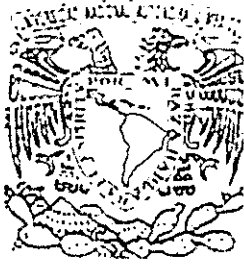


01964 7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTUDIO COMPARATIVO E IDENTIFICACIÓN
DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO
INDIVIDUALES Y DE PAREJA
EN MUJERES CON DISFUNCIÓN SEXUAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
GENERAL EXPERIMENTAL
P R E S E N T A:
CLAUDIA SÁNCHEZ BRAVO

DIRECTOR DE TESIS: DR. FRANCISCO MORALES CARMONA
COMITÉ DE TESIS: MTRA. LUCY REIDL MARTÍNEZ
DRA. LUISA ROSSI HERNÁNDEZ
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
MTRO. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



MÉXICO, D.F.

292061

2001



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.

ÍNDICE



Agradecimientos v
Resumen vii
Introducción ix

MARCO TEÓRICO

1. **SEXUALIDAD HUMANA 2**
 Teorías de la sexualidad 8

2. **RESPUESTA SEXUAL HUMANA 20**

3. **DISFUNCIONES SEXUALES 25**
 Diagnóstico 26 Disfunciones sexuales en ambos sexos 27 Disfunciones sexuales femeninas 29 Disfunciones sexuales masculinas 30 Causas de las disfunciones 31 Tratamiento 34

4. **COMUNICACIÓN 38**
 Comunicación marital 47 Sexualidad y comunicación 53 Estilo de comunicación 55

5. **GÉNERO 59**
 Masculinidad y femineidad 62 Sexualidad 65 Androginia 66 Pareja 68

6. **ASERTIVIDAD 71**
 Asertividad sexual 77

METODOLOGÍA

7. **METODOLOGÍA 82**
 Planteamiento del problema 82 Justificación 82 Objetivos 83 Hipótesis 83 Variables 84 Unidades de observación 88 Tipo de estudio 89 Diseño 89

Criterios de inclusión	89	Población	90	Muestra	90	Instrumentos	90
Procedimiento	97						

RESULTADOS

8. RESULTADOS **100**

Análisis descriptivo de la población 100 Análisis de los resultados de los instrumentos de medición 108 Diferencias entre ambos grupos 108

9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES **122**

Discusión 122 Conclusiones 129 Sugerencias 131

Bibliografía **132**

ANEXOS

- i.* Historia clínica codificada de la sexualidad femenina **142**
- ii.* Cuestionario de comunicación marital (COMARI) **165**
- iii.* Cuestionario de estilo de comunicación (ECOM) **168**
- iv.* Cuestionario de masculinidad y femineidad (IMAFE) **172**
- v.* Escala multidimensional de asertividad **174**

AGRADECIMIENTOS



A la memoria de mi padre, Carlos Sánchez Cárdenas, por el amor que me dio; y, a mi madre, Guillermina Bravo, por el amor que me sigue dando. De ellos aprendí el amor al trabajo.

Por supuesto a mi familia, mi esposo Carlos, compañero de mi existencia, por el gran amor e impulso que a diario me ofrece y por sus útiles sugerencias y paciencia en la corrección y edición de esta tesis; a mis hijos Carlos, Daniel y Elisa, que son el motor de mi vida.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, generosa Alma Mater.

Mi agradecimiento al Instituto Nacional de Perinatología, fuente inagotable de conocimiento, donde el psicólogo tiene un lugar apropiado para ejercer la práctica profesional, con apoyo y reconocimiento.

A las pacientes, protagonistas esenciales en toda investigación.

Al Dr. Francisco Morales Carmona, por el impulso y la estructura que ha dado al Departamento de Psicología del INPer y por favorecer mi crecimiento profesional; además, por ser mi querido amigo.

A Guillermo González, entrañable amigo, por todas las venturas y desventuras que hemos convivido a lo largo de veinte años, por compartir sus conocimientos, y porque

siempre me hace reír. A Jorge Carreño, por su visión del quehacer psicológico, que comparto, y por el impulso que me dio para hacer la maestría. A Susana Martínez, por todo el cariño y comprensión que me ha dado. A Evangelina Aldana, por su simpatía, que hace más agradable la cotidianidad en el trabajo. A Diana Pimentel, por haberme brindado su tiempo y paciencia incondicionales. A Gabriel Guerra, por su dedicación e invaluable ayuda en la parte pesada de este trabajo.

RESUMEN



El presente trabajo tuvo el propósito de encontrar diferencias en dos grupos de mujeres, uno sin disfunciones sexuales y otro con disfunciones sexuales, valorando algunos aspectos que se considera puedan estar relacionados con la presencia de disfunciones sexuales -variable de clasificación- y las variables dependientes que miden tanto aspectos individuales -la asertividad y el rol de género-, como aspectos de pareja -comunicación marital y el estilo de comunicación.

Para ello, se tomó una muestra convencional de 200 pacientes, divididas en dos grupos: 100 sin disfunciones sexuales (Grupo 1) y 100 con disfunciones sexuales (Grupo 2). Fue un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, con un diseño no experimental, comparativo de una sola muestra dividida en dos grupos y de observaciones independientes. La muestra se obtuvo mediante un proceso de selección por cuota. Para la descripción de la muestra se registraron variables sociodemográficas, como el nivel socioeconómico, edad, número de hijos, años de relación con la actual pareja, escolaridad y ocupación; y variables relacionadas directamente con la vida sexual, como masturbación, años de relación de pareja, información sexual recibida con anterioridad, temores frente a la sexualidad y vivencia de experiencias infantiles traumáticas, entre otras, para observar si existen diferencias entre los dos grupos.

El registro de las disfunciones sexuales se hizo de acuerdo a la clasificación que presenta el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995): deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, trastorno de la excitación sexual, trastorno orgásmico femenino, dispareunia y vaginismo, incluida la disritmia descrita por Álvarez Gayou (1986). Para la clasificación de los grupos y el tipo de disfunción o disfunciones presentadas, así como la exploración de su vida sexual, se utilizó la Historia Clínica Codificada

para la Sexualidad Femenina, HCCSF (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987). Para medir las variables dependientes se utilizaron los siguientes instrumentos: *Escala de Comunicación Marital*, que mide seis dimensiones de la comunicación, y que son: sentimientos, emociones y disgustos (SENDI); familia extendida (FAM); vida sexual (SEXO); hijos (HIJOS); trabajo (TRABJ) y relación marital (REMA). *Estilo de Comunicación* (Nina, 1991), que consta de dos partes: la primera es la del estilo de comunicación que el paciente percibe de sí mismo y mide cuatro dimensiones: positivo, violento, negativo y reservado; la segunda parte es el estilo de comunicación que percibe del cónyuge y que mide las mismas cuatro dimensiones de la primera parte. *Escala de Asertividad* (Flores, 1994) y el *Inventario de Masculinidad y Femenidad* (Lara, 1993).

En cuanto al análisis estadístico se utilizaron medidas de resumen para la descripción de la muestra y de las variables sociodemográficas, así como una prueba no paramétrica para conocer qué variables relacionadas con su vida sexual están asociadas a la presencia de disfunciones sexuales. Para establecer si existen diferencias significativas en cuanto a la comunicación marital y estilo de comunicación se aplicó la prueba t de Student, así como el análisis discriminante para obtener la asertividad y el rol de género.

Los resultados obtenidos mostraron lo siguiente: en cuanto a su vida sexual, en el grupo con disfunciones sexuales se encontraron diferencias significativas en el grado de información sexual recibida con anterioridad, temores frente a la sexualidad y experiencias infantiles traumáticas. En relación con las variables estudiadas se encontraron diferencias significativas en las seis dimensiones de comunicación marital, así como en el resultado global, siendo el área más significativa la de trabajo. En los estilos de comunicación se encontraron diferencias significativas de la percepción de sí misma, en los estilos negativo y reservado, y en relación con la percepción del cónyuge en el estilo negativo, siendo mayor el nivel en el grupo con disfunciones sexuales; en ambas partes, en el estilo positivo se encontraron diferencias significativas teniendo mayor nivel el grupo sin disfunciones sexuales. En relación con rol de género, se encontraron diferencias significativas en masculinidad (mayor en el grupo sin disfunciones sexuales), y sumisión (mayor en el grupo con disfunciones sexuales). En cuanto a asertividad se encontró asociación con las disfunciones sexuales en asertividad indirecta y no asertividad. En cuanto a las funciones discriminantes se encontraron funciones significativas en la dimensión trabajo, en el estilo de comunicación negativo en las dos partes, en sumisión y en asertividad indirecta, las cuales están asociadas a la presencia de disfunciones sexuales femeninas.

INTRODUCCIÓN



La *sexualidad* en el ser humano es un proceso que dura toda la vida, y una de sus manifestaciones es la respuesta sexual. El conocimiento que se tiene de esta área –la respuesta sexual– ha tenido, desde luego, avances importantes. Sin embargo, se requiere de un trabajo interdisciplinario capaz de permear este conocimiento a la sociedad en su conjunto.

Mediante la práctica clínica, que se lleva a cabo dentro del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología -institución de tercer nivel de atención-, se ha detectado un alto porcentaje de parejas que presenta problemas en el área sexual. De ahí que fuese necesario realizar estudios previos y exploratorios con objeto de determinar la prevalencia y el porcentaje de disfunciones sexuales de la población que se atiende dentro del Instituto. Dichos estudios arrojaron un resultado que muestra que de las mujeres estudiadas 52 por ciento presenta una o más disfunciones sexuales, siendo el promedio de 2.25 disfunciones por mujer (Sánchez, Morales, González y Romo, 1997).

Este resultado abrió la posibilidad de generar una línea de investigación para elaborar estudios que pudieran encontrar, en esta primera etapa, los factores asociados a las disfunciones sexuales femeninas, y ello con la pretensión a futuro de incursionar y estudiar las disfunciones sexuales masculinas. Así, la comparación de resultados permitirá establecer tanto diferencias como similitudes de género.

Dentro de este marco y luego del estudio exploratorio, se realizó asimismo un estudio acerca de la relación entre ansiedad, depresión y disfunciones sexuales, donde se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a la presencia de un nivel mayor de ansiedad y depresión en mujeres con disfunción sexual (González, Sánchez, Morales, Díaz y Valdez, 1999).

Los resultados de estos estudios plantearon la necesidad de realizar el presente trabajo con el propósito de ahondar aún más en los problemas que giran alrededor de la sexualidad, valorando algunos aspectos que se considera puedan estar relacionados con la presencia de disfunciones sexuales -variable de clasificación- y que tienen que ver con dos aspectos individuales, la asertividad y el rol de género, y con dos aspectos de pareja, la comunicación marital y el estilo de comunicación -variables dependientes.

En este sentido, el hecho de poder hacer asociaciones abre la posibilidad de crear modelos de atención aún más focalizados y capaces de permitir un abordaje basado en un conocimiento más amplio de esta problemática de tan alta prevalencia; además, entre más estudios se lleven a cabo se enriquecerá la información sobre el tema, lo que redundará en la creación de métodos terapéuticos institucionales, así como en una mejor y más certera educación para la población. Por la importancia de este aspecto, cabe destacar lo que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS): la salud sexual es parte de la salud mental y ésta requisito indispensable para la salud integral del individuo (citada en Souza, 1996).

La distribución de este trabajo se realizó de la siguiente manera: Los seis primeros capítulos constituyen el marco teórico; de éstos, los tres primeros abordan los diferentes aspectos de la sexualidad. Así, en el primer capítulo se establecen los conceptos básicos de la sexualidad humana con un panorama de las principales teorías. El capítulo 2 aborda la respuesta sexual humana, desde sus primeros estudios hasta lo último que se ha escrito. El capítulo 3 define y clasifica las disfunciones sexuales y sus posibles causas. En el capítulo 4 se revisan distintos aspectos de comunicación y de comunicación marital, así como los diversos estilos de comunicación, que son las variables de relación de pareja. En el capítulo 5 se desarrollan diferentes aspectos sobre género y su relación directa con la sexualidad femenina y masculina. El capítulo 6 y último del marco teórico, aborda el concepto de asertividad y su relación con la vida sexual.

La metodología se expone en el capítulo 7, donde se establece el planteamiento del problema, la justificación del trabajo, de donde derivan las hipótesis, etcétera. Los resultados y la descripción de la muestra, con tablas y gráficas, se analizan en el capítulo 8. La discusión y conclusiones, así como las sugerencias, se exponen en el capítulo 9.

MARCO TEÓRICO

SEXUALIDAD HUMANA

Hablar de sexualidad, es hablar de un concepto que va mucho más allá de la respuesta sexual humana. Podemos decir que la sexualidad es un proceso que dura toda la vida y que invade todas las áreas. El trabajo con la sexualidad humana requiere, necesariamente, de la revisión de los principales estudiosos de esta área para tener una visión amplia y clara sobre todos los avances que existen hasta ahora y que, muchas veces, no alcanzan a permear a la sociedad con la velocidad esperada. También es importante tener claros los conceptos, pues en este terreno es quizá en el que más contradicciones y mitos existen.

A lo largo del tiempo se han realizado múltiples estudios e investigaciones acerca de la sexualidad humana y sus diversas alteraciones. Para hacer un recorrido histórico partamos de Foucault (1996), quien está considerado como uno de los más importantes analistas del papel que ha desempeñado la sexualidad dentro del proceso histórico, económico y de poder. Foucault refiere que todavía en los albores del siglo XVII

las prácticas sexuales no buscaban el secreto: las palabras, se decían sin excesiva reticencia, y las cosas sin demasiado disfraz. se tenía una tolerante familiaridad con lo ilícito. Los códigos de lo grosero, de lo obscuro y de lo indecente, si se les compara con los del siglo XIX, eran muy laxos. A ese día luminoso habría seguido un rápido crepúsculo hasta llegar a las noches monótonas de la burguesía victoriana. Entonces, la sexualidad es cuidadosamente encerrada, tanto en el espacio social como en el corazón de cada hogar existe un único lugar de sexualidad reconocida, utilitaria y fecunda: la alcoba de los padres (p. 9).

Las razones de esto las explica de la siguiente manera: “Lo protege una seria caución histórica y política; al hacer que nazca la edad de la represión en el siglo XVII, después de centenas de años de aire libre y libre expresión, se lo lleva a coincidir con el desarrollo del capitalismo: formaría parte del orden burgués” (p.12). De ahí que Foucault considere a la sexualidad como un concepto histórico, lo que implica

conocer las diferentes aristas de ésta, pues la historia muestra que las teorías y prácticas sexuales varían según la época, las religiones y las influencias sociales, económicas y culturales.

Dentro de las piezas clave que han marcado el avance en el conocimiento de la sexualidad humana, en primer lugar debemos mencionar y destacar que a finales del siglo XIX y principios del XX la obra de Sigmund Freud abre las puertas del campo de la sexualidad. A raíz de sus estudios se multiplicaron los investigadores en este terreno, en contra o a favor. Criticado en su época, cuestionado en ésta, no se puede dejar de lado lo que hizo: poner de manifiesto la vital importancia que tiene la sexualidad en la existencia del ser humano. Freud sostenía que la sexualidad es la fuerza que motiva los actos humanos y la causa principal de las neurosis (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). En realidad fue tarea de Freud sustraer la sexualidad humana del campo de lo meramente biológico e historizarla y ubicarla, el primer reconocimiento de que la sexualidad de los hombres y de las mujeres no se reduce a los genitales, esto es, va más allá de la anatomía. (Saal, en Lamas y Saal, 1991).

Otro aporte importante es el de Alfred C. Kinsey (1894-1956), zoólogo de la Universidad de Indiana (citado en Masters, Johnson y Kolodny, 1995), quien incursionó en el terreno de la sexualidad humana introduciendo la aplicación de cuestionarios a sus alumnos para la exploración de su historia sexual, técnica muy eficaz para la obtención de datos. Este hecho le valió críticas muy severas, y no fue sino hasta después de su muerte que se valoró el legado producto de sus investigaciones, mismas que continuaron sus discípulos.

Fue precisamente William Masters, quien siendo alumno de Kinsey y atraído por su trabajo, le manifestó su deseo de seguir ese camino, a lo que Kinsey le contestó que para ello y dada su experiencia le recomendaba tres cosas antes de incursionar en tan controvertido terreno: que primero terminara sus estudios de medicina, que adquiriera reputación en algún otro campo y se esperara a cumplir 40 años (Weeks, 1994). Siguiendo estas recomendaciones, en la década de 1960 Masters, Johnson y Kolodny (1995) trabajaron en este ámbito a lo largo de varios años investigando intensamente aspectos de la sexualidad que hasta ese momento sólo eran estudiados en animales. Ellos tomaron como base el valioso trabajo realizado por Kinsey a través de entrevistas, pero sostuvieron la hipótesis de que para comprender las complejidades de la sexualidad humana había que estudiar la anatomía y la fisiología sexual, además de estudiar aspectos psicológicos y sociológicos. Oigamos a la psiquiatra Helen Kaplan (1999) quien nos ofrece un excelente resumen:

Hasta antes de Masters y Johnson, el médico que intentaba tratar las enfermedades sexuales se enfrentaba con la grave desventaja de que no había datos confiables basados en investigación con los que pudiera dar tratamiento a los problemas sexuales. Nunca antes se había observado de una manera sistemática y directa la conducta sexual en el laboratorio. Los supuestos acerca de la sexualidad sobre los que se basaban para dar tratamiento a los problemas sexuales eran o falsos o inexactos, y algunas veces más que ayudar eran nocivos para las parejas. Ellos son quizá, hasta ahora, los que han hecho la contribución más importante para acabar con las supersticiones sobre la sexualidad, estableciendo los cimientos de la fisiología de la respuesta sexual humana. Durante dos décadas estudiaron la conducta sexual de hombres y mujeres, en condiciones científicas de laboratorio. Observaron y registraron alrededor de 14 000 actos sexuales. Sus observaciones incluían una amplia variedad de conductas sexuales. Estudiaron el coito en muchas posiciones, entre personas extrañas, entre parejas funcionales y entre parejas con problemas sexuales e interpersonales. Exploraron diversas técnicas de estimulación erótica, así como de autoestimulación. Se investigó la conducta sexual de ambos sexos a diferentes edades, durante la menstruación y con varones circuncidados y no circuncidados. Analizaron los efectos de las distintas técnicas anticonceptivas sobre la conducta sexual e investigaron la respuesta sexual en situaciones patológicas. Estos estudios generaron grandes descubrimientos acerca del comportamiento humano en este terreno, y una imagen precisa de la psicofisiología básica del funcionamiento reproductor humano, creando un modelo invaluable y abriendo un amplio campo para seguir investigando. Además, generaron modelos de tratamiento para parejas con problemas sexuales.

El trabajo hecho por estos investigadores generó una gran controversia, por un lado los que pensaban que esto era un ultraje a la moral y, por el otro, los que captaron la importancia de estos hallazgos entendiendo que la búsqueda de datos fisiológicos no constituía un fin en sí mismo, sino una base que sustenta un método clínico aplicable a individuos con trastornos sexuales (p. 22).

Posteriormente, esta psiquiatra desarrolló técnicas para el tratamiento de los trastornos sexuales, rompió con los modelos tradicionales de psicoterapias largas que intentan resolver conflictos inconscientes y con la psicoterapia de pareja, la cual busca mejorar la calidad de la relación total de pareja sin tomar en cuenta los trastornos sexuales que son manejados como consecuencia de estos conflictos, pensando que el alivio debe darse como una derivación de los mismos.

La terapia, a la que Kaplan denominó "nueva terapia sexual", tiene como objetivo mejorar el funcionamiento sexual a través del uso integrado de experiencias sexuales sistemáticamente estructuradas mediante sesiones terapéuticas conjuntas. Esto último, constituye la principal novedad de este trabajo. Kaplan, finalmente, enriqueció el conocimiento de la sexualidad, sobretodo lo relacionado con el manejo de los trastornos sexuales.

En México los estudiosos de la sexualidad humana han hecho aportaciones que amplían los conceptos sobre sexualidad y, además, han puesto en relieve su

importancia, lo que permite, desde luego, ofrecer una educación sexual basada en los descubrimientos científicos.

Álvarez Gayou (1996) refiere que la sexualidad es algo inherente al ser humano sin que ésta sea únicamente genitalidad o acto coital, pues comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales que forman parte permanente del individuo. Gayou afirma asimismo que la sexualidad es todo aquello que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que pertenecemos, esto es, la sexualidad está presente, aunque con manifestaciones diferentes, en todas las etapas de la vida condicionando el desarrollo de los individuos; es la forma en como el individuo se relaciona con el mundo.

El estudio de la sexualidad requiere del estudio de las diferentes culturas, pues cada cultura la vive y la experimenta de distintas maneras, condicionada, muchas veces, por factores sociales o económicos. Los investigadores han encontrado que las diferentes costumbres sexuales en el mundo van desde la negación y represión hasta su permisibilidad. Cada contexto cultural tiene una forma particular de ver y manifestar las prácticas sexuales, lo cual debe mirarse como parte de un sistema, reconociendo las diferencias en las creencias, ideologías y conductas sexuales. Así, en la actualidad, ante la distinta gama de estudios realizados, la sexualidad adquiere cada vez más una mayor importancia en la vida política y moral de los individuos, tiene incluso repercusiones decisivas en el funcionamiento del poder, convirtiéndose en una experiencia histórica y personal a la vez (Weeks, 1994).

Rubio (1994) analiza los modelos que se han venido manejando sobre el concepto de sexualidad, refiriendo que una definición de sexualidad humana requiere ser enmarcada dentro de una teoría determinada. De ahí que existan varias definiciones sin que los conceptos sean fácilmente identificables. Muchos autores los dan por sentado sin preocuparse si sus lectores los comprenden o no. Esta situación desde luego es grave si dejamos al garete lo que pueda entender un grupo en particular o pueda significar para cada individuo tales conceptos. Éstos, como la existencia misma —continua y cambiante— nunca serán definitivos y mucho menos acabados. Los modelos básicos se han agrupado en dos polos de un continuo: por un lado están quienes atribuyen a la sexualidad un carácter meramente biológico y, por otro, aquellos que le adjudican un papel meramente cultural.

Nuevamente Rubio refiere que investigar sobre sexualidad no es tarea fácil por dos aspectos que son relevantes: 1) *La naturaleza de la sexualidad*. El concepto de sexualidad es una abstracción de ciertas realidades percibidas, la cual se ha ido conformando a lo largo de la historia, por lo que las formulaciones científicas han

sido diversas y con múltiples definiciones. 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 haya visto y vivido de diferentes maneras, y 2) *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. Para facilitar esto, este mismo autor propone que la sexualidad está conformada por cuatro holones o subsistemas: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva.

Por todos los estudios que se han hecho sobre la sexualidad, los profesionales de la salud ahora le otorgan la debida importancia como parte imprescindible de la salud general de todo sujeto. De ahí que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la defina como “La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual en formas que sean enriquecedoras y que realcen la personalidad, la comunicación y el amor” (citado en Álvarez-Gayou, 1996, p. 82).

Asimismo, la OMS (citado en Souza, 1996) señala 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, y *c)* estar libre de perturbaciones, enfermedades, o limitaciones orgánicas que interfieran con la salud sexual y/o reproductiva. De ahí que la salud sexual sea salud mental y ésta expresión de la salud integral.

Lo anterior –la manera de conceptualizar la sexualidad- ha sido el resultado de todos los estudios realizados, y aunque haya conceptos aparentemente diferentes, según la teoría de que se trate, todos coinciden en darle un significado más amplio, tal y como la consideraron Masters, Johnson y Kolondy (1995) como un fenómeno pluridimensional que se refiere a todos planos del ser sexual, y que hablar de sexualidad es referirse a una dimensión de la personalidad y no sólo a la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica. De esta manera, la sexualidad comprende aspectos biológicos, psicosociales, conductuales, clínicos, morales y culturales.

Dimensión biológica. Los factores biológicos controlan en gran medida el desarrollo sexual desde la concepción hasta el nacimiento, así como nuestra aptitud para procrear después de la pubertad. Afectan también el deseo y la satisfacción sexual derivada de la relación amorosa; condicionan determinadas diferencias en el comportamiento sexual, así como la excitación sexual produce una serie de efectos biológicos concretos.

Dimensión psicosocial. Ésta conjuga factores psicológicos -emociones, ideas y personalidades- y factores sociales -cómo las personas se influyen recíprocamente-. La evaluación del aspecto psicosocial de la sexualidad es de mucha importancia porque nos explica por un lado las razones de los trastornos sexuales y, por otro, sobre nuestra evolución como seres sexuales: el rol de género, la identidad sexual, la sensación íntima del individuo de sentirse hombre o mujer. Las primeras actitudes del niño hacia el sexo tienen que ver en gran medida por lo que dicen o muestran los padres, los compañeros y posteriormente los maestros acerca del sentido y los objetivos del sexo. La dimensión social se manifiesta también en la creación de normas y en la regulación de las mismas que son cambiantes, no sólo por las distintas épocas históricas sino por cada cultura, con el propósito de inducir al individuo a encauzar su conducta sexual por un determinado camino.

Dimensión conductual. El comportamiento sexual es producto de las fuerzas biológicas y psicosociales, pero estudiarla de manera independiente permite saber no sólo lo que las personas hacen, sino estudiar y comprender mejor el porqué se comportan de una u otra manera, el conocimiento evita el enjuiciar las distintas formas de conducta sexual y verla desde la perspectiva de lo “normal” o “anormal” o del bien y el mal.

Dimensión clínica. La perspectiva clínica de la sexualidad examina las soluciones a los conflictos o trastornos que impiden al individuo gozar de un estado de salud y bienestar sexual. Los tratamientos para estos trastornos se han venido incrementando a partir de diversos estudios realizados en materia de sexualidad, obteniéndose una comprensión multidimensional de la sexualidad y una nueva disciplina, la sexología, dedicada al estudio de la sexualidad.

Dimensión moral y cultural. Las cuestiones relacionadas con la sexualidad tienen un carácter polémico y se interpretan en función de los respectivos esquemas de valores, pero con frecuencia la controversia tiene relación con la época, la cultura y las circunstancias. El concepto de lo moral y de lo justo o lo correcto varía con cada cultura y de un siglo a otro, o se vinculan a tradiciones religiosas.

Por último, 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, concluyen Masters, Johnson y Kolodny (1995, p.7).

TEORIAS DE LA SEXUALIDAD

Teoría psicoanalítica

Freud fue uno de los primeros teóricos, y quizá el más importante, que reconoció la importancia de la sexualidad. Él, consideraba que la energía sexual o impulso sexual, al que llamó libido, estaba presente desde el nacimiento hasta la muerte, y era uno de los factores principales del comportamiento; tal vez sea este uno de los conceptos teóricos que más controversia generó puesto que introduce el concepto de sexualidad infantil, lo cual era impensable en esa época, pero Freud no reduce la sexualidad a genitalidad, sino a distintas formas de manifestaciones en todo el proceso de desarrollo para, finalmente, llegar a la manifestación adulta de la sexualidad. De hecho la sexualidad a partir de su teoría toma otra perspectiva.

Freud llegó a la conclusión de que la libido empezaba en la lactancia, y que estos impulsos sexuales tempranos no depositados en un objetivo concreto pasan por distintos estadios evolutivos definidos, indispensables para la formación de una personalidad adulta y madura. En cada etapa, esta energía sexual se centra en alguna zona del cuerpo, a la cual llamó zona erógena. Además, Freud hablaba de sexualidad para calificar fenómenos sensitivos, emotivos y afectivos y no sólo para denominar placeres sexuales (Mandolini, 1977). El orden en que las zonas erógenas adquieren relevancia está regido por el proceso de maduración. Así, son cinco las etapas psicosexuales descritas por Freud:

Etapas oral. Se instaura desde el nacimiento hasta los dos años y la zona erógena o receptor de la estimulación es la boca, núcleo primario de energía y gratificación; el niño explora el mundo y se relaciona con los objetos a través de la boca, se recrea en la succión.

Etapas anal. Va de los dos a los tres años, el ano se convierte en la zona erógena, lo cual significa una etapa de control, en la que el niño controla su cuerpo a través del control de esfínteres, controla el espacio mediante la marcha, y controla a los padres a través del lenguaje; siendo esto gratificante, es una oportunidad real para el infante de mostrarse independiente de la vigilancia de los padres. En esta etapa aprende gradualmente las conductas higiénicas normadas por la sociedad en que vive.

Etapas fálica. De los cuatro a los cinco años la zona erógena son los genitales. La importancia de esta etapa es, en los niños, la presencia del complejo de Edipo: el niño busca el cariño de la madre, fantasea con poseerla y siente celos del padre, a quien ve, por un lado, como un rival, pero por otro le teme por percibirlo como

poderoso, asustándole que éste pudiera castigarle; Freud llamó a este conflicto *angustia de castración*. La solución de este conflicto sería el renunciar a la madre, en cuanto al deseo de poseerla, y superar la hostilidad hacia el padre identificándose con él. En las niñas el equivalente es el llamado complejo de Electra, el cual consiste en que la niña al darse cuenta que no tiene pene experimenta la llamada *envidia del pene*, conflicto que la lleva a querer poseer al padre y desear ocupar el puesto de la madre a quien culpa de lo que le pasa. Al resolver esta etapa, que se logra antes de los seis años, los infantes pasan a la siguiente fase.

Etapa de latencia. En esta etapa los intereses del niño giran alrededor de objetivos intelectuales y sociales, dejando a un lado los impulsos sexuales. Esta etapa termina con la pubertad, en la cual los impulsos sexuales toman nuevamente gran importancia, instaurándose la fase genital.

Etapa genital. En esta etapa los genitales comienzan a actuar como centro de estimulación. El adolescente aprende el manejo de sus impulsos sexuales centrados en las relaciones heterosexuales, teniendo como expresión final el coito. La tarea principal es la formación de una relación sexual madura (Masters, Johnson y Kolondy, 1995).

En 1895 Freud (citado en Masters, Johnson y Kolodny, 1995) concluye, después de infinidad de estudios de casos clínicos, que las frustraciones de la sexualidad son la causa de las neurosis, para posteriormente redefinir la sexualidad describiendo la sexualidad infantil que aparece desde el nacimiento. La teoría de la libido toma fuerza como uno de los pilares fundamentales del psicoanálisis y uno de los grandes impactos de la teoría freudiana pues convertía al niño de un inocente infante en un perverso polimorfo, o sea, en ser capaz de sentir placer en todas sus zonas erógenas al mismo tiempo que tener deseos de descubrir su propia sexualidad y la de sus padres y hermanos.

El concepto de pulsión de Freud es el motor en las relaciones objetales, desde el niño que busca la satisfacción del deseo y la necesidad en la madre o el padre según el sexo del bebé, así como la necesidad materno-paterna del bebé. La explicación a la naturaleza de los impulsos que rigen la conducta humana está dada en su teoría sobre la estructura de la personalidad que está dividida en tres instancias: el Ello o Id, el Ego o Yo y el Super Ego o Super Yo. La personalidad al nacer es rudimentaria y está constituida en su mayor parte por impulsos instintivos que buscan sólo satisfacerse; a esta parte de la personalidad la llamó Ello o Id, instancia totalmente inconsciente, esto es, sin conciencia rectora ni control, irracional, no existe el tiempo y es depositaria de la libido y la agresión, no tiene valores morales y muchos de estos

impulsos nunca se hacen conscientes y otros más pueden expresarse a través de síntomas, sueños y sublimaciones.

Este dominio de los impulsos pronto empieza a moldearse por tener que adaptarse a la realidad. Al relacionarse y entrar en contacto con el mundo exterior aparece el Yo o Ego que es la organización coherente de todos los procesos psíquicos y representa a la razón, se desarrolla para actuar como mediador entre las fuerzas del Ello, las cuales se rigen por el principio del placer, y las fuerzas externas, gobernadas por el principio de realidad. Ante estas exigencias, impuestas por el mundo exterior, se necesita actuar e introyectar las prohibiciones ante lo cual surge el Super Yo o Super Ego, que funciona como autoobservador y crítico de las acciones del ser humano, presentándole la imagen ideal a la que debe parecerse, juzga y critica, y representá las exigencias de la moralidad y de la sociedad. El sentido de culpa tiene su origen en las tensiones entre el Yo y el Super Yo, y cuando no hay un equilibrio entre las tres instancias es cuando se experimenta miedo, culpa, vergüenza. Estas perturbaciones que afectan al Yo terminan por afectar todas sus funciones como la alteración de la sexualidad, la nutrición, la locomoción, etcétera (Mandolini, 1977).

Para la pulsión sexual no importa ni el objeto ni la zona, éstas pueden cambiar, lo que vale es la descarga de la pulsión, por lo que la genitalidad es sólo una pequeña parte de la sexualidad, pudiéndose estructurar de distintas maneras, tal como lo esquematiza y explica Rubio en la figura 1-1.

Para Freud la idea de pulsión está mejor identificada como idea de fuerza, de impulso, que se presenta dinámicamente para lograr su objetivo. En esta dinámica aparecen los problemas que la manifestación no regulada de las pulsiones tendría: el conflicto. Primero, el conflicto entre la manifestación libidinal (placentera y la imposibilidad dictada por la realidad de vivencia placentera continua) más la necesidad de supervivencia del individuo y de la especie, pues tanto el individuo como la especie necesitan hacer más que dedicarse a experimentar placer para sobrevivir; en el niño este conflicto se manifiesta con el surgimiento de los impulsos placenteros y sexuales a los que se opone la sociedad por medio de sus representantes, el padre y la madre, que son más tarde sustituidos por los principios, valores y normas, que deben ser adquiridos, esto es, introyectados por el individuo. Para Freud la satisfacción de la pulsión libidinal puede darse en formas que a la simple observación parecen no tener relación alguna con su objeto original.

Hay tres maneras en que esto puede darse: la perversión, la sublimación y la neurosis. La primera, se establece cuando el objeto de gratificación permanece siendo alguno de los que tuvieron en la infancia y la gratificación adulta se encuentra

dificultada por algún evento en el desarrollo que hace que el individuo viva la realización adulta de la sexualidad como peligrosa o difícil, dando como resultado una perversión; en la segunda, el objeto es sustituido en forma tan completa que parece no tener nada que ver con la forma de gratificación original de la pulsión sexual, las más sofisticadas y admiradas expresiones artísticas y culturales son vistas por el psicoanálisis como el resultado de este proceso llamado sublimación. En la tercera forma el desarrollo de la pulsión sexual puede estructurarse de tal manera que busque la gratificación de la pulsión, pero con una gran cantidad de mecanismos de defensa, culpa y ansiedad a lo cual se le llama proceso neurótico. La normalidad se adquiere cuando los conflictos propios del desarrollo se resuelven satisfactoriamente y es posible la búsqueda de gratificación libidinal en la vida adulta de manera menos rebuscada.

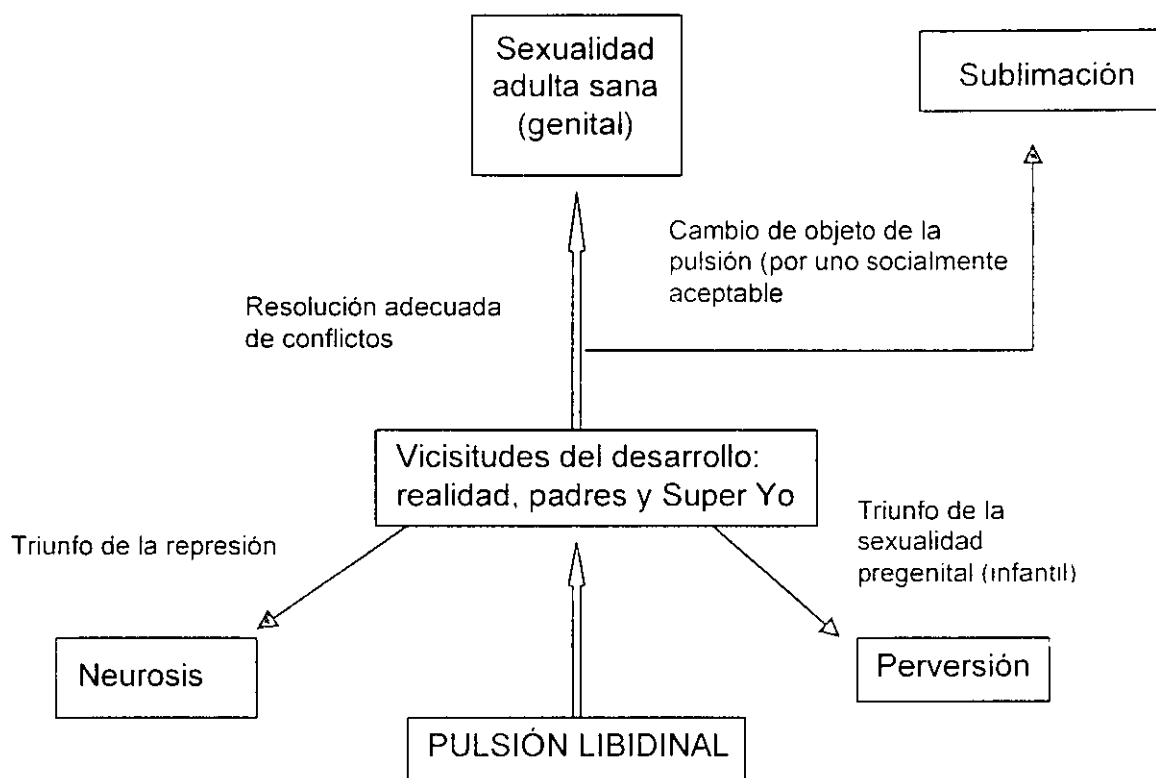


Figura 1-1. Representación del modelo psicoanalítico de Sigmund Freud de la sexualidad humana (Rubio.1994,p.22).

Desde los primeros trabajos de Freud la teoría sexual no se perfila como una teoría abstracta de las pulsiones en general, desde un principio se destaca a la pulsión

sexual como la pulsión por excelencia. Es la sexualidad la que representa el modelo de toda pulsión y probablemente la única pulsión en el sentido estricto del término. Sin embargo, en 1920 Freud propone y sostiene una teoría que engloba dos tipos de pulsiones y vincula a la sexualidad con uno de ellos, con esa fuerza biológica, incluso cosmológica, a la que llamó pulsión libidinal -Eros o pulsión de vida-, y la segunda pulsión agresiva -Tanatos o pulsión de muerte- (Ayala, 1996).

En la aplicación de la técnica psicoanalítica el inconsciente y la represión adquieren su verdadero sentido a partir de su vinculación con el concepto de sexualidad, porque para el psicoanálisis la sexualidad es lo fundamentalmente reprimido. De ahí que si hablamos de psicoanálisis, no sea posible dejar de tomar en cuenta el análisis de la sexualidad en los pacientes, esto es, considerar su vida erótica como un síntoma más de su estructura y de su vida, tanto en el ejercicio pleno de la sexualidad como en sus múltiples manifestaciones. A pesar de las constantes controversias, debidas a la época, que generó esta teoría, la sexualidad sigue siendo tema actual en la clínica psicoanalítica, no obstante los cambios sociales y morales y de los avances en biología que han ayudado a mejorar significativamente la vida sexual de las personas en comparación con la época de Freud. Continúa habiendo conflictos en torno de la sexualidad con una elevada incidencia, muchos de los cuales tienen que ver con la falta de información o temores superficiales, pero otros con temores más arcaicos o conflictos latentes y complicados cuya manifestación es producto de una vida sexual insatisfactoria. La sexualidad, la pulsión, el deseo, el conflicto, la angustia de castración, es decir, la genitalidad y el complejo de Edipo, siguen siendo tema actual en la clínica psicoanalítica (González, 1996; Sánchez, *et al.*, 1997).

En este mismo sentido, Green (citado en González, 1996) refiere que hoy en día hay una especie de "desexualización" de la teoría psicoanalítica, en el sentido de que la sexualidad deja de ocupar un lugar central en las publicaciones clínicas y teorías actuales. Hay varios aspectos sobre esta teoría que han sido retomados y replanteados: que los niños tienen vida sexual es un descubrimiento indiscutible; que la sexualidad y la fantasía aparecen junto con el complejo de Edipo y la castración, y que ésta introduce la posibilidad de intercambio, de aquello que se puede dar, recibir, pedir. La castración como ley, lejos de ser una sujeción, es un fenómeno liberador, es lo separable lo que circula dentro del Edipo, el cual, junto con el problema de la identificación, no es puramente sexual sino se establece como una relación afectiva de amor-odio a los padres, tiene una función normativa y estructurante al permitir introducir en una sexualidad parcial, polivalente y polimorfa, cierto vector con respecto al objeto y la genitalidad, porque sólo en la relación genital se realiza plenamente la estructura Edípica, la elección del objeto y el fin sexual implican a la

vez una identificación del sujeto y una posición dentro del triángulo, por lo que el Edipo es estructurante y es estructura, está presente en los padres antes de actualizarse en los hijos. Como estructura prohibida -prohibición del incesto- obliga a buscar en otra parte, pues esta prohibición es una exigencia civilizadora de la sociedad, no del padre, es una prohibición dirigida a la familia, al triángulo familiar, para no cerrarse en sí misma. Esto se describe como una obligación de los grupos humanos, una sociedad y una cultura sin intercambio es una utopía peligrosa, ésta fue una de las enseñanzas de Freud. Tanto en el núcleo más pequeño -la familia- como en cualquier grupo social, este intercambio implica el dar y recibir, el repliegue del narcisismo primario y el autoerotismo. Al lado de la estructuración edípica es importante mencionar la sublimación, que es poner el deseo en otra parte, la parte productiva y creativa que sería Eros (pulsión de vida), ligada al amor, la vida y el placer, contra Tanatos (pulsión de muerte) que implica el narcisismo, la esterilidad y la envidia, es decir, la destrucción (González, 1996).

