

11
24.



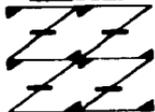
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

COMPARACION DE LOS NIVELES DE
AUTOCONCEPTO Y SATISFACCION MARITAL EN
MUJERES CON DISFUNCION SEXUAL Y SIN
DISFUNCION SEXUAL

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE
P S I C O L O G O
P R E S E N T A :
IRASEMA GONZALEZ VALENCIA

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



LO HUMANO EJE

DE SUJETA REFLEXION

ASESOR DE TESIS: MTR. MARIO ROJAS RUSSELL

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

A MIS PADRES

Quienes además de su amor me han dado otra de las riquezas más importantes, mi carrera.

A MIS HERMANOS

Chela, Lalo, Toña, Araceli, Enrique, Genaro, y Oscar que con su apoyo incondicional siempre me han alentado para seguir adelante.

A MIS SOBRINOS

Marce, Caro, Erika, Rodrigo, Ale, y Liz quienes con la grandeza de su espíritu también me han alentado para continuar.

A MIS AMIGOS

Que también estuvieron conmigo apoyándome.

A MI ASESOR

Por su dedicación, apoyo y tiempo prestados para la realización de la tesis.

A MIS SINODALES

Quienes con sus comentarios permitieron que mi trabajo mejorara.

AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

Por las facilidades otorgadas y en especial, al departamento de psicología.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO 1	SEXUALIDAD	
1.1	DEFINICION DE SEXUALIDAD	1
1.2	RESPUESTA SEXUAL HUMANA	8
1.3	DISFUNCIONES SEXUALES	8
1.3.1	ETIOPATOGENIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES	12
1.3.2	ESTUDIOS SOBRE LAS DISFUNCIONES SEXUALES	13
1.4.	PAPELES DE GENERO	15
1.4.1	SATISFACCION MARITAL Y GENERO	20
1.4.2	AUTOCONCEPTO Y GENERO	22
CAPITULO 2	SATISFACCION MARITAL	
2.1	FORMACION Y CICLO DE LA PAREJA	25
2.2	SATISFACCION MARITAL Y FUNCIONALIDAD SEXUAL	31
CAPITULO 3	AUTOCONCEPTO	
3.1	AUTOCONCEPTO DEL MEXICANO	38
3.2	ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LA MUJER MEXICANA	38
3.3	AUTOCONCEPTO Y FUNCIONALIDAD SEXUAL	39
CAPITULO 4	METODOLOGIA	
4.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	41
4.2	HIPOTESIS	41
4.3	DEFINICION DE VARIABLES	42
4.4	DISEÑO	43
4.5	MUESTRA	43
4.6	SUJETOS	43
4.7	ESCENARIO	43
4.8	INSTRUMENTOS	44
4.9	PROCEDIMIENTO	44
4.10	ANALISIS ESTADISTICO	45
CAPITULO 5	RESULTADOS	46
CAPITULO 6	DISCUSION Y CONCLUSIONES	58
REFERENCIAS		
ANEXOS		

**COMPARACION DE LOS NIVELES DE AUTOCONCEPTO Y SATISFACCION MARITAL EN MUJERES CON
DISFUNCION SEXUAL Y SIN DISFUNCION SEXUAL**

González Valencia Irasema

Asesor: Mtro. Mario Rojas Russell
Facultad de Estudios Superiores: Zaragoza, UNAM

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue comparar los niveles de autoconcepto y satisfacción marital entre un grupo de mujeres con disfunción sexual y otro sin disfunción. Con el fin de comprobar la hipótesis de que los niveles de autoconcepto y satisfacción marital se encuentran disminuidos para el primer grupo.

A una muestra de 300 mujeres de primer ingreso al Instituto Nacional de Perinatología (INPer), se les aplicó la historia clínica codificada de la sexualidad femenina de Souza (1987); así como la escala de autoconcepto Tennessee de Fitts (1965) y la escala de satisfacción marital de Pick y Andrade (1988). Se diagnosticaron 161 mujeres con disfunción sexual y 139 mujeres no presentaron ningún tipo de disfunción sexual.

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos para las distintas subescalas de satisfacción marital y autoconcepto. Asimismo se encontró que otras variables, como la información sobre las relaciones sexuales, influyen en los niveles de autoconcepto y de satisfacción marital.

El estudio permitió obtener conclusiones en cuanto al nivel de conocimiento que se tiene de la sexualidad humana y la respuesta sexual en particular, y de esta manera implementar programas de atención a nivel educativo y terapéutico para las pacientes del Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

INTRODUCCION

A lo largo de la historia de la humanidad la vivencia de la sexualidad se ha venido transformando. En la época victoriana cuando no se podía hablar de sexualidad todo el tema estaba rodeado de una aureola de "santa repulsión". Actualmente las cosas han dado un giro y pueden adquirirse diversos materiales sobre sexualidad en cualquier librería incluso en los puestos de periódicos, según May (1990) esto ha servido para que la ansiedad social y el sentimiento de culpa decrecieran. Sin embargo, aún permanece la problemática sexual y a pesar de los grandes cambios que enmarca nuestra sociedad, la sexualidad todavía continua influida por una serie de mitos y prejuicios que originan una ausencia de información correcta, la cual a su vez puede reflejarse en un mal funcionamiento sexual (disfunción sexual) que posteriormente afectará no solo a la relación coital sino también a la relación de pareja (Chiu, 1990). Álvarez (1986) define las disfunciones sexuales como alteraciones persistentes y recurrentes, de una o varias fases de la respuesta sexual humana que provocan problemas o molestias en el individuo o pareja.

Se considera importante conocer qué relación existe entre las disfunciones sexuales y los factores emocionales, ya que como menciona Corydon (1984) cuando una mujer esta absorbida en preocuparse acerca de la manera de realizar el acto sexual ("¿alcanzaré el orgasmo?") o esta excesivamente concentrada en el placer de su compañero la entrada sensorial de la estimulación sexual se filtrará, siendo probable que su respuesta sexual sufra alteraciones. El presente estudio pretende conocer si estas alteraciones generan algún malestar emocional como poca satisfacción marital y un bajo autoconcepto.

La satisfacción marital es definida por Pick y Andrade (1988) como la actitud hacia aspectos del cónyuge y de la interacción conyugal, estando conformada por tres componentes: Satisfacción con la interacción conyugal, que se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a la relación que lleva con su pareja. Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge, la cual se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con los aspectos emocionales de su pareja. Satisfacción con los aspectos estructurales de la pareja, que trata de la satisfacción que un cónyuge expresa referente a la organización, establecimiento y cumplimiento de las reglas de su pareja.

Fitts (1985) define el autoconcepto como el criterio que una persona es capaz de dar de sí misma, la descripción más completa que pueda dar en un momento dado. El autoconcepto está formado por un marco de referencia externo y un marco de referencia interno. El primero integra los siguientes componentes: Yo físico (percepción del cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad); yo ético (valores morales, relación con dios, sentimiento de ser una buena o mala persona); yo personal (sentimiento de adecuación como persona y valer personal); yo familiar (sentimiento de adecuación y valía como miembro de una familia); yo social (evaluación de la personalidad pero partiendo de lo otros, reflejando el sentimiento de adecuación y valía dentro la sociedad en que interactúa). El segundo se conforma de la siguiente manera: Identidad (la descripción del individuo respecto a cómo se ve a sí mismo); Autosatisfacción (es la descripción de como se siente el individuo respecto al sí mismo que esta percibiendo); y comportamiento (percepción individual de la conducta y de la manera de funcionar).

A partir de los datos anteriormente descritos, el objetivo de la investigación fue establecer los niveles de autoconcepto y satisfacción marital para un grupo de mujeres con disfunción sexual (n= 139) comparativamente con un grupo de mujeres sin disfunción sexual (n= 161). Con el fin de probar la hipótesis de que los niveles de autoconcepto y satisfacción marital de las mujeres con disfunción sexual se verán disminuidos en comparación con las mujeres sin disfunción sexual.

El presente trabajo abarca seis capítulos; se mencionan algunos aspectos relacionados con el varón, sin embargo, no se profundiza en ellos debido a que la investigación fue realizada con una muestra conformada únicamente por mujeres.

En el primer capítulo se trata de abordar un panorama sobre la sexualidad en general con sus diferentes manifestaciones, para posteriormente hablar sobre las disfunciones sexuales y la relación del género con la satisfacción marital y con el autoconcepto.

Al inicio del capítulo dos se ofrece la definición de la satisfacción marital, posteriormente se describe el ciclo de la pareja; se considera importante ya que las participantes de la presente investigación abarcan un rango de edad de 15 a 64 años y se encuentran en diferentes etapas del ciclo, el capítulo dos finaliza con investigaciones que reportan la relación entre la satisfacción marital con la funcionalidad sexual.

El capítulo tres incluye la definición del constructo del autoconcepto y la importancia de su estudio, después se ofrece una visión del autoconcepto del mexicano, posteriormente se habla sobre como se ha ido formando la identidad de la mujer mexicana, para finalizar con una visión de la influencia del autoconcepto sobre la funcionalidad sexual.

En el capítulo cuatro se mencionan los planteamientos metodológicos que se efectuaron para llevar a cabo esta investigación.

El capítulo cinco muestra mediante el análisis estadístico los resultados que arrojó el estudio.

El capítulo seis presenta la discusión de los resultados con base a la literatura revisada y finaliza con la conclusión de los hallazgos presentados, así como con algunas sugerencias, que se proponen para continuar con esta línea de estudio.

CAPITULO 1 SEXUALIDAD

1.1 DEFINICION DE SEXUALIDAD

Al tratar conceptualizar la sexualidad es importante mencionar que el término ha sido confundido con la palabra sexo, ya que en el lenguaje común la palabra sexo se utiliza indistintamente para aludir al varón o a la hembra (sexo biológico) o bien para referirse a una actividad física en la que interviene el aparato genital (hacer el acto sexual). Sexo es una serie de características físicas determinadas genéticamente, que colocan a los individuos de una especie en algún punto del continuo que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios (Álvarez, 1986). Mientras que la palabra sexualidad es empleada con un significado más amplio que el vocablo sexo, ya que pretende abarcar todos los planos del ser sexual. Masters, Johnson y Kolodny (1987) opinan que la sexualidad se refiere a una dimensión de la personalidad y no exclusivamente a la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica. Por su parte Azcárraga, (1986) define la sexualidad como un conjunto de caracteres sexuales anatómicos, fisiológicos, psicológicos y sociales que se manifiestan en la conducta del individuo con otras personas. De ahí que la salud sexual sea definida por la O.M.S. 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".

La definición de la sexualidad es algo que resulta complicado. La manera en que los seres humanos la han explicado a lo largo de la historia ha ido modificándose. Así mismo el hecho de que la sexualidad se manifieste en todos los niveles de la existencia humana (el biológico, el social y el psicológico), ha provocado que las conceptualizaciones varíen y dependiendo del método de estudio se puede amplificar o minimizar alguna manifestación de la sexualidad, para evitar esta situación se encuentra el modelo propuesto en Consejo Nacional de Población por Rubio (1994), sobre el cual se basará el presente trabajo, el modelo mencionado ve a la sexualidad como la resultante de la interacción grupal que, a partir de una base biológica relativamente invariable, origina la diversidad de ideas, sentimientos, actitudes, regulación social e institucional de lo que el grupo entiende por sexualidad. Se propone un modelo sistémico de la sexualidad la idea central es que la sexualidad resulta de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a cuatro

sistemas denominados holones¹ sexuales: La reproductividad, el género, el erotismo, y la vinculación afectiva interpersonal. Cada uno de ellos tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio del ser humano y por ello no son ofrecidos como conceptos biológicos, sociales, o psicológicos. No es posible limitar la temática de ningún holon sexual a alguna de sus dimensiones (biológica, social o psicológica) sin perder la posibilidad de una comprensión integral. A continuación se describirán cada uno de los holones, expuestos por Rubio (1994):

EL HOLON DE LA REPRODUCTIVIDAD HUMANA

Por reproductividad se quiere decir: tanto la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no idénticos) a los que los produjeron, como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad.

El tema de reproductividad humana parece ser identificado con nuestra condición biológica y es en ese nivel, en el que generalmente se estudia. Sin embargo, la reproductividad humana como toda manifestación sexual tiene componentes psicológicos y sociales, y no se limita al hecho biológico de la concepción embarazo y parto.

El plano psicológico de la reproductividad humana suele ser ignorado con mayor facilidad que los temas biológicos. Resulta claro observar como la función reproductiva no termina con el nacimiento de un nuevo ser, la función de maternidad y paternidad se prolonga muchos años después de poder considerar completo el evento reproductivo.

En el plano sociológico, la reproductividad suele estudiarse en temáticas como las significaciones sociales del hecho reproductivo y la contracepción. La institucionalización de las políticas reproductivas, los procesos sociales ante la reproducción humana que son base de los fenómenos demográficos, son expresión en el plano sociocultural, de la reproductividad.

EL HOLON DEL GENERO

En la evolución de los seres vivos apareció en cierto momento el sexo, es decir, hecho de que en una misma especie surgieran dos formas, a lo que se denominó dimorfismo. Siendo esta la base biológica del género.

Género es una serie de constructos mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dismórficas que lo ubican en algún punto del rango de diferencias.

