal of Marital & Family Therapy, 23(2), 191-201.
- Couza, M. (1996). Dinámica y evolución de la vida en pareja. México: El Manual Moderno.
- Couza, M., Cárdenas, J., Montero, M. y Mendoza, L. (1987). Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina. Ginecología y Obstetricia, 55, 277-287.

- wason, S.R., McIntyre, R.P. (1998). Assertiveness and aggressiveness as potential moderators of consumers' verbal behavior following a failure of service. Psychology Reports, 82, 1239-1247.
- enategodt, S. (1998). Sex and the Quality of Life in Denmark. Archives of Sexual Behavior, 27(3), 295-307.
- erma, K., Khaitan, B., Singh, O. (1998). The Frequency of Sexual Dysfunctions in Patients Attending a Sex Therapy Clinic in North India. Archives of Sexual Behavior, 27,(3), 309-314.
- ilchez, L. (1985). Conflictos Matrimoniales y Comunicación. México: Trillas.
- are, J.(1998). The role of sleep in the evaluation of sexual dysfunction. Diabetes Reviews, 6,(1), 34-40.
- atzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1989). Teorías de la Comunicación Humana. (7a. ed.). Barcelona: Herder.
- Weeks, J. (1994). La Sexualidad e Historia: Reconsideración. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana. (tomo 1, pp.179-201). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Veinhardt, L.S., Carey, M.P., Carey, K.B. y Verdecias, R.N. (1998). Increasing assertiveness skills to reduce HIV risk among women living with a severe and persistent mental illness. Journal of Consult Clinical Psychology, 66(4), 680-684.
- Williams, R., Ricciardelli, L. (1999). Gender congruence in confirmatory and compensatory drinking. Journal of Psychology, 133(3), 323-331.
- ulff, M., Steitz, J. (1999) A path model of the relationship between career indecision, androgyny, self-efficacy, and self-esteem Perceptual Motor Skills, 88(3), 935-940.
- arnold, P., Nightingale, S., Curry, R., Martin, G. (1990). Psychological androgyny and preference for intubation in a hypothetical case of end-stage lung disease. Medicine Decision Making, 10(3), 215-222.
- arnold, P., Nightingale, S., Curry, R., Martin, G. (1991). Psychological androgyny and preference in loss framed gambles of medical students: possible implications for resource utilization Medicine Decision Making, 11(3), 176-179.
- arnold, P., Martin, G., Soltysik, R., Nightingale, S. (1993). Androgyny predicts empathy for trainees in medicine Perceptual Motor Skills, 77(2), 576-578.

ilberg, B. (1992). The New Male Sexuality. New York: Bantman Books.

imer, D. (1983). Interaction Patterns and Communication Skills in Sexually Distrassed, Maritally Distrased and Normal Couples: Two experimental Studies. Journal of Sexual & Marital Therapy, 9(4), 576-578.

umaya, M. (1994). La Formación y el Ciclo de la Pareja Humana. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana. (Tomo 2, pp. 119-145). México: Miguel Ángel Porrúa.

CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD VERSIÓN PARA HOMBRES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Entrevistador: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ día / mes / año

1. Nombre: _____

2. No. de Expediente: _____ 3. Edad: _____ 4. Teléfono _____

5. Nivel socioeconómico (INPer): _____

6. Estado Civil: 1) Soltero
 2) Casado _____ (años y meses)
 3) Viudo. _____ (años y meses)
 4) Divorciado. _____ (años y meses)
 5) Unión Libre _____ (años y meses)
 6) Separado. _____ (años y meses)

7. Escolaridad: _____ (años)

8. Ocupación 1) Profesional.
 2) Empresario.
 3) Burócrata
 4) Empleado iniciativa privada
 5) Comerciante
 6) Obrero
 7) Labores domésticas
 8) Subempleo (eventuales)
 9) Desempleado
 10) Maestro.
 11) Estudiante.
 12) Hogar
 13) Otro, especificar _____

9. Religión _____

10. ¿Con quién vive actualmente? 1) Solo
 2) Cónyuge
 3) Cónyuge e hijos
 4) Cónyuge, hijos y otro familiar.
 5) Hijos sin cónyuge
 6) Otros familiares.
 7) Padres.
 8) Otro, especificar _____

11. Número y edad de Hijos Vivos: _____

12. Experiencias sexuales traumáticas infantiles:
 1) Si, especificar _____
 Edad. _____
 2) No

13. ¿Recibió información sobre la vida sexual antes de la pubertad?