Teorías cognoscitivas

Es sin duda Jean Piaget el psicólogo más prominente en el campo del desarrollo cognoscitivo, sus ideas revolucionaron la concepción de la cognición infantil en la psicología contemporánea, su interés por el origen, naturaleza, métodos y límites del conocimiento, lo llevaron a incursionar en el campo de la psicología infantil y a crear una teoría muy completa y sistemática sobre el desarrollo cognoscitivo. Su teoría propone un amplio modelo integrado enfocado al estudio de la cognición, tanto desde el punto de vista teórico como empírico, centrado en la descripción y explicación del origen y desarrollo del conocimiento en cuanto a las estructuras y funciones mentales que subyacen a la cognición, y que abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia, etapa en la que Piaget (1986) considera que ya se alcanzaron las estructuras propias de la cognición del adulto.

Lawrence Kohlberg, (1966) retoma los postulados piagetianos y propone una teoría cognitivo-evolutiva del desarrollo psicosexual. En este sentido, Kohlberg afirma que los conceptos y actitudes sexuales de todo infante tienen su origen en la organización cognoscitiva que hace el niño de su mundo social conforme a las pautas de rol sexual. Los conceptos sexuales vienen a ser parte de un proceso general de desarrollo conceptual del niño, los cuales siguen la misma evolución de la conceptualización de los objetos del mundo físico descritos por Piaget. El desarrollo de los conceptos y actitudes sexuales, involucra estadios secuenciales correspondientes a una reorganización cualitativa de las estructuras cognoscitivas del niño que siguen patrones universales, independientes a las diferencias existentes de la cultura o

estructura familiar, otorgando al niño un papel activo mediante las experiencias de su cuerpo y de su medio social, construyendo conceptos, valores y actitudes sexuales. La teoría cognitiva-evolutiva del desarrollo psicosexual gira en torno de cinco puntos básicos:

Identidad sexual como producto del desarrollo cognitivo. Es el factor organizador central de las actitudes relativas al papel sexual. Para que esto suceda, el niño o niña debe sentirse seguro de la invariabilidad de este concepto, construyendo lo que Kohlberg llama constancia de identidad de género, la cual se construye durante los siete primeros años de vida, dando inicio con el aprendizaje verbal de los calificativos “niño” y “niña”, y será hasta los siete años en que la mayoría de los niños estén seguros de que el concepto de identidad sexual es irreversible independientemente de los cambios en su conducta o apariencia, no siendo los genitales un criterio básico en esta etapa para la clasificación sexual. Los estereotipos masculino y femenino son creados en el niño mediante la interpretación de un orden social de categorías sexuales culturalmente universales, independientemente del grupo social o familiar al que pertenezcan derivando principalmente de situaciones específicas como las diferencias en la estructura corporal del hombre y la mujer y, por tanto, de los roles asignados por la sociedad dadas estas diferencias. Una vez establecido esto, el niño pasa a la segunda etapa donde ya los estereotipos son escogidos a un nivel más personal.

Desarrollo de los valores masculino-femenino. La evolución de estos valores se da también durante los primeros siete u ocho años de vida como producto de una construcción cognitiva del niño independiente de las presiones sociales y de la enseñanza directa. Kohlberg refiere que dentro del proceso general de desarrollo, el niño tiene una tendencia a atribuir juicios de valor, valorando subjetivamente todo lo que se asocie a su persona, lo que implica una valoración positiva de los objetos y actividades relacionadas con su rol sexual. En esta primera etapa, la de atribuir subjetivamente un juicio de valor positivo a todo lo que se relacione con él, se presenta el egocentrismo infantil que Piaget clasificó como la fase preconceptual y que se da entre los dos y los cuatro años. El egocentrismo irá decreciendo poco a poco para dar lugar a juicios y valoraciones cada vez más objetivos hasta el establecimiento de una claridad más abstracta de los dos sexos, el cual queda establecido entre los seis y los siete años.

- *Desarrollo del papel sexual e identificación parental.* Kohlberg analiza a fondo este proceso refiriendo que la identificación representa un aspecto tan básico y universal de la personalidad que no puede ser considerado como sólo un producto primario de

identificación parental; asimismo, plantea que desde antes que el niño establezca alguna identificación con otra persona, debe haber ya construido la identidad de género y los valores sexuales apropiados asociados con ésta. Para Kohlberg la identificación representa o se da luego de la derivación del proceso de identidad de género mediante tres pasos: 1) la identidad sexualmente tipificada; 2) la elección del padre como modelo, y 3) el apego al padre.

Repercusión del desarrollo intelectual en las actitudes relativas al papel sexual. Kohlberg refiere que existe una fuerte correlación en todas las tareas cognitivo-evolutivas, que se explica por el factor de madurez mental, por lo que analiza si esta correlación existe entre el desarrollo intelectual y el desarrollo de las actitudes sexuales. Concluye que el desarrollo cognoscitivo lleva a una reorganización conceptual de las actitudes psicosexuales pues el desarrollo intelectual no sólo funciona como un facilitador del aprendizaje, sino que promueve nuevas actitudes psicosexuales.

Determinantes familiares y culturales de las actitudes infantiles relativas al rol sexual. Este autor considera que los aspectos universales de desarrollo son relativamente independientes de las diferencias familiares o culturales de cada individuo. Sin embargo, hay ciertas variables socioculturales como determinados climas familiares u otras variables, que no sólo afectan el desarrollo psicosexual del niño, sino que afectan su desarrollo cognoscitivo general (Kohlberg citado en Ortega, 1994).

Para concluir podemos decir que la teoría cognoscitiva ofrece aportaciones valiosas para el entendimiento del desarrollo psicosexual infantil.

Teoría del aprendizaje social

Esta teoría, estructurada por Bandura (1977) e influenciada por las teorías del 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 cuales 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, por último, practica dicha conducta; esto le traerá como resultado gratificaciones o castigos. Bee y Mitchell (1987) describen cuatro proposiciones básicas del aprendizaje social:

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 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).

El fundamento de esta teoría se basa en todos los estudios realizados alrededor de la manifestación de distintas conductas o patrones sexuales, por ejemplo, los estudios comparativos interespecies, sobre los efectos que tiene la experiencia en el desarrollo sexual (Crook, 1977). Algunos estudios realizados en animales han sido alrededor del aislamiento social temprano y su repercusión en su desarrollo sexual y en su conducta sexual adulta. En monos se ha encontrado que cuando viven aislados presentan conductas agresivas, irritabilidad y dificultades en la interacción con otros monos lo que da como resultado fracasos en sus encuentros sexuales (Harlow, 1965). Sin embargo, en estudios comparativos y más avanzados encontraron que estas conductas se modificaban cuando cambiaban las condiciones de aislamiento, que en determinadas condiciones era reversible en función del tiempo de aislamiento, de la edad en que inició éste y la calidad de las oportunidades del nuevo medio. (Roger y Davenport, 1969). Esto ha llevado al reconocimiento de que aun en las especies animales la conducta sexual es básicamente una interacción diádica, que a su vez es mediada por interacciones de tipo social que se generan de manera incipiente a lo largo del desarrollo sexual. Otro aspecto básico resultado de estos estudios de laboratorio con especies de animales, es la posibilidad de cambio en la conducta sexual, y por conclusión la propiedad plástica del comportamiento.

Basada en estos y otros estudios, la teoría del aprendizaje social postula que el desarrollo de la conducta sexual es una fusión de influencias sociales y orgánicas, y que el aislamiento social en las primeras edades es nocivo para un adecuado desarrollo de la sexualidad; sin embargo, hay posibilidades de mejorar este desarrollo

al cambiar el contexto social y cultural. Todo infante desarrolla su actitud sexual a partir de actitudes que ve plasmadas en el comportamiento de sus padres. Las actitudes o conductas posteriores se refuerzan o inhiben por la observación de otras personas que no necesariamente pertenezcan al núcleo familiar. Así, el aprendizaje social repercute en la formación de la identidad y en el papel de género (Ortega, 1994).

Teoría sistémica de la sexualidad

Esta teoría está fundamentada en la Teoría General de Sistemas propuesta por Ludwing von Bertalanffy (citado en Rubio, 1994), la cual propone principios de funcionamiento y características de los sistemas que se encuentran presentes en todos los niveles de jerarquía, es decir, en cualquier característica del nivel que se quiera estudiar. -social, biológico o psicológico-, repercutirá necesariamente en los otros niveles. La idea central de esta teoría es que todos los sistemas están formados por elementos en interacción y que estos elementos son a su vez sistemas.

Los anteriores principios cuando son llevados al terreno de la sexualidad, principalmente por conclusiones a la que muchas veces se llega de manera equivocada al estudiar las manifestaciones sexuales en el terreno psicológico, concluyen que básicamente la sexualidad es un problema psicológico. Ahora, si el abordaje es desde el terreno sociológico, donde hay múltiples manifestaciones en este nivel, se concluye que es un problema social, y lo mismo sucede en el terreno biológico, porque la sexualidad está y es una interacción o un resultado de todos los niveles, por lo que esta teoría propone un método de estudio que nos refiere que la sexualidad no es ni psicológica, ni social, ni biológica, sino que las manifestaciones de la sexualidad las encontramos en todos los niveles y cada rama necesita un método de estudio particular para dar como resultado un conocimiento integral de la sexualidad.

El método de estudio propuesto por Rubio (1994) toma el concepto de la Teoría General de Sistemas cuyo manejo se hace a través de *holones* (en griego *holos* quiere decir todo). El término lo introdujo Arthur Koestler (1982) y se refiere a las partes constituyentes de un sistema pero que tienen, en sí mismas, un alto grado de complejidad e integración. De ahí que el método de Rubio identifique los holones o subsistemas sexuales como la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva, pues considera que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a estos cuatro holones (Rubio, 1994, p. 29):

1. El holón de la reproductividad humana que se refiere a la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares a los que los produjeron, como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad.
2. El holón de género, el cual, en este contexto, 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 a las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias.
3. El holón del erotismo son los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.
4. El holón de la vinculación afectiva 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.

Esta teoría concluye que la sexualidad humana es un entrelazamiento de niveles que se construyen desde el nacimiento hasta la muerte y que está integrada por el placer erótico, con su género (hombre o mujer) y con los afectos que establece a lo largo de la vida y con su capacidad de reproducirse.

En la actualidad, el estudio de la sexualidad de una población específica lleva necesariamente a operacionalizar y sistematizar los distintos fenómenos observados, ello con el fin de tener claridad respecto a las diferencias entre personas que no presentan ningún problema en su vida sexual y entre quienes sí tienen problemas en esta área.

Para los fines de este trabajo, se utilizaron dos modelos: primero el modelo generado y aplicado por Kinsey (citado en Masters, Johnson y Kolodny, 1995) en una primera forma de intervención y que ayudó a sistematizar las conductas sexuales; luego, el mismo modelo lo continuaron Masters, Johnson y Kolondny (1995) –con el estudio de la respuesta sexual humana- y las conclusiones a las que llegaron respecto a la identificación de las distintas disfunciones sexuales fueron enriquecidas por la psiquiatra Helen Kaplan al dar toda una gama objetiva de posibilidades de mejoría de estos trastornos mediante planes de tratamiento aplicados al paciente para su solución, mismos que entran en la corriente cognitivo-conductual. Segundo, el

modelo sistémico, cuyos exponentes Watzlawick, Beavin y Jackson (1989) destacan la importancia de ver a la pareja como un sistema además de la importancia que en ella tiene la comunicación.

Estos dos modelos fundamentan las posibilidades de realizar trabajos de investigación capaces de repetirse en cualquier población, pues permiten, por un lado, abordar y medir algunos aspectos individuales y, por otro, algunos aspectos de la pareja vista como un sistema, lo que permite conocer la relación misma con su vida sexual. Sobre la base de estos modelos se hace necesario generar estudios que permitan valorar las diferencias en cuanto a la población estudiada –en este caso de México- con respecto a la presencia o ausencia de disfunciones sexuales para no generalizar resultados con poblaciones que presentan factores socioculturales diferentes y que necesariamente presentarán resultados distintos.

La descripción de los puntos fundamentales de algunas de las teorías elaboradas para explicar la sexualidad humana, que de un modo u otro han sido discutidas aunque controvertidas, sin duda alguna han ayudado a entender y abordar un área tan compleja e importante en la vida humana: la sexualidad.

2

RESPUESTA SEXUAL HUMANA



A partir de las investigaciones de muchos pioneros que circunnavegaron en el difícil estudio de la sexualidad humana, Masters y Johnson estructuraron por primera vez en la década de 1960 la respuesta sexual humana y sus disfunciones (Masters, Johnson y Kolondy, 1995). Asimismo, sostuvieron la hipótesis de que para entender la sexualidad humana era necesario empezar por estudiar anatomía y fisiología, además de incursionar en los campos social y psicológico. Para ello, estudiaron la actividad sexual de más de 10 000 parejas en el laboratorio, creando un modelo invaluable de la respuesta sexual humana. Al respecto, sus estudios mostraron cómo se comporta el ciclo de la respuesta sexual humana, ciclo que dividieron en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Posteriormente, agregaron, aporte sin lugar a dudas importante en este ciclo, una quinta fase: el deseo.

Esta estructuración es una forma esquemática de conceptualizar fenómenos fisiológicos para facilitar su estudio, pues el paso de una fase a otra no se observa con claridad, habiendo variaciones de un individuo a otro. A la capacidad de respuesta sexual en un ser humano se le denomina estímulo sexual efectivo (ESE) [Álvarez Gayou, 1986]. Estos estímulos inician en el organismo femenino o masculino una serie de respuestas y cambios tanto en el nivel genital como sistémico, acompañados de percepciones subjetivas.

Fase de Deseo. En esta primera fase contribuyen y se combinan todos los factores del individuo, tanto físicos como emocionales y ambientales. Así, podemos hablar no sólo de una respuesta focalizada sino de un estilo de vida donde el deseo sexual queda influido por todos estos aspectos, lo que determina el grado de calidad de la respuesta sexual humana, además de ser la materia prima para que se dé o no esta respuesta. De hecho, es un proceso tan complejo que algunos investigadores han

llegado a describirlo como una ecuación donde la motivación es esencial, sin que podemos encasillarla únicamente en la necesidad física, pues aquí se manifiesta la necesidad de sentirse amado, de tener compañía, de ser tocado, de sentirse seguro o ser conquistado o conquistar a alguien, hasta lo describen como la necesidad de correr riesgos o sentir emociones.

Los vectores que contribuyen al deseo sexual pueden estar arraigados en la personalidad como parte de la estructura del individuo o por problemas de salud o ser situacionales no sólo por el tipo de pareja sino por circunstancias de vida. Estos vectores, contribuyentes o no, Masters y Johnson los describen como positivos, esto es, los que provocan deseo sexual y negativos, aquellos que lo bloquean.

CUADRO 2-1. Vectores que contribuyen al deseo sexual

<i>Vectores positivos</i>	<i>Vectores negativos</i>
<p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Salud <p>Psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Atracción ◦ Detalles cognitivos ◦ Fantasías sexuales ◦ Estado anímico ◦ Autoestima sexual ◦ Receptividad circunstancial ◦ Funcionamiento de pareja ◦ Desarrollo previo de la sexualidad 	<p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Saciedad sexual ◦ Fatiga ◦ Adicciones ◦ Enfermedades <p>Psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Culpabilidad o vergüenza sexuales ◦ Problemas de pareja ◦ Enojo ◦ Resentimiento ◦ Problemas de personalidad ◦ Distracciones mentales

Para que inicie la respuesta sexual debe haber deseo, el cual involucra a muchos sistemas del cuerpo; el sistema neurológico es el encargado de coordinar estos cambios (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Fase de Excitación. Como consecuencia del deseo sexual -y si hay un estímulo sexual efectivo- se inicia la fase de excitación cuyos cambios físicos son bastante claros y precisos: erección del pene en el hombre y lubricación vaginal en la mujer, como los más evidentes. Además, en el hombre, el escroto se engrosa, los testículos comienzan a ascender, los pezones pueden ponerse erectos, aumenta el ritmo cardiaco, la presión sanguínea y la tensión neuromuscular general; en la mujer,

además de la lubricación vaginal, también se expanden los dos tercios interiores de la vagina, el color de la pared vaginal se hace más oscuro, los labios externos de la vagina se hinchan, los labios interiores se hacen más gruesos, el cérvix y el útero se desplazan hacia arriba, los pezones se ponen erectos, el tamaño de las mamas aumenta ligeramente, aparece el rubor sexual, aumenta el ritmo cardíaco y la presión sanguínea lo mismo que la tensión neuromuscular en general (Masters, Johnson y Kolondny, 1996).

Desde el punto de vista subjetivo, la fase de excitación se percibe como un aumento de tensión placentera que eleva la excitación y se acompaña del deseo de aumentar las caricias o estímulos (Álvarez Gayou, 1986). Es precisamente el desarrollo de esta fase lo que va a determinar la calidad en la relación sexual y la posibilidad de alcanzar el orgasmo como consecuencia.

Fase de Meseta. Cuando el estímulo sexual sigue siendo efectivo se pasa a esta fase que es considerada como una fase de transición con un grado alto sostenido de excitación durante un tiempo corto, los cambios físicos producidos en la fase anterior se intensifican, en el hombre aumenta la rigidez de la erección, la cabeza del pene se agranda, los testículos aumentan su tamaño y se acercan más al cuerpo, puede aparecer líquido preeyaculatorio, aparece el rubor sexual, la respiración se hace superficial y rápida, la agudeza visual y auditiva disminuyen; en la mujer, la lubricación vaginal continúa, se forma la plataforma orgásmica en el tercio exterior de la vagina, el clítoris se retira bajo el capuchón clitorídeo, los labios vaginales se hinchan y cambian de color, la respiración se hace más superficial y rápida, también disminuye la agudeza visual y auditiva. Esta fase a veces puede ser muy rápida, la transición entre la fase de excitación y el orgasmo es muy breve, dependiendo en gran medida de la intensidad en el deseo con la que dio inicio la relación sexual (Masters, Johnson y Kolondny, 1996).

En cuanto a la percepción subjetiva, con el aumento de la tensión aumenta el deseo de penetrar y ser penetrada (Álvarez Gayou, 1986).

Fase de Orgasmo. Si el estímulo sexual aumenta con la suficiente intensidad se llega a esta fase cuya duración es aproximadamente entre los tres y 15 segundos y en la cual se producen grandes cambios físicos. En el hombre dan inicio acentuadas contracciones rítmicas involuntarias de la próstata, vesículas seminales, recto y pene, las contracciones empujan el líquido seminal a través de la uretra, generalmente sobreviene la eyaculación poco después de comenzar las contracciones, los testículos quedan muy pegados al cuerpo, el rubor sexual alcanza su máximo color y expansión, llegan al máximo el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo

respiratorio, hay una pérdida general del control voluntario muscular; en la mujer, dan comienzo acentuadas contracciones rítmicas involuntarias de la plataforma orgásmica y el útero, el rubor sexual alcanza su máximo color y expansión. así como el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio, pérdida general del control voluntario muscular.

La percepción subjetiva del orgasmo puede estar influida por muchos factores, pero se describe como una sensación explosiva e incontrolable de liberación de tensión y un máximo de placer, después de lo cual queda una sensación de tranquilidad total que pertenece a la siguiente etapa (Álvarez Gayou, 1986).

Fase de Resolución. Después del orgasmo se entra en la fase de resolución que está descrita como la fase en la que el organismo regresa al estado de no excitación. En el hombre los cambios físicos son de una rápida pérdida de la erección del pene el cual regresa a su tamaño normal, los testículos caen a su posición habitual recobrando su tamaño normal, en el escroto aparecen los pliegues escrotales, pérdida de la erección en los pezones, desaparece el rubor sexual, el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio regresan al estado previo de la excitación, lo mismo que la agudeza visual y auditiva; en la mujer, el clítoris regresa a su tamaño normal, desaparece la plataforma orgásmica, los labios vaginales vuelven a su grosor, posición y color normales, la vagina regresa a su posición anterior a la excitación, lo mismo que el útero y el cervix, desaparece el rubor sexual y el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio vuelven a sus niveles lo mismo que la agudeza visual y auditiva. La sensación en ambos sexos es una sensación general de relajación.

Fase Refractaria. Esta fase se presenta después de la fase de resolución y es la fase en la que, en ambos sexos, el umbral de respuesta a un estímulo sexual es muy alto. la duración es variable, pero se considera que es más corta en personas jóvenes que en personas de más edad, y que este periodo es mayor después de la primera relación sexual en el mismo día.

De manera general, en cuanto a la respuesta sexual humana, algunos autores señalan (Álvarez Gayou, 1986) que se establecieron cuatro diferencias clásicas entre los sexos: 1) la respuesta del hombre es más corta para alcanzar el orgasmo que la respuesta de la mujer; 2) la mujer puede ser multiorgásmica; 3) la fase de resolución es más rápida en el hombre, y 4) la fase refractaria es igualmente más larga en el hombre.

Sin embargo, al analizar las diferencias entre los sexos se ha encontrado que éstas tienen mayor similitud de lo que se pensaba, pues muchas de estas diferencias se deben más a los procesos educativos que han imperado durante muchos años; por ejemplo, la idea de que la respuesta sexual masculina es más rápida ha llevado a muchos hombres a ser eyaculadores precoces, justo por la ansiedad que les provoca el no tener una erección rápida y el tener como única meta la eyaculación, lo que impide un desarrollando y un mayor disfrute de las otras fases, y lo mismo sucede cuando se piensa que la respuesta sexual humana es la sexualidad humana, sin considerar que sólo es parte de ella.

En cuanto a la respuesta sexual femenina, Kaplan (1990) hace un recuento de cómo ha cambiado la conceptualización del orgasmo femenino. La teoría psicoanalítica, por ejemplo, consideraba que en la mujer había dos zonas erógenas: el clítoris y la vagina y que el clítoris tiene su desarrollo erótico desde la infancia, pero después de la pubertad debe darse la transición hacia el erotismo vaginal. De ahí que el postulado psicoanalítico diga que hay dos tipos de orgasmo: 1) el clitorídeo, que se obtiene a través de la estimulación del clítoris y que según esta teoría es un indicador en la mujer adulta de que su sexualidad continúa en una etapa infantil, pudiendo ser hasta un síntoma de conflicto neurótico, y 2) el vaginal, que es un indicador de que la mujer alcanzó la etapa adulta de su sexualidad.

La anterior conceptualización ha tenido grandes críticas, sobretodo de grupos feministas que consideran esta postura como “machista” sin tener bases científicas para explicar lo contrario. Sólo hasta los estudios de Masters y Johnson y mediante la observación directa y sistematizada del orgasmo femenino, concluyeron que *la dicotomía entre el orgasmo clitorídeo y el vaginal es un mito y que únicamente existe un tipo de orgasmo femenino*. También encontraron que la estimulación del clítoris es esencial en el orgasmo femenino y que éste contiene al mismo tiempo elementos tanto clitorídeos como vaginales.

Para que la respuesta sexual humana -que como se dijo es sólo una parte de la sexualidad humana- sea satisfactoria, depende de muchos factores concatenantes. En otras palabras, es la culminación de todo el desarrollo de la sexualidad que se debe dar desde el nacimiento, cubriendo sus distintas etapas como en cualquier otra área de la vida. Empero el poco o nulo conocimiento de esto complica aún más las cosas, pues en ninguna otra área confluyen tantos factores, desde los sociales y económicos, como influyen falsas creencias, mitos y una educación equivocada. No obstante, gracias a la investigación, todo ello cambia favorablemente día con día.

3

DISFUNCIONES SEXUALES



El estudio de la respuesta sexual humana y la definición de sus fases llevó a describir y delimitar las disfunciones sexuales inherentes, aunque no siempre presentes, de la sexualidad humana. Este hecho permitió ofrecer tratamientos, refiriendo que cuando la función sexual es normal ésta se acepta suponiendo que tiene que ser así, sin que cause preocupación alguna, pues el individuo ni siquiera piensa en ello, pero cuando la función sexual se convierte en un problema de cualquier tipo es fuente de angustia y frustración que genera una sensación de malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales (Masters, *et al.*, 1995).

Sobre la base de estos estudios, diferentes escuelas han realizado múltiples investigaciones y generado estrategias para el abordaje y tratamiento de las disfunciones sexuales. Hasta los años setenta, los tratamientos eran, por lo regular, patrimonio exclusivo de la psiquiatría (Levine, 1976). No obstante, Masters, *et al.*, (1995) fueron los primeros en crear modelos de tratamiento, consistentes en el trabajo no sólo con el paciente sino que incluían a la pareja, pues consideraban que ésta no podía permanecer al margen o estar ajena a la tensión que el problema necesariamente genera, sea o no la pareja la causa de la disfunción sexual. Esta técnica, que desfocaliza el problema al trasladarlo del individuo a la pareja, tuvo mejores resultados en los tratamientos por la comprensión y cooperación de ambos.

Un aspecto importante a destacar en los tratamientos es la presencia de dos terapeutas (hombre y mujer), en coterapia, ya que pone énfasis y aumenta la objetividad terapéutica. El programa a seguir consistía en una terapia rápida y eficaz con sesiones diarias, destinando una parte del tiempo a la aplicación de técnicas sexuales, y la otra a la discusión de problemas no sexuales de la pareja, básicamente

para disminuir la ansiedad y la enmienda de errores. El expediente integraba, además, datos fisiológicos y psicosociales para su valoración.

Otras aportaciones importantes se encuentran en los trabajos de la psiquiatra Helen S. Kaplan (1978), quien se ha ocupado extensamente de los trastornos sexuales a través de terapias con una combinación integrada, esto es, la combinación racional de interacciones sexuales estructuradas sistemáticamente para resolver problemas sexuales específicos y, de ser necesario, con sesiones psicoterapéuticas que intentan modificar los impedimentos intrapsíquicos inconscientes que se oponen al funcionamiento sexual.

DIAGNÓSTICO

Para un buen y correcto diagnóstico, primero es necesaria la definición y clasificación de las disfunciones sexuales. Álvarez Gayou (1986) las define como “alteraciones persistentes o recurrentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas o molestias al individuo o pareja.” Otra definición es la de Rubio, E. (1994): “las disfunciones sexuales son una serie de síndromes en la 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.” El mismo autor propone la presencia de cuatro características presentes en todas las disfunciones sexuales, características que sirven al clínico para realizar el diagnóstico diferencial: *i)* son procesos de naturaleza erótica y sus resultados en torno a la calidad placentera de estas vivencias, así como las construcciones mentales alrededor de ella; *ii)* son procesos que se consideran indeseables; *iii)* son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas, y *iv)* se presentan en forma de síndromes, o sea, como un grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares, no así de las causas que lo provocan.

A partir de los diversos estudios sobre la respuesta sexual humana se han propuesto muchas clasificaciones de las disfunciones sexuales, pero para los fines de este trabajo se eligió la del DSM IV (1995), que refiere 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. Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de las fases de la respuesta sexual humana cuando hay más de una disfunción sexual. En los criterios diagnósticos no se intenta especificar la frecuencia mínima de las

situaciones, actividades o tipo de contacto sexual en los que puede aparecer la disfunción. Este juicio debe establecerlo el clínico, que ha de tener en cuenta diversos factores como la edad y las experiencias del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad. Las palabras persistente y recurrente, incluidas en los criterios diagnósticos, señalan la necesidad de un juicio clínico. Por ejemplo, si la estimulación sexual es inadecuada en cuanto al tipo, la intensidad o la duración, no debe establecerse el diagnóstico de disfunción sexual que implique la excitación o el orgasmo. Si la disfunción sexual es debida a una enfermedad médica o inducida por el consumo de sustancias, debe señalarse, pues el plan de tratamiento es distinto. También debe señalarse la naturaleza del inicio del trastorno sexual, ya que puede ser:

- *De toda la vida.* Indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la vida sexual.
- *Adquirido.* Indica que el trastorno sexual aparece después de un periodo de actividad sexual normal.

En cuanto al contexto en el que aparece la disfunción sexual puede ser:

- *General.* Indica que no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o compañeros sexuales.
- *Situacional.* Indica que se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o compañeros sexuales.

DISFUNCIONES SEXUALES EN AMBOS SEXOS

Deseo sexual hipoactivo: Es la disminución o ausencia de fantasías y deseos de la actividad sexual de forma persistente y recurrente (DSM-IV, 1995). Por su dificultad, para establecer este diagnóstico Rosen y Lieblum (1988) refieren que deben tomarse en cuenta los factores objetivos del deseo sexual, como serían la frecuencia de la actividad sexual, si ha disminuido o nunca ha existido, y en qué circunstancias, si es referido por el paciente mismo, ligando esto al factor subjetivo de pérdida de interés por la actividad sexual.

En este tipo de disfunción sexual por lo general se mantiene la capacidad física de respuesta sexual: el problema más bien está en el nulo o bajo interés hacia la actividad sexual, considerándose como disfunción cuando la falta de deseo no es

voluntaria sino que se presenta con sensaciones de malestar personal y de pareja. Factores individuales como conflictos de pareja -resentimientos u hostilidad hacia el otro- pueden inhibir el deseo sexual (Masters, Johnson y Kolodny 1995).

Trastorno por aversión al sexo: Es la aversión extrema persistente y recurrente hacia y con evitación de todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual (DSM-IV, 1995). Esta categoría es definida por algunos autores (Rubio y Díaz, 1994) como un problema evitativo, esto es, aparición de angustia, ante la posibilidad de un encuentro erótico, experimentada de manera muy intensa y fuera de proporción, impidiendo la respuesta sexual. Desde luego puede presentarse el deseo sexual, pero ante la sensación de angustia generalmente éste desaparece, por lo que esta disfunción también se clasifica como evitación fóbica.

Kaplan (1990) refiere que este problema puede estar asociado generalmente a trastornos psiquiátricos, como fobias y ataques de pánico, resultando muy significativo que este tipo de disfunción se modifique con tratamiento farmacológico, lo que no sucede con otras disfunciones.

En algunos sujetos la aversión sexual puede presentarse no sólo al coito sino a toda manifestación erótica como los besos y las caricias. La reacción asimismo puede presentarse con diferente intensidad, desde una ansiedad moderada con ausencia de placer, hasta un malestar psicológico extremo como terror a cualquier tipo de contacto sexual, pudiendo acompañarse de respuestas fisiológicas como náuseas, vómito, sudoración, mareos, diarreas, desmayos y dificultades para respirar (Crenshaw, citado en Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Se puede observar que este tipo de trastorno se presenta con más incidencia en pacientes donde hubo una actitud negativa hacia todo lo relacionado con la sexualidad o en personas que fueron víctimas de abuso sexual en la infancia, o bien como resultado de experiencias sexuales desagradables. De ahí que estos sujetos traten de evitarlas pues las ligan a situaciones generadoras de ansiedad y dolor, llegando a presentarse como fobia y a evitarse de manera extrema. También se pueden presentar en personas con confusión en la identidad de género (Masters, Johnson y Kolodny, 1996).

Disritmia: Término introducido por Álvarez Gayou (1984) y definido como la insatisfacción persistente y recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas y sin ninguna relación con problemas físicos.

Sin embargo, este tipo de disfunción sexual no se encuentra en la mayoría de las clasificaciones de disfunciones sexuales, probablemente porque se considera más como un problema de pareja que un problema de individual; por ello, las causas de esta disfunción se encuentran más bien relacionadas a la dinámica de pareja o como producto de una disfunción en alguno de los miembros de la pareja, como podría ser el deseo sexual hipoactivo.

DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

Trastorno de la excitación en la mujer: Consiste en la incapacidad persistente y recurrente para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual (DSM-IV, 1995). Un factor básico para delimitar este tipo de disfunción consiste en poder distinguir que la disfunción impide la llegada al orgasmo pero que es por un trastorno en la fase de excitación por lo que la respuesta sexual es inhibida desde esta etapa.

Trastorno orgásmico femenino: Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal (DSM-IV, 1995). Para dar este diagnóstico se debe tener en cuenta que algunas mujeres llegan al orgasmo mediante la estimulación del clítoris no coital. Para un alto porcentaje de mujeres esta es una variante normal; sin embargo, las mujeres que padecen trastorno orgásmico femenino por lo regular tienen una respuesta sexual normal en todas las fases anteriores, aunque el problema está en que no pueden obtener el orgasmo. De hecho, en la mayoría de los casos, tanto la fase de deseo y la de excitación pueden, incluso, ser muy intensas, sin alcanzar el orgasmo causando frustración, lo que a la larga puede llegar a repercutir en toda la vida sexual de la mujer por la falta de interés como una respuesta emocional a la frustración. Kaplan (1990) refiere que las mujeres con este padecimiento poseen un intenso deseo sexual sin mostrar alguna otra inhibición importante, incluso pueden tener una muy intensa fase de excitación con buena calidad de los estímulos externos, pero al llegar a la fase de meseta hay un bloqueo que les impide llegar al orgasmo.

Dispareunia: Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual. El dolor durante la respuesta sexual es siempre causa de disfunción.

Vaginismo: Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere en el coito (DSM-IV, 1995).

En estas dos últimas disfunciones sexuales -consideradas disfunciones sexuales femeninas por dolor-, la respuesta sexual es normal en las demás fases, incluso puede haber respuesta orgásmica mediante la estimulación del clítoris, ya sea manual u oral. El problema se presenta al momento de intentar la penetración o por el hecho de enfrentar tal posibilidad. El miedo y la tensión se incrementan cuando el cónyuge intenta presionar. Estos padecimientos son devastadores para la relación marital por la frustración que experimentan tanto la mujer como su pareja.

DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS

Trastorno 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, 1995). Kaplan (1990) menciona que resultados de investigaciones refieren que es difícil encontrar el trastorno de la erección primario, pues generalmente está asociado a algún padecimiento orgánico o psiquiátrico. No sucede lo mismo con el secundario, que es mucho más frecuente y en el que muchos terapeutas sexuales han reconocido la importancia de la angustia, como factor determinante para esta disfunción, pues crea un círculo vicioso que trastorna al sujeto psicológica y socialmente dejándolo ante una posición difícil ante la pareja.

Muchos hombres que presentan esta disfunción pueden sentir deseo sexual y aun excitarse pero sin alcanzar erección. Como el reflejo de la eyaculación y el de la erección son distintos pueden incluso eyacular sin tener erección. Padecer esta disfunción tal vez sea una de las situaciones más dramáticas que pueda presentarse en casi todas las culturas por la importancia que tiene para el hombre el demostrar su virilidad, lo que puede repercutir en una depresión reactiva a este padecimiento, pero como en la depresión un síntoma es la baja reacción libidinal, a la hora de realizar el diagnóstico se debe determinar si ésta es causa o efecto para un plan de tratamiento adecuado. También existe una relación directa entre este trastorno y los desajustes maritales pues el primero puede provocar lo segundo o viceversa ya que una relación destructiva o patológica puede generar este trastorno que sería una expresión de hostilidad.

Trastorno orgásmico masculino: Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo -tras una fase de excitación sexual normal- en el transcurso de una relación sexual. (DSM-IV, 1995). Rubio y Díaz (1994) notifican que un sujeto con trastorno orgásmico puede tener un proceso eyaculatorio normal, pero sin experimentar el componente sensorial placentero.

Eyacuación precoz: Eyacuación 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, 1995). Kaplan (1990) refiere la necesidad de hacer una evaluación adecuada de este tipo de disfunción pues generalmente se debe a fallas en el aprendizaje o a situaciones donde el aprendizaje es mal aprendido teniendo una conducta condicionada a la realización de la respuesta sexual de manera precipitada por factores externos.

Masters, Johnson y Kolodny (1995), refieren que este tipo de disfunción es muy común pero de muy fácil resolución. Sin embargo, esta disfunción era considerada hasta antes de su estudio detallado como una parte del trastorno de la erección, de ahí que no hubiera un tratamiento adecuado; no fue sino hasta que cambió su conceptualización y delimitación que pudo darse un tratamiento específico. Los mismos autores refieren que la mayoría de los hombres al iniciar su vida sexual pueden presentar este problema en tanto aprenden a tener un control eyaculatorio, sin que pueda considerarse disfunción. Empero, sí debe considerarse al individuo como eyaculador precoz cuando durante la introducción vaginal no puede controlar la eyacuación por un periodo suficiente para poder satisfacer a su pareja y si hay una pauta repetida de eyaculaciones claramente rápidas.

CAUSAS DE LAS DISFUNCIONES

A pesar de todos los avances que se han dado en cuanto al conocimiento y clasificación de las disfunciones sexuales, en el abordaje de sus causas es donde mayor controversia existe, pues hay varios modelos que al observar el fenómeno lo explican desde diversos ángulos. Entre los más relevantes que menciona Kaplan (1990) está la *teoría psicoanalítica*, que dice que son los conflictos inconscientes, derivados de experiencias infantiles, los que causan las disfunciones sexuales; la *teoría sistémica*, que refiere que es la interacción patológica de la pareja lo que produce las disfunciones sexuales, y el *modelo conductual*, que nos dice que son las reacciones condicionadas específicas y adquiridas por una serie de contingencias adversas las que bloquean la respuesta sexual.

¿Cómo conciliar los distintos modelos? Con anterioridad, el abordaje se focalizaba en las causas remotas e ignoraba los obstáculos inmediatos. Actualmente hay algunas técnicas terapéuticas que ignoran toda posible causa remota concentrándose en modificar las posibles causas recientes. La mejor opción, no obstante, es tomar en cuenta los dos aspectos y dar una intervención en ambos niveles, valorando cada caso

con planes de tratamiento específicos. Para manejar al paciente de manera integral, el terapeuta debe explorar tanto las causas recientes y la situación emocional actual del paciente y si existen o no razones enraizadas de personalidad anteriores o problemas en la pareja o si simplemente es producto de un pobre o equivocado aprendizaje. Como causas remotas de las disfunciones sexuales se citan los conflictos intrapsíquicos derivados de experiencias tempranas traumáticas que básicamente serían deseo de gozar el sexo y temor de hacerlo, lo cual tiene múltiples facetas, desde el clima familiar vivido en épocas tempranas de la vida del sujeto, hasta las restricciones sociales que pueden provocar vergüenza y culpa durante el ejercicio adulto de la sexualidad.

En cuanto a las causas más recientes se mencionan *i)* la incapacidad del sujeto para dar una respuesta sexual efectiva, ya sea por falta de información sexual o por conflictos psíquicos recientes; *ii)* la ansiedad hacia la sexualidad, ya sea por temor al fracaso o al rechazo de la pareja, y *iii)* la incapacidad para comunicarse en el aspecto sexual, lo cual puede si no causar la disfunción sexual sí complicarla y enraizarla.

Entre los avances más significativos en cuanto al manejo de las disfunciones sexuales en las parejas con disfunción sexual, está el hecho de poder diferenciar que no siempre los trastornos en esta área son producto de conflictos intrapsíquicos -sean remotos o recientes-, sino que pueden desarrollarse dentro de la misma relación de pareja y por conflictos generados en ella en dos niveles: *1)* las disfunciones no complicadas, esto es, que presentan únicamente la disfunción sexual sin graves conflictos en las otras áreas (falta de información o un mal aprendizaje), y *2)* las que son síntoma de una problemática mayor de pareja. Establecer esta diferenciación es básico para un correcto abordaje terapéutico. Otros dos aspectos importantes e indispensables que deben tomarse en cuenta para elaborar un buen diagnóstico diferencial son: primero, que no se puede hablar de causa-efecto, pues los problemas por lo regular son multifactoriales, y segundo, es necesario determinar cuál es el eje del padecimiento -fisiológico o psicógeno-, pues esto da como resultado un manejo diferente para establecer un plan de tratamiento adecuado dependiendo, claro está, del las posibles razones que provocan el padecimiento. En este sentido, Rubio y Díaz (1994) hacen una clasificación de las distintas causas que provocan la disfunción sexual.