En sus niveles biológicos, existen desarrollos importantes, por ejemplo, los múltiples niveles en los que opera en proceso prenatal y postnatal de diferenciación sexual (genérica), las manifestaciones anatómicas (más evidentes) del dimorfismo, las manifestaciones (menos evidentes) en el sistema nervioso central.

¹Del griego hol/todo on/parte

En el plano psicológico, el género adquiere relevancia en la conformación de la identidad individual. La identidad es el marco de referencia que nos permite respondernos quiénes somos, qué hacemos, qué queremos y adónde vamos. Uno de los principales componentes de la identidad es el género en la llamada identidad genérica: yo soy hombre, yo soy mujer.

La expresión pública de nuestra identidad genérica se llama papel sexual o papel genérico. Cuando estos papeles son estudiados en los grupos humanos, es posible la identificación de guiones que dictan lo que es esperado por el grupo en función del género de los individuos y la sociedad norma muchas de sus interacciones en función de estas conceptualizaciones.

EL HOLON DEL EROTISMO

El erotismo es un elemento de la sexualidad que nos remite a las experiencias más comúnmente identificadas como sexuales. El erotismo es el componente placentero de las experiencias corporales (individualmente vividas o, más frecuentemente, en interacción con otro), en las que se presentan los procesos de activación de respuesta genital y corporal, (muchos de estos procesos ocurren de hecho, lejanos a los genitales, en el sistema nervioso central).

Por erotismo se entiende: 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.

La forma más aceptada de conceptualización de la fisiología del erotismo, es verlo como resultado de tres procesos fisiológicos interdependientes: El deseo o apetito sexual, la excitación, y el orgasmo.

De manera similar a lo que sucede con el género en la identidad genérica todos desarrollamos una identidad erótica. La simbolización de lo erótico es uno de los mecanismos más poderosos por lo que el erotismo se integra al resto de la sexualidad.

Los antropólogos han identificado guiones de conducta erótica en cada una de las culturas que han venido estudiando. Y una de las primeras consecuencias del estudio transcultural, es la identificación de códigos de conducta tan diversos, que permiten la visualización del carácter relativo de las normas de conducta erótica vigentes en nuestra cultura.

EL HOLON DE LA VINCULACION AFECTIVA INTERPERSONAL

Ninguna consideración sobre lo sexual puede estar completa si no se incluye el plano de las vinculaciones afectivas. El desarrollo de vínculos afectivos es resultado de la manera particular en que la especie humana evolucionó:

a mayor tiempo de desarrollo, mayor necesidad de cuidado. Una vez rotos los vínculos físicos prenatales, la presencia de afectos intensos relacionados con los otros se constituye como una forma de garantizar el cuidado y el desarrollo.

Por vinculación afectiva se entiende 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. La forma más reconocida de vinculación afectiva es el amor, sin embargo, se le puede dar el mismo nombre a formas de vinculación totalmente diferentes. Esta situación plantea problemas conceptuales que pueden resolverse si identificamos el componente indispensable de la vinculación afectiva que es la presencia de la resonancia afectiva. Es esta resonancia la que se hace presente por la interacción entre los significados de los otros holones de la sexualidad. Los seres humanos nos vinculamos gracias a que los afectos provocados por los otros son lo suficientemente intensos como para tratar de mantenerlos o de evitarlos. El amor es una forma especial de vinculación. Del amor se han ocupado varios autores. Uno de los más conocidos es Fromm (1994) quien opina, que el amor es el interés activo por la vida y el crecimiento de aquello que amamos; enumera las características del amor de la siguiente manera: El amor tiene un carácter activo, da y además tiene cuidado, responsabilidad, respeto y conocimiento por la otra persona con la que experimentamos afectos intensos.

El estudio de las vinculaciones afectivas entre los seres humanos tiene contenidos en todos los niveles en que los otros holones sexuales se manifiestan. Las bases biológicas de estos fenómenos comienzan a identificarse, cuando menos en lo que se refiere a algunas formas de vinculación afectiva como el amor romántico, el enamoramiento, y el vínculo materno - infantil.

La experiencia subjetiva del amor y los patrones de vinculación (llamados también de apego), constituyen temas centrales en la psicología. El establecimiento de la pareja humana, su ciclo, y disolución, así como la institucionalización de los vínculos afectivos a través del matrimonio, su disolución a través del divorcio así como la regulación institucional y legal de estos procesos, se estudian por métodos de la psicología de la interacción, la psicología social y la antropología.

Después de esta revisión queda claro que no importando el nivel que se quiera estudiar, las características de los sistemas presentes en un nivel aparecerán en los otros, con esta óptica resulta fácil observar que la sexualidad no es fundamentalmente biológica, ni psicológica, ni social. Sino que a las manifestaciones de la sexualidad las encontramos en todos estos niveles. El siguiente cuadro tomado de Rubio (1994) mostrará los niveles de estudio de la sexualidad en función del modelo propuesto por los cuatro holones sexuales.

HOLON SEXUAL	REPRODUCTIVIDAD	GENERO	EROTISMO	VINCULACION INTERPERSONAL AFECTIVA
BIOLÓGICO	Sistema reproductivo. Concepción, embarazo, parto. Anticoncepción	Diferenciación sexual en los niveles genético, anatómico, y neurológico con su expresión funcional.	Bases bioquímicas y neuronales de la vivencia erótica. Fisiología de la respuesta sexual.	Bases Biológicas de los fenómenos de vinculación humana.
PSICOLÓGICO	Identidad reproductiva Significados psicológicos de la paternidad y la maternidad	Identidad de género. Papeles de género.	Identidad Erótica. Simbolización erótica. Experiencias autoeróticas.	Emociones vinculativas. Experiencia amorosa. Patrones de vinculación (apego). Enamoramiento Formación y ciclo de las parejas.
SOCIOLÓGICO	Guiones Parentales. Expectativas reproductivas.	Guiones genéricos. Estereotipos sociales de la masculinidad y feminidad	Guiones de conducta erótica. Reacciones ante conductas aceptadas y prohibidas.	Determinantes sociales de la formación de parejas. Significados sociales ante la vinculación.

1.2 RESPUESTA SEXUAL HUMANA

...Una relación de intimidad personal es algo más que una simple descarga de tensiones sexuales, una intimidad personal que habremos de recordar mañana y muchas semanas después del mañana...

Rollo May

La respuesta sexual humana es la respuesta del organismo a un estímulo sexual, que engloba cambios fisiológicos genitales y extragenitales. Es una reacción que involucra todo el organismo y en la que intervienen no sólo los genitales sino los sentimientos, pensamientos y las experiencias previas a la persona (Masters, Jonhson, Kolodny 1987).

La respuesta sexual se asemeja a otros procesos fisiológicos, en la medida en que pueden desencadenarse no sólo mediante contacto físico directo, sino a través del olfato, la vista el pensamiento o las emociones.

Durante la década de los 60's, Masters y Johnson dieron a conocer los resultados de la investigación hecha por primera vez en humanos sobre la fisiología sexual, basándose en la observación directa en el laboratorio de más de diez mil secuencias de actividad sexual en 382 mujeres y 312 hombres. Los hallazgos de dicho estudio denotaban que la respuesta sexual humana podría describirse como un ciclo de 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución; esos estadios se refieren a la respuesta característica del individuo durante el desempeño sexual. Aunque generalmente el ciclo de la respuesta sexual se atiene a una pauta de progresión estable, no siempre están claramente diferenciadas una etapa de la otra y pueden experimentar grandes variaciones tanto en el caso de un mismo individuo examinado en distintos momentos, como en la relación de pareja. Es importante tener en cuenta esto cuando se habla posteriormente sobre disfunciones sexuales; ya que el hecho de que alguna vez no se presente el ciclo completo de la respuesta sexual puede depender de factores como el estrés, cansancio o falta de comunicación con la pareja; y solo si se presenta una alteración persistente y recurrente de la respuesta sexual de una persona se puede hablar de que existe una disfunción sexual. A continuación se describen cada una de las fases de la respuesta sexual (Masters, Johnson y Kolodny; 1987)

EXCITACIÓN: Esta fase resulta de la estimulación sexual, que puede ser física, psicológica o una combinación de ambas. Durante esta fase se produce un marcado aumento de la tensión sexual por encima del nivel o línea de arranque (estado de no activación). La lubricación vaginal inicia de 10 a 30 seg. después de la excitación sexual, la densidad y cantidad de la lubricación vaginal varía mucho de una mujer a otra y en una misma mujer de un tiempo a otro. La lubricación de este órgano facilita la inserción del pene y la suavidad del movimiento de empuje, a la vez que impide que la mujer sienta incomodidad o molestias durante el acto.

La excitación que se ve en el hombre visiblemente por el endurecimiento y el agrandamiento del pene se debe al aumento de la presión del fluido a pesar de la aparente simplicidad de este mecanismo, puede darse el caso de que un hombre este física o psicológicamente excitado y no alcance a tener una erección firme, sobre todo cuando está nervioso o fatigado. De lo anterior podemos deducir que los cambios físicos que se producen en la excitación no son siempre constantes ni crecientes ni para los hombres ni para las mujeres. A menudo una distracción de índole física o mental puede ocasionar una disminución de la tensión sexual acumulada y de hecho así sucede a menudo (Masters, Jonhson, Kolodny 1987). Los mecanismos vasoconstrictivos de la excitación sexual se intensifican y declinan en todos los individuos, del mismo que todos los procesos biológicos conocen fluctuaciones.

MESETA: Durante este periodo se mantienen e intensifican los niveles de excitación sexual, que en un principio disponen el terreno para el orgasmo. La duración de la fase de meseta varía en gran medida. Para los hombres que tienen dificultad en controlar su eyaculación esta fase es muy breve; en el caso de algunas mujeres una breve fase de meseta puede preceder a un orgasmo de singular intensidad. En cambio en otros individuos una fase de meseta larga y pausada comporta una exaltación erótica e íntima que constituye de por sí un final satisfactorio.

ORGASMO: Si avanzada ya la fase de meseta continua la estimulación sexual efectiva, se llega a un punto en que el cuerpo libera de golpe la tensión muscular acumulada, en lo que constituye el apogeo de la excitación sexual; a este momento se le denomina orgasmo, conocido también como "clímax". Desde un punto de vista biológico el orgasmo es la fase más corta del ciclo de la respuesta sexual; normalmente dura sólo unos segundos, lapso durante el cual las contracciones rítmicas musculares que se desencadenan producen una intensa sensación física seguida de un rápido relajamiento. Desde el punto de vista psicológico el orgasmo es un instante de goce y de suspensión de la actividad mental; es decir, la mente se repliega sobre sí misma para disfrutar de tan íntima experiencia. Los orgasmos varían no sólo en cada hombre ó mujer en particular, sino en distintos momentos de un mismo individuo. La diferencia en la intensidad de los orgasmos deriva de los factores físicos (cómo la fatiga y el tiempo transcurrido desde el último orgasmo), y de una amplia gama de factores psicosociales (como la afinidad con la pareja, actividad, expectativas y

sentimientos en torno al hecho sexual). Por todas estas razones el intento de definir o describir el orgasmo es una tarea difícil y ello además porque la experiencia subjetiva de cada individuo comprende una dimensión psicosocial y otra que es fisiológica.

RESOLUCIÓN: El período de retorno al estado de no estimulación se conoce como fase de resolución. En esta fase que comprende el período refractario en los hombres, se invierten las alteraciones anatómicas y fisiológicas acaecidas durante la etapa de meseta. Si la excitación ha sido intensa pero no ha habido orgasmo, la resolución lleva un poco más de tiempo, aunque se dan algunos cambios como la desaparición de la plataforma orgásmica y la erección en los hombres, se da a veces una persistente sensación de presión o dolor en la pelvis, a causa de la vasoconstricción, que en ocasiones puede crear una sensación de malestar, además en los hombres se da un dolor testicular. Inmediatamente después del orgasmo se da una notable diferencia entre la respuesta sexual del hombre y la de la mujer. Por lo general las mujeres tienen una actitud multiorgásmica dependiendo tanto de una estimulación adecuada y efectiva, como de el interés sexual. La duración de esta fase de recuperación varía mucho dependiendo de cada individuo, desde unos minutos hasta unas horas.

1.3 DISFUNCIONES SEXUALES

...y libres para siempre de la luna lunática fornicaron al fin como dios manda o mejor dicho como dios sugiere...

Mario Benedetti.

Aunque generalmente el ciclo de la respuesta sexual se atiene a una pauta de progresión estable no siempre están claramente diferenciadas una etapa de la otra y pueden experimentarse grandes variaciones tanto en el caso de un mismo individuo examinado en distintos momentos, como en la relación de pareja. Así por ejemplo, algunas veces la excitación puede ser rápida y desembocar en el orgasmo, en otras ocasiones, la excitación va creciendo durante un período de horas y en tal caso, el resto del ciclo puede parecer corto si se compara con esta fase; otras veces el estadio de la meseta no siempre lleva al orgasmo, ya que, los altos niveles de excitación característicos de esta fase pueden disiparse y un individuo puede regresar a la fase de excitación o regresar a su estado normal si cesa la estimulación. Es importante tener en cuenta este tipo de variaciones que dependen de factores físicos (fatiga o estrés), y de una amplia gama de factores psicosociales (como por ejemplo, la afinidad con la pareja, expectativas y sentimientos en torno al

hecho sexual)- cuando se habla sobre disfunciones sexuales, ya que a estas variaciones en la respuesta sexual no se les puede denominar disfunción sexual.