- 1) Sí, especificar _____
2) No _____

14. Edad de la Primera Eyaculación: _____

15. En alguna etapa de su vida practicó la masturbación

- 1) Sí ¿Con qué frecuencia? _____
2) No _____

16. ¿Practica actualmente la masturbación? 1) Sí ¿Con qué frecuencia? _____
2) No _____

17. Temores hacia la sexualidad y lo sexual: 1) Sí Especificar _____
2) No _____

18. Edad de inicio de vida sexual _____

19. ¿Actualmente cuenta con pareja sexual? 1) Si.
2) No.

20. Ritmo Coital: _____

21. ¿Utiliza algún anticonceptivo? 1) Si. 1b) ¿Cual? _____
2) No _____

22. Disposición actual hacia la sexualidad (no es referido exclusivamente al coito):

- 1) Desea y coopera.
2) Desea y no coopera.
3) No desea y coopera
4) No desea y no coopera.
5) No procede

23. Preparación higienica para la relación sexual

- 1) Si
2) No

24. Ubicacion mas frecuente de la relación sexual

- 1) En casa.
2) Fuera de casa.
3) Ambos, especificar.
4) No procede.

25. Posicion mas frecuente para la relación coital:

- 1) Mujer boca arriba - hombre encima
2) Hombre boca arriba - mujer encima
3) Mujer arrodillada y agachada - hombre atrás.
4) Hombre y mujer sentados
5) Hombre y mujer de pie
6) Todas sin predominio (2 o mas de las anteriores)
7) Otra, especificar.
8) No procede.

26. Horario predominante de la relación sexual:

- 1) Matutino
- 2) Vespertino
- 3) Nocturno.
- 4) Ambos, especificar
- 5) No procede.

27. ¿Quien toma la iniciativa o propone la relación sexual más frecuentemente?

- 1) Mi pareja.
- 2) Solo yo.
- 3) Ambos.
- 4) No procede.

28. La proposición de la relación sexual se hace preferentemente:

- 1) De manera verbal.
- 2) Paraverbal.
- 3) Ambas, especificar
- 4) No procede.

29. Las condiciones ambientales para la relación sexual son

- 1) Cómodas y satisfactorias.
- 2) Cómodas e insatisfactorias
- 3) Incómodas y satisfactorias.
- 4) Incómodas e insatisfactorias.
- 5) No procede

30. La relación sexual se realiza preferentemente:

- 1) Vestidos
- 2) Desnudos.
- 3) Semivestidos
- 4) Ambas, especificar
- 5) No procede.

¿Ha usted presentado alguna de las siguientes situaciones?:

31. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual.

- 1) Si.
- 2) No

32. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida
- 2) Adquirido _____ (edad)
- 3) No procede

33. ¿Esta situación le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si
- 2) No
- 3) No procede

34. ¿La situación se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión)
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

35. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) No procede

36. Aversión extrema hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

- 1) Si
- 2) No.

37. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida .
- 2) Adquirido _____ (edad)
- 3) No procede.

38. ¿Esta situación le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si.
- 2) No
- 3) No procede

39. ¿La situación se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc
- 2) Como resultado de una enfermedad medica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores
- 4) No procede.

40. Dicho evento la llevó a

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) No procede.

41. Incapacidad para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

- 1) Si.
- 2) No.

42. ¿Desde cuando?

- 1) De toda la vida .
- 2) Adquirido _____ (edad)
- 3) No procede

43. ¿Lo anterior le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si
- 2) No.
- 3) No procede

44. ¿Esto se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión)
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

45. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana
- 5) No procede.

46. Ausencia o retraso del orgasmo tras una fase de excitación normal

- 1) Si.
- 2) No.

47. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida .
- 2) Adquirido _____ (edad)
- 3) No procede

48. ¿Esta situación le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si.
- 2) No.
- 3) No procede.

49. ¿La situación se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión)
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

50. Dicho evento la llevo a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales
- 3) Tomar algún medicamento
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) No procede.