Deseo sexual hipoactivo

Fisiológicas: Baja producción de testosterona, adenomas productores de prolactina, hiperprolactinemia, enfermedades sistémicas, alcoholismo o drogadicción, uso de narcóticos y sedantes.

Psicógenas: Psicosis autistas, trastornos esquizofrénicos, trastornos graves de la personalidad, condicionamiento cultural, identidad psicosexual difusa, conflicto de identificación con las figuras parentales, conflictos en la dinámica de pareja, conflictos en la intimidad, relación extramarital, trastorno afectivo como distimia o depresión mayor, trastorno de ansiedad, antecedente de abuso sexual o violencia sexual o física.

Trastorno de la excitación en la mujer y en el hombre

Fisiológicas: Deficiente vascularización, lesiones medulares sacras, lesiones del nervio pélvico/pudendo, deficiencias estrogénicas en las mujeres, estradiol elevado en hombres, baja producción de testosterona, hiperprolactinemia, neuropatía diabética y alcohólica, alcoholismo, drogadicción, lesiones y tumoraciones medulares, esclerosis múltiple, deficiencia vitamínica, desnutrición, hipoestrogenismo, hipotiroidismo, uso de antidepresivos tricíclicos, neurolépticos, antihipertensivos, antihistamínicos.

Psicógenas: Bloqueo psicológico o cultural, conflictos de identificación psicosexual, preferencia de autoerotismo, conflictos en la dinámica de pareja, conflictos para dar y recibir placer, angustia anticipatoria o por desempeño, sentimientos de culpa o devaluación, trauma de experiencias sexuales previas, infidelidad real o figurada, comunicación erótica ineficaz, pareja demandante.

Eyaculación precoz

Fisiológicas: Deficiente aporte arterial, prostatitis/epididimitis/uretritis, enfermedades desmielizantes, neuropatía diabética o alcohólica.

Psicógenas: Falta de desarrollo del erotismo, reflejo orgásmico mal integrado por pobre reconocimiento de sensaciones, conflicto para experimentar placer, angustia anticipatoria o por su desempeño, bloqueo con la pareja, conflicto en la dinámica de pareja, infidelidad real o figurada, trastorno de identificación psicosexual, sentimientos de culpa, temor al abandono.

Trastorno orgásmico masculino y femenino

Fisiológicas: Disgenesia de nervios pélvicos, neuropatía diabética o alcohólica, depresión, estrés crónico, uso de ansiolíticos o antidepresivos.

Psicógenas: Falta de desarrollo del erotismo, conflicto con la autoestimulación, sobrecontrol del acto sexual, incapacidad para abandonarse a las sensaciones, conflicto de autoestima o culpa, agresión pasiva a la pareja, angustia, mala

comunicación erótica, conflicto en la dinámica de pareja, infidelidad real o figurada, agresión pasiva a la pareja, autoobservación obsesiva, reactivación de conflictos con las figuras parentales.

Dispareunia y vaginismo

Fisiológicas: Himen anormal o tabique vaginal.

Psicógenas: Antecedente de violencia sexual temprana, expectativa de dolor en la penetración, conflictos en la identificación psicosexual, conflicto en la dinámica de pareja.

TRATAMIENTO

La clasificación y diagnóstico de las disfunciones sexuales abre la posibilidad de establecer planes de tratamiento, los cuales han tenido avances significativos gracias a las técnicas diseñadas y aplicadas por Masters, Johnson y Kolondny (1995) y enriquecidas por Helen Kaplan (1990). Los primeros, a raíz de las investigaciones realizadas alrededor del estudio de la respuesta sexual humana, implementaron diversos tratamientos para solucionar el problema de los pacientes que padecían algún tipo de disfunción sexual; con ello, abrieron un mundo de posibilidades para su manejo. Las conclusiones a las que llegaron básicamente fueron: la terapia sexual no es un método infalible pero ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de las disfunciones sexuales cuando el plan de tratamiento está bien indicado. Sin embargo, está contraindicada en trastornos mayores como son padecimientos psiquiátricos o alguna enfermedad médica grave.

Asimismo, estos autores plantearon la terapia sexual con un encuadre determinado: trabajaban con la pareja varias veces a la semana y el manejo lo hacían dos terapeutas (hombre y mujer). También propiciaban una mejor comunicación entre los miembros de la pareja para favorecer el éxito de la terapia sexual. Su abordaje tiene algunas características como: *a)* la terapia sexual es individualizada; *b)* la sexualidad es una función natural regida por respuestas reflejas; *c)* la terapia sexual es escalonada, se trabaja con la pareja eliminando ansiedad y reclasificando sus expectativas; *d)* se descarga a la pareja de sentimientos de culpa, y *e)* se instruye a la pareja en que la sexualidad sólo es un factor más en la relación. El trabajo propiamente dicho incluía una serie de ejercicios que se describirán más adelante.

La segunda contribución importante es la propuesta por Kaplan en su Nueva terapia sexual: en ella plantea que dado que los problemas sexuales son multicausales y que pueden ser remotos, recientes o ambos, el objetivo es el eliminar la disfunción sexual del paciente permitiendo que su sexualidad se desarrolle libremente, apartándose de las técnicas tradicionales, para emplear una combinación integrada de experiencias sexuales prescritas y de psicoterapia (Kaplan, 1990, p. 267). Uno de los objetivos básicos de este abordaje es modificar las causas más inmediatas y las defensas contra la sexualidad. Los problemas remotos, la de los conflictos inconscientes sólo se abordan en la medida en que es necesario para aliviar la disfunción sexual. Así, la terapia sexual finaliza cuando desaparece la disfunción sexual tanto en el sujeto como en la pareja y cuando los factores directamente responsables se han identificado y resuelto de tal manera que garantice un funcionamiento sexual permanente (Kaplan, 1990).

Las técnicas de terapia sexual empleadas con mayor frecuencia, son básicamente las propuestas por Masters y Johnson (1996) y Helen Kaplan (1990):

Focalización sensorial 1 y 2. Se utiliza prácticamente como primer paso para el manejo de cualquier disfunción. Consiste en desistir, durante una primera etapa, del coito y el orgasmo, tener sesiones de caricias como experiencia de aprendizaje, con lo cual se fortalecen las reacciones placenteras y se disminuye la ansiedad.

Autoestimulación. Técnica utilizada para el deseo sexual hipoactivo. Consiste en la autoestimulación para obtener el orgasmo solo y libre de presión.

El apretón. Se Utiliza para la eyaculación precoz y el trastorno de la erección. Consiste en lograr que el hombre, con ayuda de la mujer, logre el control tanto de la erección como de la eyaculación, con ligeros apretones en el pene, específicamente entre el dedo índice y el dedo pulgar cuando el hombre sienta la necesidad inminente de eyacular.

Coito no exigente. Se utiliza para el trastorno de la excitación en la mujer. Consiste en que la mujer sienta el pene erecto dentro de la vagina interrumpiendo el coito y retomándolo después, puesto que este proceso propicia más la excitación.

Coito y orgasmo. Se utiliza después del éxito del ejercicio anterior.

Desensibilización progresiva. Este ejercicio se utiliza en dispareunia y vaginismo, y consiste esencialmente en la eliminación de la reacción vaginal condicionada. Se logra por medio de la introducción en la vagina, en condiciones de tranquilidad y

relajación, de objetos de tamaño gradualmente creciente, preferentemente se da la indicación para que el esposo lo haga con sus dedos.

Ejercicios de los músculos pubococcygeos. Técnica utilizada en el trastorno de la excitación y del orgasmo en la mujer. Consiste en contraer éstos músculos diez veces seguidas, dos o tres veces al día; la indicación es: “que es como si estuviera reteniendo orina y dejándola salir nuevamente”; ello ayuda a tener orgasmos más satisfactorios.

Maniobra de puente. Ejercicio complementario del anterior, y que consiste en la estimulación suave del clítoris y el coito al mismo tiempo.

Orgasmo extravaginal. Se utiliza en el trastorno de la erección en el hombre, y se emplea cuando éste ha adquirido la confianza de que puede tener una erección. Consiste en producir el orgasmo por estímulo oral y/o manual.

Introducción sin orgasmo. Técnica utilizada en el trastorno del orgasmo y de la erección en el hombre, y consiste en introducir el pene en la vagina sin eyacular.

Variación del estímulo. Se utiliza en la eyaculación precoz, y consiste en acariciar a la pareja estando vestidos.

Maniobra de Semans. Se utiliza en la eyaculación precoz y después del éxito del ejercicio del apretón. Consiste en que cuando haya erección penetre a la pareja y ante la inminencia eyaculatoria paren los movimientos y cuando la controle prosigan, repitiendo esto varias veces.

El encuadre es en sesiones individuales, la pareja sola con el terapeuta o los terapeutas, al principio no más de dos sesiones cada ocho días, después cada quince días. Las sesiones pueden ser complementarias a una psicoterapia de pareja, dependiendo del diagnóstico y plan de tratamiento.

En este sentido, la investigación en México aumenta día con día; la experiencia en las instituciones de salud, específicamente en el Instituto Nacional de Perinatología, a través del Departamento de Psicología con el programa de Sexualidad Humana, muestra un incremento en la demanda de atención a pacientes que presentan problemas relacionados con su sexualidad, mediante dos modalidades básicas distintas: una, donde las disfunciones sexuales en las parejas pueden presentarse como problema único en tanto sus demás áreas funcionan correctamente: en estos casos, el plan de tratamiento consiste en incluir a las parejas en una terapia sexual. (Cuando se da esta situación y el problema no se encuentra enraizado en la estructura

de la personalidad o como parte de una psicopatología específica, sino más bien a la falta de desarrollo de la sexualidad por un ambiente familiar poco propicio para ello, el pronóstico generalmente es bueno y en poco tiempo las parejas, con un tratamiento adecuado, puede superar el conflicto.) La segunda modalidad básica es cuando se presenta algún problema en la personalidad o hay una disfunción de pareja que invade alguna o todas las áreas; en este caso, el abordaje requiere de un trabajo terapéutico de pareja complementaria a la terapia sexual.

La difusión de la terapia sexual como herramienta del psicólogo y la preparación de más terapeutas sexuales es cada vez más marcada; de gran importancia es generar métodos más estructurados de tratamiento que sean el resultado de investigaciones realizadas en todo el mundo, esto es lo que lleva a la psicología a un nivel científico y a tener alcances en una mayor población, sobretodo en el terreno de la sexualidad, donde tantos mitos y tabúes existen. Implementar éstas acciones terapéuticas ayudará a resolver problemas específicos.

Los avances en la conceptualización y estudio de las disfunciones sexuales han recorrido un largo trayecto. Los resultados de investigaciones, tanto de otros países como del nuestro, abren la posibilidad de ofrecer un manejo adecuado para la solución de problemas. Por último, otro de los objetivos es educar a la población para eliminar los factores familiares y sociales que obstaculizan un adecuado desarrollo de la sexualidad, evitando, así, problemas que ponen en riesgo no sólo la salud mental del sujeto que la padece sino el funcionamiento familiar y social. De ahí que se considere, por su alta prevalencia, a las disfunciones sexuales como un probable problema de salud mental pública.

4

COMUNICACIÓN

Uno de los factores que se consideran importantes en la conducta humana y que abarca la observación y el estudio de aspectos que van más allá de los procesos internos -pues son manifestaciones observables de cómo se establecen las relaciones entre los individuos-, es la comunicación y el estilo de comunicación. Musitu (1993) la describe en los siguientes términos: “uno de los fenómenos más genuinamente humanos y característicos de nuestra sociedad y de nuestro tiempo es la comunicación.” Para el psicólogo, el estudio y la sistematización de la comunicación y del estilo de comunicación de los individuos explica mucho de la conducta humana, manifiesta en las diversas formas de relaciones interpersonales, incluida las relaciones de mayor intimidad como puede ser la relación de pareja.

En el abordaje de parejas que presentan problemas de diversa índole se ha encontrado que uno de los factores que agravan los conflictos es la incapacidad para comunicarse, lo que complica la situación por la carga afectiva que esta representa, incluso hasta llegar a situaciones donde el nivel de insatisfacción es muy acentuado, tal y como lo refiere Musitu (1993) al señalar que “la comunicación entre los seres humanos constituye un poderoso determinante del bienestar, incluyendo en él aspectos como la satisfacción, la calidad de vida y la salud”. La comunicación en sí misma puede ser la forma más efectiva de reducir el sufrimiento psicológico y la mejor fórmula para acercarnos a ese ideal de bienestar físico y social.

Antes de abordar la comunicación en la pareja, es necesario definir qué es la comunicación y cuáles son las diferentes aristas que esta tiene. Los estudiosos de la comunicación humana plantean que la comunicación es una condición inherente de la vida humana y el orden social; Hund (1976) refiere que el significado etimológico de comunicar es “poner en común” por lo que el concepto estricto es “todo intercambio de noticias entre dos o más interlocutores”. La

comunicación por sí misma puede llevar o no un propósito previamente definido, pues existen algunas situaciones en las que el individuo no está consciente de la interacción de transmitir un mensaje, mucho menos cuando se trata de comunicación no verbal (Ellis y McClintock, 1993).

Así, para un trabajo donde se aborde la comunicación, primero hay que ubicar los distintos niveles que se manejan, ello para saber cuál es la que está definida en las relaciones humanas y que tiene que ver con la conducta. Básicamente la comunicación se subdivide en tres áreas: *sintáctica*, la cual abarca los problemas relativos a la transmisión de la información, de ahí que esta área caiga en el campo de lo teórico de la información, es decir, los problemas que tienen que ver con la codificación, los canales, la capacidad, ruido y redundancia, y las propiedades estadísticas del lenguaje; ello permite afirmar que la comunicación sintáctica es lógica matemática. *Semántica*, cuyo interés básico es el significado de los símbolos-mensaje, pues en toda información compartida existe una convención semántica, misma que cae en el estudio de la filosofía de la ciencia. Por último está la comunicación *pragmática*, que es la que tiene que ver con el cómo la conducta se afecta por la comunicación; de ahí que, como fenómeno patológico que afecta al individuo, es terreno de la psicología.

El trabajo con la conducta humana, por su complejidad, hace necesario focalizar los problemas con el fin de discriminar los factores que los generan o complican. La comunicación es básicamente la manera como se relacionan los individuos, por lo que es importante tratar de explicar qué pasa con ella cuando hay un conflicto establecido en las relaciones humanas, en las relaciones de pareja y en su vida sexual. Al respecto, Watzlawick, Beavin, Jackson (1989), explican:

Un fenómeno permanece inexplicable en tanto el margen de observación no es suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que dicho fenómeno tiene lugar. La imposibilidad de comprender las complejidades de las relaciones que existen entre un hecho y el contexto en que aquél tiene lugar, entre un organismo y su medio, o enfrenta al observador con algo "misterioso" o lo lleva a atribuir a su objeto de estudio ciertas propiedades que quizá el objeto no posea. Si a una persona que exhibe una conducta alterada (psicopatológica) se la estudia en aislamiento, la investigación debe ocuparse de la naturaleza de la mente humana, pero si los límites de la investigación se amplían con el propósito de incluir los efectos de esa conducta sobre los demás, las reacciones de estos últimos frente a aquéllas y el contexto en que todo ello tiene lugar, entonces el foco se desplaza de la situación artificialmente aislada hacia la relación entre las partes de un sistema más amplio (p. 23).

En este sentido, la relación de pareja es el establecimiento de un sistema; de ahí que sea necesario partir, primero, del análisis de que la comunicación tiene que ver directamente con la conducta humana, o sea, la pragmática, y que en toda conducta personal hay componentes comunicacionales, por lo que toda conducta es comunicación, -y no sólo el lenguaje verbal-, y que toda comunicación afecta la conducta; así, esto lleva, en segundo lugar, a tratar de esclarecer la manera como repercuten los problemas de comunicación en el sistema de la pareja.

Es importante el estudio de los componentes de la comunicación para poder entender, de mejor manera, el fenómeno a observar. En cuanto al proceso de la comunicación, primero se analiza cuál es su propósito y la forma en que se establece durante el desarrollo humano, esto es, dicho proceso está totalmente “desamparado” al momento del nacimiento, sin control alguno sobre la propia conducta, ni sobre la conducta de los demás, ni sobre el medio externo, e impotente para influir intencionadamente en algo o en alguien. No obstante, poco a poco se desarrolla la capacidad de autocontrol y del lenguaje; primero cuando el individuo empieza a emitir sonidos, luego al darse cuenta que éstos producen algún efecto sobre las respuestas de los demás y que unas pueden ser más deseables que otras, después al dominar el lenguaje verbal y, a través de él, discriminar el cómo se afecta la conducta de los demás, esto es, cuando se alcanza la capacidad de poder preguntar y pedir cosas para, posteriormente, aprender a leer, lo que amplía el medio y también la capacidad de comprenderlo. Por último, está la capacidad de razonar y analizar tanto a uno mismo como a los demás, y de tener una regulación entre los deseos, las necesidades y el medio exterior.

Para lograr todo lo anterior, se requiere de comunicación, esto es, aprender cómo se producen y cómo se suceden los hechos, cómo cambian y cómo se destruyen, así como aprender sobre relaciones sociales, económicas y sobre la gama de valores de los individuos, y cómo se puede influir en dichas relaciones, desde las sociales hasta las familiares. El propósito principal de la comunicación estriba en no sólo poder reducir las posibilidades de quedar a merced de fuerzas externas, sino dominarlas lo más posible; en otras palabras, comunicar para influir y para afectar intencionalmente. “El propósito y el público o auditorio no son separables. Toda conducta de comunicación tiene por objeto producir una determinada respuesta por parte de una determinada persona o grupo de personas.” (Berlo, 1985, p. 14).

Para dar el primer paso hacia una comunicación eficiente y efectiva, se requiere aprender a utilizar las palabras adecuadas para expresar nuestros propósitos y dirigir las hacia la persona o personas correctas; no obstante, esto no es tan sencillo

como pudiera parecer, pues hay factores que pueden entorpecer este camino –parte, sustento y justificación de este trabajo-, como perder de vista los propósitos de tal o cual comunicación o no tener conciencia de ésta. Respecto a la relación de pareja esto puede llegar a tomar dimensiones enormes pudiendo establecerse una relación disfuncional, complicándose cada vez más las posibilidades de solucionar conflictos y de determinar cuáles son y el origen de los mismos (cuadros 4-1 y 4-2).

CUADRO 4-1. Criterios y componentes para definir el propósito de la comunicación

<i>Criterios</i>	<i>Componentes</i>
<ul style="list-style-type: none"> • No contradictorio lógicamente ni lógicamente inconsistente consigo mismo • Centrado en la conducta. es decir, expresado en función de la conducta humana • Lo suficientemente específico como para permitirnos relacionarlo con el comportamiento comunicativo real • Compatible con las formas en que se comunica la gente. 	<ul style="list-style-type: none"> • La fuente de comunicación • El codificador • El mensaje • El canal • El decodificador • El receptor de la comunicación

Fuente: Berlo. 1985. pp. 9. 25.

CUADRO 4-2. Propósitos de la comunicación

1. Función orientada a la actividad.	Básicamente es una función informativa, centrándose la comunicación en la tarea que se ha de realizar, en los intereses de los participantes y en la amplitud de las opciones disponibles. Los mensajes informativos son los que expresan los hechos y el contenido, pudiendo referirse a todo aquello que sea comunicable. Puede ser verdadera o falsa, válida o inválida.
2. Función orientada a la relación.	Se centra en la definición, el mantenimiento y la redefinición de la relación resultante. Los mensajes relacionales se utilizan para guiar las relaciones interpersonales, es decir, la forma y el cómo debe entenderse el mensaje.

Fuente: Musitu. 1993.

Musitu también refiere que hablar de comunicación implica referirse a un proceso, por lo que no es posible hablar de un principio y un fin de la comunicación. Este proceso 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 de manera inconsciente a través de la sociedad (los padres, la escuela, los libros, los medios de comunicación etc.). Las conductas comunicacionales dependen, además, de cómo los sujetos representan cognitivamente sus características sociales y psicológicas y cómo definen subjetivamente la situación en función de sus normas y objetivos. La descripción de esta función es fundamental para el análisis de los fenómenos psicológicos que tienen que ver con las relaciones humanas, así como salir de sí mismo para poder ingresar al mundo de las relaciones y poder definir las hasta llegar a la relación de pareja. Asimismo, enriquecer el concepto de comunicación es sustancial para su comprensión; de ahí que Watzlawick *et. al* (1989) señale que en las propiedades simples de la comunicación participan los siguientes axiomas:

1. **No es posible no comunicarse.** La imposibilidad de no comunicar. Toda conducta es una situación de interacción que tiene un valor de mensaje, es comunicación. Por mucho que uno lo intente no puede dejar de comunicarse. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican.

2. **Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.** Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación. Una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone conductas. El aspecto referencial de un mensaje transmite información, por tanto, en la comunicación humana, es sinónimo de contenido del mensaje. El aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es y, en última instancia, a la relación entre los comunicantes, o sea, toda comunicación implica un compromiso, por consiguiente, define la relación. Las relaciones rara vez se definen deliberadamente o con plena conciencia. De hecho, pareciera que cuanto más espontánea y “sana” es una relación más se pierde en el trasfondo el aspecto de la comunicación íntimamente vinculada con la relación; del mismo modo, las relaciones “enfermas” se caracterizan por una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, en tanto que la esencia de la comunicación, que está vinculada con el contenido, se hace cada vez menos importante. El aspecto referencial transmite los datos de la comunicación, y el aspecto conativo en cómo debe entenderse dicha comunicación.

3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios; la puntuación organiza los hechos de la conducta por lo que resulta vital para las interacciones en marcha; la falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de los hechos, es la causa de incontables conflictos en las relaciones.

4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones. Podemos decir que la comunicación analógica es todo lo que sea comunicación no verbal e incluye postura, gestos, expresiones faciales, el tono de voz, la secuencia, el ritmo y cualquier manifestación no verbal de que el organismo sea capaz. La comunicación analógica encuentra sus raíces en periodos más arcaicos de la evolución, por lo que tiene una validez mucho más general que la comunicación verbal. Podemos concluir que el aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital, en cambio el aspecto relativo a la relación es analógica.

5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia. Se puede describir que las relaciones se pueden basar en la igualdad o en la diferencia. En el caso de la igualdad, la interacción se considera simétrica manteniéndose así en casi todas las áreas, con un mínimo de diferencia. En el caso de la diferencia, la conducta de uno de los participantes complementa a la del otro y hay dos posiciones distintas: una, la posición superior y la otra la posición inferior, con un máximo de diferencia. Estos términos no se deben identificar como “buenos” y “malos, ya que la relación complementaria puede estar establecida por patrones sociales sin ser impuesta por uno de los participantes, como es la relación madre-hijo, maestro-alumno, etc., donde una conducta favorece a la otra.

Ahora bien, a continuación se describen los efectos pragmáticos de los axiomas mencionados, relacionándolos con los trastornos que se desarrollan en la comunicación humana; sobre la base de los principios de la comunicación, se expone de qué manera pueden ser distorsionados y cuáles son las consecuencias y cómo corresponden a ciertas psicopatologías individuales.

1. El síntoma como comunicación. Lo primero que hay que señalar es que muchas veces la comunicación puede parecer como “alienada”, lo cual no siempre significa

la manifestación de una mente enferma, sino la única reacción posible a situaciones donde la comunicación es absurda o insostenible. Por esta razón, el análisis de las respuestas comunicacionales deben ser ubicadas dentro del contexto.

Sin embargo, en este marco de comunicación hay respuestas que se emplean como defensa, con la técnica de recurrir a motivos que están fuera de control, pero esto se convierte en un síntoma cuando la persona logra convencerse a sí misma que realmente las fuerzas están fuera de su control, liberándose con esto de los remordimientos de su propia conciencia. "No soy yo quién quiere o no quiere hacer esto, sino algo fuera de mi control, por ejemplo, mis nervios, mi enfermedad, mi ansiedad, mi mala vista, el alcohol, la educación que he recibido, los comunistas o mi esposa."

2. La estructura de niveles de la comunicación. Hay varias maneras en que se puede establecer la comunicación: *a)* los participantes están en desacuerdo en el nivel del contenido, pero ello no perturba la relación, es la forma más madura de manejar el desacuerdo, los participantes están de acuerdo en estar en desacuerdo; *b)* los participantes están de acuerdo en el nivel de contenido, pero no en el relacional, lo cual pone en riesgo la estabilidad de la relación al dejar de existir la necesidad de acuerdo en el contenido. (Esto se ve en muchos matrimonios que estando unidos por un conflicto externo los obliga a darse apoyo mutuo, como sería el caso del hijo como chivo expiatorio, que presenta problemas en la escuela o alguna enfermedad física o mental, o problemas de conducta antisocial, y el terapeuta encuentra que existe una pseudoestabilidad y que ante la mejoría o solución del problema traerá una crisis matrimonial.); *c)* los participantes tienen confusión en cuanto al contenido y el nivel de relación y pretenden resolver un problema relacional en el nivel de contenido; y *d)* los participantes presentan situaciones en las que una de las partes duda de sus propias percepciones en el nivel de contenido para no poner en peligro la relación pues es vital para ella.

En este sentido, el análisis de cómo se enfrentan los desacuerdos ofrece material para el estudio de los trastornos de la comunicación, ya que ante un desacuerdo los dos individuos deben definir su relación como complementaria o simétrica.

El nivel relacional es mucho más importante y complejo que el nivel de contenido, pues tiene que ver con toda la gama de emociones, va más allá que un mero intercambio de información y los individuos la definen, puesto que el hombre tiene que comunicarse con los demás para mantener su estabilidad emocional. Esto se ha comprobado en los resultados de investigaciones, donde algún sujeto haya tenido privación, esto es, incapacidad de tener estabilidad emocional cuando únicamente

se comunica consigo mismo durante periodos prolongados. Hay tres respuestas posibles en este sentido: *la confirmación*, gran parte de la comunicación del hombre tiene que ver con ser confirmado por los demás; *el rechazo*, el cual es un reconocimiento limitado de lo que se rechaza siendo incluso constructivo, y la tercera respuesta, que es la más importante desde el punto de vista psicopatológico, *la desconfirmación*, pues mientras en el rechazo el mensaje es “estás equivocado”, en la desconfirmación es “tu no existes”. En cuanto a la psicopatología, la desconfirmación equivale a la descripción de Laing (citado en Watzlawick, Beavin y Jackson, 1989) “No podría idearse un castigo más monstruoso, que soltar a un individuo en una sociedad y hacer que pasara totalmente inadvertido para sus miembros. No cabe mayor duda de que esta situación llevaría a una ‘pérdida de la mismidad’”(p. 87).

3. La puntuación de la secuencia de hechos. Las discrepancias no resueltas en la puntuación de las secuencias comunicacionales pueden llevar directamente a lapsos interaccionales en los que pueden hacerse acusaciones mutuas de locura o maldad. Estas discrepancias tienen lugar en los casos en que uno de los comunicantes tiene menos cantidad de información que el otro, pero esto no lo sabe.

Otro concepto importante en el campo de la puntuación, desde el punto de vista de la interacción, es el de la profecía autocumplidora, que es una conducta que provoca en los demás una reacción lógica frente a esa conducta; por ejemplo, una persona que siente que “nadie la quiere” parte de esta premisa y en su conducta hay desconfianza hacia los demás, ya sea que esté a la defensiva o se comporte agresivamente, con lo cual los demás reaccionan de acuerdo a esa conducta, y así a dicha persona le queda confirmado que en efecto “nadie la quiere”. Lo que caracteriza el problema de puntuación es que este tipo de sujetos considera que ellos únicamente reaccionan ante las actitudes de la gente sin que ellos mismos las provoquen.

4. Errores de “traducción” entre material analógico y digital. El mensaje analógico carece de muchos elementos que son parte del lenguaje digital, el material de los mensajes analógicos se presta a interpretaciones digitales muy distintas y a menudo incompatibles; por un lado, al emisor le resulta difícil verbalizar sus propias comunicaciones analógicas y, por el otro, en una situación interpersonal es probable que en cuanto al significado de una comunicación analógica particular, de uno de los participantes el otro, al tratar de traducirla al lenguaje digital lo haga con la digitalización que concuerde con su imagen de la naturaleza de la relación, lo cual puede ser fuente de innumerables problemas en las relaciones. Todos los mensajes

analógicos tienen significados en un nivel relacional, constituyéndose en reglas de la relación.

El trabajo psicoterapéutico consiste en dar la digitalización correcta del lenguaje analógico, por lo que el éxito terapéutico también depende de la capacidad del terapeuta para traducir, en la interpretación, de un modo al otro, la digitalización del paciente a uno menos angustiante y más adecuado.

5. Patologías potenciales en la interacción simétrica y complementaria. La simetría y la complementariedad en la comunicación no son en sí mismas buenas o malas, o normales o anormales, más bien se refieren a dos categorías en las que se dividen los intercambios comunicacionales, cumpliendo funciones importantes. En las relaciones sanas ambas deben estar presentes aunque en alternancia mutua o en distintas áreas. Las dos tienen sus patologías esenciales:

Escalada simétrica

En una relación simétrica existe siempre el peligro de la competencia, y con ello puede perderse la estabilidad de la relación, dando lugar a la escalada, la cual consiste en luchas y disputas entre individuos; en la pareja es fácilmente observable y se le llama escalada de frustración. Así, la patología en la interacción simétrica se caracteriza por una guerra más o menos abierta, pues se deja de aceptar la "mismidad" del otro, se pierde el respeto y la confianza mutua y, en el derrumbe de una relación, se observa el *rechazo* al self del otro.

Complementariedad rígida

Las patologías en la complementariedad, desde el punto de vista psicopatológico, son más complejas y más bien que a rechazo equivalen a *desconfirmaciones* del otro. Es necesario en las relaciones complementarias que la definición de uno solo puede mantenerse con el desempeño complementario del otro. Un mismo patrón puede ser confirmador en una etapa de la relación y desconfirmador en otra etapa de una relación natural, como pueden ser las diferentes etapas de la relación madre-hijo. La manifestación patológica de estas relaciones se da cuando las formaciones caracterológicas alteradas se complementan. Esto se puede observar, por ejemplo, en las relaciones sadomasoquistas. En este tipo de relaciones se observa un sentimiento de desesperanza y frustración en los dos participantes. Es con esta circunstancia donde se presentan conductas patológicas como abulia, acting out, despersonalización, etc. Incluso, en estas relaciones, los participantes pueden funcionar perfectamente bien en situaciones externas.

El hecho de ahondar en estos axiomas y en su manifestación patológica, ayuda a focalizar los conflictos; pero como hay áreas que permanecen libres de conflicto, se observa a parejas donde es claro que cuando entran en terrenos conflictivos con la idea de solucionarlos, la comunicación se atasca, con la sensación de estar dando vueltas en círculo sin llegar a nada. En el manejo de parejas se puede observar la forma en que las parejas se comunican, ya que esto es un indicador no nada más del mensaje sino del nivel de la relación, lo cual pone de manifiesto cuestiones dinámicas muy ricas, como aquellas a las que Bateson y Jackson (1977) hacen referencia, al sostener que el aspecto fundamental patológico de la comunicación deriva de una imposibilidad para comunicarse y de una comunicación que no garantiza la construcción positiva de las relaciones entre los individuos (cuadro 4-3).

CUADRO 4-3. Barreras que impiden una adecuada comunicación

Comunicación paradójica.	Donde un mismo mensaje comprende dos contenidos incompatibles.
Rechazo a la comunicación.	Donde un sujeto hace sentir al otro que no le interesa conversar.
Aceptar sin deseo.	Donde el sujeto en un principio no desea entablar una conversación, pero termina por ceder.
Descalificación de la comunicación.	Donde el sujeto opta por comunicarse de tal manera que su comunicación, o la de la otra persona, se invalide, esto puede ocurrir por contradicciones, incongruencias, cambios repentinos de tema, frases incompletas, etcétera.
Síntomas como comunicación.	Donde la imposibilidad de comunicarse se justifica por situaciones de somnolencia, malestar, y cualquier deficiencia o incapacidad.

Fuente: Bateson y Jackson, 1977.

COMUNICACIÓN MARITAL

Hablar de la pareja es hablar de lo esencial del ser humano, es entrar en un terreno tan amplio como rico en cuanto a patología se refiere. Uno de los aspectos más estudiados como fuente de problemas son los relacionados con la comunicación a la que se le ha dado mucha importancia en todos los estudios relacionados con la pareja. En la psicoterapia de pareja el trabajo puede ser de suma utilidad al detectar

los factores que tienen mayor influencia en el establecimiento de los conflictos. Lo que se puede observar es que en la comunicación patológica se establecen círculos viciosos difíciles de romper.

Vilchez (1985) refiere que una de las mejores terapias para los problemas de pareja es la preventiva, la cual, finalmente, sería una educación para la comunicación, pues se habla mucho de falta de comunicación al referirse a situaciones donde existen conflictos, en especial los de pareja, pero ¿qué se quiere decir con esto? ¿Cómo es que se le da tanta importancia a la comunicación en la pareja? Todos los individuos tienen su propio sistema de comunicación, y éste va mucho más allá de su capacidad para escribir o hablar bien, pues abarca un complejo conjunto de factores, así como las cualidades totales de una persona, sus posibilidades de éxito y autorrealización, ya que están estrechamente relacionadas con su capacidad de comunicación, y ésta tiene que ser entendida dentro del amplio campo de la expresividad humana. Nos comunicamos a partir de lo que somos y cómo somos, en una conjugación donde interviene lo intelectual y lo afectivo. esto es, la comunicación es integral, es una línea continua que se materializa en diversas formas -amistad, compañerismo, matrimonio, etc.-; es polivalente y multidimensional, por lo que es posible la ambigüedad, el falseamiento; es, pues, dialéctica objetivo/subjetivo. toda comunicación tiene un poder, una influencia, aunque no se ejerza y aunque no sea consciente. Así, todos estos aspectos están presentes en todo tipo de relación de persona a persona, y de manera más intensa en el matrimonio.

En cuanto a la incomunicación, este mismo autor refiere que contradictoriamente en esta época, donde la tecnología ofrece medios de comunicación sofisticados, es cuando más se da la incomunicación interpersonal, encontrando este fenómeno en muchos conflictos matrimoniales. Otro de los aspectos de suma importancia en la comunicación en la relación de pareja, es que ésta no sólo transmite información, sino que también impone conductas, por lo que esto define la relación. "Sea cual fuere la forma de organización que adopte una pareja a lo largo de 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 en su conjunto."(González, 1979, p. 44).

De acuerdo con la ubicación de los distintos aspectos de la dinámica de pareja, se observa que cada miembro de la pareja llega a la conformación de ésta con una parte de conflictos infantiles no resueltos y que pueden contribuir al mal funcionamiento de la misma; de hecho, una tarea psicoterapéutica es la de ubicar cuáles son los problemas generados en la relación misma y hasta qué punto son provocados o

agravados por dichos conflictos infantiles. A la pregunta de qué factores son responsables de crear y mantener una relación exitosa entre un hombre y una mujer –momentáneamente se hacen a un lado los conflictos infantiles no resueltos-, se tienen tres respuestas: 1) que son las normas sociales las que protegen la estructura del matrimonio y que a medida que las estructuras sociales y culturales se desintegran, la institución matrimonial se pone en peligro; 2) que el amor “maduro” implica amistad y camaradería que gradualmente reemplazan la intensidad pasional del amor romántico inicial y dan continuidad a la vida de la pareja, y 3) se consideran elementos definitivos para la satisfacción marital el que se logren cambios cognitivos y comunicacionales que lleven al establecimiento del mecanismo conciliatorio, que se evidencia en un menor desacuerdo conyugal (Halford y cols., 1993, citado en Souza, 1996, pp. 60-61).

En relación con la importancia que tiene la comunicación en la pareja asociada al conflicto marital, se encontró en un estudio reciente con 387 parejas -para ver la percepción que tienen sobre el matrimonio y los patrones de comunicación establecidos en éstas- una alta correlación entre comunicación marital y ajuste marital (Gordon, Baucom, Epstein, Burnett y Rankin, 1999). También Fitzpatrick (1988) señala que el hecho de platicar entre sí cumple con determinadas funciones, en específico de organizar la relación, construir y validar de forma conjunta una visión sobre el mundo y proteger vulnerabilidades. Asimismo, otros estudios indican que por medio de la comunicación la pareja puede tener un intercambio de información sobre sentimientos, temores y percepción hacia el otro. Lo mismo que en la interacción de la pareja, al inicio de la relación se establecen los diferentes mecanismos de poder y control para la satisfacción mutua de necesidades, aunque para darle continuidad a largo plazo se debe lograr el establecimiento del compromiso, el grado suficiente de consideración y cuidado mutuos, la construcción de un universo conceptual compartido, estableciendo progresivamente patrones satisfactorios, capacidad de solucionar y negociar conflictos, lo que se da a través de una eficiente comunicación (Jorgensen y Gaudy, 1981; Zumaya, 1994).

Hay otro elemento en las diferencias de los niveles de comunicación, donde se observa que una persona puede ser capaz de comunicarse en determinado nivel de relación pero puede tener incapacidad para comunicar su intimidad, y justo es este el nivel que interesa en la relación de pareja; algunos autores lo clasifican como la capacidad de autodivulgación. Para especificar la comunicación en las relaciones más cercanas, la autodivulgación se define como la actitud interna de apertura del mundo íntimo para comunicarlo a los demás; en otras palabras, es la habilidad que tiene la persona para comunicar verbal o conductualmente sus sentimientos.

emociones e ideas. La autodivulgación en las relaciones maritales es la comunicación que expresa un cónyuge a otro sobre aspectos personales (Nina, 1985). Asimismo, esta misma autora refiere que la autodivulgación es un ingrediente esencial para una comunicación efectiva en la pareja, lo que permite la satisfacción marital y satisface la intimidad.

El estudio de la comunicación como un factor importante en las relaciones interpersonales, y en especial en la relación de pareja, es algo que ha sido estudiado desde hace varias décadas, tal como lo indica el estudio de Jourard y Lasakow (1958). Por su parte, Petersen (1968) y Levinger (1967) analizaron la cantidad de información que divulga una persona en diferentes tipos de relaciones interpersonales, encontrando que, en general, los cónyuges son los que divulgan más información sobre sí mismos a sus parejas, y ello se debe a que consideran a la pareja como la mejor persona en quien confiar sus intimidades. La divulgación entre los cónyuges se relaciona principalmente con la solución de problemas en cuanto al tiempo libre, moral de la familia, vida sexual, expectativas de la vida familiar y errores que se cometen en la relación.

En estudios más recientes sobre los problemas de comunicación marital y la insatisfacción, los resultados indican que los matrimonios considerados como satisfactorios son aquellos donde los cónyuges hablan más de sentimientos positivos, en tanto que los matrimonios en donde la comunicación de un cónyuge a su pareja se percibe como hostil, hay una forma negativa en la cohesión marital (Pittman, Price y McKenry, 1983). En otro estudio Pick y Andrade (1987) evaluaron el constructo de comunicación marital para la pareja mexicana, mostrando que era una variable multidimensional la cual quedó compuesta por seis dimensiones, lo que hace suponer que para que la pareja conyugal sea funcional, es importante tener un intercambio de información que contenga estas temáticas. También Nina (1991) realizó un estudio respecto a la comunicación marital en la población mexicana; dicha autora encontró seis dimensiones de la comunicación de intercambio de información en la pareja (cuadro 4-4). Al analizar el contenido de la comunicación en la pareja, es decir, los temas que platican los cónyuges, así como la frecuencia con la que hablan, permite identificar las carencias y los recursos de la pareja y crear técnicas de abordaje cuando la comunicación es deficiente.

En cuanto a las características que debe tener una relación marital, se pueden definir dos áreas fundamentales, mismas que se consideran pilares en la relación: el área *estructural* y el área *afectiva*. En la primera se genera todo el funcionamiento material, práctico y de sobrevivencia de la pareja, así como las reglas, las leyes, la

repartición de trabajo, tanto dentro como fuera del hogar; además, se generan los límites y delimitación con el exterior para el adecuado funcionamiento de la relación, se puede decir que para el funcionamiento de esta área es preponderante la comunicación verbal. La segunda implica el aspecto emocional, el manejo de los afectos, las hostilidades, la violencia, etc., donde la comunicación no verbal es básica. En este sentido, Waring, McElrath, Lefcoe y Weisz (1981), analizan las características que debe tener la relación marital (cuadro 4-5). Tolstedt y Strokes (1983), por el contrario, estudiaron la intimidad en el proceso de ruptura de una relación conyugal y la satisfacción marital, observando que al disminuir la comunicación las divulgaciones tienden a ser verbalmente más negativas.