Si en la respuesta sexual humana se dan alteraciones y no se presenta en la manera esperada; se hablará de la existencia de una disfunción sexual, siempre y cuando, aparezca una alteración persistente y recurrente en alguna o varias fases de la respuesta sexual y cause molestias a la persona o a su pareja (Alvarez, 1986).

Rubio y Díaz (1994) definen las disfunciones sexuales como una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente y recurrente. Los autores citados mencionan que las disfunciones deben ser entendidas como síndromes ya que el término síndrome es menos específico que el de enfermedad. El término enfermedad por lo general implica una etiología o un proceso fisiopatológico específico. En el caso de los síndromes, es común que los procesos causales (etiopatogénicos) no sean específicos, es decir, que un conjunto de síntomas que se observan en dos personas diferentes tengan causas diferentes.

Los autores mencionados proponen que existen cuatro características presentes en todas las disfunciones sexuales:

- 1) Se trata de un proceso de naturaleza erótica. Entendiendo por erotismo, los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, sus resultantes en la calidad placentera, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias. El concepto de disfunción sexual se limitará al funcionamiento del cuerpo, es decir, en los que se activan o se desean activar los procesos de respuesta sexual.
- 2) Son procesos que se consideran indeseables, esto es, que existe acuerdo entre los miembros de una sociedad (o cuando menos entre los miembros de que elaboran las clasificaciones de salud), en que sería más deseable que las personas no vivieran sus procesos eróticos con las características de las disfunciones sexuales.
- 3) Son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas y.
- 4) Se presentan en la práctica clínica en forma de síndromes, es decir, se presentan como un grupo de síntomas que permite la identificación de grupos de personas con síntomas similares, pero no permite la identificación del tipo de causas que las determinan.

Como se ha mencionado, en contraste con otras funciones del organismo, la función sexual no sigue un patrón rígido que la determine. Por lo que las disfunciones sexuales no son entidades definidas y para ser diagnosticadas deben

considerarse como un continuo de interacción física, psicológica y social del individuo y, por otra parte, como se relaciona con la pareja o parejas de un mismo individuo.

Las disfunciones sexuales serían el prototipo de aquellas alteraciones, que a causa de los tabúes y restricciones para la expresión de la sexualidad producen un sufrimiento silencioso en los individuos (Alvarez, 1986).

Los síndromes de disfunción sexual pueden presentarse de diversas maneras, de acuerdo con los criterios de temporalidad y de situacionalidad. La temporalidad se clasifica en *primaria* refiriéndose a los casos en que la disfunción ha estado presente en durante toda la vida del individuo; se denomina *secundaria* cuando la persona ya ha sido capaz de realizar el coito en forma adecuada aunque sea una vez. La situacionalidad se refiere al tipo de circunstancias que rodea la aparición de la disfunción, usando las siguientes convenciones: un síndrome de disfunción sexual *global* es aquel que se presenta en todas las circunstancias de la vida del individuo en las que se esperaría una respuesta sexual y esta se encuentra ausente; se habla de síndrome de disfunción sexual *parcial* cuando la respuesta sexual se encuentra presente en la vivencia autoerótica, pero es difícil o no se da en la vivencia interpersonal; un síndrome de disfunción sexual *selectivo* hace referencia a los casos en los que la disfunción sexual se presenta sólo en ciertas circunstancias pero en otras funcionan adecuadamente. Para las disfunciones sexuales existen diversas clasificaciones en atención a distintos factores. Un elemento conceptual muy importante en el punto de las clasificaciones es el modelo de funcionamiento sexual que se utiliza para la conceptualización de las clasificaciones. Así cuando la forma de conceptualización más difundida era la de Bancroft (1983) (Cit. por Rubio y Diaz, 1994) con un modelo unidimensional de la respuesta sexual humana, las clasificaciones eran consecuentemente unidimensionales: frigidez en la mujer, impotencia en el hombre, siendo común que estos dos términos englobaran la variedad de problemas que pueden presentarse en la funcionalidad sexual.

Sin embargo la conceptualización actual ha cambiado y hoy en día se admite que la respuesta sexual humana no es resultado de un sólo tipo de procesos fisiológicos sino que engloba factores multidimensionales.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido los síndromes de disfunción sexual, dentro del capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10). En México la Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C. (AMSSAC) citado por (Rubio, 1994), desarrolló un sistema de clasificación que integra las experiencias clínicas de atención institucional a más de 500 pacientes, que han sido atendidas en las clínicas de salud sexual, con la experiencia clínica individual fuera de la institución. La clasificación de AMSSAC intenta utilizar los mismos términos usados por las clasificaciones internacionales.

Kaplan (1975) conceptualiza las disfunciones sexuales en base a su modelo trifásico de la respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo. Propone 7 disfunciones, 3 en el hombre (disfunción erectiva, eyaculación retardada, y eyaculación precoz) y 4 en la mujer (disfunción sexual general, disfunción orgásmica, vaginismo y la anestesia sexual conversión). El impacto que el modelo de Kaplan ha tenido sobre las disfunciones sexuales es muy grande. Para 1980 la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico (DSMIII), considera las disfunciones sexuales como disfunciones del deseo, de la excitación y del orgasmo. La conceptualización trifásica de las disfunciones aparece también en la edición revisada de ese manual (DSMIII-R, 1987) esta clasificación será la que se utilice en la presente investigación y es la siguiente:

TRASTORNOS DE LA FASE DEL DESEO SEXUAL

Deseo sexual inhibido (o hipoactivo); que es la ausencia o pobreza de fantasías sexuales y actividad de forma persistente o recurrente.

Trastornos por aversión al sexo; lo que se define como un aversión extrema, persistente o recurrente hacia el sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales en una pareja sexual.

TRASTORNOS DE LA EXCITACION SEXUAL

Trastorno de la excitación sexual en la mujer; definido como el fracaso parcial o completo, persistente o recurrente en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación.

Trastorno de la erección en el hombre; es considerado como el fracaso parcial o completo, persistente o recurrente del hombre, en obtener o mantener la erección hasta el final de la actividad sexual.

TRASTORNOS DEL ORGASMO

Disfunción orgásmica femenina; definida como la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer tras una fase de excitación.

Disfunción orgásmica masculina; es la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en el hombre tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una actividad considerada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración. Esta dificultad para llegar al orgasmo se limita al caso del orgasmo intravaginal ya que el orgasmo es posible con otro tipo de estimulación por ej. la masturbación.

Eyaculación precoz; siendo definida como la eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima, antes, durante, o inmediatamente después de la penetración y antes de que la persona lo desee. El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación como la edad, las parejas o situaciones nuevas y la frecuencia de la actividad sexual.

TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR

Dispareunia que es el dolor genital persistente o recurrente de un hombre o una mujer, antes, durante o después de la relación sexual.

Vaginismo que quiere decir la aparición persistente o recurrente de un espasmo involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito.

DISRRITMIA

Definida como la 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.

1.3.1 ETIOPATOGENIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Como se ha mencionado los procesos etiopatogénicos de las disfunciones sexuales no son específicos y por ese motivo no se les puede considerar como una enfermedad; sino como un síndrome ya que tienen causas diversas las cuales pueden estudiarse desde los puntos de vista biológico, psicológico y social. Las causas biológicas u orgánicas pueden ser de tres tipos: naturales, patológicas y yatrogénicas. Entre las naturales pueden mencionarse los cambios que en la respuesta sexual se suceden con la vejez. Las enfermedades como la diabetes mellitus y las coronariopatías tienen una profunda repercusión sobre la respuesta sexual humana; en el hombre con diabetes hay una elevada prevalencia de incompetencia eréctil. Como consecuencia adicional del daño que se presenta en la inervación de diversos órganos (neuropatía visceral) se puede presentar la eyaculación retrógrada por incompetencia del esfínter vesical. La causa de estas alteraciones estriba en la aparición de calcificaciones musculares y daño a pequeños vasos sanguíneos (angiopatía) que precipita la neuropatía visceral; tampoco debe perderse de vista que si bien la eyaculación progresivamente se dificulta hasta hacerse ausente, esto de ninguna manera parece interferir con la sensación orgásmica. En la mujer diabética se ha observado la aparición de anorgasmia secundaria además cuando no esta controlada su diabetes se predispone a vaginitis por candida albicans, y si el cuadro no se trata puede presentarse prurito que hacen doloroso el coito (dispareunia). En el varón el equivalente es una balanitis que hace al coito igualmente desagradable.

Las manifestaciones más graves de la cardiopatía crónica suelen limitar en gran medida la capacidad para tener relaciones sexuales aunque, las dolencias cardíacas leves no menoscaban, por lo general la actividad sexual. Sin embargo Masters, Johnson y Kolodny (1995) reportan estudios donde los hombres que han sufrido ataques cardíacos, entre los seis meses y un año después de la recuperación presentan dificultades sexuales. Los autores mencionan que en estos

casos el factor primario no es de tipo orgánico, sino que la ansiedad, conceptos erróneos y evitación se conjugan para originar dificultades sexuales. Las yatrogénicas son las disfunciones creadas por la prescripción y utilización de distintos medicamentos que tienen un efecto dañino.

En segundo lugar se encuentran las causas psicológicas de las disfunciones podrían ser las distintas neurosis y psicosis que de una u otra forma afectan la vida sexual. Resulta indispensable mencionar los conflictos interpersonales (afinidad con la pareja, expectativas y sentimientos en torno al hecho sexual) que surgen en la relación de pareja donde se encuentran involucrados dos individuos cada uno de ellos con su propia personalidad y conflictos, que de alguna manera repercuten en su respuesta sexual.

Las causas sociales y culturales que no por ser más sutiles son menos devastadoras, tales como la represión y los tabúes que en múltiples ocasiones, producen una represión que en muchas ocasiones originan una disfunción sexual. Alvarez (1984) opina que probablemente este sea el principal factor causal de la anorgasmia y de la eyaculación precoz en nuestro país.

1.3.2 Estudios sobre las disfunciones sexuales

Hasta fecha muy reciente se presumía que las mujeres eran menos sexuales que los hombres. En consecuencia a las mujeres que padecían algún trastorno sexual no se las consideraba incompletas ni "incapaces de dar talla", como ocurría cuando eran los hombres los que estaban aquejados de perturbaciones sexuales (Masters, Johnson, Kolodny; 1995).

En los últimos 20 años, ha venido cambiando la sexualidad femenina y las necesidades sexuales de la mujer se consideran legítimas, trayendo como consecuencia que la mujer tomara más conciencia de su comportamiento sexual.

Sin embargo, en nuestro país tal cambio no se ha dado por completo en 1991, Morales H. se interesó por conocer la demanda por problemas sexuales de mujeres en edad fértil, que acudían a la clínica Marina Nacional del ISSSTE. Concluye que las 306 mujeres encuestadas tienen poco conocimiento acerca de la atención médica de los problemas sexuales, por lo que casi no se consulta al médico. El nivel de educación sexual es poco valorado por la falta de interés en conocer la sexualidad, ya que resulta "bochornoso" hablar sobre el tema.

En el Instituto Nacional de Perinatología se realizó un estudio (Romo M., 1994), sobre prevalencia de las disfunciones sexuales en dicho Instituto, se mostró que el 52% de la población presentaba una o más disfunciones sexuales y que el promedio de disfunciones sexuales era de 2.25 por paciente, es interesante señalar que esta población

tampoco pedía consulta por su disfunción sexual. Por otra parte, Munguira, Villanueva, Prieto y Aburto (1980) estudiaron la prevalencia de disfunciones sexuales en 112 mujeres el 48% de la mujeres padecían algún tipo de disfunción, igual que en el estudio de Romo (1994) las mujeres con disfunción sexual iban a consulta por motivos diferentes a la disfunción sexual. Lo anterior nos indica que aún cuando la disfunción sexual es una situación muy común, se le da poca importancia.

Las estadísticas de otros países también apoyan la necesidad de evaluar y dar tratamiento a las disfunciones sexuales. Masters y Johnson en 1970 reportaron que pueden encontrarse problemas sexuales en uno de dos matrimonios, por su parte Moore, 1980 (cit. por Corydon, 1984) afirma que la disfunción sexual se presenta en 3 de cada 4 parejas que solicitan terapia matrimonial. Frank, Anderson y Rubinstein (1980) estudiaron parejas con una elevada satisfacción marital, no obstante el 83 % de las mujeres y el 40% de los hombres admitieron tener una disfunción sexual.

Además parece que a la disfunción sexual se asocian otros factores, varios especialistas Kinsey, 1953; Fisher, 1973; Hite 1977; Wilcox y Hager, 1980. (Cit. por Masters Johnson y Kolodny 1987) estiman que la falta de orgasmo coital puede ser imputable a factores tales como la ansiedad, deficiente comunicación en la pareja, hostilidad, recelo y poca autoestima. Por lo que en el presente estudio se analizará el impacto de la disfunción sexual en el autoconcepto y la satisfacción marital.

1.4 PAPELES DE GÉNERO

...La cultura moldea, institucionaliza, promueve, limita, idealiza o denigra ciertos patrones de relaciones afectivas y sexuales...

Díaz Guerrero.