51. Eyacuación en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que lo desee

- 1) Si.
- 2) No

52. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida
- 2) Adquirido _____ (edad)
- 3) No procede

53. ¿Lo anterior le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si.
- 2) No
- 3) No procede.

54. ¿Esto se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

55. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana
- 5) No procede.

56. Insatisfacción de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual.

- 1) Si.
- 2) No.

57. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida .
- 2) Adquirido _____ (edad)
- 3) No procede.

58. ¿Lo anterior le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si
- 2) No
- 3) No procede.

59. ¿Esto se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión)
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede

60. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales
- 3) Tomar algún medicamento
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana
- 5) No procede

61. ¿Presenta conflicto en alguna de las siguientes áreas?

- 1) Salud
- 2) Relaciones familiares
- 3) Relaciones laborales
- 4) Económico

62. Ha recibido tratamiento (especificar causa de tratamiento)

- 1) Médico
- 2) Quirúrgico
- 3) Psicológico.
- 4) Psiquiátrico.
- 5) Ambos, especificar
- 6) Otro, especificar
- 7) No procede.

63. El tratamiento lo recibió en:

- 1) Consulta externa.
- 2) Hospitalización
- 3) Ambos, especificar
- 4) Otros, especificar
- 5) No procede.

64. Duración del tratamiento:

- 1) De 1 a 2 consultas.
- 2) De 3 a 5 consultas
- 3) De 6 a 10 consultas.
- 4) De 11 a 20 consultas.
- 5) De 21 a 30 consultas.
- 6) De 31 a 40 consultas.
- 7) No procede.

Privado _____
Institucional _____
Ambos _____
Otro _____

65. Resultado del tratamiento:

- 1) Se eliminó la sintomatología
- 2) Se modificó parcialmente la sintomatología
- 3) La sintomatología continúa igual
- 4) Se agravó la sintomatología
- 5) No procede

66. Considera usted que tiene problemas en su relación de pareja, fuera del área sexual?

- 1) Sí, especificar _____
- 2) No

Antecedentes Personales Patológicos

67. Alcoholismo

- 1) Sí, especificar _____
- 2) No

68. Diabetes.

- 1) Sí, especificar _____
- 2) No

69. Cáncer

- 1) Sí, especificar _____
- 2) No

70. Cardiovasculares
1) Si , especificar _____
2) No
71. Padecimientos endocrinológicos.
1) Si , especificar _____
2) No
72. Padecimientos psiquiátricos.
1) Si , especificar _____
2) No
73. Padecimientos respiratorios.
1) Si , especificar _____
2) No
74. Padecimientos digestivos.
1) Si , especificar _____
2) No
75. Alergias
1) Si , especificar _____
2) No
76. Padecimientos psicósomáticos.
1) Si , especificar _____
2) No
77. Migraña.
1) Si , especificar _____
2) No
78. Padecimientos inmunológicos.
1) Si , especificar _____
2) No
79. Padecimientos de las vías biliares.
1) Si , especificar _____
2) No
80. Padecimientos de transmisión sexual.
1) Si , especificar _____
2) No
81. Padecimientos en la piel.
1) Si , especificar _____
2) No
82. Padecimientos quirúrgicos.
1) Si , especificar _____
2) No
83. Padecimientos sexuales
1) Si , especificar _____
2) No
84. Padecimientos urinarios.
1) Si , especificar _____
2) No
85. Padecimientos traumáticos
1) Si , especificar _____
2) No
86. Tabaquismo
1) Si , especificar _____
2) No
87. Farmacodependencia
1) Si , especificar _____
2) No

88. Padecimientos infecciosos

- 1) Si, especificar _____
- 2) No

89. Otros _____

90. Motivo de Consulta de la esposa

- 1) Embarazo de alto riesgo
- 2) Esterilidad
- 3) Pérdidas.
- 4) Climaterio
- 5) Problemas ginecológicos.
- 6) Otros _____

OBSERVACIONES

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ASERTIVIDAD

INTRUCCIONES: Conteste las siguientes preguntas referidas a datos generales. Agradecemos de antemano su colaboración y le recordamos que el cuestionario es confidencial. Los datos serán analizados en forma global, no individual. Gracias.