CUADRO 4-4. Dimensiones en la comunicación de intercambio

1. Sentimientos, emociones y disgustos	Se refieren 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.
2. Familia extendida	Se refiere a la información que se da sobre la familia del cónyuge y sobre su propia familia, sobre sus influencia en la relación de pareja y la manera de interactuar con ellos.
3. Vida sexual	Se refiere a la información sobre la actividad sexual que lleva a cabo la pareja, su satisfacción y molestia.
4. Hijos	Se refiere a la información sobre el cuidado y educación de los hijos, las reglas que les impone y las responsabilidades sobre ellos.
5. Relación Marital	Esta se refiere a los aspectos generales en la interacción de la pareja, como el tiempo dedicado al cónyuge y a la relación, lo que se piensa del otro, etc.
6. Trabajo	Es la información sobre el trabajo fuera del hogar que cada cónyuge desempeña.

Fuente: Nina, 1991.

CUADRO 4-5. Característica de la relación marital

1. Compatibilidad	Habilidad de la pareja para trabajar o jugar juntos.
2. Estructura	Reglas y roles de los cónyuges que proveen estructura y definición a la relación.
3. Intimidad	Capacidad del cónyuge para dar apoyo y afecto.
4. Ausencia de conflicto	Cuando las diferencias de opiniones son resueltas.

Fuente: Waring, McElrath, Lefcoe y Weisz. 1981.

Lo anterior es una revisión de las características de la relación marital; no obstante, es necesario analizar, además, los aspectos importantes que hacen que una relación sea duradera, para luego revisar a los teóricos de la sexualidad. En el trabajo con parejas se han detectado algunos factores que pueden o no ayudar a que una relación siga funcionando bien a lo largo de los años. Factores en los que siempre desempeña un papel preponderante el cómo se establece la comunicación, pues en este tipo de relaciones -más que en ninguna otra- la carga afectiva influye de manera determinante, ya que uno de los cónyuges, al recibir un mensaje del otro, puede distorsionarlo por un determinado estado afectivo, dándose lugar a una interpretación equivocada de la situación o bien a una sobreinterpretación, lo cual complica la relación.

Asimismo, también entran en juego las necesidades infantiles de uno de los cónyuges, tales como situaciones demandantes o ciertas actitudes que el otro no entiende o distorsiona pues no tienen que ver directamente con la relación, sino que implican necesidades de otro tipo y que se pretende que la pareja cubra. Es necesario agregar que en las situaciones demandantes intervienen diversos aspectos, como que uno de los cónyuges vea todo a través de una problemática interna, como puede ser la autodevaluación, entonces todo se verá a través de este cristal, y todo lo que la pareja haga o diga llevará finalmente al punto de que es porque “yo no valgo”, o porque “no me quiere” etc., o el no ser capaz de comunicar sus deseos o necesidades pretendiendo que el otro adivine.

En este sentido, algunos autores mencionan que respecto a la relación amorosa ni las expectativas más realistas bastan para mantener la relación por largo tiempo si no

hay trabajo de por medio y un esfuerzo para establecer y modificar la comunicación y el entendimiento. Asimismo, exponen algunos problemas que aparecen en el proceso de la comunicación, en el contenido de lo que se pretende comunicar y que 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, lo que provoca que el mensaje no se reciba como se quiere 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 o bien el mensaje es mal interpretado, esto es, no con su intención real, sino bajo cierta conveniencia, y 3) la persona que recibe el mensaje le da un giro completamente distinto provocando un malentendido. Sobre este punto, destaca el aspecto de la intimidad como característica fundamental en la relación de pareja, la cual se forja y desarrolla mediante una comunicación efectiva; en otras palabras, la comunicación en la relación de pareja es un elemento fundamental para que ésta se pueda mantener. 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).

SEXUALIDAD Y COMUNICACIÓN

Como se expuso líneas arriba, si la comunicación en las relaciones interpersonales desempeña un papel de gran importancia, en la relación de pareja –tal como se ha documentado en investigaciones y a través de la observación clínica- es fundamental, ya que la sexualidad y la respuesta sexual humana son un motor básico en la relación marital, de ahí la importancia por conocer cómo los problemas de la comunicación afectan esta área. La demanda de atención por problemas sexuales en las parejas es cada día más frecuente, se han dado datos en capítulos anteriores de la prevalencia de este tipo de problemas, por lo que en la revisión de algunos autores se advierte la importancia que le dan a la comunicación para el establecimiento de una vida sexual satisfactorias. Como lo refiere Masters, *et al.* (1995), al hablar de los efectos de la comunicación en las relaciones sexuales, la comunicación verbal como la no verbal son de suma importancia, pues debe existir un sentimiento recíproco de aceptación, entrega, ternura y confianza; la intimidad exige que la pareja se abra expresando sus sentimientos sin circunloquios inútiles, en la intimidad dos personas que se profesan cariño comparten sentimientos, ideas y proceder con la mayor libertad posible. El fomento y la conservación de la intimidad sólo se consigue mediante una

comunicación efectiva. Asimismo, Alducin (1989) y Banmen y Vogel (1985), refieren que, en relación con la dimensión de vida sexual, se puede decir que en el matrimonio la comunicación es uno de los temas de mayor importancia, pues al analizar la comunicación de la vida sexual de los cónyuges, encontraron que existe una alta correlación entre una comunicación abierta sexualmente y el ajuste marital.

En un estudio longitudinal a parejas, realizado sobre los efectos de la comunicación premarital, la estabilidad en las relaciones interpersonales y la autoestima, relacionadas con la satisfacción sexual en el primer año de matrimonio, Larson, Anderson, Holman y Niemann (1998) encontraron que los mejores predictores premaritales de la satisfacción sexual del esposo son la autoestima de la esposa, así como la comunicación abierta de la misma y su estabilidad relacional; en cambio, los mejores predictores para la satisfacción sexual de las esposas, fueron su propia autoestima, su propia comunicación y la comunicación empática del cónyuge. Por otro lado, 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 progresos en la interacción de la pareja. No siempre se requiere de palabras, pero el manifestar lo que se estima importante y placentero en las relaciones sexuales debe expresarse también verbalmente, esto es, mediante el diálogo y los mensajes no verbales las parejas pueden aprender a potenciar su comunicación sexual, lo que a menudo reforzará su intimidad.

Muchos son los estudios que analizan la importancia de la comunicación y la sexualidad -dos dimensiones de la persona que deben estar mutuamente relacionadas-. Asimismo, refieren que la sexualidad es en sí misma comunicación, la cual es la fuerza que impulsa a salir de sí mismo para entrar en contacto con otros. Es una dimensión humana al servicio de la relación interpersonal y es una dimensión comunicativa. En otras palabras, la sexualidad es la forma por la que un sujeto sale de sí para establecer comunicación con otro, la comunicación sexual es fuente de realización personal y de creatividad. Una sexualidad-comunicación, entendida, valorada y vívida, garantiza un matrimonio estable y equilibrado. Sin embargo, en la base de muchos conflictos maritales puede estar presente una distorsión de la vivencia de la sexualidad, por lo que una pedagogía de la comunicación es la mejor terapia preventiva ante los conflictos conyugales y familiares Vilchez (1985).

ESTILO DE COMUNICACIÓN

Dentro de la comunicación de la pareja hay un elemento crucial para su buen funcionamiento, y este es el *estilo de comunicación*, pues se observa que no sólo es suficiente que la pareja se comunique sino la forma en que lo hace. Hay parejas que tienen mucha comunicación pero ésta únicamente sirve para generar más conflictos o para complicar aún más la situación marital disfuncional. Varios autores plantean la importancia del estudio de los diferentes estilos de comunicación entre los cónyuges para poder focalizar problemas derivados o manifestados a través del estilo mismo. Hawkins, Weisberg y Ray (1977) consideran que el estilo de comunicación significa la forma como el mensaje de la comunicación se da, y no tanto su contenido; en este sentido, plantean cuatro tipos de estilos de comunicación:

1. Convencional	Poco divulgador y estilo cerrado
2. Especulativo	Poco divulgador y estilo abierto
3. Afectuoso	Muy divulgador y estilo abierto
4. Control	Muy divulgador y estilo cerrado

Sobre la base de considerar a la divulgación como la actitud del cónyuge para expresarle al otro de manera verbal y no verbal sus sentimientos, sus ideas y emociones, el estilo cerrado es cuando no se le da importancia a las experiencias del otro, en tanto el estilo abierto se da cuando hay un interés manifiesto por las experiencias del otro, valorando así la relación marital.

En cuanto a los estilos de comunicación, el convencional tiene una comunicación defectuosa, pues en el cónyuge no hay interés en escuchar al otro ni transmitir sus sentimientos; el estilo especulativo tiene interés en las necesidades del otro, sin embargo, es reservado para expresar sus propias experiencias; el estilo afectuoso, además de tener interés en la relación marital, permite un intercambio de experiencias y facilita la convivencia de pareja; por último, el estilo control se caracteriza por una actitud egoísta, pues sólo transmite sus sentimientos y experiencias sin darle importancia a las del otro. Norton (1983) refiere que el estilo de comunicación refleja la calidad de la relación marital y ayuda a mantener de manera estable la relación conyugal. En el mismo orden de ideas, Honeycutt, Wilson y Parker (1982) clasifican de manera general varios estilos de comunicación:

- El que impresiona al ser escuchado tanto por su comunicación verbal como por la no verbal.
- Dominante, es el que habla demasiado, simultáneamente, interrumpiendo a los demás.
- Pasivo, es el que habla tranquilo y libre de presión.
- Atento, es el que escucha al otro prestándole toda la atención.

Luego estos autores analizan estilos que se dan en las parejas funcionales y que son:

- Amistoso, el que profundiza favoreciendo la intimidad.
- Atento, el que escucha a la pareja atentamente.
- Preciso, el que expresa exactitud en su contenido.
- Expresivo, el que manifiesta sus pensamientos e impresiones, haciendo uso de la autodivulgación.
- Pasivo, el que habla tranquilo y libre de presión.
- Abierto, el que muestra sus sentimientos, creencias y opiniones y respeta las de su pareja.
- Dramático, el que se expresa fácilmente.

Después describen algunos estilos de comunicación en parejas no funcionales.

- Contenedor, el controversial y conflictivo.
- Animador, el que exagera el mensaje.
- Flexible, el que se adapta a cualquier contexto.

Luego de una revisión de los estudios realizados en distintas poblaciones y de poner de manifiesto que hay enormes coincidencias en cuanto a la importancia que se da a este aspecto dentro de la relación marital, se encontró un estudio realizado en población mexicana (Nina, 1991) que describe distintos estilos de comunicación en la pareja, y que son:

- Positivo, cuando alguno de los miembros de la pareja tiene una actitud abierta, quiere escuchar al otro tratando de comprenderlo, se dan intercambios de información e ideas, expresándolas de manera amable, educada y afectuosa.
- Negativo, es conflictivo, rebuscado, confuso ante situaciones de conflicto o desacuerdo, por lo que la comunicación es inadecuada.
- Reservado, uno de los cónyuges es poco expresivo al comunicarse, creando una barrera en este proceso, asumiendo un rol pasivo y desfavoreciendo la comunicación.
- Violento, la comunicación de la pareja se percibe como hostil. los cónyuges se mueven en situaciones de conflicto, de agresión verbal o física, afectando irremediabilmente la relación y propiciando la ruptura; la violencia puede ser consecuencia de sentimientos anteriores de resentimiento y decepción.

Estos estilos pueden presentarse en uno o en ambos cónyuges, lo que puede favorecer o complicar la relación. Esta misma autora plantea, además, que algunos de estos estilos de comunicación promueven una comunicación deficiente en la pareja, como son el negativo, el reservado y el violento, y de éstos el violento es el de peor pronóstico para el futuro de las relaciones.

Dentro del manejo de parejas y de la revisión de diversos estudios sobre el tema, se encuentra una coincidencia en cuanto a que la presencia de violencia en una relación marital es de mal pronóstico tanto para la funcionalización satisfactoria de ésta como para su futuro. Varios autores han estudiado las situaciones de violencia en las parejas y los resultados que conlleva, tal es el caso de Winkler y Doherty (1983) que encontraron que en la relación conyugal el ser agresivo se relaciona con una baja satisfacción marital.

También Holtzworth, en un estudio sobre la comunicación marital en parejas violentas y no violentas, encontró que las parejas con una relación violenta tienden a ser altamente demandantes y sin ningún tipo positivo de comunicación, además de despreciarse mutuamente. Rogge y Bradbury (1999) encontraron en 56 parejas estudiadas de recién casados, a quienes valoraron cuatro años después, que las parejas que se habían separado o divorciado fueron las parejas donde la comunicación era predominantemente agresiva, lo cual es un factor predictivo para el futuro de las relaciones de pareja.

En cuanto a la comunicación marital y el estilo de comunicación y su relación con la vida sexual satisfactoria, Purnine y Carey (1997) encontraron que el ajuste sexual

esta íntimamente ligado a la comunicación interpersonal en la pareja, al entendimiento mutuo sobre las preferencias del otro y a la capacidad para llegar a acuerdos, lo que sería un estilo positivo de la comunicación. Asimismo, destacan la importancia que tiene para la vida sexual de las parejas una comunicación positiva, la que ligan a relaciones duraderas y lo que ha permitido un desarrollo de la sexualidad, siendo ésta la forma más profunda de comunicación no verbal, la cual debe ser coherente con la comunicación general de la pareja pues, de lo contrario, se puede tratar de parejas disfuncionales donde las muestras de afecto son limitadas a la vida sexual.

Por último y a manera de conclusión, es importante destacar el abordaje de éstos aspectos en el terreno de la investigación, ello con el fin de poder confirmar y generar estrategias de tratamiento en el trabajo con parejas, ya que, con base en lo observado mediante la práctica clínica y la revisión de la literatura, estos factores son importantes para el funcionamiento satisfactorio de la pareja y la vida sexual de ésta, lo cual tiene implicaciones individuales, familiares y sociales. Masters, Johnson y Kolodny (1995) hacen referencia de la importancia de la comunicación afectiva como un factor esencial en el fomento y conservación de la intimidad, la cual se puede entender como la expresión de afecto, de sentimientos y de emociones, además de la comunicación no verbal, la cual es prioritaria en la vida sexual de la pareja, lo que no quiere decir que no se deba expresar verbalmente cuando haya que hacerlo para poder tener una vida sexual satisfactoria y duradera, de lo contrario una comunicación deficiente repercutirá negativamente en la vida sexual de la pareja.

El estudio del género ha sido ampliamente definido y estudiado en las últimas décadas. En los años sesenta el movimiento feminista cuestionó el hecho de si hay una relación entre las diferencias biológicas entre los sexos y las diferencias socioculturales, y orientó el debate a qué tanto los roles de género son determinados biológicamente o bien son constructos socioculturales; además, dicho movimiento cuestionó el hecho de que la mujer haya sido relegada del poder público y sólo considerada apta para el ámbito doméstico, además de por qué la diferencia sexual implica desigualdad social y si esta postura no es sólo la justificación de estas desigualdades.

Las conclusiones de Sullerot (1979), estudiosa feminista quién estudió el rol femenino desde diversos ángulos, como el biológico, el psicológico y el social, están encaminadas a que las diferencias sexuales no implican superioridad de un sexo sobre el otro. Estos estudios cambian la perspectiva tradicional, con la cual se pensaba que las diferencias entre el hombre y la mujer eran determinadas genéticamente bajo una visión asimétrica, unidimensional y bipolar, es decir, a mayor masculinidad menor feminidad y viceversa, hasta llegar a la perspectiva moderna donde se muestra que las características biológicas de los hombres y de las mujeres es sólo un factor en cuanto a los papeles sexuales y las características de la personalidad, y que hay otros factores que son determinantes -como el proceso de socialización- donde se incorporan características aceptadas para uno u otro sexo, y que se modifican de acuerdo a los cambios o necesidades de la sociedad. De ahí que las nuevas teorías, producto del análisis e investigación, sean las que demuestran que en las diferencias entre los sexos intervienen, además de las diferencias biológicas, todo un proceso de socialización y aculturación (Díaz, 1977). Así, la construcción social dicotómica de lo masculino-femenino marca estereotipos muchas veces

rígidos, condicionando roles y limitando las potencialidades humanas de las personas, pues la norma dicta que hay que ajustarse a comportamientos adecuados según el género respectivo.

Se puede entonces llegar a la conclusión de que la formación del género se debe, más que a una base natural e invariable, a una construcción social que incluye aspectos culturales y psicológicos, por los que se adquieren y desarrollan pautas de comportamiento y características que hacen posible la femineidad y la masculinidad, de lo que se derivan los roles de género. Para poder entender cómo se forma el género y sus procesos, es necesario primero definirlo como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a los hombres de las mujeres, como producto de un proceso histórico de construcción social (Benería, 1984). De ahí que las fuerzas que participan en la formación del género impliquen la transmisión y el aprendizaje de normas y reglas que informan a la persona acerca de la manera de comportarse, esto es, adecuada o incorrectamente. En el momento del nacimiento se asigna el género a partir de la diferencia biológica y, posteriormente, mediante la educación y la socialización que enseñan todas las conductas propias de cada sexo. De toda esta transmisión se encarga la familia, la educación escolarizada y no escolarizada, la religión, los medios masivos de comunicación, etcétera (Bustos, 1994).

En estudios recientes se observa la influencia de los roles parentales sobre la vida adulta de los hijos. Al respecto, Breakwell y Neillword (1997) refieren que la estructura del autoconcepto sexual está significativamente influida por representaciones sociales dominantes de las diferencias y relaciones de género. Snyder, Velasquez, Clark y Means-Christensen, (1997) examinaron la influencia parental en actitudes específicas relacionadas con los roles parentales y maritales y las actitudes del rol de género, encontrando que, las actitudes del rol marital y parental entre jóvenes adultos, están relacionadas a actitudes específicas del rol marital de sus padres.

El abordaje del concepto género lleva a la necesidad de un análisis y desglose del mismo, ya que ello finalmente constituye la identidad sexual -la cual desempeña un papel fundamental en el sistema de identidad del individuo- constituida por varios componentes:

- La asignación, atribución o rotulación de género. Se realiza en el momento del nacimiento, y se hace a partir de la apariencia de los genitales.

- **Identidad de género.** Es la convicción íntima y profunda que tiene cada persona de pertenecer a uno u otro sexo, más allá de sus características cromosómicas y somáticas.
- **Rol de género.** Es la expresión de masculinidad o femineidad de un individuo, de acuerdo con las reglas establecidas por la sociedad.
- **Orientación sexual.** Se refiere a las preferencias sexuales en la elección del vínculo erótico-sexual.

En el libro clásico de Money y Ehrhardt, escrito en 1972, se sentaron las bases para muchos trabajos posteriores, ya que es un obligado punto de partida para entender todo lo que implica el género: la identidad de género y rol de género.

La identidad de género es la igualdad, unidad y persistencia de la propia individualidad como varón, mujer o ambivalente, en mayor o menor medida, especialmente en cuanto se experimenta en la propia conciencia y conducta: la identidad de género es la experiencia privada del rol de género.

El rol de género es todo aquello que una persona dice o hace, para indicar a los demás o a ella misma el grado en que es hombre, mujer o ambivalente, e incluye, pero no se restringe a ella, la estimulación y la respuesta sexual; el rol de género es la expresión pública de la identidad de género. Posteriormente, los mismos autores aceptan a la orientación sexual dentro del concepto de identidad sexual.

El estudio de los distintos aspectos del rol del género ofrece datos muy importantes acerca de cómo éste es motor de serios conflictos interiores, de dificultades en las relaciones interpersonales y, por supuesto, de conflictos serios en la relación de pareja. El rol de género se establece dentro del proceso de socialización, que tiene que ver con un momento histórico determinado, es el que incorpora las conductas socialmente establecidas y aprobadas por la sociedad, el cómo debe portarse el niño o la niña, y si el sujeto actúa fuera del rango establecido es severamente juzgado y criticado. El hecho de haber considerado el rol de género como algo determinado genéticamente o de estar prescrito en algún "libro sagrado", es lo que ha ido cambiando a través de las generaciones del siglo XX. Distintos estudios han demostrado cómo las distintas culturas lo han establecido, tal y como lo describen Lara y Medina-Mora (1988): la discusión sobre si las características masculinas y femeninas se heredan o son producto de la cultura, la educación y la política, lleva a que estos últimos factores sean los que determinan estas características, y que los aspectos considerados tradicionalmente como masculinos y femeninos no son

privativos de uno y otro sexo. En la actualidad se piensa que es el balance adecuado de lo masculino y lo femenino lo que hace que el individuo muestre flexibilidad conductual, una mayor autoestima y un mayor ajuste personal; sin embargo, es importante señalar que la identificación en los primeros años de vida, con los aspectos de su propio sexo, es necesaria, aunque en los siguientes años también deberán integrarse elementos del otro sexo.

MASCULINIDAD-FEMINEIDAD

Delimitar las diferencias establecidas por la biología y aquellas que están determinadas socialmente, ha dado lugar a múltiples e importantes investigaciones. Además, desde que la mujer incursionó en la producción -la cual por un tiempo sólo correspondía al sexo masculino-, se ha cuestionado el concepto masculinidad-femineidad. Estudios diversos en el campo de la sociología y la psicología han dado conclusiones valiosas para su entendimiento.

En psicología, el rol de género tal vez sea uno de los conceptos más estudiados y controvertidos de los últimos años, por lo que es necesario definirlo. La masculinidad y la femineidad se entienden como aquellos rasgos de la personalidad que diferencian a los hombres de las mujeres. Así, desde la Antigüedad ya estaban definidas las características de lo masculino y lo femenino. Los chinos, por ejemplo, lo definían como el principio Yang y el principio Yin. El primero se caracteriza por ser enérgico, dinámico y asertivo, fálidamente creativo, activo y que fructifica, agresivamente combativo y destructivo, extrovertido e impulsivo, pero también disciplinado; el segundo por ser pasivo y contenedor, involucrado esencialmente con la gestación, sacando luz de la oscuridad e introvertido.

Asimismo, en la historia contemporánea también encontramos descripciones sobre los distintos roles. Así, las características masculinas son las denominadas instrumentales, o sea, las que están dirigidas a una acción u oficio, así como aquellas que tienen que ver con la autoprotección, orientadas básicamente a metas, con agresividad, búsqueda de dominio, autoafirmación, reflexión, razón, respeto por el orden, abstracción y objetividad. La adopción rígida del rol masculino lleva a los hombres a restringir sus expresiones emocionales, con dificultades en el manejo de sus sentimientos, llegando incluso a impedir que los demás las expresen, basan sus relaciones principalmente en el control, el poder y la competencia, tratando de mantener a los demás bajo su control, y manteniendo su autoridad a toda costa. Por otro lado, los rasgos femeninos están descritos como las características denominadas

de relación, así como la necesidad de involucrarse con los demás, más que con las ideas, y encaminadas hacia los sentimientos y la abstracción, pasivas, dóciles, expresivas, protectoras, orientadas a la crianza. Además, cuando la mujer tiene un apego excesivo a su rol, puede haber poca conciencia respecto de ella misma, con poca capacidad de expresar lo que quiere para que la entiendan, teniendo generalmente como únicas metas el matrimonio y la maternidad, pues lo consideran su destino, sin posibilidades de elegir, ya que se considera limitada en su independencia, en su poder de decisión y en su autosuficiencia. Sin embargo, todo esto no significa que los varones no puedan tener características femeninas o viceversa, sino que estos aspectos son predominantes en uno u otro sexo. En el concepto tradicional éstas características debían tenerlas bien delimitadas los hombres y las mujeres, pensando que esto los hacía más ajustados y mentalmente más sanos (Lara, 1993).

Ahora bien, el machismo en el hombre y la sumisión o síndrome de la mujer sufrida o marianismo en la mujer, son características, incluso socialmente aceptadas y apoyadas aunque poco deseables, que forman parte de la masculinidad y de la femineidad, pero que influyen de manera negativa en las distintas áreas de las personas, entre ellas el desarrollo de la sexualidad. El machismo se puede describir como el culto a la virilidad, lo cual se traduce en una exagerada agresividad, arrogancia y agresión sexual hacia la mujer, además de la necesidad de tener siempre la razón e incluso llegar hasta el extremo de considerar las opiniones divergentes como una declaración de enemistad; asimismo, el macho muestra inflexibilidad, tozudez e intransigencia, y desde luego es relevante la demostración de su potencia sexual, su masculinidad y su capacidad para tener hijos, provocándole mucha ansiedad cuando falla en alguno de estos aspectos; es común, además, el sometimiento de la esposa, impidiéndole que tenga contacto con otros hombres, aunque él mismo tenga constantes relaciones extramaritales; por último, es hablador, egoísta, avaro y hostil. Respecto de la sumisión de la mujer, se observa una necesidad exagerada por demostrar su gran fuerza espiritual con actitudes de abnegación y capacidad de soportar el sufrimiento, el cual no evita sino que lo exhibe; asimismo, muestra dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez frente al varón. Las niñas aprenden que el centro de atención es el hombre, quien debe ser atendido por la mujer, las hijas o hermanas (Stevens, 1973).

En estudios realizados en México con aspectos relacionados con la masculinidad y la femineidad, el machismo y la sumisión, este mismo autor refiere que si bien éstas tienen su origen en las culturas mediterráneas, en México se reafirmaron durante el proceso de la Conquista, por la presencia del dominador (varón blanco) y del

dominado (mujer indígena), y por la ausencia frecuente del padre que lleva al varón a una búsqueda permanente de reafirmación de su masculinidad imitando al conquistador. Tanto el poder absoluto masculino como la pasividad y santidad femenina, son mitos que ocultan diferentes estilos en el manejo del poder. En diversos subgrupos sociales de bajos ingresos se ha encontrado que hay una mayor acentuación del machismo y de sumisión, con la característica de ser familias más numerosas y de bajo nivel educativo. En estos subgrupos el varón trabaja fuera de casa fungiendo como proveedor, y la mujer se dedica básicamente al hogar, aunque es común que se dedique a algún trabajo “adicional” para ayudar a sostener el hogar, sin descuidar sus labores de ama de casa y madre; es común, además, el abandono del hogar del padre, por lo que la mujer tiene que asumir un doble papel, lo que la hace desarrollar una personalidad fuerte dentro del hogar convirtiéndola en el pilar. No obstante, hay un sistema patriarcal que considera al varón como la autoridad absoluta (Bejar, 1979).

En el subgrupo de ingresos medios y altos se han encontrado mayores cambios en cuanto a los papeles tradicionales. En el grupo de mayores ingresos se ha notificado que la mujer, paulatinamente, se ha involucrado cada vez más en actividades diferentes a las del hogar, pues tiene un mayor nivel educativo y la posibilidad de contar con ayuda doméstica, lo que le ha permitido una participación más intensa dentro del ámbito social, mayor oportunidad de realización profesional y posturas más liberales (Tarrés, 1989). Respecto de las familias menos acomodadas, los cambios han sido aún más condicionados, la participación masculina en las tareas domésticas es pobre, lo que complica a la mujer la posibilidad escalar profesionalmente, sobre todo si no cuenta con los recursos para pagar ayuda doméstica (Blanco, 1989).

Sin embargo, una mayor oportunidad en este grupo no implica un cambio radical en los papeles tradicionales. Estudios realizados a jóvenes universitarios, poco después de haber iniciado el movimiento feminista, mostraron que 71% de las mujeres afirmó que le gustaría seguir trabajando después de casadas, mientras que sólo 25% de los varones mencionó que le gustaría que sus esposas trabajaran (Leñero y Leñero, 1970). En cuanto a los rasgos de personalidad de las mujeres asociados al género, se concluyó que los aspectos negativos tales como el comportamiento pasivo, el sumiso y el dependiente, se asocian con una mayor frecuencia a síntomas depresivos y con neuroticismo (Lara, 1991).

SEXUALIDAD

Hablar de sexualidad es el hablar de un proceso complejo que está presente y se desarrolla durante toda la vida de los individuos. Hay que partir desde el momento de la concepción para integrar la sexualidad que se presenta por partes. La diferenciación sexual tiene dos momentos: la *primaria*, que incluye aspectos cromosómicos y genéticos, y la diferenciación *secundaria*, la cual abarca aspectos hormonales, nerviosos y de asignación social, momento en que empieza el complejo desarrollo de la identidad sexual y donde están contenidos la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual (García, 1994).

La sexualidad se encuentra organizada alrededor de varios factores que interactúan entre sí, y que son la *corporalidad* y el *sexo*, los *sistemas afectivos*, el *erotismo* y la *identidad sexual*, sin que ninguno de estos factores pueda entenderse de manera aislada. Asimismo, la sexualidad también incluye el proceso a través del cual una persona logra el sentido de “sí misma”, esto es, el reconocimiento de su propia imagen como hombre o como mujer, imagen que permite manifestar las cualidades humanas etiquetadas por la sociedad como masculinas y femeninas. La sexualidad es, además, una convicción personal que tiene el individuo sobre su pertenencia al sexo masculino o femenino. Al respecto, algunos autores señalan que la identidad de género dicta los modos de cómo se construye la sexualidad y refieren asimismo que ésta es una de las bases de la sexualidad (Corona, 1994). En el transcurso de los primeros años de vida del individuo se estructura la personalidad y, dentro de ésta, la sexualidad funge como un eje central que pasa por distintas etapas y se expresa de diferentes maneras para llegar, finalmente, a la manifestación de la madurez biológica y psicológica, es decir, la respuesta sexual humana.

En los estudios realizados en el INPer se encontró una prevalencia de poco más de la mitad de la población con problemas relacionados con una o más disfunciones sexuales (Sánchez, *et al.*, 1997). De ahí que surjan preguntas alrededor de los factores que intervienen en ello, pues dentro del paquete de la instauración de lo masculino y lo femenino los hay que pueden influir de manera negativa en el desarrollo de la sexualidad por los estereotipos de género que incluyen los aspectos no deseables de los roles de género que serían el machismo y la sumisión. Al respecto y a partir de resultados de investigaciones, Lara (1991) notifica que se ha detectado una relación entre puntuaciones altas de estos aspectos y síntomas emocionales tales como depresión, enojo y preocupación, ya que estos estereotipos son simplificaciones excesivas que reflejan prejuicios e ideas preconcebidas, lo que hace suponer que, por factores emocionales, también hay impacto en el desarrollo de

la sexualidad, pues en lo que se refiere a la conducta sexual y a los roles de género éstos están sujetos a los papeles asignados a cada sexo, y que van más allá de la dimensión biológica, y que facilitan o inhiben, aceptan o censuran ciertos comportamientos sexuales. En este sentido, está muy generalizado que al varón se le haya asignado por años un papel más activo y a la mujer el papel pasivo.

No es hasta que Masters y colaboradores (1995) comprueban la capacidad de respuesta sexual de la mujer que se polariza esta conducta y se generan consecuencias negativas para ambos sexos: en el varón por la presión que se ejerce para demostrar su potencialidad sexual, y en la mujer por la inhibición de su propia sexualidad, con la consecuencia de un pobre desarrollo de ésta y, por tanto, la presencia de problemas en la respuesta sexual. En los últimos años se han evaluado los factores negativos de la polarización del rol de género, lo que ha generado un cuestionamiento de los roles tradicionales, pero como en todo proceso de cambio, surgen las grandes contradicciones: la difícil aceptación de reglas o normas nuevas por la no tan fácil sacudida de reglas tradicionales. En etapas de transición se generan necesariamente serios conflictos, tal y como lo describe Cerruti (1993) “la virginidad es un signo de pureza en la mujer”, pero ¡he aquí la paradoja!, “para ser moderna e independiente la mujer debe obligatoriamente mantener relaciones sexuales”.

En relación con la sexualidad masculina también se han encontrado problemas. Por ejemplo, en un estudio Weiss, Kozmikova y Urbanek (1995), encontraron los siguientes rasgos de personalidad en los hombres con trastorno de la erección psicógena: *a)* un alto nivel de ansiedad y neurosis; *b)* una masculinidad reducida en la sociedad, y *c)* un desarrollo heterosexual normal y una libido conservada asociados con una función sexual marcadamente por debajo de lo normal en el presente. Los autores creen que confinar el diagnóstico y la aproximación terapéutica exclusivamente a la actividad sexual es mucha simplificación en estos pacientes; hay que considerar sus componentes tanto sociales como personales que son distintos en cada uno. A raíz de todos estos descubrimientos y resultados de investigaciones realizadas mundialmente, surge el concepto de androginia.

ANDROGINIA

A partir de los muchos movimientos sociales emergentes de las últimas décadas y del cuestionamiento de la polarización de los roles sexuales, y con base en investigaciones, varios autores han llegado a la conclusión de que las características masculinas y femeninas son dimensiones independientes, por lo que en un sujeto

pueden coexistir tanto rasgos masculinos como femeninos; de esto último surge el término androginia, descrito por Bem (1974) como las características balanceadas, en una persona, de masculinidad y feminidad, y que este balance es importante para la salud mental. Bem planteó dos hipótesis que consistían en probar que “Muchos individuos podrían ser andróginos, es decir, podrían comportarse de manera tanto masculina como femenina, afirmativa y flexible, pragmática y emotiva, dependiendo de lo apropiado de la situación” e “individuos fuertemente tipificados como masculinos o femeninos, podrían estar seriamente limitados en la gama de comportamientos disponibles al moverse de una situación a otra” (citado en Lara, 1994, t. 1, p. 321).

En la medida en que éstas hipótesis fueran ciertas, tendríamos que el individuo andrógino es aquel con un estándar de salud mental y no un individuo típicamente masculino o femenino. De estos primeros estudios se han derivado otros, algunos con resultados que apoyan esta primera afirmación (Bem y Lenny, 1976), y otros más donde los resultados son parciales (Gilbert, 1980). Sin embargo, se cree que hay factores tales como errores metodológicos y conceptuales que no han permitido llegar a tener conclusiones más contundentes.

En la observación clínica con el manejo de parejas, se ha detectado, no obstante, que muchos de los conflictos tienen que ver con los aspectos negativos de los roles de género; si éstos están muy polarizados, el conflicto es mayor, pues las opciones de solución son pobres, lo que conduce muchas veces a sabotear la intervención terapéutica al sentir amenazada la relación misma por no tener los recursos para transformarla de fondo y por la incorporación tan rígida de estos roles de género en su personalidad. Al respecto, Lara (1994 y 1993) añade que esta polarización se observa con más frecuencia en los sectores populares. De acuerdo con dicha observación clínica y sobre la base de la literatura de las investigaciones hechas en México, se ha demostrado que la presencia de ambos aspectos -masculinidad y femineidad, o sea, la androginia- es importante para la salud mental de los individuos pues se asocia con una menor depresión y neurotismo y una mayor extraversión. Se puede concluir que la presencia de patrones rígidos en el varón, relacionados con el rol de género, lo restringen en la expresión de sus emociones, dificultándole el manejo tanto de sus sentimientos como de los sentimientos de los demás, y que basa sus relaciones en el control, el poder y la competencia. En la mujer la polarización de su rol la restringe a hacer de su matrimonio y de la maternidad sus únicas metas, la mayor parte de las veces porque así se lo impone la sociedad y sin que se le permita adoptar una elección personal, pues en estos casos no tiene conciencia ni siquiera de esta posibilidad: esta parte del

rol femenino la limita en su independencia y autosuficiencia para poder decidir sus metas.

PAREJA

En el trabajo que se realiza con parejas, clínicamente se ha observado que cuando existe un marcado apego a elementos machistas en el varón y de sumisión en la mujer, las parejas tienen patrones tan rígidos en su conducta que el trabajo psicoterapéutico a veces no alcanza los resultados deseables, pues antes abandonan el tratamiento que modificar su forma de relación. Varios estudios han demostrado que este problema alcanza dimensiones dramáticas en México, pues el machismo está más arraigado que en otras culturas latinoamericanas, en tanto la sumisión está socialmente muy aceptada (Ramírez, 1977).

La inquietud por el estudio del rol de género ha ido en aumento por la aparición de nuevos cuestionamientos acerca de los roles tradicionales; su estudio abarca diversos aspectos que pueden influir negativamente en las personas por la polarización de los roles. Por ejemplo, en un estudio realizado en México se encontró que a mayor escolaridad y de una ocupación ascendente de las mujeres, está asociado con una posición de menor pasividad; por el contrario, a mayor número de hijos se presentan más características de sumisión y dependencia, no así en el varón, donde su rol como proveedor no se ve afectado por éstas variables (Lara, 1989). También se ha investigado acerca del efecto que tiene la polarización en el rol de género en la pareja, encontrando que hay mayor insatisfacción marital por la distancia entre lo que se espera y lo que realmente se tiene del otro (Díaz, Rivera y Sánchez, 1988). En el trabajo con parejas se ha observado con claridad cómo los modelos tradicionales presentan cambios muy rápidos, por lo menos en determinados niveles de la sociedad, lo que pone necesariamente en crisis las relaciones de pareja y familiares, pues ya no existe un modelo rígido a seguir donde cada uno de los sexos tenía que desarrollar únicamente características y roles que ya estaban determinados desde antes de nacer, generalmente rígidos, y que marcaban determinadas características o “cualidades” de la personalidad aceptada socialmente para cada sexo; si la persona se salía de este estereotipo era severamente juzgada o aislada, siendo labor de los padres transmitir esta conducta a los hijos. Se observa asimismo –particularmente en el caso de las mujeres- que cuando el rol no se asume por elección sino por imposición se presenta mayor frustración que se manifiesta con agresión, generalmente pasiva, al esposo, violencia hacia los hijos, insatisfacción en la vida sexual culpando al esposo de ello y, en general, una insatisfacción que invade todas las áreas de la vida. Todo lo

anterior se complica cuando existe la presencia de características indeseables del rol, como el vínculo hombre-abusivo-mujer-sumisa, que son las parejas con peor pronóstico.

En cuanto a la transformación de los roles tradicionales, que actualmente están en crisis, los estereotipos rígidos están en proceso de desaparición; sin embargo, como todavía no hay un modelo establecido, cada pareja se ve obligada a buscar su propio modelo, y es aquí cuando se ponen a prueba todas las características propias de cada individuo mismas que van a estar presentes en la relación para complicarla o para establecerla de una manera más sana. (Corey, 1993).

Por otro lado, el movimiento en los roles muchas veces se asocia no con la incorporación de partes del rol del sexo opuesto, sino como expresión de preferencia sexual. McConaghy y Zamir (1995), en un estudio comparativo entre 66 hombres y 51 mujeres estudiantes de medicina, encontraron que hay una correlación entre la homosexualidad y las conductas femeninas en los hombres; en las mujeres, los altos puntajes de masculinidad correlacionaron fuertemente con diversos comportamientos machistas. Por su parte Bradbury, Campbell y Fincham (1995) examinaron en un estudio longitudinal la masculinidad, la femineidad y los cambios en la satisfacción marital; los resultados indicaron que la satisfacción de las esposas declinó en la medida en que sus esposos mostraron menos cualidades masculinas deseables y más indeseables.

En la misma línea, Langis, Sabourin, Lussier y Mathieu (1994) realizaron un estudio de la relación entre masculinidad, femineidad y satisfacción marital con 117 parejas. Los resultados que obtuvieron para los hombres mostraron que la satisfacción marital estuvo relacionada con: *i)* su autodescripción de niveles de femineidad y masculinidad; *ii)* el nivel de femineidad de sus esposas, y *iii)* la presencia de cualidades femeninas, así como un nivel óptimo limitado de cualidades masculinas en sus esposas. Para las mujeres la satisfacción marital estuvo asociada con: *i)* el número de cualidades femeninas autodescritas, y *ii)* el nivel de masculinidad, así como un óptimo nivel de femineidad que ellas perciben en sus esposos. Las pequeñas diferencias en los niveles de masculinidad y femineidad atribuidos a las parejas constituyen predictores confiables de la satisfacción marital tanto para hombres como para mujeres. Almeida y Kessler (1998) estudiaron los estresores diarios y el estrés psicológico asociado a las diferencias de género en 166 parejas, y demostraron que las mujeres reportan niveles más altos de estrés durante más días, con menos días libres de estrés que los hombres. Las diferencias de género en el estrés diario son atribuidas a las mujeres por vivir las experiencias estresantes de manera más intensa.

Por último, se puede concluir que la transformación en los roles de género es un hecho que no se puede negar; tratar de aferrarse y defender posturas tradicionales es algo que perjudica más a la pareja actual. Con base en estudios e investigaciones se puede afirmar que las características de los roles de género no son biológicamente determinadas y mucho menos universales. Se tienen que plantear nuevas formas en las relaciones humanas y de pareja para tener responsabilidades compartidas en todos sentidos y oportunidades de desarrollo iguales, eliminando las características de género que limiten el desarrollo pleno de los sujetos o de alguno de los sexos.