Existe una relación bidireccional entre las ideas sobre las diferencias entre uno y otro sexo (rasgos, aptitudes, temperamento) y los sistemas sociales, políticos y económicos; repercutiendo por consiguiente en la sexualidad. De manera particular, los papeles de género influyen sobre la formación de la identidad de hombres y mujeres, así como en la forma en que estos se relacionan dentro de la pareja, por lo que se considera importante hacer una revisión acerca del tema.

Se puede afirmar que los papeles genéricos no son conductas sexuales individuales, sino formas de conducta según patrones sociales de cómo, cuándo, dónde y con quien manifestar nuestra sexualidad, tales patrones son papeles sexuales asignados a cada individuo dependiendo de su sexo. El papel genérico podemos considerarlo como una categorización social de las conductas que, en el seno de una sociedad determinada, son deseables para un individuo mientras que no lo son para otro. Es decir una misma conducta, según el sexo de quien la realice, refleja "lo esperado" o "lo desviado de lo que se espera" (Alvarez, 1984).

El género se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a las mujeres y los hombres, como producto de un proceso histórico de construcción social que tienen una serie de elementos distintivos (Benería y Roldán, 1987).

Lo anterior implica la transmisión y aprendizaje de normas que informan a la persona acerca de lo obligado, lo prohibido y lo permitido; la asignación o rotulación del género se hace a partir de una diferencia sexual biológica (genitales externos del recién nacido) por lo que la definición del papel genérico se da a partir de las expectativas que se tienen de la persona que va a nacer, en base a estas expectativas se va a educar a uno u otro género después de saber que genitales presenta. Para Bleichmar, 1985 (Citado por Bustos, 1994) esta tipificación es anónima y abstracta, pero férreamente establecida y normatizada, generando estereotipos del papel de género que encierran un alto grado de valoración y de juicios.

En la transmisión de normas y prescripciones, establecidas la socialización juega un papel importante. La socialización se refiere a todas y cada una de las instancias a través de las cuales el ser humano integra o incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la que interactúa. Algunas de las instancias importantes que participan en este proceso son: la familia, la educación formal e informal, la religión y los medios masivos de comunicación entre otros. (Cerruti, 1993).

El papel genérico se constituye como una regulación social del comportamiento a partir de especulaciones que sólo en muy raros casos, tienen una fundamentación biológica determinada, por ejemplo, el hecho de considerar como conducta neta y exclusivamente femenina, el lactar y exclusivamente masculina el inseminar, (Alvarez, 1984). Así a través de un condicionamiento sociocultural de los individuos que se prevee desde antes que nazcan, mediante la estructuración de un universo de expectativas (independientemente de que el individuo pueda o no asumirlas y reproducirlas en su totalidad). Se conforma desde el nacimiento una influencia innegable que se reflejará tanto en las conductas como en las actividades del individuo. Sin embargo, el universo de expectativas no es una realidad del individuo, sino el conjunto de creaciones de aquellos que le preceden, y que esperan éste asuma. Esto demarca no solo diferencias individuales, sino intergrupales e intergeneracionales (no biológicas) de las características de ambos géneros.

A través de la familia, el cuadro de papeles se estructura mediante la imitación y la imposición, reforzando las necesidades creadas en la niña o el niño de adoptar un género sexual y consecuentemente, incorporarlo a su personalidad y reflejarlo a un comportamiento social, femenino o masculino, que depende de los particulares estereotipos sociales según su raza y el estatus sociocultural. Durante esta época, los padres prestan especial atención a conductas propias del sexo recompensando conductas que juzgan como "adecuadas", así como sancionando o modificando aquellas que "no lo son".

En años posteriores a partir del período puberal, con un desarrollo biológico y una estructuración psicológica mas compleja, en relación a sí mismo y al marco sociocultural en que se desempeña, el individuo, mujer u hombre, no sólo enfrenta cambios fisiológicos sino que paralelamente a las expectativas sociales, asume con mayor complejidad y una mayor rigidez los papeles sexuales. Anteriormente el niño o niña, se veía justificado o compensado por algunas causas que el adulto podría calificar de superfluas, e incluso "recibía el perdón" por un "mal" comportamiento o por conductas que no le eran esperadas. Sin embargo ante el inminente desarrollo de los jóvenes, el adulto empieza a exigir "mayor responsabilidad y coherencia" entre sexo y conducta; las tareas y actividades a desarrollar "definen" lo que se espera que piensen y sientan presionando sobre lo que realmente piensan y sienten. El grupo sociocultural ya no sólo espera,

sino que separa en un gran número de factores las posibilidades de participar, en alguna forma, no de una cultura común compartida, sino de una cultura dividida y diferenciada sexualmente a través de los papeles de género.

De tal manera que los papeles genéricos se agrupan en torno a dos conceptos imprecisos: "activos" para el varón y "pasivos" para la mujer. El varón, como emprendedor, tenaz, agresivo, generador de la fuerza motriz de la familia, y consecuentemente de la sociedad misma: la razón y la inteligencia, el portador de energía, el modelo a imitar. La mujer, como expectante del mundo que la rodea y de sí misma, sumisa y utilizable como fabrica de vida, apoyo y centro gravitacional del núcleo familiar (Alvarez, 1984).

Desde la infancia se van pautando también la expresión de los sentimientos. A los varones se les exige que no demuestren su sensibilidad y se les brinda menos ternura que a las niñas, a quienes se les permite ser más dulces, cariñosas, y demostrativas. Esta diferenciación repercute en la conducta sexual limitando la expresividad de los individuos; ya que la conducta sexual está también sujeta a los papeles de cada sexo, los cuales facilitan o inhiben, gratifican o sancionan ciertos comportamientos sexuales, asignando por ejemplo, al hombre el papel activo y de toma de iniciativa en cuanto a la conducta sexual y a la mujer un papel pasivo. Otro estereotipo muy generalizado es que los hombres tienen, por naturaleza una mayor inclinación hacia la actividad sexual que las mujeres y que la excitación sexual en el varón se produce rápida y automáticamente, en tanto que la mujer necesita que se le trate con ternura y aún así, se cree que su capacidad de excitación es bastante limitada. Estos estereotipos tienen consecuencias negativas en cada persona: los varones se esforzarán por estar a la altura de las expectativas, lo que con frecuencia tendrá el efecto contrario y las mujeres se adaptarán a esta imagen limitada respecto a su capacidad sexual inhibiendo sus potencialidades, lo que más tarde puede generar dificultades, en el vínculo afectivo y en las posibilidades de comunicación de los sentimientos. En muchas ocasiones estos aspectos están en la base de las disfunciones sexuales que enfrenta la pareja (Cerruti, 1993).

Los patrones de socialización diferenciados por sexo, a pesar del énfasis con que han sido cuestionados en los últimos tiempos continúan siendo una realidad. La profundidad de su arraigo hacen que ellos persistan en el trato a los niños, aún en aquellas familias que previamente suscribieron la idea de evitar estereotipos de género (Cerruti, 1993)

Lo interesante es descubrir que no hay razones biológicas que sustentan esta concepción de pasividad femenina y actividad masculina. Por lo que todo individuo se manifestará expectante y emprendedor, sumiso y dominante, dependiendo de las circunstancias y en función a una supervivencia, tanto como ser vivo, como por el hecho de vivir en un contexto social que lo enfrenta a necesidades vitales o creadas a través de una diversidad de estímulos para la creación o la espera, afectivos o amenazantes.

Los papeles genéricos finalmente manifiestan su arbitrariedad y temporalidad tras un análisis intercultural e individual, influyendo en cada actividad del individuo, desde el momento de su nacimiento hasta su muerte, y estereotipando conductas, maneras, vocabularios, intereses, gustos, y preferencias que, si bien se clasifican como se ha expresado, a partir de la genitalidad, se establecen con miras a una segmentación limitante del grupo humano, cuando en realidad solo las diferencias fisiológicas, entre mujer y hombre son específicas. Pensar que por ser mujer o por ser hombre, desde un punto de vista anatomofisiológico, el individuo se conduce en una forma determinada, constituye un error del mismo modo como afirmar que uno u otro sexo pueden manifestar siempre, conductas exactamente iguales. (Alvarez, 1984).

En los últimos años se han cuestionado la división de géneros en femenino y masculino como una dimensión bipolar. El modelo bipolar se puso en duda al ver lo inapropiado y alejado de la realidad de tal enfoque, lo que trajo como consecuencia que los conceptos de masculinidad y feminidad se plantearan como dimensiones no excluyentes, haciendo posible que un sujeto pudiera ser clasificado según su balance relativo en ambos aspectos, es decir, que pudiera presentar rasgos tanto masculinos como femeninos de este modo se eliminó el modelo bipolar de la masculinidad-feminidad y se postuló el modelo de la androginia². La androginia es considerada como una realidad intrapsíquica, que se construye a partir de una permanente interacción de opuestos. Al traspasar las fronteras del género, el sujeto andrógino podría relacionarse de manera más completa y efectiva con su medio (Sebastián y Aguiñiga; 1988 citado por Bustos, 1994).

Según Bem (1972), considerada como la pionera de los teóricos de la androginia; la masculinidad y la feminidad deberían suavizarse mutuamente e integrarse en una personalidad más equilibrada, más completa, es decir más "andrógina", para poder obtener un funcionamiento efectivo y saludable. Las personas andróginas serían aquellas que sobrepasarían las expectativas de que su conducta debe ajustarse a los estereotipos del rol de género, al exhibir comportamientos tanto femeninos como masculinos, tanto instrumentales como expresivos, dependiendo de lo apropiado de la situación. Bem (1977, citado por Bustos, 1994), argumenta que si el niño viviera en una sociedad en la que los roles de género fueran abolidos, el esquema de papeles genéricos se reduciría al reconocimiento de las diferencias en la anatomía corporal básica, especialmente los genitales, sin que necesariamente, esta diferencia "rotulara" las percepciones sentimientos y conductas de los niños.

²La androginia es considerada como la capacidad de balance y flexibilidad entre comportamientos tanto femeninos como masculinos, dependiendo de la situación.

A partir de las investigaciones hechas por Bem (1977) el concepto de androginia se convirtió en el centro de atención y no se le considero únicamente por su importancia conceptual sino que vino a ser sinónimo de salud mental y símbolo de una sociedad igualitaria y libre de estigmas sexuales. Así se realizaron investigaciones que apoyaran el modelo; en el estudio hecho por O. Long (1993) se encontró una fuerte relación entre la orientación del papel sexual y el autoconcepto positivo, las mujeres con rasgos andróginos y masculinos tuvieron mayor autoconcepto que las mujeres con rasgos femeninos o indiferenciados. En esta misma línea se han realizado estudios acerca de las características de personalidad de mujeres anorgásmicas y mujeres orgásmicas Granero (1990) encontró que las mujeres anorgásmicas tienen puntajes más altos en feminidad (características de pasividad y dependencia) que las orgásmicas, y menor puntaje de en masculinidad (características de liderazgo e independencia), no se encontraron mujeres andróginas en el grupo de las anorgásmicas y las mujeres orgásmicas tenían altos puntajes en androginia.

Sin embargo el modelo de androginia también ha recibido severas críticas a nivel conceptual, teórico y metodológico, por ejemplo, se argumenta que el concepto de androginia es teorizado en un nivel muy privado y personal. Y se sostiene que la eliminación de las desigualdades de género requieren de cambios institucionales y no únicamente cambios personales. Por lo tanto si la androginia se centra en la persona más que en el patriarcado, entonces no provee un análisis conceptual de la desigualdad entre los géneros. Gilbert (1981) comprobó que los individuos masculinos, con grandes despliegues de pragmatismo, y no los andróginos eran los que presentaban mayores características de adaptación. Estudios en nuestro país (Lara, 1991) han mostrado resultados poco claros, respecto al papel de la androginia en la salud mental, ya que si bien las personas andróginas mostraron menor neuroticismo, las personas con características masculinas también lo hicieron.

Resulta importante mencionar que las limitaciones al modelo de la androginia fueron reconocidas por quienes lo propusieron. En 1977 Bem (citado por Bustos, 1994) partiendo de la teoría de esquema de género y sus hallazgos sobre la personalidad androgina, destaca que quienes tienen un esquema de género rígido; perciben, sienten, piensan y actúan dependiendo de éste y quienes por el contrario, han llegado a trascender los roles asignados, perciben, sienten, piensan y actúan sin estar supeditados a pensar si su comportamiento es el adecuado para un hombre o una mujer. Bem, 1977 opina que esta independencia de los papeles de género asignados, no supone la desaparición del esquema bipolar de género, sino su limitación a:

- 1) Saberse con una identidad sexual.
- 2) Reconocer que hay papeles de género socialmente establecidos, que imponen modos de actuar estereotipados.

Debido a que el concepto de androginia tiene también deficiencias, más que el concepto como tal, hay que rescatar el señalamiento que se hace en cuanto a las limitaciones del esquema bipolar de género. A este respecto cabe citar a May (1992) quien opina que el hecho de que se hayan exagerado erróneamente las características sexuales en nuestra sociedad, no es una razón para olvidar las diferencias. Menciona que mientras en el siglo XIX se hizo un estereotipo de lo masculino como aquel que para probar su género debía conquistar a todas las mujeres que se le cruzaran en el camino y la mujer era vista como una mujer suave y dulce incapaz de cuidarse a sí misma; como reacción a esto se produjo un movimiento que borró las distinciones y los dos sexos debían reaccionar de la misma manera renunciando no sólo a estas diferencias sino también suprimiendo los deleites que éstas deparan.