Nombre: _____ No. de Expediente: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Sexo:

- ☐ Femenino.
- ☐ Masculino.

Estado Civil:

- ☐ Soltero(a).
- ☐ Casado(a).
- ☐ Unión Libre.
- ☐ Divorciado(a).

A cuánto asciende su ingreso mensual aproximadamente _____

Trabaja:

- ☐ Si
- ☐ No

INTRUCCIONES: A continuación hay una lista de afirmaciones. Usted debe indicar en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles. Marque con una X la respuesta que daría en cada caso.

- 1 - Completamente en desacuerdo.
- 2.- En desacuerdo.
- 3.- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo.
- 4 - De acuerdo.
- 5.- Completamente de acuerdo.

1.- Puedo subir en la vida si tengo suerte	1	2	3	4	5
2.- Reclamo cuando una persona que llegó después que yo, es atendida antes	1	2	3	4	5
3 - Si he adquirido boletos para viajar y los cancelan injustamente no dudo en reclamar.	1	2	3	4	5
4 - Los problemas mundiales dependen de los poderosos y no de mí.	1	2	3	4	5
5.- Me cuesta trabajo decir lo que pienso en presencia de mis padres.	1	2	3	4	5
6 - Me esfuerzo más cuando compito con otros	1	2	3	4	5
7 - Me da pena pedir libros que he prestado a mis amigos.	1	2	3	4	5
8.- Si algún artículo que necesito de la tienda no tiene precio le pregunto a la persona encargada	1	2	3	4	5
9 - Puedo llegar a ser alguien importante si tengo suerte.	1	2	3	4	5
10 -Me es difícil elogiar abiertamente a mi pareja.	1	2	3	4	5
11 -Cuando viajo en un tren o camión y una persona está ocupando el lugar que me corresponde le pido que lo desocupe	1	2	3	4	5
12.-Es importante para mí hacer las cosas mejor que los demás	1	2	3	4	5
13 -Acudo de inmediato a la oficina telefónica a reclamar por un cobro indebido de llamadas que yo no realicé	1	2	3	4	5
14.-Me va bien en la vida porque soy simpático.	1	2	3	4	5
15 -En un grupo de amigos doy mi punto de vista sobre el tema aunque no sea igual al de los demás	1	2	3	4	5
16.-Las guerras dependen de los gobiernos y no hay mucho que yo pueda hacer.	1	2	3	4	5

17 -Cuando la comida en un restaurante no ha sido cocinada a mi satisfacción me quejo de ello con el mesero.	1	2	3	4	5
18 -Me disgusta cuando alguien me gana	1	2	3	4	5
19.-Si me molesta la actitud de mi hermano no soy capaz de decirselo.	1	2	3	4	5
20 -Mi éxito en el trabajo dependerá de qué tan agradable sea yo.	1	2	3	4	5
21 -Me cuesta trabajo decirles a mis padres lo que me molesta.	1	2	3	4	5
22 -Mis calificaciones dependen de mí.	1	2	3	4	5
23 -Me da pena decirle a un(a) amigo(a) que no le presto mi carro.	1	2	3	4	5
24.-Tengo éxito si soy simpático	1	2	3	4	5
25.-Denunciaría a las autoridades pertinentes cualquier violación a los precios oficiales de algún artículo.	1	2	3	4	5
26 -Me quejo cuando hay mal servicio en restaurante o en cualquier otro lugar.	1	2	3	4	5
27.-Mi país está dirigido por pocas personas y lo que yo hago no cambia nada	1	2	3	4	5
28 -Puedo decirle directamente a mi pareja que algo de su manera de actuar me molesta.	1	2	3	4	5
29 -Prefiero denunciar un abuso de autoridad por teléfono que personalmente	1	2	3	4	5
30 -Si en un comercio tardan más del plazo fijado para la entrega de una mercancía les reclamo	1	2	3	4	5
31 -Mi éxito dependerá de lo agradable que soy.	1	2	3	4	5
32 -Cuando mis amigos prefieren ir a algún lugar y yo no, se los digo abiertamente	1	2	3	4	5
33 -Puedo expresar mis sentimientos a mi pareja más fácilmente	1	2	3	4	5