6

ASERTIVIDAD



El estudio de la sexualidad humana y, en particular, de las disfunciones sexuales, plantea muchas interrogantes por la frecuencia en que se presentan estas últimas. Así, las inquietudes están encaminadas en el sentido del porqué algunas personas presentan este tipo de dificultades sexuales mientras que otras no, así como qué factores son los que influyen y cómo deben tratarse con técnicas complementarias de terapia sexual, ello con el propósito de alcanzar mejores modelos de atención. En relación con los factores individuales que pueden estar relacionados con alteraciones sexuales, la asertividad -habilidad que puede o no desarrollarse- adquiere singular importancia porque se cree que está ligada a muchas manifestaciones conductuales que pudieran favorecer el desarrollo sexual. Primero se describirá cómo y por qué se desarrolló el concepto de asertividad, para después revisar el porqué de su importancia en la vida sexual.

En el manejo con parejas con frecuencia se observa que las fallas en la comunicación se deben la mayor de las veces por la incapacidad para hacer planteamientos claros y directos de lo que se quiere, de los problemas o de las necesidades, complicándose los conflictos en vez de resolverse. El concepto de asertividad se ha estudiado exhaustivamente en los últimos años. Alberti y Emmons (1980) destacan que la conducta asertiva no ha sido inventada, pues forma parte de la conducta humana mucho antes que se definiera como conducta asertiva. Por su parte Wolpe (1969) la define como la expresión adecuada respecto a otra persona con cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad. Por otro lado, Lazarus (1973) refiere que es la habilidad de poder decir "no" junto con la también habilidad de saber pedir favores y de expresar ideas propias tanto negativas como positivas sin generar ansiedad. Cotler y Guerra (1976) opinan que la asertividad involucra el conocimiento y la expresión de los deseos, valores, necesidades, expectativas y frustraciones de un individuo.

afectando el cómo se interactúa con las demás personas. Rich y Schroeder (1976) establecen la funcionalidad de la asertividad al argumentar que la conducta asertiva se basa en la habilidad para buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos y deseos.

Una de las definiciones más completas es la de Jakubowski y Lange (1978), quienes refieren que actuar asertivamente significa hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma indirecta, honesta y de manera apropiada respetando los derechos de la otra persona. Así, la asertividad involucra la declaración de derechos personales expresando sentimientos y creencias sin violar los derechos de otras personas; en otras palabras, el mensaje básico de la asertividad tiene que ver con “esto es lo que pienso”, “esto es lo que siento”, “ésta es la forma en la que yo veo la situación”. Estos mensajes expresan “quién es la persona” y si lo hace sin dominar, humillar o degradar a los demás.

Grohol (1998) amplía el concepto al sugerir que se utilice el pronombre “yo” para expresarse, el cual consta de tres partes: 1) un sentimiento o deseo; 2) una descripción no culpígena de la situación, y 3) el efecto que la situación provoca en la misma persona, pues además de que el sujeto se hace responsable de conseguir lo que necesita de tal forma que se preserve la dignidad de otros, también le ayuda a mantener una alta autoestima, un sentimiento de seguridad y el reconocimiento social.

Mucho se ha discutido de los límites que tiene una conducta asertiva respecto de otras conductas. DeGiovani (1998) propone un modelo bidimensional, donde se puede dividir la conducta asertiva como expresión directa sin coerción, la no asertiva como la expresión indirecta sin coerción, la conducta agresiva como expresión directa con coerción y la pasivo-agresiva como la expresión indirecta con coerción. En ocasiones se llega incluso a confundir la asertividad con agresividad, pues se teme ser agresivo o juzgado como tal, sobre todo en determinadas cultura donde la asertividad no es muy aceptada, De Greco (1983) refiere que la conducta asertiva se caracteriza por la expresión directa de las necesidades, deseos o sentimientos sin violar los derechos de los demás, en cambio en la conducta agresiva hay comentarios hostiles, demandas inapropiadas, se rehusan peticiones de manera hostil y hay manipulación hacia los demás.

Por su complejidad, es necesario ampliar los conceptos para tener claridad respecto a lo que cada individuo maneja en su vida y delimitar si hay un trasfondo coercitivo o no. En el manejo con pacientes es de suma importancia poder discriminar las

diferentes formas de comportamiento para poder plantear un adecuado manejo. Bourne (1995) señala los siguientes estilos de comportamiento:

No asertividad o sumisión. Este comportamiento involucra 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 pedir lo que se quiere. El sujeto sumiso no se siente generalmente satisfecho, sino que se muestra inseguro y poco aceptado por los otros. Su objetivo es apaciguar a los demás y evitar conflictos a toda costa, aunque es común que el sujeto no asertivo termine por explotar.

Agresividad. La conducta agresiva puede involucrar la comunicación de forma demandante e incluso hostil hacia otros. Los sujetos agresivos son insensibles ante los sentimientos y derechos de los demás, obteniendo lo que desean a través de la coerción o la intimidación. La agresividad puede tener éxito por medio de la fuerza, haciéndose de enemigos y conflictos. Algunos ejemplos de los comportamientos agresivos son la pelea, la acusación y la amenaza sin tener en cuenta los sentimientos ajenos. El comportamiento agresivo aparece como consecuencia de la cólera o la ira y de la incapacidad para autocontrolarse.

Pasivo-agresivo. El sujeto con éstas características de comportamiento no expresa abiertamente sentimientos de enojo o agresión, sino de manera encubierta mediante resistencia pasiva. Con ello logra dejar a los demás con sentimientos de enojo, confusión y resentimiento, además de no conseguir los resultados que espera, revirtiéndose los conflictos no resueltos. Los sujetos pasivo-agresivos muchas veces manipulan a los demás jugando el rol de víctimas.

Asertividad. En términos generales, la conducta asertiva contrasta con los otros estilos, ya que significa pedir lo que realmente se quiere o decir no a lo que en realidad no se quiere, de una manera simple y directa, sin anular, atacar o tratar de manipular a nadie; es la habilidad para expresarse y comunicar las necesidades de una manera clara, adecuada y sin mensajes ocultos, con absoluto respeto hacia los demás.

Como refiere Smith (1983), básicamente hay tres modos de comportamiento, dos de ellos son los modos que se tienen en común con los animales inferiores y que son la lucha y la huida, y el tercero es la capacidad verbal para resolver problemas. Los dos primeros son muy mal vistos por la sociedad actual y se manejan de manera encubierta, como la agresión pasiva, la cual beneficia poco a la persona que la utiliza para resolver problemas, o la agresión que muchas veces complica la situación por

los sentimientos posteriores de culpa e incluso la depresión y el rechazo social de que es objeto.

En cuanto a los tipos de asertividad se pueden mencionar cuatro modos de conducta asertiva: **La asertividad básica**, que es la expresión de asentar los derechos, las creencias y los sentimientos personales como la expresión del afecto hacia otra persona. **La asertividad empática**, cuando la persona va más allá de la simple expresión de los sentimientos o necesidades, transmitiendo el reconocimiento de la situación o de los sentimientos hacia otra persona. **La asertividad escalar**, que es la que comienza con un mínimo de respuesta asertiva, pero ignorada por el otro, y como se ven amenazados algunos de los derechos de la persona la respuesta asertiva debe ser cada vez más firme, sin llegar a la agresión. **La asertividad confrontativa** se debe utilizar cuando las palabras de una persona contradicen sus hechos y consiste en describir objetivamente a la persona, lo que dijo y lo que hizo, para confrontarlo a los hechos, sin juzgarlo para no caer en la confrontación agresiva, esto es, sólo describiendo su comportamiento para hacerla sentir culpable (Jakubowski y Lange, 1978).

El estudio de la asertividad en la población mexicana ha tenido conclusiones importantes. Flores (1994) ha estudiado este constructo y define la asertividad como “la habilidad verbal de expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones tanto positivas como negativas, 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 ésta como las relaciones o situaciones de la vida cotidiana donde existe una interacción con desconocidos; relaciones afectivas en donde existe una interacción con personas involucradas sentimentalmente, es decir, familia, pareja y amigos y, relaciones educativo-laboral en donde la interacción se da con autoridades y compañeros en un contexto sociocultural determinado (p.133).”

Sobre la base de las anteriores definiciones se pueden considerar, en lo general, tres elementos: 1) que el individuo tiene derecho a expresarse; 2) que también es necesario el respeto hacia los otros y, 3) que es deseable que las consecuencias generadas por el comportamiento sean satisfactorias para ambos miembros de la interacción, o al menos estén encaminadas en esta dirección. Asimismo, las conclusiones de estos estudios permiten establecer tres dimensiones principales en las que se puede dividir este constructo y que proporcionan información sobre comportamientos ligados a la presencia o ausencia de la asertividad:

Asertividad Indirecta: Se refiere a la inhabilidad del individuo para poder tener enfrentamientos directos cara a cara con otras personas en situaciones cotidianas o de

trabajo, ya sea con amigos, familiares, jefes y compañeros de trabajo, lo que lo lleva a expresar sus opiniones, necesidades o sentimientos por medio de recursos indirectos, como son cartas, teléfono, terceras personas etc. y que le permitan mantener la distancia con el sujeto.

Asertividad en situaciones cotidianas: Se refiere a la habilidad del individuo 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 inhabilidad del individuo de expresar sus opiniones, necesidades y sentimientos, de hacer valer sus derechos, de decir "no" o de negarse a realizar alguna actividad, ya sea con familiares, amigos, jefes y compañeros de trabajo.

Otro aspecto importante y analizado fue la asociación existente entre estos factores y el locus de control, en donde se observó que los sujetos no asertivos son personas que piensan que el foco de control de su vida está en el exterior y lo explican de diversas maneras, como el que está regido por el fatalismo o la mala suerte o por un castigo cósmico, o por la afectividad en sus relaciones interpersonales. Este mismo patrón se observó en las personas con asertividad indirecta. En cambio, en las personas con asertividad en situaciones cotidianas, o sea, que son capaces de hacer valer sus derechos, el locus de control de su vida es interno.

Es importante señalar que la asertividad no es un rasgo aislado de la personalidad, sino que interactúa dentro de un contexto sociocultural determinado, de ahí que la conducta asertiva pueda tener efectos distintos dependiendo de la cultura, pudiendo ser deseable o no, por lo que para un adecuado entrenamiento asertivo siempre hay que tomar en cuenta el contexto cultural. Tal como lo refieren Rees y Graham (1991), el concepto de asertividad no es universal; para definirla y aplicar un entrenamiento asertivo, hay que considerar varios factores como son: 1) cada cultura y subcultura tienen diferentes actitudes, expectativas y formas de socializar la asertividad; 2) la asertividad es un concepto multidimensional que tiene un número diferente de dimensiones y factores y, 3) la asertividad está determinada por aspectos situacionales e interactúa con variables sociodemográficas de los sujetos.

El entrenamiento asertivo menciona varias habilidades que pueden adquirirse y su aplicación puede ser de gran ayuda para determinado tipo de situaciones o pacientes, como técnica complementaria de apoyo a tratamientos de psicoterapia, para resolver problemas concretos como el manejo de la ansiedad, tal y como lo muestra una

investigación realizada en 1997 en el Centro Médico de la Universidad de Indiana, Estados Unidos. Aschen introdujo este tipo de entrenamiento en pacientes psiquiátricos utilizando un diseño de Cuatro Grupos de Solomon, los resultados mostraron que los pacientes que recibieron este tipo de entrenamiento tuvieron una reducción de los niveles de ansiedad.

Para poder desarrollar la asertividad las técnicas verbales son importantes, ya que el comportamiento asertivo ayuda a mantener un alta autoestima, además de que permite conocer que tanto la conducta agresiva como la conducta pasiva no sirven para conseguir los objetivos deseados (Salmurri, 1991).

Con base en las distintas pero coincidentes definiciones de asertividad, este mismo autor refiere que en el entrenamiento asertivo hay varios niveles que desarrollar:

Conocer los derechos

<ul style="list-style-type: none"> ◦ Derecho a tener y cambiar de opinión • Derecho a cometer errores y, por tanto, a decidir, aun a costa de equivocarse • Derecho a decir no y no sentirse culpable ◦ Derecho a tomarse tiempo para tranquilizarse y pensar • Derecho a sentirse bien consigo mismo 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Derecho a tomar decisiones propias • Derecho a ser tratado con respeto • Derecho a hacer menos de lo que humanamente se es capaz de hacer • Derecho a pedir información • Derecho a poder reclamar los propios derechos
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Distinguir y desarrollar capacidades

<ul style="list-style-type: none"> ◦ Discriminar entre aserción, agresión y pasividad • Defenderse, sin agresión o pasividad, frente a la conducta poco cooperadora o poco apropiada o poco razonable de los demás 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Discriminar cuándo la expresión personal es importante y adecuada
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Los beneficios obtenidos al ser asertivo son

<ul style="list-style-type: none"> ◦ Incrementa el autorespeto y la satisfacción de hacer alguna cosa con la suficiente capacidad para aumentar la confianza y seguridad en la persona 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Mejora la posición social, la aceptación y el respeto de los demás, en el sentido de que la persona es capaz de afirmar sus derechos personales
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Como se puede apreciar, el manejo de la asertividad es importante para el establecimiento adecuado de las relaciones humanas en sus diversas modalidades, de ahí que sea importante observar cómo repercute o favorece la relación de pareja y con ella la vida sexual. De lo anterior se desprende el término asertividad sexual.

ASERTIVIDAD SEXUAL

La conducta asertiva es algo que influye en todas las áreas de la vida, incluida la sexual, pues ésta también incluye la capacidad de expresar los sentimientos y las necesidades, tal y como lo define Aguilar (1987), al señalar que la asertividad significa tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa, y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario: ser asertivo implica actuar bajo la convicción plena de que se tiene el derecho de ser uno mismo y de expresar los propios pensamientos y sentimientos en tanto se respeten los derechos y la dignidad de los demás, además de ser directo, ser honesto, tener control emocional, saber decir, saber escuchar, establecer límites, incluyendo el área no verbal como los gestos, las posturas, el contacto visual. Dentro de la vida sexual el lenguaje no verbal es fundamental para que ésta se desarrolle. En el manejo con pacientes que padecen dificultades en su vida sexual, al hacer la exploración, muchas veces se observa que este problema está enraizado o es consecuencia de problemas emocionales que impiden a los pacientes un adecuado desarrollo de su vida sexual. Incluso, luego de una aparente vida sexual adecuada, al establecerse una relación permanente la relación puede deteriorarse al grado de presentar alguna disfunción sexual cuando emerge lo enraizado.

Mediante la observación clínica y el establecimiento de planes de tratamiento, es posible agrupar las disfunciones sexuales bajo dos características principales. La primera es cuando la persona tiene una disfunción sexual sin que ésta se encuentre enraizada, esto es, producto de mayores problemas emocionales o de la misma relación de pareja; cuando esto sucede, las causas que se han detectado, pero que falta comprobar mediante un procedimiento metodológico, se deben a la falta de información sexual, o a temores no graves provocados por mitos o creencias sociales. En estos casos, con técnicas de terapia sexual, principalmente aportadas por Masters, Johnson y Kolodny (1995) y Kaplan, (1990), las pacientes resuelven el problema. La segunda característica es en los casos donde la disfunción sexual es parte de un conflicto mayor, tanto individual -depresión o de ansiedad-, como de pareja. en cuyo

caso el procedimiento a seguir es el abordaje mediante técnicas de terapia sexual, así como de otras técnicas terapéuticas.

Al respecto, Smith (1983) propone tres modelos básicos de tratamiento para el manejo de disfunciones sexuales:

El modelo de ansiedad. Este modelo, también planteado por Masters y Johnson (1995), parte del supuesto de si se tiene una disfunción sexual, esto es, que es persistente y recurrente y con la característica para ser diagnosticada como tal, significa que, aunque en otras áreas no haya problemas, la disfunción sexual traerá consigo otra serie de problemas, como la ansiedad, pudiendo ser más o menos intensa, dependiendo de las características de personalidad de cada individuo y de los factores externos que lo rodeen, en cuyo caso se establece un círculo vicioso entre el fracaso en el comportamiento sexual-aumento de la ansiedad, aumento de la ansiedad-fracaso sexual (el caso de la profecía cumplida); o bien puede también presentarse la disfunción sexual por un incremento en los niveles de ansiedad, por problemas de otra índole, pero que repercuten en esta área y que luego se complican con la reacción descrita anteriormente. En este sentido, Smith ha observado que las disfunciones sexuales presentes en este modelo son la eyaculación precoz, el trastorno de la erección en el varón y el vaginismo y la dispareunia en la mujer, así como el trastorno del orgasmo en ambos sexos. El tratamiento en estos casos sería el manejo de la disfunción sexual como cualquier problema fóbico porque, en esencia, sería el mismo mecanismo psíquico, teniendo como consecuencia el rechazo o la huida a la vida sexual.

El modelo de la ira. Este modelo parte del supuesto de que los conflictos en la vida sexual son el resultado de problemas de otra índole surgidos entre los cónyuges pero que repercuten de manera indirecta en la vida sexual, ello por los resentimientos que se generan en uno, en otro o en los dos, y tanto él como ella pueden llegar a sentir una intensa ira hacia el otro, aunque no expresada directamente sino a través de conductas agresivo-pasivas, como cansancio, somatizaciones, etc., y ello con el propósito de evitar el acercamiento sexual, planteando que el resultado es una disfunción sexual en la fase de deseo, como deseo sexual hipoactivo, o aversión al sexo o disritmia. El problema estriba en la incapacidad para poder comunicar asertivamente el disgusto hacia el otro. El tratamiento que Smith propone consiste en el entrenamiento asertivo para que el cónyuge que se inhibe sea capaz de expresar la ira que siente por su compañera (o), cuando se siente maltratado (a), es decir, poder ser más asertivo en situaciones de la vida cotidiana.

El modelo mixto. Este modelo parte del supuesto de que tanto la ira como la ansiedad están presentes en la relación de pareja, lo que hace sentir a una de las partes que es manipulada por el cónyuge, y con miedo de contradecir sus deseos por temor a su reacción. Cuando esto sucede en el ámbito sexual, una de las partes puede no tener deseos de establecer relaciones sexuales, de ahí que por temor finja, provocando un mal funcionamiento sexual, el cual será muy criticado por la otra parte. Es común que los problemas relacionados con deseo sexual hipoactivo o el trastorno de la erección en el hombre o dispareunia y trastorno del orgasmo en la mujer, estén presentes en este tipo de relación de pareja. En este sentido, el tratamiento requiere de un modelo más complejo, pues hay que manejar los dos factores, tanto entrenamiento asertivo como manejo de la ansiedad, complementado con técnicas sexuales. A manera de conclusión, Smith (1983) refiere que un comportamiento asertivo puede ayudar a hacer frente a las dificultades sexuales.

De los estudios revisados acerca de los factores que intervienen o están asociados con la presencia de disfunciones sexuales, adquieren relevancia dos investigaciones realizadas por Granero (1987 y 1994): la primera la llevó a cabo con mujeres orgásmicas y anorgásmicas de la ciudad de Rosario, Argentina, y hace referencia a la prevalencia de este tipo de disfunciones que es alrededor de 50%. Estudia a 30 mujeres, 15 orgásmicas y 15 anorgásmicas y plantea la hipótesis (entre otras) de que las mujeres orgásmicas obtendrían mayor puntaje en asertividad que las anorgásmicas, para lo cual utilizó el inventario de asertividad de Rathus; los resultados obtenidos en esta área fueron que las mujeres orgásmicas son significativamente más asertivas que las anorgásmicas. La segunda investigación se realizó a raíz del cuestionamiento de cuáles serían las características de personalidad aprendidas que podrían influir en la adquisición de conductas disfuncionales en las prácticas sexuales. En investigaciones anteriores Granero encontró una alta relación entre asertividad y algunas disfunciones sexuales, por lo que planteó las siguientes hipótesis: los varones eyaculadores precoces y las mujeres con vaginismo obtendrán un puntaje normal en asertividad; otra, los varones con disfunción eréctil y las mujeres anorgásmicas obtendrán un puntaje significativamente menor con respecto a la población normal en asertividad. El método empleado fue el estudio de pacientes varones y mujeres con disfunción sexual que acudieron a una institución a lo largo de ocho años: fueron clasificados y estudiados según la disfunción sexual que presentarían, formando cuatro grupos a estudiar: en el primer quedaron los varones con eyaculación precoz, en el segundo los varones con trastorno de la erección, en el tercero las mujeres con vaginismo y en el cuarto las mujeres con trastorno del orgasmo. Los resultados obtenidos corroboraron las dos hipótesis planteadas con un alto nivel de significancia, pues los varones con eyaculación precoz y las mujeres con

vaginismo tuvieron puntajes normales en asertividad, en cambio los varones con trastorno de la erección y las mujeres con trastorno del orgasmo tuvieron puntuaciones por debajo de la normalidad.

En otro estudio, Hulbert y Apt, (1991) difundieron los resultados que obtuvieron con la aplicación del Inventario de Asertividad Sexual, en los cuales las mujeres con asertividad sexual tenían alta frecuencia de actividad sexual y orgasmos, mayor deseo sexual subjetivo y mayor satisfacción sexual y marital. Por su parte, Haavio-Mannila y Kontula (1997) estudiaron dos muestras: una de 2 252 sujetos entre los 18 y los 54 años, y otra de 1 718 sujetos entre los 18 y los 74 años para ver factores correlacionados con el incremento de la satisfacción sexual, obteniendo que la edad joven, la sexualidad no reprimida, una infancia no religiosa, un inicio temprano de la vida sexual, una educación de alto nivel y asertividad sexual fueron los factores que correlacionaron más alto con la satisfacción sexual. Por otro lado, Breakwell y Neillword (1997), en un estudio sobre autoconcepto sexual y riesgo sexual, encontraron que las mujeres con un alto grado de asertividad eran menos prejuiciosas con respecto a la virginidad y habían tenido más parejas sexuales. Hulbert, Apt, y Rabehl (1993) estudiaron variables individuales y de relación de pareja y reportaron que la asertividad sexual, las actitudes positivas hacia el sexo (erotofilia) y las relaciones íntimas son predictores fuertes de la satisfacción sexual femenina, aún más de lo que se pudiera conocer mediante el conocimiento de la frecuencia de la actividad sexual, el número de orgasmos, el grado de excitación y deseo sexual.

Lo revisado en este capítulo permite estudiar un factor más que puede tener relevancia en el estudio de las disfunciones sexuales; sin embargo, los programas de atención no pueden considerar, en caso de que fuera un factor significativo en nuestra población, que este tipo de entrenamiento sea lo que va a resolver el problema. Desde luego, siempre hay que tomar en cuenta las circunstancias de cada paciente, así como la influencia de otros factores que puedan desencadenar este tipo de problemas. Con este enfoque será posible ofrecer tanto una mejor atención como una aportación más significativa para lograr mejores estrategias de intervención, ello sobre la base de la investigación en estos terrenos relativamente incomprensidos.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sobre la base que confiere la literatura antes mencionada y la importancia que existe entre los aspectos emocionales y los trastornos sexuales, esta investigación pretende detectar y comparar algunos factores de riesgo, tanto individuales como de relación de pareja, que puedan asociarse a la presencia de disfunciones sexuales, así como verificar la existencia de diferencias entre los grupos estudiados. De ahí surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿de qué manera se relacionan aspectos de comunicación y estilo de comunicación marital y algunas características individuales, como son asertividad y rol de género, con la presencia de disfunciones sexuales femeninas?, y ¿de qué manera se relacionan algunas variables sociodemográficas como edad, estado civil, religión, ocupación, años de relación de pareja, masturbación, información sexual, experiencias infantiles sexuales traumáticas y temores frente a la sexualidad, con la presencia de disfunciones sexuales?

JUSTIFICACIÓN

Para una institución que atiende problemas relacionados con la reproducción, como es el Instituto Nacional de Perinatología, es importante evaluar algunos factores de riesgo asociados con las disfunciones sexuales por las repercusiones que se dan en la pareja y en la familia. Las ventajas institucionales se pueden centrar en tener un mayor conocimiento de la población usuaria de los servicios que presta el Instituto para estructurar, en el menor tiempo posible, modelos de atención con objetivos claros para el manejo psicológico como servicio especial y de apoyo a las pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo General	Objetivos Específicos
<ul style="list-style-type: none">• Detectar en una población de mujeres mexicanas que acuden a una institución de salud, abocada a los problemas que giran alrededor de la reproducción, tanto problemas individuales como de pareja, para poder instrumentar programas de atención para el abordaje terapéutico de problemas de pareja y de disfunciones sexuales.	<ul style="list-style-type: none">• Establecer si los niveles de comunicación marital, así como el estilo de comunicación en un grupo de mujeres con disfunción sexual son distintos a los de un grupo de mujeres sin disfunción sexual.• Establecer qué áreas de la comunicación marital están asociadas a la presencia de disfunciones sexuales.• Identificar si algún estilo de comunicación marital está asociado a la presencia de disfunciones sexuales.• Determinar si el grado de asertividad y el rol de género son factores de riesgo asociados a la presencia de disfunciones sexuales.• Determinar si hay diferencias en algunas variables sociodemográficas como son edad, estado civil, religión, años de escolaridad, ocupación, años de relación de pareja, masturbación, información sexual, experiencias infantiles sexuales traumáticas y temores frente a la sexualidad entre mujeres sin disfunciones sexuales y mujeres con disfunciones sexuales.

HIPÓTESIS

Hipótesis conceptual

“La edad, una sexualidad no restringida, una infancia no religiosa, una alta educación, asertividad sexual, el considerar la sexualidad como algo importante en la vida, sentimientos recíprocos de amor, uso de material sexual, relaciones sexuales frecuentes, diversas técnicas sexuales y un orgasmo frecuente, están correlacionados con la presencia de una relación sexual placentera. Existen algunas diferencias de género entre estos factores y la satisfacción sexual.” (Havvio-Mannila, y Kontula, 1997, p. 399).

Hipótesis de trabajo

Las mujeres con disfunción sexual tienen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de comunicación marital, un estilo de comunicación diferente, y diferencias en asertividad y rol de género respecto a las mujeres sin disfunción sexual.

Hipótesis estadísticas

H 1. Existen diferencias significativas en los niveles de comunicación marital y en el estilo de comunicación entre los grupos de mujeres con y sin disfunción sexual.

H 2. Existen diferencias significativas en el grado de asertividad y el rol de género entre los grupos de mujeres con y sin disfunción sexual.

H 3. Existe relación en las variables sociodemográficas tales como edad, estado civil, religión, años de escolaridad, ocupación, años de relación de pareja, masturbación, información sexual, experiencias infantiles sexuales traumáticas y temores frente a la sexualidad, entre los grupos de mujeres con y sin disfunción sexual.

VARIABLES

Clasificación

Presencia o ausencia de disfunción sexual

Definición conceptual	Definición operacional
Las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja (Álvarez Gayou, 1986, p. 64).	Son las respuestas afirmativas en la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (Souza, <i>et al.</i> , 1987) o en la exploración de disfunciones sexuales.

Dependientes

1. Comunicación marital

Definición conceptual	Definición operacional
Contenido y cantidad de información que un cónyuge expresa a otro (Nina, 1991, p. 27).	Factor que se va a medir mediante la Escala de Comunicación Marital COMARI (Nina, 1991).

2. Estilo de comunicación

Definición conceptual	Definición operacional
Es aquello con lo que se le da forma al significado literal de la información que se esté brindando (Nina, 1991, p 27).	Aspecto que se va medir mediante la Escala de Estilo de Comunicación ECOM (Nina, 1991).

3. Rol de género

Definición conceptual	Definición operacional
Los roles o papeles de género se refieren a las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para hombres y mujeres (Lara, 1993, p. 316).	Respuestas del sujeto que se van a medir mediante el Inventario de Masculinidad y Femenidad (Lara, 1993).

4. Asertividad

Definición conceptual	Definición operacional
Es la habilidad verbal de expresar deseos, creencias, necesidades y opiniones tanto positivas como negativas, así como 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).	Son las respuestas del individuo medidas mediante la Escala Multidimensional de Asertividad (Flores, 1994).

Variables sociodemográficas

Se controlarán variables sociodemográficas para ver si se encuentra relación con la presencia de disfunciones sexuales, y qué son:

1. Edad

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

2. Estado civil

Definición conceptual	Definición operacional
Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles (Pascual y Echave, 1994, p. 277).	Situación legal que los entrevistados informan tener en el rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

3. Religión

Definición conceptual	Definición operacional
Conjunto de creencias, dogmas y prácticas relativas a lo que un individuo considera divino o sagrado (Pascual y Echave, 1994, p. 569).	Creencia divina que el entrevistado informa en el rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

4. Años de escolaridad

Definición conceptual	Definición operacional
Equivale a los años de asistir a la escuela y trae a la mente toda la gama de actividades que se llevan a cabo en la escuela (Diccionario de Ciencias Sociales, 1995).	Último grado de estudio que el entrevistado informa que cursó en el rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

5. Ocupación

Definición conceptual	Definición operacional
Trabajo, oficio o actividad en que uno emplea el tiempo (Pascual y Echave, 1994, p. 468).	Es el periodo en años que el sujeto informó al rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

6. Años de Relación de Pareja

Definición conceptual	Definición operacional
Conjunto de dos personas, especialmente si son varón o mujer (Pascual y Echave, 1994, p. 488).	Son los años de estar con su pareja que el sujeto informó en el rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

7. Masturbación

Definición conceptual	Definición operacional
Consiste en excitar con la mano los genitales propios o de la pareja, sea que se obtenga o no el orgasmo. La historia de su práctica en un individuo sirve, en sexología clínica, para evaluar su temperamento o individualización erótica. (Quijada, 1983, pp. 243-244).	Es la respuesta afirmativa que el sujeto proporcionó al rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

8. Información sexual

Definición conceptual	Definición operacional
Es 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 biológicos, 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).	Respuesta afirmativa que informa el sujeto al rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

9. Experiencias infantiles sexuales traumáticas

Definición conceptual	Definición operacional
Shock emocional que deja una impresión duradera en la mente, especialmente en el subconsciente y que en este caso su origen tiene que ver con algún aspecto sexual (Anguiano, 1992, p. 1209).	Es la respuesta afirmativa que el sujeto proporcionó al rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

10. Temores frente a la sexualidad

Definición conceptual	Definición operacional
Temor: ansiedad relacionada con una situación de peligro específica, anticipación de un acontecimiento con gran miedo (English y English, 1977). Sexualidad: se refiere a una dimensión de la personalidad, es decir, abarca todos los planos del ser sexual (Masters, <i>et al.</i> , 1995).	Es la respuesta afirmativa que el sujeto proporcionó al rubro correspondiente del Cuestionario de Sexualidad.

UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Las unidades de observación para detectar las disfunciones sexuales las constituyen cada una de las respuestas que las pacientes proporcionan a la HCCCSF (Souza, *et al.*, 1987), así como todas y cada una de las categorías de la disfunción sexual, las cuales se definen según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, APA, 1995), y que son:

Deseo sexual inhibido:	Ausencia o pobreza de fantasías sexuales y de deseos de actividad de forma persistente o recurrente.
Trastorno por aversión al sexo:	Aversión extrema persistente o recurrente hacia el sexo, evitando todos o casi todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.
Trastorno de la excitación sexual:	Fracaso completo, o parcial, persistente o recurrente, en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación propia de la excitación sexual hasta la

Disfunción orgásmica femenina:	terminación de la misma actividad. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer tras una fase de excitación normal.
Dispareunia:	Dolor genital persistente o recurrente en el hombre o en la mujer antes, durante o después de la relación sexual.
Vaginismo:	Aparición persistente o recurrente de un espasmo involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.
Disritmia:	Insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos (Álvarez-Gayou, 1986, p. 66).

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de población, descriptivo, comparativo, transversal, retrospectivo y correlacional.

DISEÑO

Se realizó un estudio no experimental, *expost-facto*, de una sola muestra y de observaciones independientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Las pacientes para su inclusión cubrieron los siguientes requisitos:

- a) Pacientes que ingresaron al INPer para su atención.
- b) Pacientes que no tuvieron un diagnóstico previo de retardo mental o trastorno psicótico.
- c) Pacientes que no tuvieron un diagnóstico previo de enfermedad orgánica, que pudiera condicionar las disfunciones sexuales tales como síndromes

neurológicos, endocrinos, cardiopatías, problemas vasculares, así como infecciones genitales.

- d) Pacientes con estudios de educación primaria como mínimo para la mejor comprensión de los instrumentos.
- e) Pacientes con relación de pareja establecida de por lo menos seis meses.
- f) Pacientes entre 25 y 45 años de edad.

POBLACIÓN

La población estuvo conformada por pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, institución de salud de tercer nivel de atención, para ser atendidas de algún aspecto relacionado con la reproducción. En el INPer se atienden problemas de embarazo de alto riesgo, esterilidad, infertilidad, problemas ginecológicos y climaterio.

MUESTRA

Se capturó una sola muestra no probabilística de la población que ingresó al INPer para su atención, con un procedimiento de selección por cuota y de observaciones independientes. Las pacientes se seleccionaron e integraron a la muestra después del estudio socioeconómico y antes de iniciar algún tratamiento médico; las pacientes debieron cubrir todos los criterios de inclusión; la muestra estuvo constituida por 200 pacientes.

Por ser una investigación no experimental, la muestra se dividió asimismo en 100 pacientes femeninas que no presentaron disfunción sexual (Grupo 1), y 100 pacientes femeninas que presentaron disfunción sexual (Grupo 2), lo cual se determinó después de aplicar la HCCSF (Souza, *et al.*, 1987).

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron fueron los siguientes:

1. **Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF)** [Souza, *et al.*, 1987]. La HCCSF se realizó con la finalidad de explorar la psicosexualidad

femenina. Los autores refieren que, desde el punto de vista clínico, la exploración de la sexualidad no difiere de otra actividad que se realice con fines de investigación, y donde sea necesario un proceso de anamnesis. Para detectar la gran cantidad de problemas de los que suelen ser portadores los pacientes, y en función de las dificultades inherentes a la exploración de esta área, como puede ser la poca cantidad de tiempo disponible o la influencia ideológica del personal encargado de la exploración, dan como resultado que en la exploración de esta área los datos puedan ser falseados o estar incompletos, derivados de la ignorancia o la distorsión, quedando muchas veces inexplorados síntomas importantes que influyen de manera determinante en la conducta y en la vida de los pacientes. El objetivo de la conformación de la HCCSF es tener una entrevista que represente ventajas técnicas prácticas que permitan a su vez un modelo de abordaje y conducta que reduzca la posibilidad de juicios de valor y consolide el profesionalismo de esta área, así como buscar una mejora en la calidad de los servicios, explorando problemas generalmente difíciles de tratar.

La estructura de la HCCSF es la siguiente: consta de 15 capítulos con 170 reactivos. Se trata de un cuestionario diseñado para obtener información clara y precisa en un formato donde el informante dé sus respuestas al entrevistador: la duración aproximada es de una hora. Lleva un orden sistemático con una secuencia que va de lo superficial a lo profundo, de lo sano a lo patológico, hasta llegar a la exploración de la sexualidad y de la presencia o no de disfunciones sexuales; el riesgo de manipular la prueba es mínimo ya que el entrevistador, además de ser entrenado previamente, responderá a cualquier duda que presente el informante. Las metas fundamentales de esta entrevista -que no es un instrumento psicológico- son clínicas, pero pueden extenderse a la docencia y permiten, dada su sistematización, hacer comparaciones bioestadísticas que apoyen la investigación clínica. Los capítulos son los siguientes:

1. Datos generales del aplicador	2. Datos generales del entrevistado
3. Motivo de estudio	4. Antecedentes familiares patológicos
5. Antecedentes personales patológicos	6. Antecedentes personales no patológicos
7. Problemas recientes	8. Antecedentes biopsicosociales de la sexualidad
9. Comportamiento sexual actual	10. Antecedentes terapéuticos
11. Estado actual de salud	12. Diagnóstico
13. Recomendaciones terapéuticas	14. Pronóstico
15. Comentarios y observaciones	

La validez de esta historia clínica fue realizada en la clínica Marina Nacional del ISSSTE con el propósito de conocer la demanda de consulta por problemas sexuales de mujeres en edad fértil, aplicándose a 306 pacientes y validándose por medio de jueces independientes.

2. **Escala de Comunicación Marital (COMARI).** Realizada por la Dra. Nina Ruth Estrella (1991), se diseñó para medir la cantidad de información que expresa un cónyuge 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 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 y el promedio de edad fue de 22.36 años. Se diseñó un cuestionario de preguntas abiertas donde los cónyuges, por separado, aplicaron libremente sus respuestas; se les preguntó sobre los temas principales de conversación con su pareja, lo que no conversan, lo que les gusta y lo que les molesta 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 conversación 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 fue para la construcción y aplicación de la escala. La muestra estuvo 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: afecto, emoción, familia extendida, vida sexual, amistades, hijos, vida laboral, relación marital, vida diaria, expectativas, economía y tiempo libre y atracción. Asimismo, se elaboraron 133 afirmaciones para medir la cantidad de información que expresa un cónyuge a otro sobre los temas presentados mediante una escala tipo Likert que variaba de poco a mucho (con un rango de 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 30.33 años. Se utilizó el cuestionario construido a partir de los estudios piloto 1 y 2, el cual estuvo compuesto por 86 reactivos que miden diferentes áreas de comunicación. Los resultados se analizaron en dos etapas: en la primera 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 la segunda, se notificaron los

resultados del análisis que se realizó por parejas, considerándola como una unidad. Además, se llevó a cabo un análisis de frecuencia para conocer la variabilidad de los reactivos; ninguno de los reactivos se eliminó. Con lo anterior, 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 47.2% de la varianza y con ello mejor definido estructuralmente 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 subescala se obtuvo mediante el Alpha de Cronbach, cuyos índices fueron en Sendi .92, Fam .86, Sexo .89, Hijos .89, Rema .80, Trabj .84, y constituida finalmente de 86 reactivos divididos en las seis dimensiones señaladas: para cada reactivo existen cinco opciones de respuesta que van del 1 al 5, se considera que la cantidad de información expresada por el sujeto es mucha cuando la mediana es mayor de 4, regular, cuando es de 2 a 4, y poca información cuando es menor a 2.

3. **Escala de Estilo de Comunicación (ECOM).** Realizada por Nina Estrella (1991), fue diseñada para medir la forma en que un cónyuge se comunica con su pareja y la forma en que percibe cómo su pareja se comunica con él (ella); consta de dos partes: la primera es la del estilo de comunicación que el cónyuge cree tener, la cual contiene 23 reactivos que miden cuatro dimensiones: positivo, violento, negativo y reservado; la segunda parte es el estilo de comunicación que percibe el cónyuge de su pareja, la cual contiene 25 reactivos que miden las mismas cuatro dimensiones de la primera parte. Para cada reactivo en general existen cinco opciones de respuesta que van de 1 a 5, también de tipo Likert. 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 edad de 32.36 años. Primero se elaboró un instrumento con base en los indicadores del concepto de estilo señalados en la literatura, básicamente de la teoría del comunicador de Norton (1983). Para la construcción se utilizó el método de Diferencial Semántico, habiéndose elaborado 43 adjetivos que describen la forma en que un cónyuge se comunica con su pareja y la manera 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 mediante un análisis de frecuencia para conocer la variabilidad de los reactivos; de este análisis quedaron 28 reactivos los cuales fueron sometidos a un análisis factorial ortogonal para establecer la validez de la construcción del instrumento; además, se seleccionaron por su claridad conceptual los cinco primeros factores que explicaron 46.5% de la varianza total. En cuanto al análisis del estilo 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 50.2% de la varianza total. La consistencia interna para cada subescala se obtuvo mediante el Alpha de Cronbach, cuyos índices finales fueron para el estilo del paciente positivo (Alpha = .79), violento (Alpha = .73), negativo (Alpha = .66) y reservado (Alpha = .64), y para el estilo de la pareja el positivo (Alpha = .84), violento (Alpha = .74), negativo (Alpha = .76) y reservado (Alpha = .69).

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 usó la misma muestra para comunicación marital y estilo de comunicación), aplicándose en sus dos escalas: una que mide la percepción que tiene el propio 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 para el estilo de la pareja.

4. Inventario de Masculinidad y Femenidad. Realizada por Lara (1993), es una escala que consta de 60 reactivos con siete opciones de respuesta de tipo Likert. El objetivo principal para el diseño de este instrumento fue que midiera de manera confiable y válida en México las características femeninas y masculinas de la personalidad basado en los aspectos más representativos de los papeles y estereotipos en la cultura mexicana, incluidos aspectos de machismo y sumisión.