1.4.1 SATISFACCION MARITAL Y GENERO

Como se ha mencionado la forma en que se ha inculcado a hombres y mujeres la manera de actuar, pensar y sentir; dependiendo de sus genitales, crea ciertos estereotipos los cuales van a intervenir en la relación de pareja.

Efectivamente se ha encontrado que entre los diversos factores que influyen en la satisfacción marital se encuentra el género, los hombres casados encuentran mayor satisfacción que las mujeres. Pick y Andrade (1988) encontraron que los hombres están más satisfechos que las mujeres con la interacción marital y los aspectos estructurales del cónyuge. Rivera, Díaz y Flores encontraron que los hombres tienden a estar más satisfechos que las mujeres en su relación. Rage (1990) cita al National Center for Health Statistics, (1970) para mencionar que las mujeres relatan mayor infelicidad matrimonial que los hombres. Estas diferencias tienen una explicación en el señalamiento que hacen Rivera, Díaz y Flores (1988) en cuanto a que para las mujeres es más difícil ajustarse al matrimonio que para los hombres, debido a que las tareas y los roles asignados en la mujer determinan una distancia mayor entre la percepción ideal y la real de la pareja. Los papeles más tradicionales que se asignan a la mujer en México se pueden expresar de acuerdo con Casanova, López, Ortega y Vázquez (1990) de la siguiente manera:

- Niña: En la familia mexicana a la niña se le asigna una serie de funciones a cumplir a través de los juguetes que le son regalados: muñecas, planchitas, etc. Se busca encasillarlas en un rol de actividades domésticas, en detrimento del desarrollo de sus aspectos intelectuales y creativos. Evidentemente esto es resultado de una herencia cultural, puesto que la madre y otras mujeres que conviven con ella, transmiten un modelo de "mujer servidora", que por otra parte es lo que poseen. La afectividad en la niña está regulada por los adultos, ella tiene que ser tierna; no se le permiten

manifestaciones de cólera; se le enseña a ocultar su cuerpo, ya que el mostrarlo sería malo y sucio, la niña empieza a ser reprimida.

- **Adolescente:** Al llegar a este período, vive con temor y culpa de su sexualidad. En todas sus relaciones su papel estará subordinado al cuidado y la protección de un hombre. En esta etapa se inicia su cuestionamiento sobre su estado civil y se busca que logre una pareja estable. Se le continúa adiestrando a ser una "buena mujer" reforzando sus valores femeninos como son su arreglo personal y su forma de vestir.

- **Novia:** Es quizá el rol en torno al cual se genera un conjunto de mitos sobre la mujer. No sólo es su paso de la dependencia paterna a la de su esposo; sino que la sanción del mismo esta medida por la virginidad que la marcan como mujer para un sólo hombre, en cuanto es decente, honrada y pura (o todo lo contrario, en su defecto).

- **Esposa:** Cuando la mujer ha llegado al matrimonio, sus funciones se limitan a la satisfacción de su pareja y a buscar el tan ansiado hijo. Se le niega y se niega (no en todos los casos) la posibilidad de desarrollarse en otros núcleos.

- **Madre:** La mujer es la responsable de los hijos, de su cuidado y educación, la encargada de buscar una buena escuela, de vestirlos, bañarlos, alimentarlos, etc. Su vida es valorada en función de la maternidad, y ve sucumbir su sexualidad en función de ésta, ya que es la única forma en que se adquirirá valor ante la sociedad.

Por su parte Díaz Guerrero (1984) menciona como se modifica la posición de la mujer en las diversas etapas de su vida dentro de la relación de pareja, así durante la adolescencia y la juventud atraviesa por un período donde será colocada en un pedestal y sobrevalorada, siendo sujeto de la galantería y la ternura que un mexicano es capaz de dar.

Poco después cuando llega a la edad adulta y establece un matrimonio el idealismo del varón por ella se canaliza hacia la madre "la esposa se somete y privada de su previa idealización deberá servir en la forma en que mamá lo hizo", así la esposa mexicana entra en el camino de la abnegación y la negación de todas sus necesidades en pro de la satisfacción de las necesidades de los demás. El esposo por su parte debe trabajar y proveer, nada sabe y nada quiere saber acerca de lo que suceda en casa, sólo demanda que todos los demás lo obedezcan y que su autoridad sea indiscutible, a menudo después del trabajo se reúne con sus amigos y prosigue una vida que en nada difiere de la que practicó antes de casarse.

Hay que mencionar que también para el hombre debe ser difícil llevar un papel estereotipado que no le permita mostrar su aspecto emocional, el hecho de que las estadísticas muestren que las mujeres refieren mayor infelicidad conyugal, puede ser justamente porque a las mujeres les está más permitido hablar sobre sus problemas que a los hombres. Por otro lado es importante mencionar que ha medida que las mujeres han ingresado en el mercado de trabajo y han adquirido independencia económica estos papeles tradicionales han ido cambiando y las opciones respecto a la

relación conyugal han aumentado. Como resultado ha comenzado a surgir un nuevo concepto del matrimonio que no está basado en las relaciones estereotipadas. Sin embargo, como mencionan Walters, Carter, Papp y Silverstein (1991); esta relación no estereotipada es difícil de lograr, incluso en las parejas que intelectualmente la defienden. Las parejas igualitarias siguen siendo la minoría pero señalan un futuro prometedor para el matrimonio, en que ya no habrá una dicotomía entre "productor" y "dependiente", entre "dominador" y "sometida", entre "pasiva" y "agresiva". Permitiendo a cada cónyuge abarcar un espectro más amplio de actividades, conductas, y estilos expresivos, sin temor de perder su femineidad o masculinidad.

1.4.2 AUTOCONCEPTO Y GENERO

El género es uno de los factores que conforman la identidad de las personas. A partir de tal identidad el niño (a) estructura su experiencia vital. El género al que se pertenece es identificado en todas las manifestaciones, sentimientos, actitudes y comportamientos. Como se ha mencionado dependiendo del órgano sexual con se nazca se van moldeando las sentimientos, conductas y actitudes de las personas. También ya se mencionó que algunas características que se inculcan a la mujer son la dependencia sumisión y pasividad para algunos autores esto trae como consecuencia que el autoconcepto de la mujer se encuentre disminuido en comparación con el del hombre. Por ejemplo O. Long (1993) encontró una fuerte relación entre la orientación del papel sexual y el autoconcepto positivo, las mujeres con rasgos andróginos y masculinos tuvieron significativamente mayor autoconcepto que las mujeres con rasgos femeninos; finalmente sugiere que las mujeres quienes tienen orientación sexual masculina tendrán mayor autoconcepto, autoaceptación, autoestima, autoobservación y un locus de control interno concluyendo que la orientación del papel sexual tendiente a lo masculino es un predictor de la salud mental más que la orientación del papel sexual andrógina o femenina.

Por su parte Granero (1990) encontró que las mujeres anorgásmicas tienen puntajes más altos en feminidad y menores puntajes en masculinidad que las orgásmicas.

Acuña y Bruner (1993) encontraron resultados diferentes ya que las mujeres tuvieron un autoconcepto mayor que los hombres, los autores apuntan la importancia de la cultura en el estudio puesto que siendo la cultura mexicana una cultura donde se valora más lo expresivo (preocupación y comunión con otros) que lo instrumental (logro y modificación del medio) no es sorprendente que los sujetos femeninos hayan superado a los masculinos en autoconcepto ya que los sujetos masculinos tienen poca expresividad lo cual no concuerda con los valores de la cultura. Además de

que la población estaba compuesta por universitarios, y su nivel educativo les permitió no extrapolar las diferencias de género.

Díaz Guerrero (1984.) apunta que el autoconcepto del mexicano en general está disminuido, sin importar a que género se pertenezca. Lo que sí influye dependiendo del género es la educación sexual; al hombre desde adolescente se le inculca que la virilidad será medida por la potencia sexual y secundariamente en términos de fuerza física, valor o audacia, estas características conductuales y otras aún más sutiles se cree que dependen de la capacidad sexual recayendo el acento en los órganos sexuales, siendo muy importante el tamaño del pene. En cuanto a sus relaciones sexuales se busca a la mujer ideal aquella a quien desearía convertir en su esposa quien debe poseer los atributos de femineidad perfecta (debe ser casta, delgada, hogareña, dulce, maternal, soñadora, religiosa, angelical, virtuosa) y el papel de la sexualidad será secundario; por otro lado se buscará a la hembra sexualizada y con el claro propósito de tener una relación sexual. Tan pronto encuentra el individuo a la mujer que puede idealizar, todas las otras mujeres se convierten en objetivos sexuales y de seducción.

A la mujer mexicana por otra parte se le inculca un gran valor por su castidad que será inclusive cuidada por padre y hermanos ya que representa "el honor de la familia", además de que deberá seguir los atributos femeninos ya mencionados, y si por casualidad no vive de acuerdo a estas premisas, le producirán sentimientos de menor valía.

Dentro de este contexto los hombres y mujeres de la sociedad mexicana fueron llegando a la conclusión de que siempre que hay dos o más personas (una pareja o un grupo), se tiene que desarrollar entre ellos, una serie de interacciones que tienen como motivo principal situar a uno frente al otro. En la familia mexicana se llegó a la conclusión de que en el hombre debería residir el poder y en la mujer el amor.

De lo anterior podemos concluir que las premisas socioculturales de la sociedad mexicana han impuesto tanto al hombre como a la mujer un papel difícil para poder llevar su sexualidad sin prejuicios y como se mencionó en el apartado anterior, aun cuando actualmente los papeles tradicionales están cambiando, esto se va dando poco a poco y está comenzando con una población limitada, que tiene un nivel de licenciatura según lo reportado por Acuña y Bruner (1993), este nivel educativo es más alto que el de la población con que se trabajó en este estudio - en promedio cursaron los primeros semestres de prepa-. Por otro lado hay que señalar que estos papeles tradicionales se han venido transmitiendo de generación en generación y que aun cuando actualmente están cambiando las cosas, las participantes de la investigación fueron educadas con los estereotipos antiguos, de tal manera que los cambios que empiezan a surgir, todavía no se manifiestan en la muestra del estudio.

CAPITULO 2

SATISFACCION MARITAL

La satisfacción marital es entendida por Pick y Andrade (1988) como la actitud hacia aspectos del cónyuge y de la interacción conyugal. La satisfacción marital esta formada por tres componentes, que son los siguientes:

SATISFACCION CON LOS ASPECTOS EMOCIONALES DEL CONYUGE (SEM)

Se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con los aspectos emocionales de la pareja.

SATISFACCION CON LA INTERACCION CONYUGAL (SIC)

Se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a la relación que lleva con su pareja.

SATISFACCIÓN CON LOS ASPECTOS ESTRUCTURALES DEL CÓNYPUGE (SES)

Se trata de la satisfacción que un cónyuge expresa de la organización, establecimiento y cumplimiento de las reglas de su pareja.

Los patrones de vinculación afectiva, dentro de los que se encuentra el matrimonio, constituyen temas centrales en la psicología. Por vinculación afectiva se entiende la capacidad de 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. Los seres humanos nos vinculamos gracias a que los afectos provocados por los otros son los suficientemente intensos como para tratar de mantenerlos o de evitarlos (Rubio, 1994). El establecimiento de la pareja humana, su ciclo, y disolución, así como la institucionalización de los vínculos afectivos a través del matrimonio, su disolución a través del divorcio así como la regulación institucional y legal de estos procesos, se estudian por métodos de la psicología, sociología y antropología.

En la siguiente sección se abordará el establecimiento de la pareja humana y su ciclo, desde el plano psicológico; es importante mencionar que dentro de este ciclo de vida familiar pueden existir cambios y las etapas no siguen un curso tan esquemático como el que se presenta.

2.2 FORMACIÓN Y CICLO DE LA PAREJA

La etapa de elección de pareja es quizá la más importante ya que determina su existencia misma y condiciona, en gran medida, lo que ha de ocurrir durante un ciclo de pareja completo. A lo largo de este ciclo la pareja se deberán completar ciertas tareas para llegar a un estado de satisfacción y trascendencia. El ciclo de pareja puede ser visto como un proceso complejo que se desarrolla a lo largo de los años, difícil de completar y sobre todo difícil de comprender ya que, este desarrollo atraviesa por etapas tanto progresivas como regresivas, estáticas así como dinámicas, por épocas de estabilidad y de cambio, por fases de continuidad y discontinuidad. Además la naturaleza de la relación marital es tal que varias tareas centrales se encuentran en todas las etapas -p.e. las habilidades de comunicación establecidas en etapas tempranas, constituyen la base de la habilidad para comunicarse en etapas posteriores-. (Zumaya, 1994).

FORMACION DE PAREJA

El proceso de selección mutua de cada pareja no es ni mágico ni místico es la expresión de las necesidades de cada individuo desarrolladas en un contexto sociocultural particular. Si este proceso de atracción se completa, se sigue una etapa de comparación mutua de valores, misma que se negocia a través de intercambios verbales. La fase final de la elección comprende el funcionamiento de la pareja por medio de roles individuales compatibles. Sin embargo las cosas no se son tan frías como se describen y la razón o sin razón que dan la mayoría de las parejas para decidirse a vivir juntos es la de haberse enamorado (Zumaya, 1994), el enamoramiento es un estado de comprensión y consideración compartido de deseo y anhelo de uno por el otro, que se acompaña de una extrema idealización.