34 -El éxito depende mí.	1	2	3	4	5
35 -Me cuesta trabajo tomar una decisión sin la aprobación de mis padres	1	2	3	4	5
36.-Me es más fácil pedir permiso a mis padres de salir a algún lugar por teléfono que personalmente	1	2	3	4	5
37 -Soy trabajador	1	2	3	4	5
38.-Conseguir un buen empleo depende de mí	1	2	3	4	5
39.-Me cuesta trabajo decirle directamente a una persona que no tire basura en la calle.	1	2	3	4	5
40.-El problema de la vivienda depende del gobierno	1	2	3	4	5
41.-Me incomoda cuando un amigo(a) me hace comentarios positivos sobre mi persona	1	2	3	4	5
42.-No dudaría en reclamar mercancía defectuosa.	1	2	3	4	5
43 -Soy dedicado en las cosas que emprendo.	1	2	3	4	5
44 -Puedo expresar mi cariño hacia mis padres con mayor facilidad por medio de tarjetas y/o cartas.	1	2	3	4	5
45 -Me molesta que mis padres me digan los errores que he cometido	1	2	3	4	5
46 -El problema del hambre esta en manos de los poderosos y nada puedo hacer al respecto.	1	2	3	4	5
47 -Prefiero solicitar un ascenso en mi trabajo por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
48 -Acepto salir con mis amigos aunque no lo desee.	1	2	3	4	5
49 -Consigo lo que quiero si agrado a los demás	1	2	3	4	5
50 -Expreso con mayor facilidad mi enojo por teléfono a mis compañeros de trabajo que personalmente	1	2	3	4	5

6.-Me siento bien cuando logro lo que me propongo.	1	2	3	4	5
7.-Puedo decirle a mis padres que actuaron injustamente más fácilmente por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
8.-Muchas puertas se me abren porque tengo suerte	1	2	3	4	5
9.-Prefiero someterme a las órdenes de mi jefe que expresarle mi desacuerdo.	1	2	3	4	5
10.-Prefiero pedirle un aumento de sueldo a mi jefe por medio de una carta que personalmente	1	2	3	4	5
11.-Soy cumplido en las tareas que se me asignan.	1	2	3	4	5
12.-Me es difícil negarme a salir con mis compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
13.-Me es difícil solicitar a mi jefe permiso para faltar al trabajo.	1	2	3	4	5
14.-Obtener lo que quiero depende de mí	1	2	3	4	5
15.-Si una cajera de un establecimiento público me cobra más, se lo hago notar y le pido que rectifique	1	2	3	4	5
16.-Me gusta que lo que hago quede bien hecho.	1	2	3	4	5
17.-Cuando un compañero de trabajo pide mi opinión sobre el desempeño de su trabajo soy capaz de decirle francamente que cometió un error.	1	2	3	4	5
18.-Me cuesta trabajo expresar mis sentimientos y deseos a mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5
19.-Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte.	1	2	3	4	5
20.-Puedo expresar mi punto de vista sobre el trabajo de un compañero con mayor facilidad por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5

66.-El éxito en el trabajo dependerá de las personas que están arriba de mí.	1	2	3	4	5
67.-Me es difícil expresar afecto a mis compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
68.-Disfruto cuando puedo vencer a otros	1	2	3	4	5
69.-Soy cuidadoso al extremo de la perfección.	1	2	3	4	5
70.-Prefiero disculparme por teléfono que personalmente con un amigo (a) de no haber acudido a una cita	1	2	3	4	5
71.-El éxito en el empleo depende de mí	1	2	3	4	5
72.-Me es fácil negarme a acompañar a un amigo a algún lado por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
73.-Ganarle a otros es bueno tanto en el juego como en el trabajo	1	2	3	4	5
74.-Si mi jefe inmediato me pide que realice una tarea la cual no es muy clara para mí le digo sinceramente que no sé como hacerla	1	2	3	4	5
75.-Conservar mi empleo depende de los jefes	1	2	3	4	5
76.-Me cuesta trabajo decirle a mi pareja que "no" ante cualquier situación que me desagrada.	1	2	3	4	5
77.-Mejorar mis condiciones de vida dependerá de las personas que tienen poder	1	2	3	4	5
78.-No soy capaz de solicitar un aumento de sueldo a mi jefe aunque lo necesite.	1	2	3	4	5
79.-Es importante para mí hacer las cosas cada vez mejor	1	2	3	4	5
80.-Si una persona se tarda hablando en un teléfono público le digo directamente que se apure	1	2	3	4	5
81.-Frecuentemente pido disculpas a un amigo sabiendo que yo tengo la razón	1	2	3	4	5