La escala se centra en las características de personalidad que de manera más sobresalientes se atribuyen al varón o a la mujer; es decir, mide los rasgos de personalidad asociados al género. Para su elaboración, los reactivos fueron tomados de dos fuentes: la primera, del inventario de papeles sexuales de Bem (BSRI, 1974) que consta de tres escalas -masculina, femenina y deseabilidad social-, y mide rasgos de la personalidad considerados como deseables tanto para el varón como para la mujer estadounidenses. La segunda, de reactivos diseñados específicamente con base en rasgos y estereotipos comunes en México, notificados en la literatura y en los estudios sobre papeles de género (Lara, 1993).

De estos estereotipos se seleccionaron 58 reactivos que eran los que no se traslapaban con los reactivos del BSRI y se dividieron en cuatro escalas: masculina

positiva, masculina negativa, femenina positiva y femenina negativa: se aplicaron a una muestra de 1 301 sujetos que participaron voluntariamente y contestaron 2 042 inventarios con versiones diferentes. Los sujetos pertenecían a diferentes poblaciones, como estudiantes universitarios, parejas casadas y obreros. Después se procedió a la selección de reactivos mediante una prueba t entre los sexos para poder discriminar las respuestas de los varones de las mujeres y, además, para ver la cohesión y agrupamiento mediante análisis factoriales, usando el procedimiento de componentes principales, sin iteraciones y seguido de rotación varimax. En cuanto a los coeficientes de confiabilidad, los valores se situaron en un rango muy aceptable de .74 a .92, con excepción en el grupo de obreros de .67 a .69. Los reactivos que mostraron diferencias significativas en al menos dos de las seis comparaciones fueron seleccionados, quedando 36 atribuidos a los varones y 48 a las mujeres. Además, se seleccionaron 84 reactivos por medio de un análisis factorial y que resultaron con una carga alta de .40 o más en alguno de los factores, masculino, femenino o masculino-femenino, quedando 92 reactivos agrupados en cuatro escalas: Masculino (Masc), Femenino (Fem), Machismo (Mach) y Sumisión (Sum), escogiéndose 15 reactivos al azar de cada escala para quedar en total 60 reactivos, los cuales constituyen este inventario.

5. **Escala Multidimensional de Asertividad.** Realizada por Mirta Flores (1994), es una escala que consta de 92 reactivos con respuestas que van de 1 a 5.

El objetivo de elaborar este instrumento fue medir la asertividad en la cultura mexicana. Con este propósito la autora cubrió varias fases. En un primer estudio, revisó distintas pruebas construidas en varios países, decidiendo hacer la traducción del inglés de la Prueba de Asertividad de Rathus (RAS). La autora refiere que decidió usar esta versión pues en la literatura encontró que es la más usada 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 aplicarla a una muestra de 350 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Los resultados encontrados por medio del análisis factorial tipo PA₂ Varimax del estudio piloto, revelaron tres factores que explicaban 67% de la varianza total acumulada después de la rotación. Los factores encontrados fueron no asertividad, asertividad por medios indirectos y asertividad en situaciones cotidianas. Dichos factores resultaron diferentes conceptualmente a los investigados en el idioma original, es decir, las dimensiones de la prueba original no se mantuvieron en la cultura mexicana sino que aparecieron nuevas formas de conceptualización de la asertividad. Además, la confiabilidad obtenida en cada uno de los factores fue baja, por lo que se realizó un segundo estudio al 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, siendo más asertivos los hombres. Asimismo, se encontró una correlación significativa entre la escolaridad y no asertividad y asertividad por medios indirectos (Flores, Díaz y Rivera, 1986).

Posteriormente, se realizó un segundo estudio cuyos objetivos se listan a continuación: 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 autoconcepto, el locus de control y la orientación al logro. Participaron en total 1 883 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, Flores, *et. al.*, encontró que el significado semántico de la asertividad es denotativo y negativo dentro de la cultura mexicana. La segunda fase del estudio se desarrolló con base en los resultados señalados, así como en estudios previos (Flores, Díaz y Rivera, 1988), para lo cual se elaboró una escala multidimensional de asertividad para estudiantes y otra para empleados debido a que la asertividad depende del contexto situacional. Asimismo, realizaron los análisis psicométricos correspondientes, es decir, análisis factoriales para obtener la validez de constructo y la consistencia interna de los factores (Alpha de 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 = 0.70), asertividad en situaciones cotidianas (Alpha = 0.78), asertividad por medios indirectos con autoridades (Alpha = 0.58), y no asertividad en el área escolar (Alpha = 0.72). En cambio, para 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 diferentes factores 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 misma. Observaron que las personas asertivas son

personas con un autoconcepto positivo, con un 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 y con base en los resultados de la primera fase y de los estudios previos realizados por Flores, Díaz y Rivera (1988) se construyó una escala multidimensional de asertividad para estudiantes (estudio 4) y otra escala de multidimensional de asertividad para empleados (estudio 5). En esta segunda fase es donde se presentaron los análisis psicométricos realizados para cada uno de los estudios.

En la tercera fase se realiza el estudio 6, en la cual tanto la escala multidimensional de asertividad para empleados como las escalas multidimensionales de autoconcepto, orientación al logro y locus de control se aplicaron a una muestra no probabilística de la ciudad de México, en 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. Para cada estudio se presentaron, además, las diferentes fases de la metodología correspondiente, así como el análisis de las variables de criterio (género, edad, escolaridad) para cada caso (Flores, 1994).

PROCEDIMIENTO

La investigación se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología, la captura de la muestra se hizo en el Departamento de Psicología con la colaboración del Departamento de Trabajo social y de Consulta Externa del Instituto. Para la captura, se utilizó el siguiente procedimiento: a cada paciente que cumplió con los criterios de inclusión se le citó en el Departamento de Psicología del INPer inmediatamente después de que el Departamento de Trabajo Social efectuara el estudio socioeconómico correspondiente. Primero y antes de cualquier aplicación, se entregó a los pacientes la carta de consentimiento para su conocimiento y aceptación como un requisito del Comité de Ética para realizar la investigación. La carta especifica la finalidad que tiene la investigación en el Instituto, los beneficios y riesgos que se tienen, y el aspecto voluntario y confidencial de la participación, así como la independencia en cuanto al aspecto asistencial al que tienen derecho en la Institución, pudiendo retirar su consentimiento para seguir participando si así lo desean los pacientes. Los beneficios están encaminados a ofrecer un servicio psicológico si se llega a detectar algún problema de este tipo, esto luego de terminar su participación.

Posteriormente se aplicó la historia clínica de la sexualidad femenina (HCCSF) y los instrumentos; se hizo contrabalanceo cambiando el orden de los mismos para evitar un sesgo por cansancio del paciente. Tanto la aplicación de los instrumentos como de la historia clínica se realizó en los cubículos del servicio. La aplicación se llevó a cabo en una sola sesión, para evitar el riesgo de que las pacientes pudieran no regresar. Los instrumentos quedaron invalidados si en uno de ellos había tres o más reactivos sin contestar. Primero se realizó una prueba piloto para estructurar mejor las aplicaciones, pudiendo resolver problemas con el método; posteriormente se capturó la muestra de 200 sujetos femeninas en un periodo de aproximadamente de un año.

RESULTADOS

RESULTADOS

*D*e los resultados obtenidos se presenta, primero, el análisis descriptivo de la población, para lo que se aplicaron medidas de tendencia central; los grupos quedaron conformados como Grupo 1 (sin disfunción sexual) y como Grupo 2 (con disfunción sexual). Se estudiaron las variables sociodemográficas y las variables relacionadas con la vida sexual, las cuales se analizaron con una prueba no paramétrica (Ji cuadrada) por las características de las variables, describiendo las diferencias estadísticas obtenidas entre los grupos. Luego, se analizaron los resultados obtenidos en las variables medidas con los instrumentos, para lo cual se aplicó una prueba t de Student para encontrar diferencias entre un grupo y otro, tanto de los aspectos individuales como de los aspectos de pareja estudiados. Posteriormente se aplicó un análisis discriminante de cada variable dependiente estudiada. El trabajo se realizó en el programa estadístico SPSS para Windows, versión 10.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN

Una vez terminada la muestra, se procedió a la revisión de los datos; después se aplicaron medidas de tendencia central para conocer cómo se distribuyó la población en las variables sociodemográficas de cada grupo; posteriormente se aplicó una prueba no paramétrica, Ji cuadrada, para corroborar si había diferencias significativas entre los grupos en estas variables.

1. Distribución de la muestra por edad. La muestra estuvo constituida por 200 sujetos, 100 del Grupo 1, sin disfunción sexual, y 100 del Grupo 2, con disfunción

sexual. Las edades fluctuaron entre los 25 y los 36 años, con un promedio para el Grupo 1 de 28.6 años y para el Grupo 2 de 27.8 (figura 8-1).

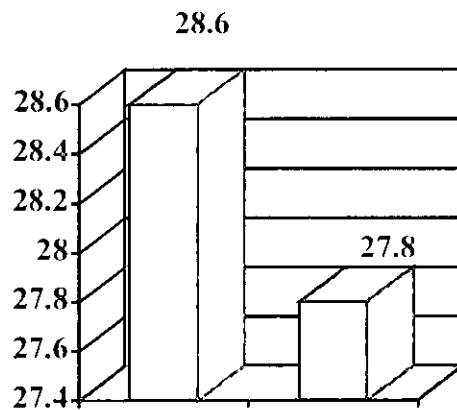


Figura 8-1. Distribución de la muestra por edad. La columna de la izquierda muestra al Grupo 1 (sin disfunción sexual) y la columna de la derecha al Grupo 2 (con disfunción sexual).

2. Distribución de la muestra por estado civil. En el Grupo 1 (sin disfunción sexual) la muestra se distribuyó con 77% de mujeres casadas y 23% en unión libre. En el Grupo 2 (con disfunción sexual) 67% fueron casadas y 33% en unión libre (figura 8-2).

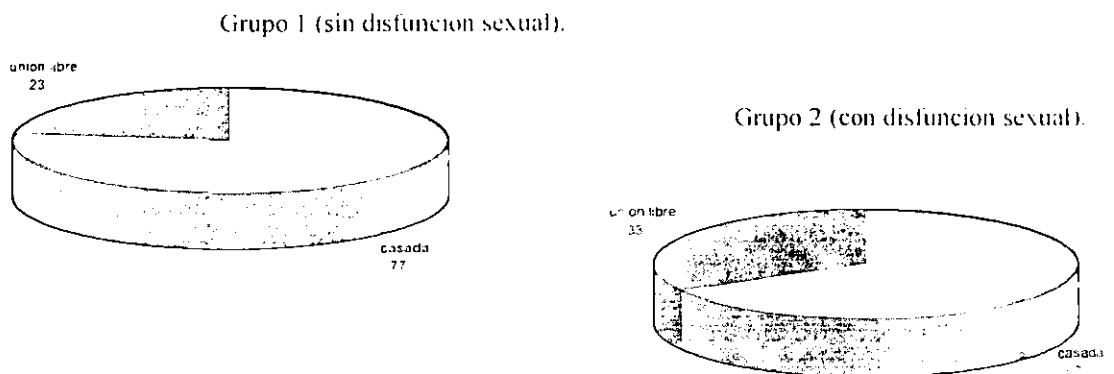
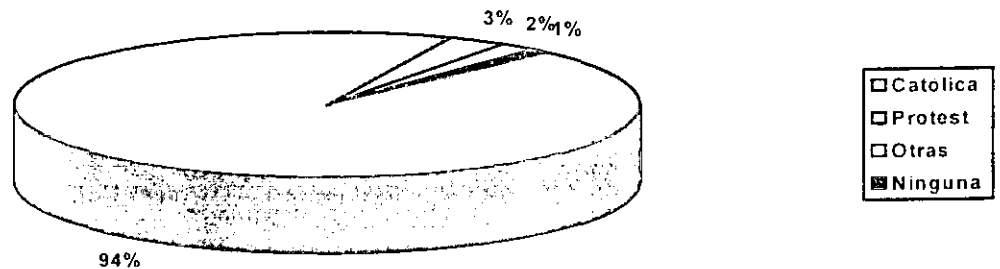


Figura 8-2. Distribución de la muestra por estado civil.

3. Distribución de la muestra por religión En ambos grupos la religión predominante fue la católica, con 94% en el Grupo sin disfunción sexual y con 87% en el Grupo con disfunción sexual, distribuyéndose el resto en distintas religiones en ambos grupos (figura -3).

Grupo 1 (sin disfunción sexual).



Grupo 2 (con disfunción sexual).

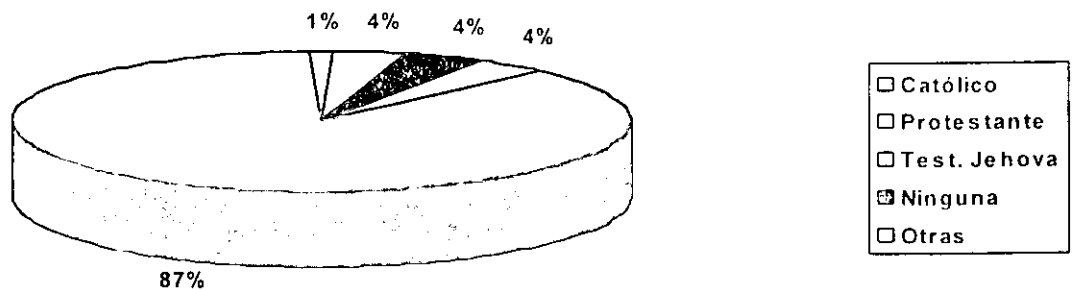


Figura 8-3. Distribución de la muestra por religión.

4. Distribución de la muestra por años de escolaridad. En cuanto a los años de escolaridad, encontramos que en el Grupo sin disfunción sexual se obtuvo un promedio de 12.3 años de escolaridad, y en el Grupo con disfunción sexual de 9.6 años (figura 8-4).

5. Distribución de la muestra por ocupación. Con relación con la ocupación, encontramos que la mayoría de las pacientes son amas de casa: 81% en el Grupo sin disfunción sexual y 86% en el Grupo con disfunción sexual. El resto de la muestra tiene diversas ocupaciones (figura 8-5).

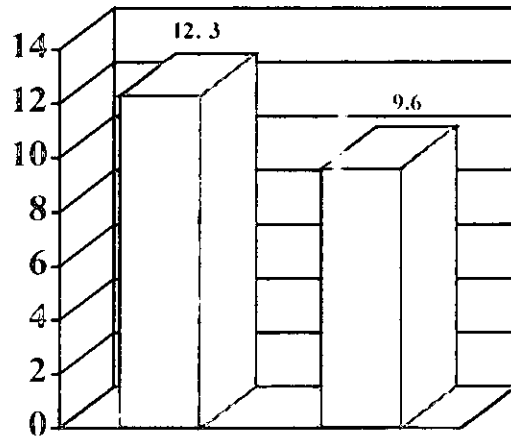


Figura 8-4. Distribución de la muestra por años de escolaridad. La columna de la izquierda muestra al Grupo 1 (sin disfunción sexual) y la columna de la derecha al Grupo 2 (con disfunción sexual).

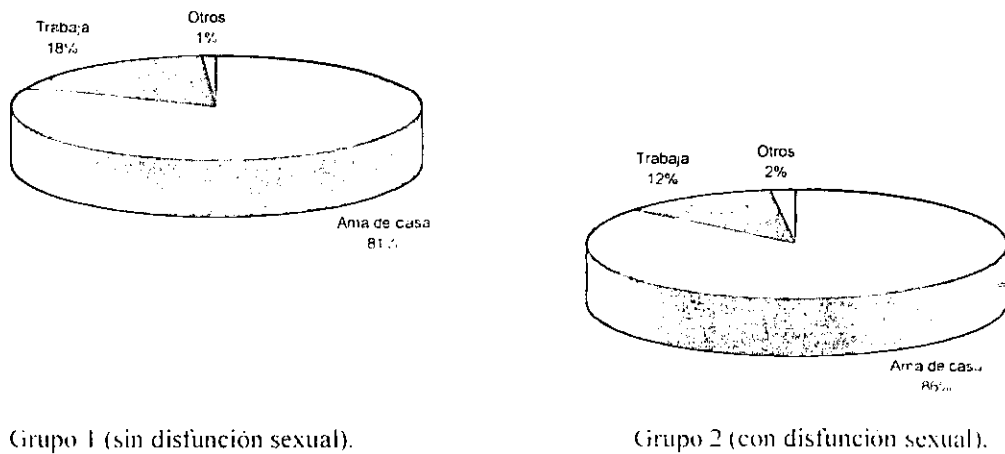


Figura 8-5. Distribución de la muestra por ocupación.

6. Distribución de la muestra por años de relación de pareja. En cuanto a los años de relación de pareja, encontramos que en el Grupo sin disfunción sexual el promedio es de 5.8 años, y en el Grupo con disfunción sexual es de 5.5 (figura 8-6).

7. Distribución de la muestra por masturbación. En cuanto a la masturbación, encontramos resultados con pocas diferencias entre los grupos: en el Grupo sin

disfunción sexual 85% de las mujeres informaron no haberse masturbado nunca, en tanto el Grupo con disfunción sexual 87% informó lo mismo (figura 8-7).

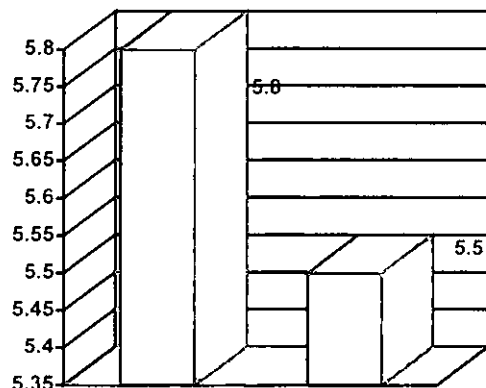
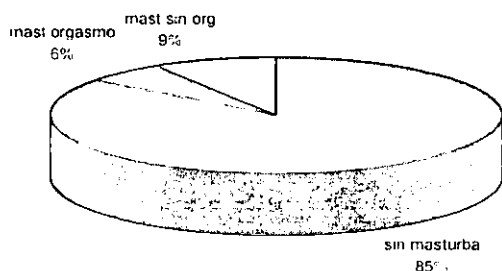
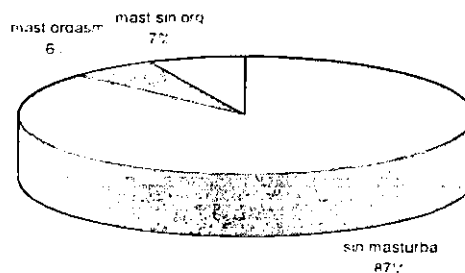


Figura 8-6. Distribución de la muestra por años de relación de pareja. La columna de la izquierda muestra al Grupo 1 (sin disfunción sexual) y la columna de la derecha al Grupo 2 (con disfunción sexual).



Grupo 1 (sin disfunción sexual).



Grupo 2 (con disfunción sexual).

Figura 8-7. Distribución de la muestra por masturbación.

En ninguna de las anteriores variables se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Ahora bien, en las siguientes variables se realizó un análisis estadístico

con una prueba no paramétrica (Ji cuadrada) para ver si se encontraban diferencias entre los grupos.

8. Distribución de la muestra por información sexual. En cuanto a la información sexual el análisis descriptivo indica que en el Grupo 1 (sin disfunción sexual) 38% de las mujeres no recibieron información sexual y 62% sí la recibieron; en cambio, en el grupo 2 (con disfunción sexual) 64% de las mujeres no recibieron información sexual y sólo 36% sí la recibieron (figura 8-8). Los resultados de la prueba Ji cuadrada indican que hay una diferencia significativa entre la presencia de disfunciones sexuales e información sexual, con $X^2 = 14.071$, $gl = 2$ y nivel de significancia de .001.

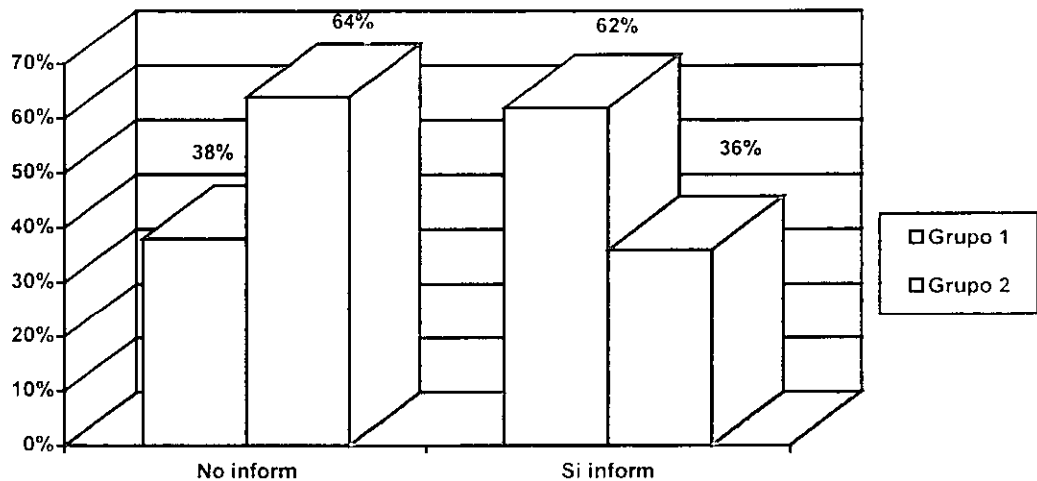


Figura 8-8. Distribución de la muestra por información sexual.

9. Distribución de la muestra por experiencias infantiles sexuales traumáticas. En cuanto a las experiencias infantiles sexuales traumáticas, el análisis descriptivo indica que en el Grupo sin disfunción sexual 94% de las mujeres respondieron que no tenían esta experiencia, y sólo 6% indicó que sí la tuvieron; en cambio, en el Grupo con disfunción sexual, 85% de las mujeres respondieron que no y 15% informó que sí tuvieron esta experiencia (figura 8-9). Los resultados de la prueba Ji cuadrada indican que hay una diferencia significativa entre presencia de disfunciones sexuales y las experiencias sexuales infantiles traumáticas, con $X^2 = 4.310$, $gl = 1$ y nivel de significancia de .03.

10. Distribución de la muestra por temores hacia la sexualidad. En cuanto a los temores hacia la sexualidad, el análisis descriptivo indica que en el Grupo sin

disfunción sexual 88% de las mujeres no informaron sobre temores hacia la sexualidad, y sólo 12% indicó tenerlos; en cambio, en el Grupo con disfunción sexual 74% de las mujeres informaron no tenerlos y 26% que sí (figura 8-10). Los resultados de la prueba Ji cuadrada indican que hay una diferencia significativa entre la presencia de disfunciones sexuales y los temores hacia la sexualidad, con $X^2 = 8.291$, $gl = 2$ y nivel de significancia de .01.

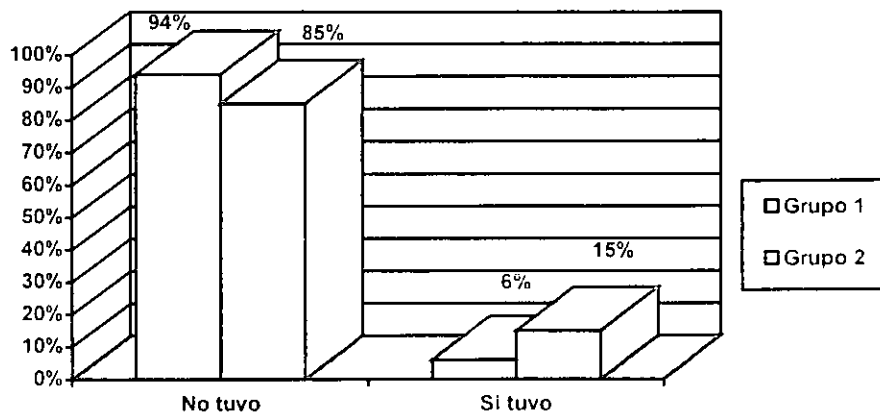


Figura 8-9. Distribución de la muestra por experiencias sexuales infantiles traumáticas.

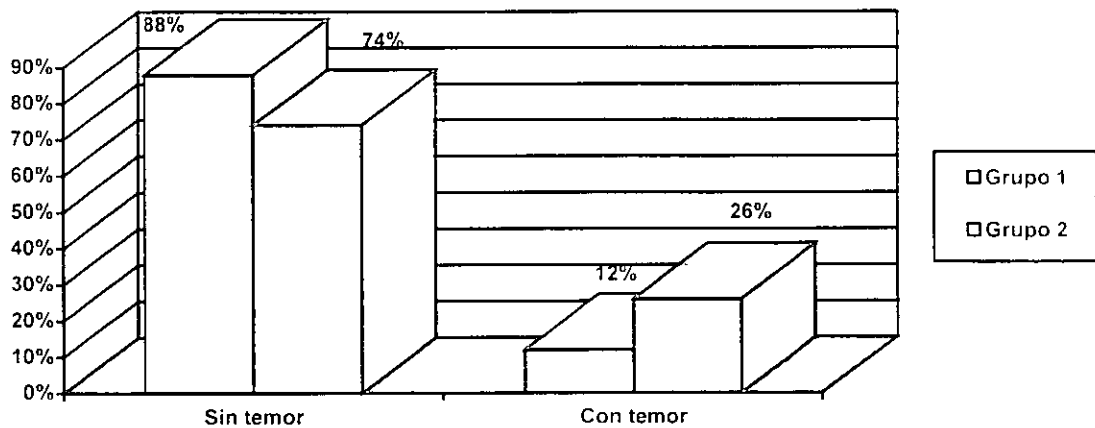


Figura 9-10- Distribución de la muestra por temores frente a la sexualidad.

11. Distribución de la muestra por número de disfunciones sexuales. En cuanto a la distribución de las disfunciones sexuales, en el Grupo con disfunciones sexuales encontramos que las disfunciones más frecuentes fueron tres: la inhibición del deseo con 57 casos, el trastorno orgásmico con 55 casos, y la disritmia con 49 casos; las otras cuatro disfunciones tuvieron una frecuencia de 36 casos de dispareunia, 29 casos la aversión al sexo, el trastorno de la excitación 22 casos, y el vaginismo una frecuencia de 6 casos (figura 8-11). En total, se registraron en el grupo con disfunciones sexuales un total de 254 disfunciones, lo que quiere decir que hay un promedio de 2.54 disfunciones por mujer, coincidiendo esto con el estudio exploratorio previo a esta investigación, en donde el promedio fue de 2.25 disfunciones por mujer (Sánchez, Morales, González y Romo, 1997).

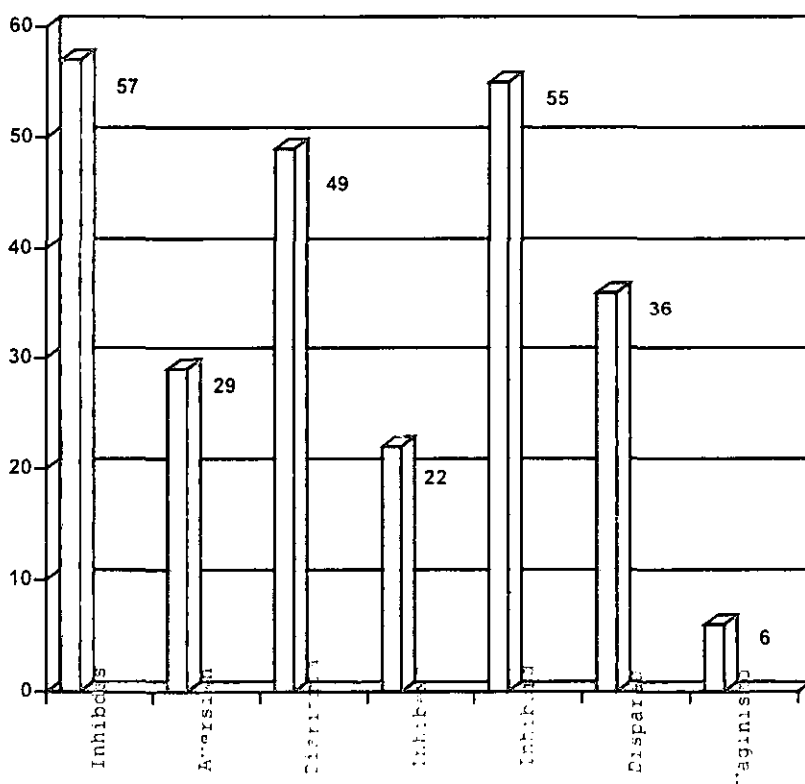


Figura 8-11. Distribución de la muestra por frecuencia de disfunciones sexuales.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Como primer paso, se llevó a cabo un análisis estadístico de la prueba t de Student para establecer las diferencias entre los grupos por cada instrumento de medición. Asimismo, se estudiaron los resultados de la Escala de Comunicación Marital (COMARI) mediante el análisis de las seis dimensiones que componen la escala, así como del resultado global, y que son: Sentimientos, Emociones y Disgustos; Familia Extendida; Vida Sexual; Hijos; Relación marital y Trabajo. Luego, se analizó la Escala de Estilo de Comunicación (ECOM), con sus ocho dimensiones: positivo, violento, negativo y reservado (cuatro en relación con el paciente y cuatro en función del cónyuge). Posteriormente se analizaron los resultados de la escala de Masculinidad y Femeineidad (IMAFE) en sus cuatro funciones que son masculinidad, femineidad, machismo y sumisión. Finalmente, se analizó la Escala Multidimensional de Asertividad con sus dimensiones: asertividad indirecta, asertividad en situaciones cotidianas y no asertividad.

Como segundo paso, se llevó a cabo un análisis discriminante mediante el método por pasos que incluye las variables de los instrumentos de medición como variables independientes para los dos grupos (sin disfunción sexual y con disfunción sexual).

DIFERENCIAS ENTRE AMBOS GRUPOS

1. Escala de Comunicación Marital (COMARI)

Primero se presentan los resultados de la Escala de Comunicación Marital (COMARI) con un análisis del resultado global (COMARITO) y las seis dimensiones que componen la escala, y que son: Sentimientos, Emociones y Disgustos (SENDI); Familia Extendida (FAM); Vida Sexual (SEX); Hijos (HIJOS); Relación marital (RELMART) y Trabajo (TRABJ).

CUADRO 8-1. Descripción de la Escala de Comunicación Marital y sus seis dimensiones

<i>Variables</i>	<i>Grupo 1 sin disfunción sexual Media</i>	<i>D.E.</i>	<i>Grupo 2 con disfunción sexual Media</i>	<i>D.E.</i>	<i>Valor t</i>	<i>Sig.</i>
COMARITO	3.195	.813	2.609	.706	5.443	.000
SENDI	3.149	.922	2.716	.844	3.464	.001

Cuadro 8-1 cont.

<i>Variables</i>	<i>Grupo 1 sin disfunción sexual Media</i>	<i>D.E.</i>	<i>Grupo 2 con disfunción sexual Media</i>	<i>D.E.</i>	<i>Valor t</i>	<i>Sig.</i>
FAM	2.959	1.027	2.444	.925	3.725	.000
SEX	3.267	.979	2.642	.960	4.559	.000
HIJOS	2.972	1.162	2.462	1.003	3.322	.001
RELMART	3.712	.891	3.121	.974	4.478	.000
TRABJ	3.336	.923	2.571	.889	5.969	.000

El análisis de esta escala permitió encontrar que en todas las dimensiones (incluido el resultado global) los resultados indican que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), por lo que se puede afirmar que existen diferencias significativas, en todas sus dimensiones, entre un grupo y otro con respecto a la Comunicación Marital; asimismo, se observa un nivel mayor de comunicación en el grupo sin disfunciones sexuales.

2. Escala de Estilo de Comunicación (ECOM)

En segundo lugar, se presentan los resultados de la Escala de Estilo de Comunicación (ECOM), con sus ocho dimensiones (cuatro en relación con el paciente y cuatro en relación con el cónyuge): positivo, violento, negativo y reservado.

CUADRO 8-2. Descripción de la Escala de Estilo de Comunicación Marital y sus ocho dimensiones

<i>Variables</i>	<i>Grupo 1 sin disfunción sexual Media</i>	<i>D.E.</i>	<i>Grupo 2 con disfunción sexual Media</i>	<i>D.E.</i>	<i>Valor t</i>	<i>Sig.</i>
Estilo paciente positivo	3.688	.859	3.442	.731	2.182	.030
Estilo paciente violento	2.574	.949	2.690	.988	-.847	.398
Estilo paciente negativo	2.252	.665	2.606	.792	-3.424	.001
Estilo paciente reservado	1.848	.758	2.105	.704	-2.485	.014
Estilo cónyuge positivo	3.676	.772	3.417	.843	2.266	.025
Estilo cónyuge violento	2.528	.727	2.699	.719	-1.673	.096

que puede afirmarse que existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a estas escalas; sin embargo, en la escala de masculinidad se observa un mayor nivel en el grupo sin disfunciones sexuales, observando lo contrario en la escala de sumisión, donde hay un nivel mayor en el grupo con disfunciones sexuales. En cuanto a las otras dos escalas, que son femineidad y machismo, los resultados indican que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_1), por lo que se puede afirmar que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a las escalas del inventario IMAFE.

4. Escala Multidimensional de Asertividad

En cuanto a la última parte, se presentan los resultados obtenidos en esta escala con sus tres dimensiones: asertividad indirecta, asertividad en situaciones cotidianas y no asertividad.

CUADRO 8-4. Descripción de la Escala Multidimensional de Asertividad y sus tres dimensiones

<i>Variables</i>	<i>Grupo 1 sin disfunción sexual Media</i>	<i>D.E.</i>	<i>Grupo 2 con disfunción sexual Media</i>	<i>D.E.</i>	<i>Valor t</i>	<i>Sig.</i>
Asertividad indirecta	2.530	.4158	2.776	.5194	-3.537	.000
Asertividad en situaciones cotidianas	3.831	.4888	3.533	.7039	3.474	.001
No asertividad	2.543	.5858	2.813	.5636	-3.545	.000

Al analizar los resultados obtenidos en esta escala, los resultados indican que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1) en las tres dimensiones, por lo que se puede afirmar que existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a la Escala Multidimensional de Asertividad: sin embargo, se encontró que tanto en asertividad indirecta como en no asertividad, en el grupo con disfunciones sexuales, hay un mayor nivel en cuanto a la presencia de esta función, mientras que en asertividad en situaciones cotidianas se tiene que hay un mayor nivel en cuanto a la presencia de esta función en el grupo sin disfunciones sexuales.

En cuanto al análisis discriminante, se encontraron los siguientes resultados: el análisis procesó 200 casos, los cuales se conformaron en dos grupos, el Grupo 1,

conformado por 100 pacientes sin disfunción sexual, y el Grupo 2, conformado por 100 pacientes con disfunción sexual. Se realizó el método por pasos con el método Mahal; se describirán, por grupos, de variables según los instrumentos utilizados en la investigación. Primero se analizaron las variables de comunicación marital, que son el puntaje global de la comunicación marital (comarito), sentimientos, emociones y disgustos (sendi), familia (fam), sexo (sexo), hijos (hijos), relación marital (relmart) y trabajo (trabj).

Se obtuvo una función discriminante que resultó estadísticamente significativa con una $p = .000$, seleccionando únicamente la variable trabajo, la cual explica el 100% de la varianza total. En los cuadros 8-5, 8-6 y 8-7 se describen las funciones canónicas discriminantes, los coeficientes estandarizados de las funciones canónicas discriminantes y sus centroides.

CUADRO 8-5. Funciones canónicas discriminantes

N = 200

FCN	Valor EIGEN	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica	Después de la función	Lambda de Wilks	Chi cuadrada	GL	Sig.
1	.180	100	100	.391	1	.848	32.679	1	.000

CUADRO 8-6. Coeficientes estandarizados

	Función 1
Trabajo	1.000

CUADRO 8-7. Funciones en los centroides de los grupos

Grupo	Función 1
1 sin disfunciones sexuales	.422
2 Con disfunciones sexuales	-.422

Al analizar los coeficientes estandarizados de las funciones canónicas discriminantes y los centroides de cada grupo, el estudio de esta primera parte de los seis factores estudiados referidos como importantes en la comunicación marital, el factor trabajo fue el único que se discriminó en la función asociada a las disfunciones sexuales femeninas, teniendo la función el grupo sin disfunciones sexuales y no presentando esta función el grupo con disfunciones sexuales: ello indica que las parejas que presentan disfunciones sexuales tienen una comunicación pobre en la escala de trabajo, la cual está definida, en este instrumento, como la información que se refiere al trabajo fuera del hogar que cada cónyuge desempeña y que es algo personal, y

hablar sobre ello puede ser un indicador de compartir la intimidad con el otro. Esta dimensión la define Nina (1991) como el factor que reafirma que, para los mexicanos, en este caso, todo aquello que se refiere a su trabajo es significativo en sus vidas.

Para concluir, en el cuadro 8-8 se muestran los resultados de clasificación, donde se puede observar que esta función permite hacer predicciones correctas sobre la asociación de la comunicación marital del trabajo y la presencia de disfunciones sexuales con una exactitud de clasificación de 67.5%. Por tanto, esto indica que las diferencias entre los grupos, en cuanto a la función discriminada, no son tan grandes.

Cuadro 8-8. Resultados de clasificación

<i>Grupo Real</i>	<i>Grupo de pertenencia pronosticado</i>		<i>Total de casos</i>
	Grupo 1	Grupo 2	
Sin disfunción sexual. Grupo 1	67	33	100
Con disfunción sexual. Grupo 2	32	68	100

Clasificados correctamente el 67.5% de los casos agrupados originalmente.

En cuanto al segundo grupo de variables, se encontraron los siguientes resultados: el análisis procesó 200 casos, los cuales se conformaron en dos grupos, el Grupo 1, pacientes sin disfunción sexual, y el Grupo 2, pacientes con disfunciones sexuales. El método se realizó por pasos con el método Mahal. En este segundo grupo las variables analizadas fueron las variables de estilo de comunicación que son: estilo de paciente positivo (estpacpo), estilo de paciente violento (estpacvi), estilo de paciente negativo (estpacne), estilo de paciente reservado (estpacre), estilo de cónyuge positivo (estconpo), estilo de cónyuge violento (estconvi), estilo de cónyuge negativo (estconne) y estilo de cónyuge reservado (estconre).

Se obtuvo una función discriminante que resultó estadísticamente significativa con una $p = .000$, discriminando dos variables, el estilo de la paciente negativo (estpacne) y el estilo del cónyuge negativo (estconne) las cuales explican el 100% de la varianza total. En los cuadros 8-9, 8-10 y 8-11 se expresan las funciones canónicas discriminantes, los coeficientes estandarizados de las funciones canónicas discriminantes y sus centroides.

CUADRO 8-9. Funciones canónicas discriminantes

N = 200

FCN	Valor EIGEN	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica	Después de la función	Lambda de Wilks	Chi cuadrada	GL	Sig.
1	.091	100	100	.288	1	.917	17.109	2	.000

CUADRO 8-10. Coeficientes estandarizadas

	Función 1
ESTPACNE	.596
ESTCONNE	.626

CUADRO 8-11. Funciones en los centroides de los grupos

Grupo	Función 1
1 sin disfunciones sexuales	-.300
2 Con disfunciones sexuales	.300

Mediante el análisis de los coeficientes estandarizados de las funciones canónicas discriminantes y los centroides de cada grupo con los ocho factores estudiados en esta segunda parte, dio como resultado que fueron dos factores los que discriminó la función, el estilo de la paciente negativo (estpacne), y el estilo del cónyuge negativo (estconne), los cuales están asociados a las disfunciones sexuales femeninas, teniendo la función el grupo con disfunciones sexuales sin que se presente esta función en el grupo sin disfunciones sexuales. Nina (1991) hace referencia de los resultados que obtuvo a lo largo de la construcción de este instrumento, e informa que las parejas de mayor edad, con mayor número de años de casados, con más hijos y menor escolaridad, son los que platican menos entre sí y utilizan más estilos negativos; refiriere, además, que si disminuye la comunicación marital entre cónyuges con problemas, disminuye la intimidad y, al disminuir ésta, el estilo de comunicación se torna verbalmente negativo.

Cabe señalar que la medición del estilo de comunicación se realizó en dos partes: la primera mide la percepción que tiene el propio cónyuge de su estilo; la segunda, la percepción que tiene el cónyuge del estilo de su pareja. Los resultados permiten observar la coincidencia con lo encontrado en la realización del constructo: dimensiones iguales tanto para el cónyuge como para la pareja, es decir, que ello hace suponer que en la medida en la que el cónyuge perciba su propio estilo, de igual manera evalúa el estilo de su pareja, lo que se corrobora en este estudio, pues la prueba discriminó la misma dimensión en ambas partes. Este estilo se caracteriza por

ser conflictivo, rebuscado y confuso, por lo que la comunicación se afecta, y como este estilo se asocia a la presencia de disfunciones sexuales, el grupo con disfunciones sexuales tiene esta función.