A lo largo del cortejo se da un interjuego de diferentes mecanismos de poder y control entre los miembros de la pareja y que tiene la finalidad de garantizar la satisfacción de las necesidades emocionales mutuas. De manera independiente al patrón de interacción que se dé, la pareja ha de lograr un grado de dominio mínimo sobre una serie de tareas específicas con el fin de asegurar su continuidad a largo plazo, estas tareas son el establecimiento de un compromiso, el discernimiento del grado suficiente y apropiado de cuidado y consideración mutuos, la construcción de un universo conceptual compartido y el establecimiento progresivo de patrones satisfactorios tanto de comunicación, como de solución de conflictos y negociación de compromisos.

De acuerdo con (Greene 1970; cit por Zumaya, 1994) es común observar que un 50% de parejas observadas en consulta, presentan conflictos iniciados en la etapa prematrimonial, dato que se traduce en la falta de desarrollo de las tareas mencionadas.

Zumaya (1994) realiza una revisión de los autores más representativos que han escrito sobre el ciclo de la pareja y familia; finalmente propone un modelo integrativo de los trabajos realizados por autores como Nichols y Everett, 1986; Duvall, 1977; Barragán, 1976 y Estrada, 1982 (citados por Zumaya, 1994). El modelo es el siguiente:

ETAPA I Selección y matrimonio temprano

Definido este por el hecho de que una pareja hetero u homosexual decida vivir junta y a largo plazo con o sin la sanción legal y religiosa. Duración variable.

Tareas

- a) Complitud de la selección con base en la satisfacción de necesidades generales y específicas, establecimiento de un patrón adaptativo y satisfactorio de cercanía y distancia que confirme, en base a la interacción de los miembros de la pareja, las mutuas construcciones o la relación de rol².
- b) Separación de las familias de origen y desarrollo inicial de la identidad de pareja por medio del establecimiento de límites claros con relación a la familia de origen y a la red de amistades de cada miembro de la pareja.
- c) Desarrollo de un compromiso mutuamente satisfactorio con base en la determinación de la calidad y cantidad, necesaria y suficiente de afecto, consideración, comunicación y respeto.
- d) Aprendizaje inicial de mecanismos para la solución de desacuerdos, desavenencias y conflictos; aclaración y redefinición de las expectativas.
- e) Desarrollo de un vida sexual mutuamente satisfactoria.
- f) Afrontamiento y adaptación a la familia extensa.
- g) Ajuste a la posibilidad de ser padres.

²Una relación de rol es el patrón de conducta que se deriva del entendimiento o comprensión que una persona tiene acerca de la forma de pensar de la persona (s) que estén asociadas con él en una tarea social. (Kelly, 1955; citado por Zumaya, 1994)

ETAPA II Parentalidad y asentamiento

Definida por los procesos de: la llegada de los hijos y/o el inicio de las dudas sobre la adecuada selección de pareja).

Duración entre los 3 y los 10/15 años de la relación de pareja.

Tareas

- a) Desarrollo del embarazo, tener hijos y lograr el ajuste de la pareja y de ellos, estimulando el desarrollo personal y el de la pareja.
- b) Afrontamiento de atracciones tanto al interior como al exterior del matrimonio; redefinición del significado de la relación y manejo de la disminución de la intimidad.
- c) Establecimiento por medio del logro de una comunicación más eficiente y operativa, de un "frente común" ante los hijos en el sentido del manejo de la autoridad, el poder, los límites y la intimidad.
- d) Aprendizaje de los roles parentales.
- e) Definición de la identidad de pareja, ahora como "familia nuclear, frente a la familia extensa.
- f) Ajuste de la pareja a la comunidad de familias con hijos en edad escolar.
- g) Definición y adecuación de las "nuevas relaciones de poder" debido a la posibilidad de alianzas y/o coaliciones con o entre los hijos.

ETAPA III Individualidad, diferenciación y estabilización

Definida por la aparición y desarrollo de los procesos conjuntos de: la adolescencia y la partida de los hijos, el desarrollo individual de los miembros de la pareja y la resolución de dudas acerca de la elección de pareja. Duración entre los 15 y 25/30 años de la relación de pareja.

Tareas

- a) Mantenimiento del vínculo de pareja de frente a las tensiones que significan la adolescencia de los hijos, la posibilidad de intereses individuales divergentes, la "crisis de edad mediana" y la posibilidad de aburrimiento mutuo.
- b) Mantenimiento de una comunicación adecuada.
- c) Enfoque "realista" de la relación. Implica el replanteamiento de las expectativas y el nivel de compromiso mutuo, así como el establecimiento de intereses mutuos más allá de los parentales. Logro del equilibrio entre las aspiraciones y los logros.
- d) Transición de la familia como "plataforma de despegue" físico y/o emocional de los hijos.
- e) Terminación de las dudas acerca de la elección de pareja, en base a una profundización de la comunicación y reafirmación como pareja.

ETAPA IV Postparental "nido vacío", contracción y vejez de la pareja.

Definida por la salida del último hijo. Duración de los 30 años de la relación de pareja hasta la muerte de uno de sus miembros.

Tareas

- a) Afrontamiento de la pérdida gradual o súbita del poder y la centralidad, el retiro, la vejez, la soledad y la muerte.
- b) Redefinición de las relaciones de poder, tanto frente a la pareja como ante los hijos y familiares políticos.
- c) Apoyo mutuo para la búsqueda de significado y satisfacción, tanto individual como de pareja, y para el afrontamiento de los procesos de duelo derivados de la declinación fisiológica y la desaparición de allegados.
- c) Mantenimiento y profundización de la relación de pareja y de la relación con los miembros de la familia extensa y con otros contemporáneos.

Estrada (1992) nos habla de cuatro áreas para detectar los problemas inherentes de cada una de las etapas de la vida de pareja y familia, que son las siguientes:

ÁREA DE IDENTIDAD

Se refiere a la reorientación interpersonal que ofrece el medio familiar, para fortalecer el desarrollo de la personalidad. El sentimiento de ser uno mismo durante toda la vida, requiere de una alimentación continua que modifique a cada paso las actitudes que impidan el crecimiento en el nuevo ciclo o situación de vida, por ejemplo, el proveer a la pareja de elementos capaces de sustituir el anclaje anterior con los padres.

Para Rage (1990) en esta área se deben cumplir los siguientes requisitos:

- 1) Adquirir la capacidad de aceptar y tolerar las regresiones no patológicas del compañero.
- 2) Que se presente la seguridad de ofrecer y tener consideración y cuidados al compañero.
- 3) Que exista la seguridad de poder compartir un amplio espectro de intereses comunes.
- 4) Analizar juntos los elementos que intervienen en la formación de la nueva pareja:
 - a) El significado del matrimonio.
 - b) Los cambios de roles.
 - c) El control de la natalidad.
 - d) El choque de valores en algunos aspectos.
 - e) Tradiciones familiares y sociales diferentes.

AREA DE SEXUALIDAD

Dentro de esta área es necesario que exista como meta lograr la armonía que busque completar las áreas física y biológica. Para Rage (1990) cuando una persona funciona bien dentro de esta área ha logrado resolver los siguientes problemas:

- 1) El problema del yo: que significa entrar en un proceso de madurez e integración personal, lo que quiere decir que el comportamiento sexual esta integrado dentro del conjunto armónico de la persona.
- 2) El problema del tú: que tiende a realizar la apertura del mundo del otro. La sexualidad es la que posibilita la realización interpersonal de un hombre y una mujer, cuyo objetivo es la búsqueda de una unión íntima y recíproca.
- 3) El problema del nosotros: en donde aparece la sexualidad como la forma de apertura al mundo de los demás. La persona y la pareja no pueden vivir aisladas, no es justo pedirle al compañero (a) que le solucione todas sus necesidades.

AREA DE LA ECONOMIA

Resulta importante que exista en esta área la posibilidad de dividir las labores entre el proveedor y el que cuida el hogar, y que la pareja sea capaz de adaptarse a los cambios sociales, así como a los de la propia familia.

AREA DEL FORTALECIMIENTO DEL YO

En esta área se requiere de una ayuda mutua para aprender el papel de esposa o esposo, además de la libertad para expresar la propia personalidad y mantener así el sentimiento de identidad, siendo conveniente, buscar la libertad suficiente para expresar la individualidad, sin que se perciba en detrimento del otro. Para esto es necesario el apoyo mutuo y decidido para mantener y fortalecer las defensas sociales y adaptativas.

Rage (1990) añade otras áreas, que son:

AREA INTELECTUAL O DE TRABAJO

Aquí entrarían otras preocupaciones más comunes e importantes, tales como las inquietudes culturales e intereses intelectuales. Ya que mucho de lo que más pueda unir a la pareja es tener intereses y actividades compatibles:

- 1) Si alguno de los miembros de la pareja se desarrolla y el otro no, entonces la relación se verá afectada por la incomprensión, básicamente de la parte que no se desarrolló.
- 2) Respecto a la profesión o el trabajo es conveniente dedicarles el tiempo necesario y suficiente, pero sin excederse. Es obvio que en muchas ocasiones el exceso de trabajo es el pretexto para no estar con la pareja.

AREA AXIOLÓGICA

Es el área de los valores, y entre ellos están los espirituales; -entendiéndose aquellos valores que son nuestros porque así lo hemos querido, siendo el foco de evaluación nosotros mismos y no aquellos valores transmitidos por la familia, religión o sociedad.-

La filosofía de la vida que la pareja tiene, esta muy relacionada con este aspecto, que en no pocas ocasiones es motivo de grandes dificultades y rompimiento de la relación. Resultando conveniente que la pareja tenga una ideología familiar y religiosa similar, ya que esto saldrá a relucir en los momentos más importantes de su ciclo familiar, por ejemplo, en la educación de los hijos.

AREA FAMILIAR Y SOCIAL

Esta área esta constituida por varios círculos que les van dando su propia personalidad:

- a) El de la pareja.
- b) El de los hijos. La mayor parte de los rasgos de personalidad los aprenden de sus propios padres, y el modelo es la misma relación de pareja, son muy pocos los rasgos genéticamente heredados. En gran parte los padres tienen la enorme responsabilidad de prepararles un sano ambiente social en el cual se pueden desarrollar. escuela, amigos, diversiones... De aquí la importancia de la vida social en pareja.
- c) Los abuelos, hermanos, tíos y demás familiares cercanos juegan un papel importante. La intervención de los suegros es muy importante por la enorme "ambivalencia en sus intervenciones".
- d) Lo mismo se puede decir de los amigos y compañeros de trabajo, que son las relaciones fuera de la familia.

La pareja humana ofrece posibilidades de desarrollo, tanto para los miembros de la misma como para los que origine. Ofrece también, por supuesto, las mayores posibilidades de fracaso y sufrimiento. Por ello el estudio de su formación, desarrollo y conclusión es importante, para ubicarnos en que proceso se encuentra la pareja que presenta algún tipo de disfunción en uno o ambos miembros. Debido a que, las participantes de este estudio se encuentran en diversas etapas del ciclo, desde adolescentes que empiezan a formar su familia (en un momento en que se deberían preocupar por formarse ellas mismas), hasta mujeres en la etapa del climaterio. Tendremos que comprender las diferencias en la dinámica de pareja que cada una de las participantes esta viviendo.

2.3 SATISFACCIÓN MARITAL Y FUNCIONALIDAD SEXUAL

La interacción de las disfunciones sexuales y maritales ha sido descrita clínicamente por Masters y Johnson (1970) y empíricamente por Safir (1980) quien apunta que la disfunción marital esta claramente comprometida en una de tres o más quejas dentro de la terapia sexual.

Los problemas sexuales causan distres marital, así los campos sexual y marital funcionan dependientemente una área afecta inevitablemente a la otra.

De la premisa anterior se desprenden estudios como el de Hawton, Geth y Day (1994) quienes tratan de determinar los efectos de varios factores entre ellos la edad y el estado marital, sobre la función sexual; encontrando que la frecuencia del coito, orgasmo y satisfacción con la pareja está asociada negativamente con la edad y positivamente con el ajuste marital; del mismo modo la satisfacción de las mujeres con sus relaciones sexuales, la frecuencia del coito y del orgasmo fueron todavía más asociadas con el ajuste marital. Los autores concluyen que la satisfacción marital y la edad son los factores que están más relacionados con la frecuencia del coito, orgasmo y satisfacción con la actividad sexual.

Para Blood, el coito puede proporcionar la máxima intimidad pero no siempre es así. Si existen bloqueos entre el marido y la mujer, la intimidad física se siente privada de unidad emocional. Así el desafío del matrimonio consiste en integrar los aspectos sexuales y no sexuales de la vida. Los problemas en un sector del matrimonio se extienden rápidamente a los demás. La insuficiencia o la inadaptación sexual deja a las parejas tensas e irritables, expuestas a estallar cuando aparezcan otras frustraciones. De modo recíproco, los problemas no sexuales perturban la satisfacción sexual, los compañeros con resentimientos llevan sus querellas a la cama, si se rinden a las demandas sexuales del otro a pesar de su resentimiento, surge en ellos la imagen del tirano y la esclava (Blood, 1980).