82.-Mi sueldo dependerá de las personas que tienen el poder económico.	1	2	3	4	5
83.-Me es importante hacer las cosas lo mejor posible.	1	2	3	4	5
84.-Me es difícil elogiar abiertamente a un compañero de trabajo.	1	2	3	4	5
85.-Me da pena pedir favores a mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5
86.-Si mi jefe me critica injustamente me retiro de inmediato sin decir nada	1	2	3	4	5
87.-Mi éxito dependerá de los poderosos.	1	2	3	4	5
88.-Me gusta resolver problemas difíciles.	1	2	3	4	5
89.-Expreso abiertamente amor, cariño y afecto a mi pareja.	1	2	3	4	5
90.-Acepto todas las órdenes que mi jefe me impone por temor a perder el trabajo.	1	2	3	4	5
91.-Una vez que empiezo una tarea persisto hasta terminarla	1	2	3	4	5
92.-Mejores puestos en el trabajo dependen de la suerte.	1	2	3	4	5

INVENTARIO DE MASCULINIDAD Y FEMINEIDAD (IMAFE)

La siguiente lista de palabras describe formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñoso, flojo. Usted debe decidir que utilice esas palabras para describirse. Esto es, a cada palabra le pondrá un número entre uno y siete, según qué crea que describe su manera de ser.

Números del uno al siete significan lo siguiente:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca o casi nunca soy así	Muy pocas veces soy así	Algunas veces soy así	La mitad de las veces soy así	A menudo soy así	Muchas veces soy así	Siempre o casi siempre soy así

Inteligente Le pondrá el número 3 si cree que algunas veces usted es listo.

Malicioso Le pondrá el número 1 si cree que nunca o casi nunca usted es malicioso.

Responsable Le pondrá el número 7 si cree que siempre o casi siempre usted es responsable.

Si se encuentran estas descripciones, asigne un número de acuerdo con la escala del 1 al 7 como se muestra arriba.

POR FAVOR NO DEJE NINGÚN INCISO SIN CONTESTAR

de mí mismo (a)	20. Indeciso (a)	40. Cobarde
oso (a)	21. Dispuesto (a) a arriesgarme	41. Racional
o (a)	22. Deseoso (a) de consolar al que se siente lastimado	42. Me gustan los niños
nista	23. Agresivo (a)	43. Rudo (a)
portado confiado (a) de más	24. De personalidad débil	44. Dependiente
ivo (a)	25. Autosuficiente	45. Maduro (a)
nte	26. Cariñoso (a)	46. De voz suave
ta	27. Uso malas palabras	47. Incomprensivo (a)
o(a)	28. Inseguro (a) de mí mismo (a)	48. Influyente
e a las necesidades demás	29. Independiente	49. Valiente
alista	30. Amigable	50. Generoso (a)
(a)	31. Materialista	51. Frío (a)
ra dirigir	32. Pasivo(a)	52. No me gusta arriesgarme
nsivo (a)	33. Competitivo (a)	53. Reflexivo (a)
oso (a)	34. Tierno (a)	54. Espiritual
de planear	35. Autoritario (a)	55. De voz fuerte
ecisiones con facilidad	36. Resignado (a)	56. Retraído (a)
vo (a)	37. Atlético (a)	57. De personalidad fuerte
te	38. Dulce	58. Cooperador (a)
	39. Egoísta	59. Malo (a)
		60. Tímido (a)

CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN MARITAL (COMARI)