Para concluir, el cuadro 8-12 muestra los resultados de clasificación, pudiéndose observar que esta función permite hacer predicciones correctas sobre la asociación del estilo de comunicación negativo de la paciente y del estilo de comunicación negativo del cónyuge y la presencia de disfunciones sexuales con una exactitud de clasificación de 61.0%. Por tanto, esto indica que en este grupo de variables las diferencias son todavía menores entre los grupos que en el grupo de variables analizadas.

CUADRO 8-12. Resultados de clasificación

<i>Grupo Real</i>	<i>Grupo de pertenencia pronosticado</i>		<i>Total de casos</i>
	Grupo 1	Grupo 2	
Sin disfunción sexual. Grupo 1	63	37	100
Con disfunción sexual. Grupo 2	41	59	100

Clasificados correctamente el 61% de los casos agrupados originalmente.

En cuanto al tercer grupo de variables se encontraron los siguientes resultados. El análisis procesó 200 casos, los cuales se conformaron en dos grupos: el Grupo 1, pacientes sin disfunción sexual, y el Grupo 2, pacientes con disfunciones sexuales. Se realizó el método por pasos con el método Mahal; en este tercer grupo las variables analizadas fueron masculinidad y femineidad: masculinidad (masc), femineidad (fem), machismo (mach), y sumisión (sum). Se obtuvo una función discriminante que resultó estadísticamente significativa con una $p = .000$, discriminando una sola variable, sumisión, la cual explica el 100% de la varianza.

En los cuadros 8-13, 8-14 y 8-15 se muestran las funciones canónicas discriminantes, los coeficientes estandarizados de las funciones canónicas discriminantes y sus centroides.

CUADRO 8-13. Funciones canónicas discriminantes

N = 200

<i>FCN</i>	<i>Valor EIGEN</i>	<i>% de varianza</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Correlación canónica</i>	<i>Después de la función</i>	<i>Lambda de Wilks</i>	<i>Chi cuadrada</i>	<i>GL</i>	<i>Sig.</i>
	.114	100.0	100.0	.320	1	.897	21.393	1	.000

CUADRO 8-14. Coeficientes estandarizados

	<i>Función 1</i>
Sumisión	1.000

CUADRO 8-15. Funciones en los centroides de los grupos

<i>Grupo</i>	<i>Función 1</i>
1 sin disfunciones sexuales	-.337
2 Con disfunciones sexuales	.337

Analizando los coeficientes estandarizados de las funciones canónicas discriminantes y los centroides de cada grupo y de los cuatro factores estudiados en esta tercera parte, fue un solo factor el que discriminó la función, sumisión, la cual está asociada a la presencia de disfunciones sexuales femeninas, esto es, la función la tiene el grupo con disfunciones sexuales sin que se presente en el grupo sin disfunciones sexuales. En cuanto a la definición de este factor, Lara (1993) hace una investigación de este fenómeno, el cual se describe como sumisión, síndrome de la mujer sufrida o marianismo que consiste en la parte negativa de la femineidad que tiene que ver con el culto a lo femenino, que enseña que las mujeres son espiritualmente superiores y más fuertes que los hombres por lo que deben demostrarlo tolerando el sufrimiento y el maltrato, caracterizándose por una gran dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez en la relación con el varón, lo que las lleva a no evitar el sufrimiento, sino a luchar por hacer que se conozca, mostrando actitudes de abnegación que son más pronunciadas entre más sufrimiento les inflijan sus cónyuges.

Para concluir, en el cuadro 8-16 se muestran los resultados de clasificación, donde se puede observar que esta función permite hacer predicciones correctas sobre la asociación del grado de sumisión de la paciente y la presencia de disfunciones sexuales con una exactitud de clasificación de 63.0%. Esto muestra que la variable discriminada dentro de este grupo, aunque es significativa, no es indicador de grandes diferencias entre los grupos.

CUADRO 8-16. Resultados de clasificación

<i>Grupo Real</i>	<i>Grupo de pertenencia pronosticado</i>		<i>Total de casos</i>
	Grupo 1	Grupo 2	
Sin disfunción sexual. Grupo 1	68	32	100
Con disfunción sexual. Grupo 2	42	58	100

Clasificados correctamente el 63% de los casos agrupados originalmente.

En cuanto al cuarto grupo de variables se encontraron los siguientes resultados: el análisis procesó 200 casos, los cuales se conformaron en dos grupos, el Grupo 1 (pacientes sin disfunción sexual) y el Grupo 2 (pacientes con disfunciones sexuales); se realizó el método por pasos con el método Mahal. En este cuarto grupo las variables analizadas fueron las variables de la escala multidimensional de asertividad y que son: asertividad indirecta (ASEINDPRO), asertividad en situaciones cotidianas (ASERSPRO) y no asertividad (NASERPRO).

Se obtuvo una función discriminante que resultó estadísticamente significativa con una $p = .000$, discriminando dos variables; asertividad indirecta (ASEINDPRO) y asertividad en situaciones cotidianas (ASERSPRO), las cuales explican el 100% de la varianza. En los cuadros 8-17, 8-18 y 8-19 se muestran las funciones canónicas discriminantes, los coeficientes estandarizados de las funciones canónicas discriminantes y sus centroides.

CUADRO 8-17. Funciones canónicas discriminantes

N = 200

<i>FCN</i>	<i>Valor EIGEN</i>	<i>% de varianza</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Correlación canónica</i>	<i>Después de la función</i>	<i>Lambda de Wilks</i>	<i>Chi cuadrada</i>	<i>Gl.</i>	<i>Sig.</i>
1	.095	100.0	100.0	.295	1	.913	17.888	2	.000

CUADRO 8-18. Coeficientes estandarizados

	<i>Función 1</i>
ASERINDPRO	.630
ASERSPRO	-.604

CUADRO 8-19. Funciones en los centroides de los grupos

<i>Grupo</i>	<i>Función 1</i>
1 sin disfunciones sexuales	-.307
2 Con disfunciones sexuales	.307

Analizando los coeficientes estandarizados de las funciones canónicas discriminantes y los centroides de cada grupo en esta cuarta parte, de los tres factores estudiados, fueron dos factores los que discriminó la función: asertividad indirecta y asertividad en situaciones cotidianas. En cuanto a la asertividad indirecta se encuentra que esta función no está presente en el grupo sin disfunciones sexuales y sí lo está en el grupo con disfunciones sexuales. En cuanto a la asertividad en situaciones cotidianas se encuentra que está presente en el grupo sin disfunciones sexuales y no en el grupo con disfunciones sexuales. Por lo anterior, se puede afirmar que la asertividad indirecta está asociada a la presencia de disfunciones sexuales, y la asertividad en situaciones cotidianas está asociada a mujeres que no presentan este problema. En cuanto a la definición de estos factores, Flores (1994) describe, primero, la conducta asertiva como la capacidad de pedir lo que realmente se quiere o decir no a lo que realmente no se quiere, de una manera simple y directa, sin anular, atacar o tratar de manipular a nadie; es la habilidad para expresar y comunicar las necesidades de una manera clara, adecuada y sin mensajes ocultos, con respeto a los demás.

Las conclusiones de estos estudios indican tres dimensiones principales en los que se puede dividir este constructo y que proporcionan información sobre comportamientos ligados a la presencia o ausencia de la asertividad, y que son:

Asertividad Indirecta: Se refiere a la inhabilidad del individuo para poder tener enfrentamientos directos, cara a cara, con otras personas en situaciones cotidianas o de trabajo, ya sea con amigos, familiares, jefes y compañeros de trabajo, lo que lo lleva a expresar sus opiniones, necesidades o sentimientos por medio de recursos indirectos, como son cartas, teléfono, terceras personas, etc., que permiten mantener distancia con el sujeto.

Asertividad en situaciones cotidianas: Se refiere a la habilidad del individuo 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 inhabilidad del individuo de expresar sus opiniones, necesidades y sentimientos, de hacer valer sus derechos, de decir "no" o de negarse a realizar alguna actividad ya sea con familiares, amigos, jefes y compañeros de trabajo.

Es importante señalar que la asertividad no es un rasgo aislado de la personalidad, sino que interactúa dentro de un contexto sociocultural determinado, por lo que la

conducta asertiva puede tener efectos distintos dependiendo de la cultura y puede, además, ser deseable o no, por lo que para un adecuado entrenamiento asertivo siempre hay que tomar en cuenta el contexto cultural.

Para concluir, en el cuadro 8-20 se muestran los resultados de clasificación, donde se puede observar que esta función permite hacer predicciones correctas sobre la asociación del grado de sumisión de la paciente y la presencia de disfunciones sexuales con una exactitud de clasificación de 59.5%. Por tanto, esto muestra que de todos los grupos de variables analizados la función discriminada de este grupo es la más pobre en cuanto a las diferencias entre los grupos.

CUADRO 8-20. Resultados de clasificación

<i>Grupo Real</i>	<i>Grupo de pertenencia pronosticado</i>		<i>Total de casos</i>
	Grupo 1	Grupo 2	
Sin disfunción sexual. Grupo 1	62	38	100
Con disfunción sexual. Grupo 2	43	57	100

Clasificados correctamente el 59.5% de los casos agrupados y validados mediante validación cruzada.

Asimismo, se realizó un quinto análisis introduciendo todas las variables estudiadas con los siguientes resultados: el análisis procesó 200 casos, los cuales se conformaron en dos grupos, el Grupo 1 (pacientes sin disfunción sexual) y el Grupo 2 (pacientes con disfunciones sexuales): se realizó el método por pasos, con el método Mahal. En este quinto grupo las variables analizadas fueron las variables de todos los instrumentos estudiados -descritas anteriormente-, y que son: puntaje global de comunicación marital; sentimientos, emociones y disgustos; familia extendida; vida sexual; hijos; relación marital; trabajo; estilo paciente positivo; estilo paciente violento; estilo paciente negativo; estilo paciente reservado; estilo cónyuge positivo; estilo cónyuge violento; estilo cónyuge negativo; estilo cónyuge reservado; masculinidad; femineidad; machismo; sumisión; asertividad indirecta; asertividad en condiciones cotidianas; no asertividad.

Se obtuvo una función discriminante que resultó estadísticamente significativa con una $p = .000$, discriminando tres variables: trabajo (TRABJ), estilo del cónyuge negativo (ESTCONN) y sumisión (SUM), las cuales explican el 100.0% de la

varianza. En los cuadros 8-21, 8-22 y 8-23 se muestran las funciones canónicas discriminantes, los coeficientes estandarizados de las funciones canónicas discriminantes y sus centroides.

CUADRO 8-21. Funciones canónicas discriminantes

N = 200

<i>FCN</i>	<i>Valor EIGEN</i>	<i>% de varianza</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Correlación canónica</i>	<i>Después de la función</i>	<i>Lambda de Wilks</i>	<i>Chi cuadrada</i>	<i>GL</i>	<i>Sig.</i>
1	.341	100.0	100.0	.504	1	.746	57.642	3	.000

CUADRO 8-22. Coeficientes estandarizados

	<i>Función 1</i>
TRABJ	-.736
ESTCONN	.399
SUM	.509

CUADRO 8-23. Funciones en los centroides de los grupos

<i>Grupo</i>	<i>Función 1</i>
1 sin disfunciones sexuales	-.581
2 Con disfunciones sexuales	.581

Analizando los coeficientes estandarizados de las funciones canónicas discriminantes y los centroides de cada grupo en esta quinta parte, de los tres factores estudiados, fueron tres factores los que discriminó la función: trabajo, estilo del cónyuge negativo y sumisión. En cuanto al trabajo (TRABJ) se encuentra que esta función no está presente en el grupo con disfunciones sexuales y sí lo está en el grupo sin disfunciones sexuales. En cuanto al estilo del cónyuge negativo (ESTCONN) y sumisión (SUM) se encuentra que están presentes en el grupo con disfunciones sexuales y no en el grupo sin disfunciones sexuales. De ahí que se pueda afirmar que la falta de comunicación marital, en relación con el trabajo, está asociada a la presencia de disfunciones sexuales, y que el estilo de comunicación negativo del cónyuge percibido por la paciente y la sumisión están asociadas a la presencia de disfunciones sexuales. En cuanto a lo que estos factores miden y que fueron los finalmente más discriminados, ya se describieron anteriormente.

Para concluir, en el cuadro 8-24 se muestran los resultados de clasificación, donde se puede observar que esta función permite hacer predicciones correctas sobre la

asociación del grado de sumisión de la paciente y la presencia de disfunciones sexuales con una exactitud de clasificación del 69.0%. En este análisis, realizado con todas las variables, la función discriminó tres variables mostrando que las diferencias, aunque significativas, no son tan grandes.

CUADRO 8-24. Resultados de clasificación

<i>Grupo Real</i>	<i>Grupo de pertenencia pronosticado</i>		<i>Total de casos</i>
	Grupo 1	Grupo 2	
Sin disfunción sexual. Grupo 1	64	36	100
Con disfunción sexual. Grupo 2	26	74	100

Clasificados correctamente el 69% de los casos agrupados y validados mediante validación cruzada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

La muestra total de este estudio estuvo conformada por 200 sujetos femeninos, todos pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, y dividida en dos grupos: el Grupo 1, conformado por 100 pacientes que no presentaron ningún tipo de disfunción sexual, y el Grupo 2, conformado por 100 pacientes que presentaron una o más disfunciones sexuales. El análisis de las variables dio resultados que permiten demostrar la importancia que tiene la vida sexual en los individuos, además del hecho que conlleva presentar algún tipo de disfunción sexual. Lo anterior, permite afirmar que la disfunción sexual es un síntoma de peso y riesgo, pues revela una conflictiva emocional en la mayoría de los casos que requiere de atención psicológica.

El análisis de las variables sociodemográficas permitió encontrar los siguientes datos:

Grupo sin disfunciones sexuales		Grupo con disfunciones sexuales	
Edad promedio	28.6	Edad promedio	27.8
Casadas	77%	Casadas	67%
Unión libre	23%	Unión libre	33%
Religión católica	94%	Religión católica	87%
Nivel de escolaridad	12.3	Nivel de escolaridad	9.6
Mujeres amas de casa	81%	Mujeres amas de casa	86%
Mujeres que laboran	18%	Mujeres que laboran	12%
Relación de pareja (promedio)	5.8	Relación de pareja (promedio)	5.0
Informó prácticas masturbatorias	15%	Informó prácticas masturbatorias	13%

En ninguna de estas variables sociodemográficas se encontraron diferencias significativas, aunque pueden mencionarse algunas diferencias cualitativas como la escolaridad, donde el grupo que no presenta disfunciones sexuales tiene un nivel mayor de escolaridad que, en promedio, es de nivel medio superior, a diferencia de las del grupo con disfunciones sexuales donde el nivel es sólo de educación media.

Asimismo, llama la atención que en la variable masturbación no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Al respecto, la literatura menciona, por ejemplo, que la autoexploración, incluso indicada como técnica de terapia sexual, sería parte de un desarrollo sexual adecuado. Sobre el particular, Kaplan (1990) menciona que al niño se le ayuda a disociar y a negar la sexualidad de sí mismo, pues se le enseña que es inmoral, pecaminoso, feo y sucio expresar sus necesidades sexuales o explorar su zona genital, lo que al repetirse una y otra vez provoca conflictos intrapsíquicos al relacionar su sexualidad con culpa, situación que lo lleva a tener, en la edad adulta, una sexualidad restringida y angustiada, generando disfunciones sexuales. Al revisar la historia de la masturbación se observa que ésta ha sido severamente restringida en muchas épocas de la vida. En la cultura mexicana, generalmente esta conducta es reprimida y castigada, catalogándola de inmoral, perjudicial e innecesaria, especialmente en los adolescentes, a quienes se les crean ideas falsas que los lleva a sentir temor (Álvarez Gayou, 1986). El análisis de los resultados, lleva a suponer que esta restricción educativa y cultural se refleja en ocultar las prácticas masturbatorias, como un reflejo de deseabilidad social, pues se piensa que es más fácil manifestar el abuso sexual o los temores a la sexualidad que decir que se ejerce o se ha ejercido la masturbación, de ahí que no se encontraran diferencias significativas entre los grupos.

En cuanto a las variables que tienen que ver directamente con la vida sexual, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos; éstas son información sexual, en donde en el grupo sin disfunción sexual 38% de las mujeres no recibieron información sexual; en cambio, en el grupo con disfunción sexual, 64% de las mujeres tampoco la recibieron, por lo que se puede decir que la información sexual es fundamental para un adecuado desarrollo de la misma. Esto coincide con lo reportado por Kaplan (1990) quien, mediante la práctica clínica, ha observado disfunciones sexuales provocadas por la falta de información sexual, pues los sujetos no saben el potencial sexual que tienen, llevándolos a una interacción ineficaz y restringida, por lo que es evidente la importancia de esta variable como medida preventiva para evitar las disfunciones sexuales. Al respecto, Corona (1990) refiere

que la educación sexual es un proceso vital para transformar conocimientos, actitudes y valores con respecto a la sexualidad.

En cuanto a experiencias sexuales infantiles traumáticas, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas: el grupo sin disfunción sexual reporta la presencia de este aspecto en 6%, en tanto el grupo con disfunción sexual lo reporta en 15%. La última variable analizada fue la presencia de temores hacia la sexualidad, donde sí hubo diferencias estadísticamente significativas con un porcentaje de 12% de pacientes con reporte de temores del grupo sin disfunción y de 26% en el grupo con disfunción sexual.

Con respecto a estas dos últimas variables analizadas se puede decir que son parte de la misma condición generada durante la crianza. Sobre el particular, Masters, Johnson y Kolondny, (1995) y Kaplan, (1990), afirman que lo que han observado en la práctica, cuando se dan estas condiciones, es que las disfunciones sexuales pueden ser una manifestación del problema, pero puede haber otro tipo de manifestaciones en su vida sexual, tales como las parafilias.

Respecto a la distribución de las disfunciones sexuales, en el grupo con disfunciones se encontró que las más frecuentemente reportadas fueron tres: la inhibición del deseo, con 57 casos; el trastorno orgásmico, con 55 casos y, la disritmia, con 49 casos. Las otras cuatro disfunciones tuvieron una frecuencia de 36 casos de dispareunia, 29 casos de aversión al sexo, 22 casos de trastorno de la excitación y sólo 6 casos de vaginismo. En total, se registraron en el grupo con disfunciones sexuales 254 disfunciones, lo que quiere decir que hay un promedio de 2.54 disfunciones por mujer; ello coincide con el estudio exploratorio previo a esta investigación en donde el promedio fue de 2.25 disfunciones por mujer (Sánchez, Morales, González y Romo, 1997). Es relevante que la inhibición del deseo y la disritmia sean las disfunciones más frecuentes; de la primera se puede decir que es la disfunción donde la respuesta sexual ni siquiera da inicio pues no hay deseo.

En cuanto a las variables correspondientes a los instrumentos de medición se realizaron dos procedimientos, una comparación entre los grupos y, un análisis discriminante. Primero se analizaron las variables que tienen que ver con la relación de pareja. Así, en cuanto a la comunicación marital, se encontró, en la comparación de los grupos, que tanto el puntaje global de comunicación marital (COMARI) como sus seis dimensiones, a saber, sentimientos, emociones y disgustos (SENDI), familia extendida (FAM), vida sexual (SEX), hijos (HIJOS), relación marital (REL.MART) y trabajo (TRABJ), las diferencias entre los grupos presentaron diferencias estadísticamente significativas teniendo un mayor nivel en todas las áreas el grupo

sin disfunciones sexuales, siendo las más significativas el puntaje global, familia extendida, vida sexual, relación marital y trabajo. Ello indica que las parejas que tienen disfunción sexual mantienen una comunicación marital pobre, lo que puede reflejar un deterioro global de la relación de pareja, donde el síntoma disfunción sexual es un indicador de peso. Lo anterior corrobora lo que Masters, Johnson y Kolodny (1995) afirman al decir que la comunicación en la pareja, cuando es deficiente, irrumpe en la intimidad y facilita el arraigo de las disfunciones sexuales. También Jorgensen y Gaudy (1980) refieren 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.

Respecto del análisis discriminante, la variable trabajo fue discriminada, teniendo esta función el grupo sin disfunción sexual y no teniéndola el grupo con disfunción sexual. La comunicación acerca del trabajo es la que tiene más peso, se puede decir que el trabajo es la única área que se sale, de alguna manera, de las áreas compartidas de la pareja, pero constituye la intimidad de cada sujeto. Como el hogar y el trabajo forman parte de las dos grandes áreas importantes de la vida, se deduce que las dificultades en el hogar, o sea, básicamente con la pareja, la llevan a no compartir los aspectos de su trabajo. Detectar esta asociación representa un dato importante para medir la funcionalidad de la pareja. Lo anterior, se puede relacionar con lo descrito por Masters, Johnson y Kolodny (1995) en relación con algunos aspectos del compromiso conyugal cuando la etapa de enamoramiento termina, esto es, muchas veces la relación de pareja enfrenta problemas que pueden ser económicos, de salud, familiares, etc., lo que los lleva a girar alrededor de ellos quedando poco tiempo para compartir aspectos que tienen que ver con ellos mismos, con su intimidad, entre ellos el trabajo y la vida sexual.

En cuanto al segundo grupo de variables que corresponden a la vida en pareja, se analiza el estilo de comunicación y sus ocho dimensiones, y esto tiene que ver con lo que le da forma al significado literal de la información que se transmite. Los resultados en la comparación de los grupos dieron diferencias significativas en el estilo de la paciente positivo y el estilo del cónyuge positivo, con los resultados esperados, pues esta función es de mayor nivel en el grupo sin disfunción sexual. Nina (1991) lo describe como un estilo abierto, donde la persona quiere escuchar al otro y trata de comprenderlo, y el intercambio de información e ideas se expresan de manera amable, educada y afectuosa. Lo anterior apoya la afirmación que Larson, Anderson, Holman y Nlemann (1998) hacen en el sentido de que una comunicación abierta y enfática de los cónyuges es un predictor de satisfacción sexual.

Respecto de los demás estilos de comunicación se encontraron diferencias significativas en el estilo de la paciente negativo y del cónyuge negativo, así como en el estilo de la paciente reservado, donde hubo un nivel mayor en el grupo con disfunciones sexuales, lo cual era esperado. Ahora bien, en cuanto a las diferencias del estilo negativo en sus dos partes, Nina (1991) lo describe como un estilo conflictivo, reservado y confuso que afecta la comunicación y como contraparte del estilo positivo, presentándose ante situaciones de desacuerdo o conflicto y que produce que la comunicación marital sea inadecuada.

Llama la atención el estilo de comunicación reservado, pues sólo se encontraron diferencias en cuanto a la percepción que tiene la paciente de sí misma y no del cónyuge (donde no hubo diferencias). Si se toma en cuenta la descripción del estilo reservado se tiene que son las personas poco expresivas para comunicarse (Nina, 1991), las que crean una barrera en el proceso de comunicación con su pareja, quizá con el propósito de evitar involucrarse en la relación marital, asumiendo un rol pasivo en su comunicación, lo que se da generalmente ante situaciones de conflicto. En cuanto a las diferencias en estos resultados se puede interpretar que probablemente la paciente al percibirse a sí misma como pasiva y reservada afecta significativamente el área de intimidad pues es poco asertiva para manifestar sus deseos y necesidades.

En los demás estilos no hubo diferencias, aunque llama la atención que en los estilos violento, tanto de la paciente como del cónyuge, no hubo diferencias. Este estilo es descrito como un estilo que provoca problemas en la comunicación entre los cónyuges, refiriendo que éstos se mueven en un modelo de agresión verbal-físico, pudiendo llevar a una ruptura de la pareja por la insatisfacción marital de los cónyuges Nina (1991). Al analizar los resultados, puede pensarse que lo anterior suena contradictorio; sin embargo, en la práctica clínica se han observado parejas donde hay insatisfacción en todas las áreas y un estilo violento de relación y, paradójicamente, el área sexual no refiere problemas. Se puede decir que esto es un indicador de que la peor situación es la que se da cuando la comunicación no se manifiesta de ninguna manera, el estilo violento es disfuncional, pero por lo menos hay comunicación, es catártico, y al expresarse, aunque de una manera inadecuada, confronta con la necesidad de pedir ayuda pues aparecen áreas, que aunque conflictivas, por lo menos no son oscuras, como puede darse en el estilo reservado.

En cuanto al análisis discriminante de este conjunto de variables, sólo se discriminaron el estilo de la paciente negativo (ESTPACNE) y el estilo del cónyuge negativo (ESTCONNE), donde la función está presente en el grupo con disfunciones

sexuales y no lo está en el grupo sin disfunciones sexuales, lo cual coincide enteramente con los resultados obtenidos en la comparación de los grupos. Por todo lo anterior, se puede decir que la comunicación y el estilo de comunicación es un proceso esencial en la comprensión de muchos fenómenos sociales; más aún, es indispensable para comprender la vida marital y su efecto en las disfunciones sexuales (Musitu, 1993).

En el análisis del Rol de Género, con el Inventario Masculinidad-Femineidad, los resultados muestran, en sus cuatro dimensiones, los siguientes resultados: En masculinidad y sumisión se encontraron diferencias significativas entre los grupos, pero en cuanto a masculinidad se encontró un mayor nivel en el grupo sin disfunciones sexuales. Las características de este rol son las denominadas instrumentales, es decir, las que están dirigidas a una acción u oficio, de autoprotección, básicamente orientadas a metas, con agresividad, búsqueda de dominio, autoafirmación, reflexión, razón, respeto por el orden, abstracción y objetividad. Contrario a sumisión, donde el mayor nivel se encontró en el grupo con disfunciones sexuales y cuyas características serían las negativas de la femineidad, que es cuando hay un apego excesivo a su rol con poca conciencia respecto de ella misma, con poca capacidad de expresar lo que quiere para que la entiendan, teniendo generalmente como únicas metas el matrimonio y la maternidad, pues lo consideran su destino, sin posibilidades de elegir pues está limitada en su independencia, en su poder de decisión y en su autosuficiencia (Lara, 1993). De esta manera se puede decir que masculinidad no está asociada a las disfunciones sexuales, lo contrario a sumisión que está altamente asociada a la presencia de disfunciones sexuales. En las otras dos dimensiones que son femineidad y machismo no se encontraron diferencias significativas.

Sin embargo, en cuanto al análisis discriminante, sólo fue discriminada la variable sumisión, teniendo esta función el grupo con disfunción sexual. La sumisión es la que tiene más peso, variable asociada a la presencia de disfunciones sexuales y una característica de mucho valor para detectar una problemática sexual y emocional.

El otro aspecto individual estudiado fue la asertividad, la cual fue evaluada en sus tres dimensiones, asertividad indirecta, asertividad en condiciones cotidianas y no asertividad. Los resultados indican que en las tres dimensiones hubo diferencias significativas entre los grupos y la dirección de las diferencias muestran que tanto en la no asertividad como en la asertividad indirecta hay mayores puntajes en el grupo con disfunciones sexuales, por lo que observa una asociación de estas funciones y la presencia de disfunciones sexuales en la población estudiada. Lo anterior se puede relacionar esto con lo expuesto por Fahmer (1983), quien encontró en un estudio de

disfunciones sexuales que la no asertividad puede ser sintomático de un patrón conductual específico de algunos trastornos sexuales. Esto mismo, Flores (1994) lo define como la inhabilidad del individuo de expresar sus opiniones, necesidades y sentimientos para hacer valer sus derechos de decir “no” o de negarse a realizar alguna actividad, ya sea con familiares, amigos, jefes y compañeros de trabajo. Lo mismo que la asertividad indirecta, la cual se define como la inhabilidad del individuo para poder tener enfrentamientos directos, cara a cara, con otras personas en situaciones cotidianas o de trabajo ya sea con amigos, familiares, jefes y compañeros de trabajo, lo que lo lleva a expresar sus opiniones, necesidades o sentimientos por medio de recursos indirectos, como son cartas, teléfono, terceras personas etc., es lo que le permite mantener distancia con el sujeto.

Granero (1994) encontró en un estudio de mujeres con trastorno del orgasmo que éstas eran menos asertivas que las orgásmicas. Esto se puede relacionar con lo encontrado en el rol de género, donde la sumisión está asociada a la presencia de disfunciones sexuales. En este sentido, Bourne (1995) señala estilos de comportamiento donde plantea la no asertividad como lo mismo que la sumisión, pues refiere que este comportamiento involucra tener que 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 pedir lo que se quiere; el sujeto sumiso no se siente generalmente satisfecho, sino que se muestra inseguro y poco aceptado por los otros. Su objetivo es apaciguar a los demás y evitar conflictos a toda costa, aunque es común que el sujeto no asertivo, termine por explotar.

La asertividad en situaciones cotidianas, donde el grupo sin disfunción sexual es el que tiene los puntajes más elevados, tiene como característica la que permite expresar deseos, creencias, necesidades y opiniones; también la habilidad del individuo de poder hacer valer sus derechos en diferentes situaciones de la vida cotidiana (Flores 1994), de ahí que estas características estén asociadas a la vida sexual satisfactoria. En este sentido, también Flores (1994) refiere que otro aspecto importante analizado fue la asociación existente entre estos factores y el locus de control, en donde se observó que las personas no asertivas son personas que piensan que el foco de control de su vida está en el exterior, y lo explican como algo que está regido por el fatalismo o la mala suerte o por un castigo cósmico, o bien por la afectividad en sus relaciones interpersonales. Este mismo patrón se observó en las personas con asertividad indirecta. En cambio, en las personas con asertividad en situaciones cotidianas, esto es, las que son capaces de hacer valer sus derechos, el locus de control de su vida es interno.

En cuanto al análisis discriminante, se encontró que las funciones discriminadas incluyen la asertividad indirecta y la asertividad en situaciones cotidianas, coincidiendo con los resultados descritos con anterioridad. La etiología de las disfunciones sexuales es multifactorial, sin embargo, el hecho de aglutinar factores que permitan delimitar factores asociados a este problema permitirá contar con estrategias de abordaje más precisas. Cabe señalar que, en estos análisis discriminantes realizados a cada grupo de variables así como a las variables en su totalidad, las funciones discriminadas muestran que las diferencias son menores que cuando se analizaron por separado, y esto es importante ya que en la práctica clínica las variables son manejadas en su conjunto, por lo que se puede decir que se debe ser cauteloso en los estudios realizados a la hora de hacer afirmaciones definitivas pues hay diferencias aunque, en su conjunto, no son tan grandes.

CONCLUSIONES

- Tener información sexual, o sea, educación sexual, es indispensable para el desarrollo de la sexualidad.
- Las experiencias sexuales traumáticas evitan el adecuado desarrollo de la sexualidad y hacen a la mujer proclive de presentar una o más disfunciones sexuales.
- Los temores hacia la sexualidad, por diversas causas, inciden negativamente en un desarrollo sano de la sexualidad.
- La presencia de disfunción sexual en la mujer es un síntoma de peso para poder definir que la mujer o la pareja necesitan atención psicológica.
- Un buen nivel de comunicación marital en todas sus dimensiones es un indicador del buen funcionamiento marital.
- Un indicador de sanidad en la pareja es que hablen de su trabajo, lo más susceptible de ocultar por ser algo individual e íntimo de cada cónyuge. El trabajo tiene que ver con la intimidad de cada uno y cerrar la comunicación de este aspecto es excluir al otro, por lo que es un síntoma de peso para detectar disfuncionalidad.
- Se puede decir que las partes desconocidas del otro, en este sentido sería la comunicación deficiente, en especial el trabajo, elevan la ansiedad, pues en

estudios previos hay asociación entre ansiedad y disfunciones sexuales (González, Sánchez, Morales, 1999), lo cual coincide con lo que algunos autores han mencionado como de mayor gravedad y puede relacionarse con las disfunciones más frecuentes encontradas en este estudio: la inhibición del deseo y la disritmia. La primera descrita por Kaplan (1990) como la más grave de las disfunciones femeninas, pues la mujer no tiene ningún placer erótico como producto de la estimulación sexual; la segunda descrita por Álvarez Gayou (1986) como una disfunción que involucra inevitablemente a ambas partes de la pareja, pues consiste en la insatisfacción de uno de los miembros de la pareja debido a que el otro desea demasiado o no desea las relaciones sexuales.

- Llama la atención que la mayoría de las mujeres de ambos grupos sea amas de casa; sin embargo, en el grupo sin disfunción sexual la función de la comunicación marital relacionada con el trabajo está presente, en cambio, en el grupo con disfunciones sexuales, la función no está presente, por lo que se puede decir que estas mujeres no están incluidas dentro de la intimidad del cónyuge, pudiendo funcionar la relación en cuanto a las cuestiones prácticas, pero existe asimetría en cuanto al compartir aspectos íntimos, lo que implica una devaluación. Se puede describir como un matrimonio funcional, que responde al funcionamiento de los roles, pero no un matrimonio emocional, que es el que se hace por una condición afectiva.
- El estilo positivo de comunicación percibido en sí misma como en el cónyuge es un indicador de buen funcionamiento sexual en la pareja.
- El estilo negativo de comunicación, percibido en sí mismo como percibido en el cónyuge, está asociado a la presencia de disfunciones sexuales.
- El estilo reservado percibido en sí mismo y no en el otro, está asociado a las disfunciones sexuales femeninas.
- La violencia es un estilo conflictivo en la relación de pareja pero por lo menos el problema se manifiesta y es más susceptible de ser atendido.
- La sumisión es el rol de género introyectado que provoca más conflicto a la mujer en relación con su funcionamiento sexual.
- La asertividad indirecta y la no asertividad están asociadas al pobre desarrollo sexual; sin embargo, es más disruptiva la primera, por lo que se puede decir que esto se puede interpretar pues en la no asertividad no se involucra el otro, pues no

se manifiesta el problema, pero en la asertividad indirecta el otro se ve afectado, aunque indirectamente, lo cual puede provocar una respuesta de agresión indirecta.

- La línea represora es la más disfuncional.
- Se puede hablar de un modelo de detección de disfuncionalidad para generar programas de atención más focalizados para el abordaje del conflicto, que sería la detección de una pobre comunicación, en especial en el área del trabajo, un estilo negativo de comunicación y un rol sumiso y poco asertivo o indirectamente asertivo elevan la ansiedad, y con una alta probabilidad estas parejas presentarán una disfunción sexual, síntoma de peso para poder afirmar que hay un mal funcionamiento de la relación. Terapéuticamente conviene trabajar las distintas áreas de conflicto detectadas.

SUGERENCIAS

Es importante abarcar otros aspectos que puedan estar relacionados con las disfunciones sexuales y con la disfuncionalidad de la pareja para fortalecer modelos de atención más eficaces y con un menor tiempo para el abordaje de los conflictos de pareja. Los planes de tratamiento deben ser cada vez más precisos dentro de este campo y ser producto de la investigación.

Asimismo, es necesario ahondar aún más en el estilo violento de la comunicación con el fin de tener una mejor y más amplia explicación de los factores a los que se asocia, puesto que en la observación clínica se encuentran áreas severamente disfuncionales sin que ello invada el área sexual.

Realizar estudios similares en la población masculina será de mucha utilidad para establecer modelos que no sean producto de creencias o mitos acerca del funcionamiento humano con respecto a su vida sexual y de pareja; poder detectar cuáles son los factores que afectan la sexualidad masculina llevaría a valorar las diferencias y las similitudes de género.

Por último, es importante conocer si hay asimetría en los factores de la intimidad relacionados con otros aspectos que tienen que ver más con la persona que con el funcionamiento práctico de la relación, para saber cómo se manifiesta mediante el estudio de la parte masculina.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, E. (1987). Asertividad. Se tú mismo sin sentirte culpable. México: Pax.
- Alberti, E. y Emmons, L. (1980). Your Perfect right; San Luis Obispo, Ca: Impact.
- Alducin, A. (1989). Los valores de los mexicanos. México entre la tradición y la modernidad. México: Fomento cultural Banamex A.C.
- Almeida, D. y Kessler, R. (1998). Everyday stressors and gender differences in daily distress. Journal of Personality & Social Psychology, 75 (3), 670-680.
- Álvarez-Gayou, J. (1986). Sexoterapia Integral. México: Interamericana.
- Álvarez-Gayou, J. (1996). Sexualidad en Pareja. México: El Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM IV) Madrid: Masson.
- Anguiano, C. (1992). Diccionario de Ciencias Médicas. (9ª. ed.) Buenos Aires: El Ateneo.
- Annis, H. Skalar, S. y Moser, A. (1998). Gender in relation to relapse crisis situations, coping, and outcome among treated alcoholics. Addict Behavior 23 (1), 127-131.
- Aschen, R. (1997). Assertion training therapy in psychiatric milieus. Archives of Psychiatry Nurs, 11, (1), 46-51.
- Ayala, J.F. (1996, Mayo). Introducción a la Mesa. Trabajo presentado en la XVIII Reunión Científica Anual de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. A.C., Ixtapan de la Sal, México.
- Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. U.S.A.: Prentice-Hall.

- Bateson, G. y Jackson, D. (1977). Comunicación Familiar y Matrimonio. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bee, H. y Mitchell, S. (1987). El desarrollo de la persona en todas las etapas de su vida. (2ª. ed.). México: Harla.
- Bejar, N. (1979). El mexicano: Aspectos culturales y psicosociales. México: U.N.A.M.
- Bem, S. (1974) The measurement of psychological androgyny. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 42, 155-162.
- Bem, S. y Lenny, E. (1976). Sex typing and avoidance of cross-sex behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 33, 48-54.
- Benería, L. (1984). Reproducción, producción y división sexual del trabajo. Santo Domingo: Ed. CIPAF.
- Berlo, D. (1985). El Proceso de la Comunicación. Introducción a la teoría y a la práctica. (3ª. ed.) México: El Ateneo.
- Blanco, M. (1989). Patrones de división del trabajo doméstico: un estudio comparativo entre los grupos de mujeres de sectores medios. Trabajo, poder y sexualidad. Colegio de México, A.C.
- Bourne, J. (1995). The Anxiety and Phobia Workbook. (2ª. ed.). U.S.A: New Harbinger Publications, Inc.
- Bradbury, T., Campbell, S. Y Fincham, F. (1995). Longitudinal and behavioral analysis of masculinity and femininity in marriage. Journal of Personality & Social Psychology 68 (2), 328-341.
- Breakwell, G.M. y Neillword, L.J. (1997). Sexual self-concept and sexual risk-taking. Journal of Adolescence, 20(1), 29-41.
- Bustos, 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 1, pp. 267-298). México: Miguel Angel Porrúa.
- Casares, J. (1977). Diccionario Ideológico de la Lengua Española. Barcelona: Ed. Gustavo Gilis S.A.
- Cerruti, S. (1993). Salud y sexualidad desde una perspectiva de género. Mujer, Género y Salud, 20 (2), 124-129.
- Corey, G. (1993). I Never Knew I Had a Choice. California: Brooks Grove.

- Corona, E. (1994). Identidades de género: en busca de una teoría.. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana. (tomo 1, pp. 299-333). México: Miguel Angel Porrúa.
- Corona, 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 Angel Porrúa.
- Cotler, B. y Guerra, J. (1976). Assertion training a humanistic behavioral guide to self dignity. U.S.A.: Research Press.
- Crook, J.H. (1977). On the integration of gender strategies in mammalian social system. En Rosenblatt, J.S. y Komisaruk, B.R. (eds.), Reproductive Behavior and Evolution. U.S.A.: Plenum Press.
- DeGiovanni, S. (1978). Unbinding assertion and agression. Behavior Modification, 2, 173-192.
- Del Greco, L. (1983). The Del Greco assertive behavior inventory. Journal of Behavioral Assessment, 5, 1, 49-63.
- Díaz, R., Rivera, S. y Sánchez, R. (s.d.). Género y Pareja. Psicología Contemporánea, 1 (2), 4-15.
- Díaz, R. (1977). Culture and Personality revisited. Annals of the New York Academy of Sciences, 285, 119-130.
- Diccionario de Ciencias Sociales. (1995). Madrid: Ed. Instituto de Estudios Politécnicos.
- Ellis, R. y McClintock, A. (1993). Teoría y Práctica de la Comunicación Humana. Barcelona: Paidós.
- English, H. y English, A. (1977). Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires: Ed. Paidos.
- Fahmer, E.M. (1983). Assertiveness: A general symptom of sexual disorders? Zeitschrift Fuer Klinische Psychologie. Forschung und Praxis, 12 (1), 1-11.
- Fitzpatrick, M. (1988) Between Husbands and Wives, Communication and Marriage. California: Sage Publications.
- Flores, M., Díaz, R. y Rivera, S. (1988). Asertividad-Agresividad y conflicto en una muestra mexicana. La Psicología Social en México 2, 16-20.
- Flores, M., Diaz, R. y Rivera, S. (1986). MERA: Una medida de rasgos asertivos para la cultura mexicana. Revista Mexicana de Psicología, 4(1), 29-35.