Debido a esta influencia recíproca entre el sexo y el resto de la vida conyugal, la mayoría de las parejas están ya sea satisfechas o insatisfechas con los aspectos tanto sexuales como no sexuales de su relación. (Terman, 1938 cit. por Blood, 1980) halló relaciones positivas entre la felicidad conyugal de ambos compañeros y su frecuencia de coito, su grado de liberación física mediante ésta, y la frecuencia orgasmo en la mujer.

Sin embargo existen estudios donde no hay hallazgos que apoyen la relación entre la satisfacción marital y la funcionalidad sexual por ejemplo, Uddenberg (citado por Hawton op cit.) no encontró asociaciones entre satisfacción marital y una consistencia orgásmica. Por su parte Hallström y Samuelson (1990) tratando de evaluar la variación del deseo sexual entrevistaron a 677 mujeres acerca de su deseo sexual y la calidad de su relación marital aplicándoles

también una escala de síntomas psiquiátricos, después de 6 años las volvieron a entrevistar; encontrando que un decremento en el deseo sexual puede predecirse por la edad, apoyo insuficiente de la pareja, alto deseo sexual en la primera entrevista y depresión pero, contradictoriamente a lo que se esperaba los predictores del incremento en el deseo sexual fueron relaciones maritales negativas y desórdenes mentales en la primera entrevista. Los autores mencionan que durante el período de seis años muchas de las mujeres con desórdenes psiquiátricos se recuperaron, lo cual influyó para que en la segunda entrevista recobraran el deseo sexual hipotetizando que probablemente ocurrió lo mismo con la relación marital negativa ya que si estas mujeres se dieron cuenta de que tenían problemas maritales en esos 6 años tuvieron la oportunidad de mejorar su relación y así para la segunda entrevista su deseo sexual se incrementó.

Marcet, Delgado y Ferrando (1990) encontraron que la conducta sexual tiene mayor repercusión sobre la satisfacción marital, que los factores de personalidad, existiendo importantes diferencias con respecto al género. En relación a la mujer se comprueba que cuando ésta rechaza la relación sexual se produce una correlación elevada con baja satisfacción marital en ambos miembros de la pareja, mientras esto no ocurre cuando es el varón el que rechaza. Cuando se presenta dificultad en la erección en el hombre repercute más en la insatisfacción marital de ambos miembros de la pareja, mientras que la falta de orgasmo en la mujer no afecta la satisfacción marital del varón. En general, se da también una satisfacción marital elevada cuando ambos miembros de la pareja prefieren tener relaciones con frecuencia y cuando la libido del varón es similar a la de su esposa. Los estudios mencionados anteriormente ofrecen una evidencia de que la disfunción sexual se encuentra relacionada con la disminución en la satisfacción marital.

CAPITULO 3 AUTOCONCEPTO

...es muchísimo más difícil juzgarse a sí mismo que juzgar a otros. Si logras juzgarte bien es que eres un verdadero sabio...

Antoine de Saint Exupery

Fitts (1965) define el autoconcepto como "la imagen que el individuo tiene de sí mismo, la descripción más completa que un individuo puede dar de sí mismo en un momento dado". Plantea que el autoconcepto de los individuos ejerce gran influencia sobre el comportamiento de los mismos, además este se relaciona directamente con su personalidad en general, así como con el propio estado de salud mental. El autor además destaca la importancia del conocimiento de como un individuo se percibe a sí mismo, ya que, revela aspectos fundamentales de la personalidad del individuo siendo útil para hacer evaluaciones acerca de él, así como para establecer medidas terapéuticas. En este caso diremos que el funcionamiento del individuo, su identidad y su satisfacción dependen de la forma en que se autodefinen. Así por ejemplo, las personas que se ven a sí mismas como indeseables o "malas" tienden a actuar de acuerdo con esta idea: aquellas personas que tienen un concepto irreal de sí mismas, tienden a enfocar la vida y a otras personas en forma irreal.

Para Raje (1990) los elementos que forman el autoconcepto son:

- a) Palabras descriptivas o adjetivos: alto, bajo, inteligente, inútil, simpático.
- b) Imágenes descriptivas: en reposo, en acción, caminando, estudiando, trabajando, etc.
- c) Sentimientos que expresan emociones: tristeza, alegría, dolor, amor, coraje...
- d) Sentimientos de estados físicos: cansancio, euforia, dolor, enfermedad, placer...
- e) Percepciones de cómo es o está nuestro cuerpo: corpulento, delgado...
- f) Palabras que describen lo que hicimos, hacemos o haremos: estudiante, psicólogo, abogado, médico; o la negación del hacer: desocupado, ingobernante, negligente.
- g) Historia personal: nací en... mis padres fueron... cuando tenía 5... 10... 15... años.
- h) La condición sexual: masculino, femenino, bisexual, homosexual, asexual.

i) Lugar que ocupamos o creemos ocupar en nuestro medio: hijo padre, empleado, mexicano, jefe...

j) Relaciones interpersonales: sociable, uraño, solitario, tímido.

El autoconcepto abarca diferentes aspectos del ser humano: áreas personales, sociales, familiares etc. por lo que se le considera una variable compleja y multidimensional. Para Fitts (1985) los factores más importantes que la describen son:

MARCO DE REFERENCIA INTERNO

Indica como el sujeto se describe a sí mismo. A su vez esta área ha sido subdividida en los siguientes factores:

IDENTIDAD DEL SELF

La necesidad que el individuo tiene de contestar a la pregunta ¿Quién soy yo?, es una necesidad de establecer su identidad. Esto lo logra a través de las etiquetas que el mismo y otros le asignan.

Cada una de estas etiquetas de identidad influirá en la manera en que el percibe su mundo, la manera en que el responde a esto y las observaciones que él hace acerca de sí mismo.

CONDUCTA DEL SELF

Las consecuencias que la conducta puede tener, influyen en si esta continuará o desaparecerá, también determina si nuevas conductas son abstraídas, simbolizadas e incorporadas a su identidad del self. Siendo intrínsecamente recompensante el hacer cosas que uno es capaz de hacer.

SATISFACCIÓN DEL SELF

La interacción entre la identidad y la conducta del self, y su integración en un autoconcepto total, involucra la tercera parte del Self la satisfacción.

La satisfacción funciona como observador y mediador entre los otros dos; pero sobre todo como evaluador. La satisfacción observa a la identidad y a la conducta y a partir de ahí decide si esta "bien hecho" o no; "si le gusta" o no. Esta tendencia evaluativa del self es un componente principal de la autopercepción y provee los elementos para la autoestima.

MARCO DE REFERENCIA EXTERNO

Indica como el individuo utiliza situaciones externas para describirse a él mismo. Esta dimensión se da a través de los roles desempeñados por el individuo, presentándose los siguientes componentes:

SELF FÍSICO

El individuo no solo desarrolla percepciones corporales o de su físico que se modifican gradualmente y se extienden a lo largo de su desarrollo, hasta llegar a coincidir con la figura corporal real, sino que también adopta hacia sí mismo las actitudes de otras personas hacia su cuerpo. El self físico está constituido por los atributos y funciones físicas, por la sexualidad el estado de salud y la apariencia.

El sí mismo es producto de la acción de los objetos con las personas. Puede comenzar con la formación de un sí mismo corporal. En un principio el niño aprende a distinguir el propio cuerpo del de los demás. El cuerpo sigue siendo de gran importancia para el concepto del Yo que posee la persona, o para lo que con frecuencia se denomina autómagen.

SELF ETICO-MORAL

Con frecuencia esta dimensión está integrada por un sentimiento religioso pero otras veces no ocurre así; es frecuente que personas no religiosas tengan normas morales muy rígidas. Esta área tiene que ver con los sentimientos de ser una "buena o mala" persona, dependiendo de como se considere la persona de acuerdo a sus valores morales.

SELF PERSONAL

Los logros del individuo en las diferentes áreas en las que se desarrolla le permiten obtener mayor seguridad; por lo que la realización de sus potencialidades influye en su sentido de valor personal.

SELF FAMILIAR

Se refiere a la percepción que el individuo tiene de sí mismo en relación a la naturaleza y efectividad de sus relaciones con los miembros de su familia; así como su sentido de adecuación como un miembro de familia.

En este sentido Rago (1990) apunta que el inicio para adquirir un autoconcepto se da en la familia, y posteriormente se transfiere a otros contextos sociales, por lo que para conocerse a sí mismo es necesario tener la experiencia de convivir con otras personas, siendo a través de las relaciones interpersonales la manera en que se forma el autoconcepto.

SELF SOCIAL

Una actitud derivada de una relación personal familiar hacia otras personas en el mundo y hacia sí mismo. ejercerá influencias favorables o desfavorables sobre las relaciones del individuo, éstas a su vez le ayudarán a ubicarse dentro de un grupo, sentir que pertenece a él y que está satisfecho con ello, a sí mismo sentir que puede relacionarse con las personas en general. El concepto de sí mismo es mediado por el otro, se desarrolla en relación con las reacciones de otras

personas. Las reacciones de otros suministra a un hombre la retroalimentación de cómo les parece y puede descubrir si esta de acuerdo o no con la forma en que se percibe a sí mismo.

Es importante mencionar que cada uno de los factores actúan tanto en la dimensión interna como en la dimensión externa, de tal forma que si uno de ellos se encuentra alterado los otros serán afectados en forma directa o indirecta.

Fitts afirma que el autoconcepto es aprendido a través de las experiencias consigo mismo, con otras personas o con la realidad de su mundo externo a lo largo de la vida. El autoconcepto se basa en la identidad de la persona pero alcanza su desarrollo gracias a dos fenómenos propios del ser humano:

- 1) La autoconciencia, que es el acto por medio del cual una persona viene a ser un objeto de conocimiento para sí misma.
- 2) La autoaceptación, que implica tener confianza en la propia capacidad para enfrentar la vida; asumir la responsabilidad de la propia conducta; aceptar la crítica o los elogios de manera objetiva; no negar o distorsionar los sentimientos, los motivos, las habilidades y limitaciones propias sino aceptarlos considerándose a uno mismo como una persona de igual valor que otras. Según el autor el autoconcepto puede ser afectado positivamente por:
 - Experiencias interpersonales que generan sentimientos positivos de estimación y valor.
 - Competencia en áreas que son valoradas por el individuo y otros.
 - Autorealización o la implementación y realización de las verdaderas potencialidades personales del individuo.

Si estos factores no se cumplen entonces el autoconcepto sería afectado negativamente.

3.2 AUTOCONCEPTO DEL MEXICANO

Las demandas y requerimientos de una cultura en particular al igual que las diferencias dentro de esta, producen una amplia gama de actitudes hacia los temas sexuales. Las investigaciones antropológicas han revelado consistentemente que aquellas culturas que estimulan a sus mujeres a ser totalmente libres en su expresión sexual, producen mujeres cuyas relaciones amorosas son tan expresivas y vigorosas como las de los hombres (Mc Kary, 1983).

Se ha mencionado la importancia que sobre el autoconcepto ejercen "los otros" y la influencia de las relaciones interpersonales sobre este constructo. Kagawa y Chi-Ying (1994), opinan que el significado y la manera de lograr un buen autoconcepto variará de acuerdo al patrón de cada grupo cultural, ya que cada cultura prescribe las formas de lograr un "buen autoconcepto" e incluso la definición de este. Los autores mencionados opinan que las creencias, valores, y

comportamientos de determinada cultura provienen a sus miembros de un significado personal y social. Por todo lo anterior resulta indispensable considerar la cultura como parte importante en la discusión sobre el autoconcepto.

Uno de los autores que más ha escrito sobre la psicología del mexicano es sin duda Rogelio Díaz Guerrero (1984), quien opina que el valor y la potencia que los mexicanos se dan a sí mismos parecen estar entrañablemente ligados a personas y símbolos que en su afecto o en su fe son milagrosamente buenos y poderosos. El mexicano individualmente se percibe como insignificante a fin de destacar mejor la grandeza e inmensidad de los símbolos en los que cree y en personas e instituciones que lo son casi todo para él: la madre, el padre, el hermano mayor, y particularmente la familia. Todo lo anterior explica que la mayor parte de la actividad del mexicano se dirija a la ceremonia, la comunión, y la identificación con todos estos grandes símbolos, instituciones, personas y personajes que son los que a pesar de que el mexicano aparezca minusválido e impotente en su yo, le proveen de una seguridad emotiva superior. El autor opina que estas conductas tienen dos grandes satisfacciones: la de pasar de la pequeñez a la grandeza siempre que participamos con un gran grupo o nos identificamos con personas, símbolos o instituciones y la de crecer sin ninguna preocupación de responsabilidad por nuestras acciones. Lo cual refleja el hecho de que la familia sea el primer punto de referencia para el propio ser tanto en términos de identidad como de seguridad afectiva y económica.

Otro estudio, más reciente, elaborado por Díaz Guerrero y Szalay (1993) confirmó lo que se había encontrado en cuanto al poco valor que se dan los mexicanos cuando se describen a sí mismos como seres individuales, sin embargo, la descripción de sí mismos positiva la dan a partir de una persona con ciertos roles sociales, así las imágenes de los mexicanos acerca de los roles familiares expresan una visión del propio ser y de la familia, descrito como una fuente decisiva de orientación social y de un estilo de confrontación pasiva. La noción central de los mexicanos es el yo como ser humano único pero que no se siente separado de otros. Los mexicanos tienden a considerar su yo como a una persona con ciertos atributos sociales, roles y funciones. Sus referencias al amor y a las relaciones con amigos reflejan una armonía cargada de afecto por otros, la cultura mexicana, junto con otras hispanoamericanas ven el mundo desde un punto de vista de referencia orientado a grupos; ven a la persona, como parte de una familia o de otra organización, tanto en términos de identidad como de seguridad afectiva y económica. De lo anterior podemos concluir que en la cultura mexicana se valora más lo expresivo que lo instrumental, esta orientada hacia el colectivismo más que a lo individual, dándole gran importancia a las relaciones interpersonales. Por lo que podemos deducir que si estas relaciones interpersonales se ven afectadas, el autoconcepto tenderá a disminuir.