NOMBRE. _____
 EXPEDIENTE _____ SEXO. _____ EDAD _____

INSTRUCCIONES

A CONTINUACION ENCONTRARÁ ALGUNOS TEMAS QUE SE DAN EN LA PAREJA. POR FAVOR MARQUE CON UNA "X" EL NÚMERO QUE MAS DESCRIBA LA CANTIDAD EN QUE SU PAREJA Y USTED HABLAN DE ESE TEMA DE CONVERSACIÓN. 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 ella (él)	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 ella (él)	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 qué deben hacer los hijos en su tiempo libre.	1	2	3	4	5
12. De quien debería administrar el dinero en el hogar	1	2	3	4	5
13. Lo que me disgusta físicamente de ella (él)	1	2	3	4	5
14. Lo que me disgusta físicamente de ella (él).	1	2	3	4	5
15. Las situaciones en que me enoja con su familia	1	2	3	4	5
16. Las situaciones por las que siento rencor	1	2	3	4	5
17. De cómo 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 qué hacer con el tiempo libre	1	2	3	4	5
21. De cómo 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 deprimen.	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 ella (él)	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 ella (él)	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 solo(a) 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 qué debería hacer ella (él) en su tiempo libre	1	2	3	4	5
39. De qué 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 ella (él) 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 qué 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 labores 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 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. 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 qué 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. Quien 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 tiene mi pareja 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 la 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 a sí misma(o)	1	2	3	4	5
80. De que nos visite mi familia.	1	2	3	4	5
81. De qué hace ella(él) 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 enoja 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

CUESTIONARIO DE ESTILO DE COMUNICACIÓN (ECOM)

NOMBRE: _____

EXPEDIENTE: _____ SEXO _____ EDAD _____

INSTRUCCIONES

A CONTINUACIÓN ENCONTRARA UN GRUPO DE ADJETIVOS QUE SIRVE PARA DESCRIBIR CÓMO ES USTED AL PLATICARLE A SU PAREJA. POR FAVOR DEBERÁ DAR UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA RENGLÓN, PONIENDO UNA "X" EN EL ESPACIO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA. TOMANDO EN CUENTA QUE ENTRE MÁS CERCANO ESTÉ SU RESPUESTA MARCADA DEL ADJETIVO, ESTO INDICARÁ QUE SE POSEE EN UN GRADO MAYOR LA CARACTERÍSTICA.

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) |
| 13. Nada conciliador(a) | _____ | Muy conciliador(a) |
| 14. Nada fuerte | _____ | Muy fuerte |
| 15. Nada agresivo(a) | _____ | Muy agresivo(a) |
| 16. Nada dominante | _____ | Muy dominante |
| 17. Nada accesible | _____ | Muy accesible |
| 18. Nada gritón(a) | _____ | Muy gritón(a) |
| 19. Nada distraído(a) | _____ | Muy distraído(a) |

- | | | |
|------------------------|-------|-------------------|
| 20. Nada débil | _____ | Muy débil |
| 21. Nada rebuscado(a) | _____ | Muy rebuscado(a) |
| 22. Nada confuso(a) | _____ | Muy confuso(a) |
| 23. Nada temperamental | _____ | Muy temperamental |

A CONTINUACIÓN ENCONTRARÁ UN GRUPO DE ADJETIVOS QUE SIRVEN PARA DESCRIBIR CÓMO ES SU PAREJA AL PLATICARLE A USTED. POR FAVOR CONTESTE EN LOS RENGLONES DE ABAJO COMO EN EL CUESTIONARIO ANTERIOR.

CUANDO MI PAREJA ME PLATICA ES

- | | | |
|-------------------------|-------|---------------------|
| 1. Nada conflictivo(a) | _____ | Muy conflictivo |
| 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 sumiso(a) | _____ | Muy sumiso(a) |
| 8. Nada irrespetuoso(a) | _____ | Muy irrespetuoso(a) |
| 9. Nada superficial | _____ | Muy superficial |
| 10. Nada afectuoso(a) | _____ | Muy afectuoso |
| 11. Nada calmado(a) | _____ | Muy calmado(a) |
| 12. Nada frío(a) | _____ | Muy frío(a) |
| 13. Nada cortés | _____ | Muy cortés |
| 14. Nada nervioso(a) | _____ | Muy nervioso(a) |
| 15. Nada conciliador(a) | _____ | Muy conciliador(a) |
| 16. Nada fuerte | _____ | Muy fuerte |
| 17. Nada agresivo(a) | _____ | Muy agresivo(a) |
| 18. Nada dominante | _____ | Muy dominante |
| 19. Nada inaccesible | _____ | Muy inaccesible |
| 20. Nada gritón(a) | _____ | Muy gritón(a) |