- Flores, M. (1994). Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables. Tesis doctoral, UNAM Facultad de Psicología, México.
- Foucault, M. (1996). Historia de la Sexualidad. 1 La voluntad de saber. (23^a. ed.). México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1993). Historia de la Sexualidad. 2 El uso de los placeres. (6^a. ed.). México: Siglo XXI.
- García, R. (1994). Dimorfismo Sexual Humano: La base biológica. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 1, pp 237-266). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Gilbert, L. (1981). Toward mental health: The benefits of Psychological androgyny. Professional Psychology, 12, 29-38.
- González, F. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de afrontamiento: impacto sobre el estado emocional del adolescente. Tesis de Maestría, UNAM Facultad de Psicología, México.
- González, A. (1979). Análisis de la Relación de Pareja. Buenos Aires: Nueva Visión.
- González, G. Sánchez, C. Morales, F. Díaz, R. Valdez, A. (1999) Niveles de Ansiedad y Depresión en Mujeres con y sin Disfunción Sexual: Estudio Comparativo. Revista Mexicana de Psicología, 16 (1), 17-23.
- González, M. (1996, Mayo). Reflexiones en torno a la Sexualidad y el Psicoanálisis. Trabajo presentado en la XVIII Reunión Científica Anual de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C., Ixtapan de la Sal, México.
- Gordon, K., Banon, D., Epstein, N., Burnett, C. y 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.
- Granero, M. (1987). Diferencias entre mujeres orgásmicas y anorgásmicas. Revista Latinoamericana de Psicología, 19(1), 71-81.
- Granero, M. (1994). La investigación sexológica: Asertividad y disfunciones sexuales. Revista de Psicología Contemporánea 1(2), 74-79.
- Grohol, M. (12-Nov.-1998). Assertiveness Now; www.learning-resources.co.za/vapr006.html [Online]. <http://mentalhelp.net>. 14K.
- Harlow, H.F. (1965). Sexual behavior in rhesus monkeys. En: Beach, F.A. (Ed.), Sex and Behavior. U.S.A.: Wiley.

- Haavio, E. y Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. Archives of Sexual Behavior, 26(4), 399-419.
- Hernández, 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.
- Hulbert, D. y Apt, C. (1991). Sexual Narcissism and the abusive male. Journal of Sexual Marital Therapy, 17(4), 279-292.
- Hulbert, D., Apt, C. y Rabeahl, S. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction; an examination of women in nondistressed marriages. Journal of Sexual Marital Therapy, 19(2), 154-165.
- Hund, W. (1976). La comunicación. En: J. Goded, (Ed.) Antología sobre la Comunicación Humana. (pp. 135-143) México: U.N.A.M.
- Jakubowski, P. y Lange, S. (1978). The assertive option: Your rights and responsibilities. Research Press Company.
- Jorgensen, S. y Gaudy, J. (1980). Self-Disclosure and satisfaction in Marriage: the relation examined. Family Relations, 29, 281-287.
- Jourard, S. y Lasakow, P. (1958) "Some factors in self-disclosure". Journal of Abnormal and Social Psychology, 56, 91-98.
- Kaplan, H. (1990). La Nueva Terapia Sexual. México: Alianza Editorial.
- Kaplan, H. (1987). Sexual Aversion, Sexual Phobias and Panic Disorder. U.S.A.: Brunner/Mazel.
- Kohlberg, L.A. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes. En E.E Macoby (Ed.) The development of sex differences. (pp.82-172). California: Stanford University Press.
- Koestler, A. (1982). En busca de lo absoluto. Barcelona: Kairós.
- Lamas, M., (1996). El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Langis, J., Sabourin, S., Lussier, Y. y Mathieu, M. (1994). Masculinity, femininity, and marital satisfaction: an examination of theoretical models. Journal of Personality, 62 (3), 393-414.
- Lara, A. y Medina-Mora, E. (1988). Estudio sobre características de personalidad: masculinas y femeninas. Idea. Investigación y Desarrollo Aplicados, II (2), 9-17.

- Lara, A. (1989). Rasgos masculinos y femeninos en parejas: Autodescripción y descripción del cónyuge; similitud o diferencia de roles. Revista Mexicana de Psicología, 6 (1), 35-43.
- Lara, A. (1991). Masculinidad, femineidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. Salud Mental, 14 (1), 12-18.
- Lara, A. (1993). Inventario de Masculinidad y Femineidad. México: El Manual Moderno.
- Lara, A. (1993). Masculinidad, femineidad y salud mental. Aspectos no deseables de los roles de género y vulnerabilidad. 1er. Congreso Internacional de Psicología y Salud. Memorias. México.
- Larson, J., Anderson, S., Halmon, T. y 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 Therapy, 24(3), 193-206.
- Lazarus, A. (1973). On assertive behavior: A brief note. Behavior Therapy, 4, 697-699.
- Leñero, A., Leñero, M. (1970). Investigación sobre el noviazgo en México. IMES. 1-13.
- Levine (1976). "Marital Sexual Dysfunction: Introductory Concepts". Annals of Internal Medicine, 84, 48-53.
- Levinger, G. (1967). "Disclosure of feelings in marriage". Merrill Palmer Quarterly, 13, 237-249.
- Mandolini, R. (1977). De Freud a Fromm. (5 ed.). Buenos Aires: Ciordia.
- McConaghy, N. y Zamir, R. (1995). Sissiness, tomboyism, sex-role, sex identity and orientation. Australian NZJ Journal of Psychiatry, 29 (2), 278-283.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolondy, R. (1995). La Sexualidad Humana. (Vols. 1-3) (13 ed.). Barcelona: Grijalbo.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolondy, R. (1996). EROS: Los Mundos de la Sexualidad. Barcelona: Grijalbo.
- Money, J. Y Ehrhardt, A. (1972). Man and Woman: Boy and Girl.
- Monga, T., Tan, G., Ostermann, H., Monga, U. y Grabois, M. (1998). Sexuality and sexual adjustment of patients with chronic pain. Disability & Rehabilitation 20 (9), 317-329.

- Moos, R., y Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. En: L. Goldberger y S. Breznitz. Handbook of Stress: Theoretical aspects. (pp. 212-230). London: The Free Press.
- Moos, R. y Schaefer, J. (1986). Coping with life crises. An integrated approach. En Moss, R., Life transitions and crises. New York: The Plenum Press.
- Musitu, G. (1993). Psicología de la Comunicación Humana. Buenos Aires: Lumen.
- Nieto, E. (1983) "La autorrevelación como un elemento del comportamiento". Enseñanza e investigación en psicología. 118-120.
- Newman, B. y Newman, P. (1985). Desarrollo del Niño. México: Limusa.
- Nina, E. (1991). Comunicación Marital y Estilo de Comunicación. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Norton, R. (1983). Communicator style: Theory, applications and measures. California: Sage Publishers.
- Ortega, C.S. (1994). El modelo cognoscitivo del desarrollo sexual. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 2, pp. 595-634). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Pascual, E., Echave, R. (1994). Diccionario Esencial de la Lengua Española. México: Larousse.
- Petersen, D. (1968). "Husband-Wife communication and family problems". Sociology and Social Research 53, 375-384.
- Piaget, J. (1986). Seis Estudios de Psicología. México: Alianza Editorial.
- Pick, S. y Andrade, P. (1987). "Escala de comunicación personal marital: su desarrollo y validación". Revista de Psicología Social y Personalidad 3 (2), 39-49.
- Pittman, J., Price, S. y Mckenry, P. (1983) "Marital cohesion: A path model". Journal of marriage and the family 45 (3), 521-531.
- Quijada, O.A. (1983). Diccionario Integrado de Sexología. Madrid: Alhambra.
- Ramírez, S. (1977). El mexicano, psicología de sus motivaciones. México: Grijalbo.
- Rees, S. y Graham, S. (1991). Assertion Training. How to be who you really are. New York: Routledge.
- Rich, A. y Schroeder, H. (1976). Research issues in assertiveness training. Psychological Bulletin, 86 (6), 1081-1096.

- Roger, C.M. y Davenport, R.K. (1969). Effects of restricted rearing on sexual behavior of chimpanzees. Developmental Psychology, 1, 200-204.
- Rosen, R.C. y Lieblum, S.R. (1988). Assessment and Treatment of Desire Disorders. En S.R. Lieblum y R.C. Rosen (Eds.) Principles and Practice of Sex Therapy. (2^a ed.) U.S.A.: The Guilford Press.
- Rubio, E. (1994). Introducción al estudio de la Sexualidad Humana. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 1, pp. 17-46). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Rubio, 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.
- Saal, F. (1991). De Decires, de mujeres. En Lamas, M. y Saal, F., La Bella Indiferencia. México: Ed. Siglo XXI.
- Salmurri, F. (1991). Asertividad. www.geocities.com/HotSprings/Villa/4551/asertividad.html. [Online]. 14K
- Sánchez, C., Morales, F., González, G., Souza, M. y Romo, C. (1997). Prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina. Psicopatología, 17 (1), 174-178.
- Snyder, D., Velasquez, J., Clark, B. y Means-Christensen, A. (1997). Parental influence on gender and marital role attitudes: implications for intervention. Journal Marital Family Therapy, 23 (2), 191-201.
- Sullerot, E. (1979). El hecho femenino; qué es ser mujer? Barcelona: Argos Vergara.
- Souza, M., Cárdenas, J., Montero, M.C. y Mendoza, L. (1987). Historia Clínica de la Sexualidad Femenina. Ginecología y Obstetricia de México, 55, 277-287.
- Souza, M. (1996). Dinámica y evolución de la vida en pareja. México: El Manual Moderno.
- Spangenberg, J. y Theron, J. (1999). Stress and coping strategies in spouses of depressed patients. Journal of Psychology, 133 (3), 253-262.
- Stevens, E. (1973). Machismo and Marianismo. Society 10 (September), 57-63.
- Tarrés, M. (1989). Más allá de lo público y lo privado. Reflexiones sobre la participación social y política de las mujeres de clase media en Ciudad Satélite. Trabajo, poder y sexualidad. Colegio de México, A.C.
- Vilchez, L. (1985). Conflictos Matrimoniales y Comunicación. Madrid: Narcea S.A.

- Waring, E., McElrath, D. Lefcoe, D y Weisz, G. (1981) "Dimensions of Intimacy in Marriage". Journal of Psychiatry 44, 169-175.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1989). Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Ed. Herder.
- Weeks, J. (1994). La sexualidad e historia: reconsideración. En CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana (tomo 1, pp. 179-234). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Weiss, P., Kozmikova, T. Y Urbanek, V. (1995). Personality characteristics of men with psychogenic erectile dysfunction. Cesk Psychiatry, 29 (2), 278-283.
- Wolpe, J. (1969). Basic principles and practices of behavior therapy of neuroses. American Journal of Psychiatry, 125, 1242-1247.
- Zumaya, 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.

ANEXOS

8. Servicio:

- Psicología (1)
- Ginecología (2)
- Urología (3)
- Medicina Interna (4)
- Psiquiatría (5)

9. Motivo de la aplicación:

- Investigación (1)
 - Docencia (2)
 - Ambos (3)
 - Otros, especificar (4)
-

10. Lugar de aplicación:

- Consulta externa (1)
 - Hospitalización (2)
 - Urgencias (3)
 - Otro, especificar (4)
-

11. Forma de aplicación:

- Directa (1)
- Indirecta (2)
- Ambas (3)

12. Ocasión/aplicación:

- Primer contacto (1)
- Subsecuente (2)

CAPÍTULO II

Datos generales del entrevistado

13. Nombre: _____
 Apellido paterno Apellido Materno Nombre

14. Edad _____ años cumplidos

15. Sexo: M() F()

16. Estado civil:

- Soltero (1)
 - Casado (2)
 - Viudo (3)
 - Divorciado (4)
 - Unión libre (5)
 - Separado (6)
 - Otro, especificar (7)
-

17. Lugar de origen (donde haya pasado los 10 primeros años de su vida):

- México, D.F. (1)
- Estado, especificar (2) _____
- Otro, especificar (3) _____

18. Años de escolaridad: _____

19. Ocupación (a la fecha de la entrevista):

- Profesionista (1)
- Empresario (2)
- Burócrata (3)
- Empleado iniciativa privada (4)
- Comercio en pequeño (5)
- Oficio mayor (obrero) (6)
- Oficio menor (asistente) (7)
- Labores domésticas (8)
- Empleado esporádico (9)
- Desempleado (10)
- Estudiante (11)
- Hogar (12)
- Otro, especificar (13) _____

20. Si trabaja, ¿cuántas horas al día dedica a esta actividad?: _____

21. Si estudia ¿cuántas horas al día dedica a esta actividad?: _____

22. Religión:

- Católica (1)
- Protestante (2)
- Testigo de Jehová (3)
- Ninguna (4)
- Otra, especificar (5) _____

23. ¿Con quién vive actualmente?:

- Solo (1)
- Cónyuge (2)
- Cónyuge e hijos (3)
- Cónyuge, hijos y otro familiar (4)
- Hijos sin cónyuge (5)
- Otros familiares (6)
- Padres (7)
- Otro, especificar (8) _____

24. Nivel socioeconómico (ingreso mensual)

De 0 a 1000 N\$ (1)

De 1000 a 2000 N\$ (2)

De 2000 a 3000 N\$ (3)

De 3000 a 4000 N\$ (4)

De 4000 a 5000 N\$ (5)

De 5000 o más N\$ (6)

Ingreso per cápita al mes

¿Cuántas recámaras tiene su casa? _____

¿Cuántas personas promedio duermen en cada recámara? _____

¿Cuenta con recámara para usted y su pareja? _____

CAPÍTULO III

Motivo de estudio

25. Razón de la entrevista:

Investigación (1)

Interconsulta (2)

Iniciativa propia (3)

Otras, especificar (4) _____

26. Impresión diagnóstica del envío: _____

CAPÍTULO IV

Antecedentes familiares patológicos

27. Diabetes:

No (1)

Sí, especificar (2) _____

28. Alcoholismo:

No (1)

Sí, especificar (2) _____

29. Cáncer:

No (1)

Sí, especificar (2) _____

30. Cardiovasculares:

No (1)

Sí, especificar (2) _____

31. Padecimientos endocrinológicos:

No (1)
 Sí, especificar (2)

32. Padecimientos psiquiátricos:

No (1)
 Sí, especificar (2)

33. Padecimientos respiratorios:

No (1)
 Sí, especificar (2)

34. Padecimientos dermatológicos:

No (1)
 Sí, especificar (2)

35. Alergias

No (1)
 Sí, especificar (2)

36. Padecimientos digestivos

No (1)
 Sí, especificar (2)

37. Padecimientos psicossomáticos:

No (1)
 Sí, especificar (2)

38. Migraña:

No (1)
 Sí, especificar (2)

39. Padecimientos inmunológicos:

No (1)
 Sí, especificar (2)

40. Padecimientos de transmisión sexual:

No (1)
 Sí, especificar (2)

41. Padecimientos de vías biliares:

No (1)
 Sí, especificar (2)

42. Farmacodependencia:
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____
43. Padecimientos sexuales:
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____
44. Padecimientos neurológicos:
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____
45. Padecimientos genéticos:
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____
46. Padecimientos congénitos:
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____
47. Padecimientos vasculares:
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____
48. Otros: _____

CAPÍTULO V

Antecedentes personales patológicos

49. Alcoholismo:
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____
50. Diabetes:
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____
51. Cáncer:
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____
52. Padecimientos cardiovasculares:
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____

53. Padecimientos endocrinológicos:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

54. Padecimientos psiquiátricos:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

55. Padecimientos respiratorios:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

56. Padecimientos digestivos:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

57. Alergias:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

58. Padecimientos psicósomáticos:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

59. Migraña:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

60. Padecimientos inmunológicos:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

61. Padecimientos de las vías biliares:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

62. Padecimientos de transmisión sexual:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

63. Padecimientos dermatológicos:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

64. Padecimientos quirúrgicos:

- No (1)
 - Sí, especificar (2)
-

65. Padecimientos sexuales:

- No (1)
 - Sí, especificar (2)
-

66. Padecimientos urinarios:

- No (1)
 - Sí, especificar (2)
-

67. Padecimientos traumáticos:

- No (1)
 - Sí, especificar (2)
-

68. Tabaquismo:

- No (1)
 - Sí, especificar (2)
-

69. Farmacodependencia:

- No (1)
 - Sí, especificar (2)
-

70. Padecimientos infecciosos:

- No (1)
 - Sí, especificar (2)
-

71. Padecimientos en la piel:

- No (1)
 - Sí, especificar (2)
-

72. Otros: _____

CAPÍTULO VI

Antecedentes personales no patológicos

73. Higiene personal:

- Buena (1)
- Regular (2)
- Mala (3)

74. Higiene habitacional:

- Buena (1)
- Regular (2)
- Mala (3)

75. Alimentación:

- Tres veces al día (1)
- Menos de tres veces al día (2)

76. ¿Come carne o sustitutos de la misma?

- ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

77. ¿Come fruta?

- ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

78. ¿Come verduras?

- ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

79. ¿Come leguminosas (frijol, habas, lentejas, etc.)?

- ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

80. ¿Consume lácteos?

- ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

81. ¿Consume cereales (pan, tortillas, arroz)?

- ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

82. Uso del tiempo libre

- Actividades recreativas (1)
 - Actividades culturales (2)
 - Actividades deportivas (3)
 - Ninguna (4)
 - Ambas, especificar (5)
-

CAPÍTULO VII

Problemas recientes

83. ¿Durante algún año de su vida ha experimentado algún problema grave en alguna de las siguientes áreas?

- a) Salud (1)
- b) Económico (2)
- c) Familiar (3)
- d) Pareja (4)
- e) Laboral (5)
- f) Ginecológico (6)

- g) Obstétrico (7)
- h) Emocional (8)
- i) Sexual (9)
- j) Otro (10)

84. Explique brevemente cuál fue _____

CAPÍTULO VIII

Antecedentes biopsicosociales de la sexualidad

85. Experiencias sexuales traumáticas infantiles:

- No (1)
- Sí, especificar (2)
- Edad _____

86. ¿Recibió información sobre la menstruación?

- Ninguna (1)
- Padre (s) (2)
- Maestro (3)
- Amiga (4)
- Otro (s) familiar (es) (5)
- Sacerdote (6)
- Otro, especificar (7)

87. ¿Recibió información sobre relaciones sexuales y sus variantes no patológicas y patológicas antes de la pubertad?

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

88. Edad de aparición de los caracteres sexuales secundarios:

- Antes de los 8 años (1)
- De 8 a 10 años (2)
- De 10 a 12 años (3)
- De 12 a 14 años (4)
- De 14 a 16 años (5)
- Después de los 16 años (6)

89. Edad de la menarca: _____

90. Recuerdo que tiene acerca de su primera menstruación: _____

91. Ritmo menstrual:

- Regular (1)
- Irregular (2)

92. Síntomas acompañantes de la menstruación:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

93. Masturbación durante la adolescencia:

- Con orgasmo (1)
- Sin orgasmo (2)
- No procede (3)

94. Frecuencia masturbatoria durante la adolescencia:

- Entre 1 y 2 veces por semana (1)
- Entre 3 y 4 veces por semana (2)
- Entre 5 y 6 veces por semana (3)
- Más de 7 veces por semana (4)
- No procede (5)

95. Edad de inicio de la masturbación: _____

96. Motivo para realizar su sexualidad:

- Reproducción (1)
- Satisfacción (2)
- Afecto (3)
- Autoafirmación (4)
- Ambas, especificar (5) _____
- Otro, especificar (6) _____

97. Temores hacia la sexualidad y lo sexual:

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

98. Edad de la primera experiencia sexual (no necesariamente coital): _____

99. ¿La primera experiencia sexual fue voluntaria?

- Sí (1)
- No, especificar (2)

100. Sexo de la pareja de su primera experiencia sexual:

- Hombre (1)
- Mujer (2)
- Otro, especificar (3)
- Edad de la pareja de esa experiencia _____
- Vínculo de unión con esa pareja _____

101. ¿Su primera experiencia sexual dejó alguna consecuencia?

- No (1)
- Sí, especificar (2) _____

102. ¿Su primera experiencia coital fue?

- Con orgasmo (1)
- Sin orgasmo (2)
- No procede (3)

103 Edad de inicio de la actividad coital: _____

104. La desfloración sucedió:

- Adecuadamente (1)
- Inadecuadamente (2)
- No procede (3)

105. Actividad sexual durante la menstruación:

- Siempre (1)
- Ocasionalmente (2)
- Nunca (3)

106. Actividad masturbatoria durante la menstruación:

- Siempre (1)
- Ocasionalmente (2)
- Nunca (3)

107. Episodios de dolor durante el coito:

- Al inicio de éste. no impide el coito (1)
- Al inicio de éste. impide el coito (2)
- Durante el coito (3)
- Al final del coito (4)
- No procede (5)

108. Número de compañeros sexuales no estables (relación menor a dos años): _____

109. Sexo de los compañeros sexuales referidos:

- Masculino (1)
- Femenino (2)
- Ambos. especificar (3) _____
- No procede (4)

110. Número de compañeros sexuales estables (relación mayor a dos años): _____

111. Sexo de los compañeros sexuales referidos:

- Masculino (1) _____
- Femenino (2) _____
- Ambos, especificar (3) _____
- No procede (4) _____

112. Uso de métodos anticonceptivos:

- Dependientes del coito, especificar (1) _____
- Independiente del coito, especificar (2) _____
- No procede (3) _____

113. Tiempo transcurrido entre el inicio de la vida sexual activa y el embarazo:

- Menos de un año (1)
- De 1 a 2 años (2)
- De 3 a 4 años (3)
- De 5 a 6 años (4)
- De 7 a 8 años (5)
- De 9 a 10 años (6)
- Más de 10 años (7)
- No procede (8)

114. Datos ginecoobstétricos (indicar con número):

- Gestas _____
- Partos _____
- Abortos _____
- Cesáreas _____
- Óbitos (muerte fetal) _____
- Mortinatos (muerte perinatal) _____

115. Edad y sexo de los hijos en orden cronológico de mayor a menor: _____

116. Productos con defecto al nacimiento:

- No (1) _____
- Sí, especificar (2) _____
- Sexo del producto (M) (F) _____

117. Repercusión sexual negativa del embarazo:

- Ninguna (1)
- Durante el embarazo (2)
- Posparto (3)
- Postaborto (4)
- Poscesárea (5)
- No procede (6)

118. Repercusión sexual negativa de la menopausia:

- No (1)
- Sí, especificar (2)
- No procede (3)

CAPÍTULO IX

Comportamiento sexual actual

a) Descripción general

119. Disposición actual hacia la sexualidad (no es referido exclusivamente el coito):

- Desea y copera (1)
- Desea y no copera (2)
- No desea y copera (3)
- No desea y no copera (4)
- No procede (5)

120. Preparación higiénica para la relación sexual:

- No (1)
- Sí (2)

121. Ubicación más frecuente de la relación sexual:

- En casa (1)
 - Fuera de casa (2)
 - Ambos, especificar (3)
 - No procede (4)
-

122. Posición más frecuente para la relación sexual:

- Mujer boca arriba-hombre en cima (1)
 - Hombre boca arriba-mujer en cima (2)
 - Mujer arrodillada y agachada-hombre atrás (3)
 - Hombre y mujer sentados (4)
 - Hombre y mujer de pie (5)
 - Todas sin predominio (2 o más de las anteriores) (6)
 - Otra, especificar (7)
-

123. Horario predominante de la relación sexual:

- Matutino (1)
 - Vespertino (2)
 - Nocturno (3)
 - Ambos, especificar (4)
 - No procede (5)
-

124. ¿Quién propone la relación sexual más frecuentemente?

- Mi pareja (1)
- Sólo yo (2)

Ambos, especificar (3)
 No procede (4)

125. La proposición de la relación sexual se hace preferentemente:

De manera verbal (1)
 Paraverbal (2)
 Ambas, especificar (3)
 No procede (4)

126. Las condiciones ambientales para la relación sexual son:

Cómodas y satisfactorias (1)
 Cómodas e insatisfactorias (2)
 Incómodas y satisfactorias (3)
 Incómodas e insatisfactorias (4)
 No procede (5)

127. La relación sexual se realiza preferentemente:

Vestidos (1)
 Desnudos (2)
 Semivestidos (3)
 Ambas, especificar (4)
 No procede (5)

b) Síndromes clínicos específicos
 Trastornos de la identidad de género

128. ¿En el curso de los últimos dos años presenta malestar e inadecuación con su sexo anatómico o deseo de liberarse de sus genitales y vivir como miembro del otro sexo?

No (1)
 Sí (2)

Parafilias

129. ¿En el curso de los últimos cinco años ha usado objetos inertes como método preferencial o exclusivo que suplen la relación sexual?

No (1)
 Sí (2)

130. ¿En el curso de los últimos cinco años ha usado ropa del sexo opuesto de manera repetida y persistente para obtener excitación sexual o se frustra cuando tal conducta es interferida?

No (1)
 Sí (2)

131. ¿En el curso de los últimos cinco años ha llevado a cabo relaciones sexuales con animales o tiene la fantasía al respecto, como método preferido o exclusivo para alcanzar satisfacción sexual?
- No (1)
Sí (2)
132. ¿En el curso de los últimos cinco años ha tenido relaciones sexuales o fantasías de ellas con niños de edad prepuberal, como método preferido o exclusivo para alcanzar excitación sexual?
- No (1)
Sí (2)
133. ¿En el curso de los últimos cinco años ha realizado actos de exposición de sus genitales ante desconocidos sin intento posterior de efectuar relaciones sexuales, y ello como método preferencial o exclusivo para alcanzar excitación sexual?
- No (1)
Sí (2)
134. ¿En el curso de los últimos cinco años ha observado repetida y subrepticamente a la gente cuando se desnuda o lleva a cabo relaciones sexuales sin buscar relaciones con los observados, y ello como método preferido o exclusivo para alcanzar satisfacción sexual?
- No (1)
Sí (2)
135. ¿En el curso de los últimos cinco años ha participado deliberada o intencionalmente de modo repetido en actividades sexuales que lesionan, humillan o atormentan, y ello con objeto de alcanzar satisfacción sexual?
- No (1)
Sí (2)
136. ¿En el curso de los últimos cinco años ha producido sufrimiento psicológico o físico repetida e intencionalmente a una pareja sexual, causándole lesiones o combinando sufrimiento corporal con la excitación, y ello con el fin de satisfacerse sexualmente?
- No (1)
Sí (2)
137. ¿En el curso de los cinco últimos años ha buscado alcanzar satisfacción sexual de modo preferido o exclusivo con el uso de enemas u otros objetos inertes, mensajes telefónicos obscenos o relación sexual con cadáveres?
- No (1)
Sí (2)

Disfunciones psicosexuales

138. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado inhibición persistente o profunda del deseo sexual sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

139. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado aversión extrema, persistente o recurrente, al sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

140. ¿En el curso de los últimos cinco años ha habido insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

141. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado fracaso completo en mantener la lubricación y la tumefacción de la excitación sexual, hasta el final del acto sexual, bajo condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

142. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado exhibición recurrente o persistente del orgasmo, tras una fase de excitación normal, en condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

143. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado dolor genital recurrente o persistente asociado a la práctica de la actividad coital y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

144. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado espasmos involuntarios recurrentes o persistentes en el tercio externo de la vagina, que interfieran en el coito y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

Homosexualidad egodistónica

145. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado excitación heterosexual persistentemente débil o nula y ello interfiere significativamente para iniciar o mantener relaciones heterosexuales?

- No (1)
- Sí (2)

146. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado molestia ante la práctica regular de las relaciones homosexuales, siendo ésta una fuente persistente de malestar emocional?

- No (1)
- Sí (2)

c) Variantes sexuales ni patológicas

¿Ha realizado o participa como parte de su actividad sexual regular alguna de las siguientes preguntas?

147. Felatio

- No (1)
- Sí (2)

148. Connilingus

- No (1)
- Sí (2)

149. Coito anal

- No (1)
- Sí (2)

150. Sexo en grupo

- No (1)
- Sí (2)

151. Uso de parafernalia sexual (enemas, vibradores y otros instrumentos diseñados para lograr la excitación)

- No (1)
- Sí (2)

152. Consumo de alcohol y/o drogas

- No (1)
- Sí (2)

153. Bisexualidad

- No (1)
- Sí (2)

154. Pornografía

- No (1)
- Sí (2)

155. Homosexualidad egosintónica

- No (1)
- Sí (2)

156. Otro, especificar _____

157. Actitud de la pareja ante el problema diagnosticado:

- Cooperación (1)
- Rechazo (2)
- Ambivalencia (3)
- Ignorancia (4)
- No procede (5)

CAPÍTULO X

Antecedentes terapéuticos

158. La paciente ha recibido tratamiento:

- Médico (1)
- Quirúrgico (2)
- Psicológico (3)
- Psiquiátrico (4)
- Ambos, especificar (5) _____
- Automedicación (6) _____
- Otro, especificar (7) _____
- No procede (8)

159. El tratamiento lo recibió en:

- Consulta externa (1)
- Hospitalización (2)
- Ambos, especificar (3) _____
- Otros, especificar (4) _____
- No procede (5)

160. Duración del tratamiento:

- De 1 a 2 consultas (1)
- De 3 a 5 consultas (2)
- De 6 a 10 consultas (3)

- De 11 a 20 consultas (4)
- De 21 a 30 consultas (5)
- De 31 a 40 consultas (6)
- Más de 40 consultas (7)
- No procede (8)
- Privado _____
- Institucional _____
- Ambos _____
- Otro _____

161. Resultados del tratamiento:

- Se eliminó la sintomatología (1)
- Se modificó parcialmente la sintomatología (2)
- La sintomatología continúa como tal (3)
- Se agravó la sintomatología (4)
- No procede (5)

CAPÍTULO XI

Estado actual de salud

162. Describa el motivo por el cual ingresa al Instituto:

- Adolescente embarazada (1)
- Embarazo de alto riesgo (2)
- Esterilidad (3)
- Pérdidas, especificar (4) _____
- Climaterio (5)
- Problema ginecológico (6)
- Trastorno sexual (7)
- Otro, especificar (8) _____

163. Describa brevemente _____

CAPÍTULO XII

Diagnóstico

164. Indique diagnóstico de la condición que ameritó tratamiento y la impresión diagnóstica actual:

	Anterior	Actual
Trastornos de la identidad en la infancia	(1)	(1)
Transexualismo	(2)	(2)
Trastorno de la identidad sexual atípica	(3)	(3)
Fetichismo	(4)	(4)
Transvestismo	(5)	(5)
Zoofilia	(6)	(6)
Paidofilia	(7)	(7)
Exhibicionismo	(8)	(8)
Voyeurismo	(9)	(9)
Masoquismo sexual	(10)	(10)
Sadismo sexual	(11)	(11)
Parafilia atípica	(12)	(12)
Inhibición del deseo sexual	(13)	(13)
Inhibición de la excitación sexual	(14)	(14)
Inhibición orgásmica	(15)	(15)
Dispareunia funcional	(16)	(16)
Vaginismo funcional	(17)	(17)
Disritmia	(18)	(18)
Aversión al sexo	(19)	(19)
Disfunción psicosexual atípica	(20)	(20)
Homosexualidad egodistónica	(21)	(21)
En estudio	(22)	(22)
No procede (se ignora, no tuvo)	(23)	(23)
Ambos, especificar _____	(24)	(24)

Otros, especificar _____	(25)	(25)

CAPÍTULO XIII

Recomendaciones Terapéuticas

165. Indique el manejo que debe recibir la condición a tratar:

- Sólo información general (1)
- Orientación profesional (2)
- Farmacoterapia (3)
- Terapia conductual (4)
- Psicoterapia (5)
- Tratamiento quirúrgico (6)
- Interconsulta (7)
- Canalización (8)
- No procede (9)
- Ambas. especificar (10)
- Otra. especificar (11)

CAPÍTULO XIV

Pronóstico

166. Evaluación global de la severidad:

- Paciente asintomática (1)
- Sólo amerita manejo individual (2)
- Amerita manejo de pareja (3)
- Amerita manejo familiar (4)
- Amerita manejo grupal (5)
- Requiere interconsulta (6)
- Requiere canalización (7)
- Ambos. especificar (8)
- No procede (9)

CAPÍTULO XV

Comentarios y observaciones

167. La información fue relatada por:

- La paciente (1)
- La paciente y su pareja (2)
- Otro. especificar (3)

168. Credibilidad de la información:

- Buena (1)
- Regular (2)
- Pobre (3)

169. Actitud de la paciente ante el interrogatorio: _____

170. Observaciones a la forma y contenido de la información obtenida: _____

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN MARITAL (COMARI)

Nombre _____
Expediente: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Instrucciones

A continuación encontrará algunos temas que se dan en la pareja. Por favor marque con una "X" el número que más describa la cantidad en que su pareja y usted hablan de este tema de conversación. Siendo el número **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 quién 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 enojo 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. Quién administra el dinero en el hogar	1	2	3	4	5
68. Las cosas positivas de mi familia	1	2	3	4	5
69. Las amistades nuevas que hago	1	2	3	4	5
70. De mis creencias religiosas	1	2	3	4	5
71. Lo que me disgusta de su arreglo personal	1	2	3	4	5
72. Las cosas que me disgustan de nuestra vida sexual	1	2	3	4	5
73. De que nos visite su familia	1	2	3	4	5
74. El interés que 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 mi familia	1	2	3	4	5
78. Cuando me siento insatisfecho(a) sexualmente	1	2	3	4	5

79. El tiempo que dedica a si misma(o)	1	2	3	4	5
80. De que nos visite mi familia	1	2	3	4	5
81. De que 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 enojo con mi familia	1	2	3	4	5
84. Los problemas que tienen en su trabajo	1	2	3	4	5
85. Lo que me gusta de mi trabajo	1	2	3	4	5
86. De algún deporte	1	2	3	4	5

**CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN MARITAL (COMARI)
HOJA DE EVALUACIÓN**

Nombre: _____

Núm. de expediente: _____

		TOTAL
I. Sentimientos, emociones y disgustos	<u>2 5 8 13 15 16 18 23 25 28 29 33 42 44</u> 48 59 71 = / 17	
II. Familia extendida	<u>57 60 64 68 73 77 80 83 =</u> / 8	
III. Vida sexual	<u>43 46 49 52 53 56 66 72 78 =</u> / 9	
IV. Hijos	<u>7 11 22 27 32 35 39 55 76 =</u> / 9	
V. Relación marital	<u>1 26 31 41 61 62 74 =</u> / 7	
VI. Trabajo	<u>48 49 50 51 52 53 =</u> / 6	

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

CUESTIONARIO DE ESTILO DE COMUNICACIÓN (ECOM)

Nombre: _____

Expediente: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Instrucciones

A continuación encontrará 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. Tome en cuenta que entre más cercana 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 **como es su pareja al platicarle a usted**. Por favor conteste en los renglones de abajo tal y como lo hizo en el cuestionario anterior.

CUANDO MI PAREJA ME PLATICA ES

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 sumiso(a)					Muy sumiso(a)
8. Nada irrespetuoso(a)					Muy irrespetuoso(a)
9. Nada superficial					Muy superficial
10. Nada afectuoso(a)					Muy afectuoso(a)
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)
21. Nada distraído(a)					Muy distraído(a)
22. Nada débil					Muy débil
23. Nada rebuscado(a)					Muy rebuscado(a)
24. Nada confuso(a)					Muy confuso(a)
25. Nada temperamental					Muy temperamental

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
 SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

CUESTIONARIO DE ESTILO DE COMUNICACIÓN (ECOM)
 HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: _____

Núm. de expediente: _____

ESTILO DEL PACIENTE

		TOTAL
I. POSITIVO	<u>4 5 9 11 13</u> = /5	
II. VIOLENTO	<u>15 16 18</u> = /3	
III. NEGATIVO	<u>1 21 22 23</u> = /4	
IV. RESERVADO	<u>2 3 10</u> = /3	

ESTILO DEL CÓNYUGE

		TOTAL
I. POSITIVO	<u>4 5 6 10 11 13 15</u> = /7	
II. VIOLENTO	<u>8 14 16 17 18 19 20 25</u> = /8	
III. NEGATIVO	<u>21 22 23 24</u> = /4	
IV. RESERVADO	<u>2 3 12</u> = /3	

Instituto Nacional de Perinatología
 Dirección de Investigación
 Subdirección de Investigación Clínica
 Departamento de Psicología

CUESTIONARIO DE MASCULINIDAD Y FEMINEIDAD
 IMAFE

Nombre o número de cuestionario: _____
Sexo: _____ Edad: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____

ESCALAS		
M	_____ /15 Σ 1 5 9 13 17 21 25 29 33 37 41 45 49 53 57	_____
F	_____ /15 Σ 2 6 10 14 18 22 26 30 34 38 42 46 50 54 58	_____
MA	_____ /15 Σ 3 7 11 15 19 23 27 31 35 39 43 47 51 55 59	_____
S	_____ /15 Σ 4 8 12 16 20 24 28 32 36 40 44 48 52 56 60	_____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una lista de palabras que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñoso, flojo. Le voy a pedir que utilice esas palabras para describirse. Esto es, a cada palabra le pondrá un número entre uno y siete, según qué también crea que describe su manera de ser.

Estos 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

Ejemplo:

- Listo** 3 Le pondrá el número 3 si cree que algunas veces usted es listo.
- Malicioso** 1 Le pondrá el número 1 si cree que nunca o casi nunca usted es malicioso.
- Responsable** 7 Le pondrá el número 7 si cree que siempre o casi siempre usted es responsable.

Enseguida se encontrarán 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

1. Seguro de mi mismo(a)	21. Dispuesto(a) a arriesgarme	41. Racional
2. Afectuoso(a)	22. Deseoso(a) a consolar al que se siente lastimado	42. Me gustan los niños
3. Enérgico(a)	23. Agresivo(a)	43. Rudo(a)
4. Conformista	24. De personalidad débil	44. Dependiente
5. Me comporto confiado(a) de los demás	25. Autosuficiente	45. Maduro(a)
6. Compasivo(a)	26. Cariñoso(a)	46. De voz suave
7. Dominante	27. Uso malas palabras	47. Incomprensivo(a)
8. Simplista	28. Inseguro(a) de mi mismo(a)	48. Influenciable
9. Analítico(a)	29. Independiente	49. Valiente
10. Sensible a las necesidades de los demás	30. Amigable	50. Generoso(a)
11. Individualista	31. Materialista	51. Frio(a)
12. Sumiso(a)	32. Pasivo(a)	52. No me gusta arriesgarme
13. Hábil para dirigir	33. Competitivo(a)	53. Reflexivo(a)
14. Comprensivo(a)	34. Tierno(a)	54. Espiritual
15. Ambicioso(a)	35. Autoritario(a)	55. De voz fuerte
16. Incapaz de planear	36. Resignado(a)	56. Retraído(a)
17. Tomo decisiones con facilidad	37. Atlético(a)	57. De personalidad fuerte
18. Caritativo(a)	38. Dulce	58. Cooperador(a)
19. Arrogante	39. Egoísta	59. Malo(a)
20. Indeciso(a)	40. Cobarde	60. Tímido(a)

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ASERTIVIDAD

INSTRUCCIONES: 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: _____ Núm. de expediente: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Sexo:
 Femenino
 Masculino

Estado civil:
 Soltera
 Casada
 Unión libre
 Divorciada

A cuanto asciende su ingreso mensual aproximadamente: _____

Trabaja:
 Sí
 No

INSTRUCCIONES: 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 decírselo.	1	2	3	4	5
20. Mi éxito en el trabajo dependerá de qué tan simpático 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 el 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 de 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 está 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

51. Me siento bien cuando logro lo que me propongo.	1	2	3	4	5
52. Puedo decirle a mis padres que actuaron injustamente más fácilmente por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
53. Muchas puertas se me abren porque tengo suerte.	1	2	3	4	5
54. Prefiero someterme a las órdenes de mi jefe que expresarle mi desacuerdo.	1	2	3	4	5
55. Prefiero pedirle un aumento de sueldo a mi jefe por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
56. Soy cumplido en las tareas que se me asignan.	1	2	3	4	5
57. Me es difícil negarme a salir con mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5
58. Me es difícil solicitar a mi jefe permiso para faltar al trabajo.	1	2	3	4	5
59. Obtener lo que quiero depende de mí.	1	2	3	4	5
60. Si una cajera de un establecimiento público me cobra más, se lo hago notar y le pido que rectifique.	1	2	3	4	5
61. Me gusta que lo que hago quede bien hecho.	1	2	3	4	5
62. 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
63. Me cuesta trabajo expresar mis sentimientos y deseos a mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5
64. Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte.	1	2	3	4	5
65. 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 de mi 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 cómo 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 decirle 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 mi 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