3.3 ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LA MUJER MEXICANA

EN LA CULTURA PRECOLOMBINA

Dentro de esta cultura lo femenino y lo masculino adquirieron un significado de complementariedad, atribuyéndole a la pareja la razón de las cosas humanas, naturales y divinas. Tanto el hombre como la mujer creían que según fuera el cumplimiento de sus tareas sería el mundo. Por lo que las actividades de hombres y mujeres eran consideradas con la misma importancia.

EN LA CONQUISTA

Con el advenimiento de los españoles, la mujer indígena perdió los derechos que había disfrutado en la comunidad azteca. La religión judeo-cristiana es el instrumento ideológico que se utiliza en la conquista para reforzar valores en relación a un deber ser femenino. En reemplazo de la Coatlicue, la virgen María surge como un nuevo modelo de identificación, con el que se transmiten los siguientes valores: ser santa, callada, modesta, humilde y fundamentalmente ser madre, sin haber gozado del cuerpo, es el "ideal de madre". La iglesia jugó un papel importante en el sojuzgamiento de la mujer, ya que su "normatividad divina" fue utilizada para el establecimiento y reforzamiento de actitudes patriarcales, dictando leyes morales que cuidaban la castidad y la pureza de las mujeres, siendo la sexualidad supeditada a la procreación; así en este contexto la posibilidad de ser mujer se fue reduciendo cada vez más, quedando "el ser madre" como la única forma de conceptualizar el deber ser femenino. (Casanova, López, Ortega, Vázquez, 1990)

DE LA INDEPENDENCIA A LA EPOCA ACTUAL

La independencia no cambió la condición de mujer y sus costumbres heredadas de la Colonia española. Durante el siglo XX se dieron dos fases en la inserción de la mujer en la estructura de clases: de 1900 a 1930, en que se mantuvo explotada en el campo y los talleres artesanales; y de 1930 en adelante, en que se incorporó masivamente a la industria, el comercio y los servicios públicos.

A partir de los años 40, las necesidades del desarrollo capitalista del país obligaron a la mujer a salir de sus hogares para incorporarse a la industria pero a los empleos de menor capacitación y peor remuneración; a los empleos gubernamentales y a la empresa privada, aunque se les recordaba que esa actividad no debía distraerla de su función como madre de familia y ama de casa. Al mismo tiempo, en esa época, tienden a aflorar las restricciones impuestas en el orden sexual por la moral burguesa, y se inaugura una época de desinhibición sexual, apoyada en los medios masivos de comunicación. En 1953, la mujer entra oficialmente a la vida pública cuando gana el derecho a votar.

Entre 1970 y 1979 aparecen movimientos feministas planteando la crisis familiar y el divorcio. Se establecen cambios jurídicos en relación al trabajo que desempeñan las mujeres, motivados por el año internacional de la mujer. En este período surgen movimientos feministas que defienden la legalización del aborto, aunque la propuesta no trasciende a la mayoría de la población.

El Consejo Nacional de Población desarrolla programas de educación sexual, se celebran dos congresos sobre el tema. La prensa, la televisión y el cine incrementan la difusión de la liberación de los comportamientos sexuales.

Se manifiesta un fuerte cambio en las costumbres familiares, la mujer tiene un mayor acceso al trabajo; el 27% de las mujeres entre 15 y 19 años trabaja; hay una recurrencia mayor a métodos de planificación familiar.

Sin embargo las medidas anticonceptivas, la interferencia del embarazo en la vida social y cultural de la mujer, la lactancia exigua, el abandono temprano de los hijos, ya sea por el trabajo o la vida social, están transformando la vida procreativa en algo precario y limitado, lo que ha llevado a que una fracción de mujeres intente encontrar otras alternativas que las lleven a realizarse en otros ámbitos, con independencia de su rol materno.

Sin embargo existe una fracción mucho mayor de mujeres que aún conservan el modelo de una estructura familiar, de tipo tradicional, de la cual conservan muchas características al mismo tiempo que adquieren nuevos rasgos; así mientras que el padre aun es el "jefe" y el principal "proveedor" en la mayoría de los casos, la madre esta asumiendo el rol de "proveedor" junto con el padre y su contribución económica en el mantenimiento de la casa le confiere nuevo status en relación con la autoridad y la toma de decisiones.

3.5 AUTOCONCEPTO Y FUNCIONALIDAD SEXUAL

En cuanto a la relación del autoconcepto con la función sexual Reinisch (1992) menciona que hay una relación entre tener una imagen positiva de sí mismo y las relaciones íntimas con otros, ya que la creencia de que se es valioso implica tener relaciones amorosas satisfactorias. Para Rage (1990) el modo como nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta en forma decisiva todos los aspectos de la experiencia humana desde la manera en que funcionamos en el trabajo, el amor, el sexo, hasta nuestro proceder como padres y las posibilidades que tenemos de progresar en la vida. Nuestras respuestas a los diversos acontecimientos dependen de qué y quienes pensamos que somos.

Snarch (1993) sostiene que para hallarse en condiciones de dar y aceptar la verdadera intimidad, es necesario haber conseguido un razonable sentido de identidad personal y un sí mismo sólido. Por su parte Dehaan y Wallander (1988) intentan descubrir si variables como el autoconcepto pueden contribuir significativamente a la variación de la

conducta y satisfacción sexual para ello comparan las experiencias sexuales, la satisfacción sexual, y el autoconcepto en tres grupos de mujeres (incapacidad física con un período de evolución largo, incapacidad física de temprano inicio, y sin incapacidad). Esperando que el grupo de mujeres que no tienen incapacidad física reporten mayor actividad y satisfacción sexual que la de los otros dos grupos. Encuentran que los resultados en cuanto a la satisfacción con la actividad y el comportamiento sexual fueron como se esperaban ya que resultaron mayores para el grupo de mujeres sin incapacidad seguidas por las de incapacidad con período de evolución largo. Para el autoconcepto se hizo un análisis de correlación entre el autoconcepto y la satisfacción sexual encontrando que varias escalas del autoconcepto (total positivo, yo físico, yo personal, y yo social) fueron relacionadas significativamente con el ajuste y satisfacción sexual. De tal manera que un autoconcepto positivo en estas áreas y especialmente en el yo físico fue mayor en mujeres incapacitadas que tenían mayor satisfacción sexual que en las mujeres quienes no tenían satisfacción sexual.

Rubio y Díaz (1994) señalan que las disfunciones sexuales deterioran la autómagen y la autoestima de las personas, si consideramos que la autómagen y la autoestima son factores que forman parte del autoconcepto, este se verá también deteriorado por la disfunción sexual.

CAPITULO 4 METODOLOGÍA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo afecta la disfunción sexual los niveles de autoconcepto y satisfacción marital en la mujer?

4.2 HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL

El autoconcepto y la satisfacción marital de la mujer con disfunción sexual se verán disminuidos en comparación con las mujeres sin disfunción sexual.

HIPOTESIS DE TRABAJO

1. **H₁**: Habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de cada subescala de autoconcepto de las mujeres con disfunción sexual, en comparación con las mujeres sin disfunción sexual.

H₀: No habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de cada subescala de autoconcepto de las mujeres con disfunción sexual, en comparación con la mujeres sin disfunción sexual.

2. **H₁**: Habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de cada subescala de satisfacción marital de las mujeres con disfunción sexual, en comparación con las mujeres sin disfunción sexual.

H₀: No habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de cada subescala de satisfacción marital de las mujeres con disfunción sexual, en comparación con la mujeres sin disfunción sexual.

4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente:

Disfunción Sexual

VARIABLES Dependientes:

Autoconcepto

Satisfacción Marital

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Disfunción Sexual. "Las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja". (Alvarez Gayou, 1988).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Disfunción Sexual. Se clasificarán las disfunciones sexuales de acuerdo a las respuestas que de la mujer a la historia clínica codificada de la sexualidad femenina, los resultados obtenidos en esta historia serán correlacionados con los criterios de diagnóstico para las disfunciones sexuales del DSM-III-R.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Autoconcepto. "Es el criterio que una persona tiene de sí mismo, la descripción más completa que es capaz de dar en un momento dado". (Fitts, 1960).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Autoconcepto. La descripción que una persona tiene de sí misma en un momento dado quedará definida por los puntajes obtenidos en la escala de autoconcepto Tennessee.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Satisfacción Marital. "Es la actitud hacia la interacción marital y aspectos del cónyuge". (Pick y Andrade, 1988).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Satisfacción Marital. Se define por las respuestas al instrumento de satisfacción marital, que integran los factores de la interacción conyugal (SIC), satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge (SEM) y satisfacción con los aspectos estructurales del cónyuge (SES).

4.4 DISEÑO

Se utilizó un diseño no experimental, transversal, de tipo ex-post facto; de una comparación de dos grupos independientes.

4.5 MUESTRA

La muestra fue obtenida a través de números aleatorios seleccionando a pacientes que ingresaban por primera vez al Instituto. Después de obtenida la muestra se formaron dos grupos, el primero con mujeres que presentaban una o más disfunciones y el otro con mujeres que no presentaron disfunción sexual.

4.6 SUJETOS

Participaron 300 sujetos divididos en dos grupos el primero con 139 mujeres que no presentaban ningún tipo de disfunción sexual y el otro constituido por 161 mujeres que presentaban una o más disfunciones sexuales. La muestra se seleccionó una vez que las mujeres fueron recién aceptadas en el Instituto Nacional de Perinatología, después de su estudio socioeconómico y antes de iniciar algún tratamiento médico

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- a) Mujeres que ingresen al INPer para su atención.
- b) Mujeres que no tengan un diagnóstico previo de psicosis o retardo mental.
- c) Mujeres que tengan educación primaria como mínimo para la comprensión de las pruebas.
- d) Mujeres que tengan pareja.

4.7 ESCENARIO

La aplicación de la historia clínica codificada de la sexualidad femenina y los instrumentos psicométricos se realizó en los cubículos de psicología del INPer.

4.8 INSTRUMENTOS

- a) Historia clínica codificada para la sexualidad femenina con 170 reactivos del Dr. Mario Souza (1987).
 - b) Escala de autoconcepto Tennessee de Fitts (1965).
 - c) Escala de satisfacción marital (ESM) de Pick y Andrade (1988).
- (Para mayor información acerca de las escalas, ver el anexo)

4.9 PROCEDIMIENTO

Se pidió la colaboración del departamento de trabajo social del INPer para la captura de la muestra. Una vez que se les realizaba su estudio socioeconómico en el departamento de trabajo social y que eran aceptadas como pacientes del Instituto. Se interceptaba a las participantes, chequeando los criterios de inclusión antes mencionados, se les indicó a las candidatas a entrevista que después de realizar sus trámites pasarán a Psicología para la elaboración de una Historia Clínica. Posteriormente se les acompañó a hacer sus trámites; pasando inicialmente a pagar en la caja su consulta de primera vez y luego a registrar su cita con el médico. Concluyendo este procedimiento se pasó al consultorio asignado para elaborar la entrevista, entonces se le indicó a la participante que a parte de la Historia clínica de la Sexualidad Femenina, se le aplicarían dos pruebas, con la finalidad de implementar programas de atención en el área de la sexualidad de acuerdo a la población que ellas representaban. Se enfatizó el hecho de que los datos obtenidos eran totalmente confidenciales y manejados sólo para fines del estudio.

Posteriormente se procedió a iniciar la aplicación de la historia clínica codificada de la sexualidad femenina, esta aplicación se hizo en forma de entrevista y a partir de esta entrevista se determinaba si la participante presentaba o no disfunción sexual, de acuerdo a las respuestas que diera en los reactivos correspondientes a la disfunción sexual, tomando en cuenta que la disfunción sexual tuviera un periodo de evolución de cinco años y se presentara de manera persistente. Cuando se terminaba de realizar la entrevista se explicaba en forma verbal las instrucciones para responder a la escala de Autoconcepto Tennessee y finalmente la de Satisfacción Marital.

La aplicación se realizó en una sesión que duraba 40 minutos, la aplicación de las pruebas se realizó en forma directa e individual. Al final de la sesión se les informó acerca del servicio del departamento de psicología en donde se trabaja con diferentes grupos de psicoterapia, dentro de la Institución.

4.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS. Se realizó primeramente un análisis de frecuencias para el reporte de datos sociodemográficos y las variables sobre la sexualidad femenina.

Se empleó la *t* de student para establecer las diferencias existentes entre el grupo de mujeres con disfunción sexual y el grupo de mujeres sin disfunción sexual, con respecto a cada una de las subescalas de los instrumentos ya mencionados.

Finalmente se hizo un análisis factorial de varianza para identificar si otras variables de la sexualidad femenina como son, información sobre las relaciones sexuales, temor hacia las relaciones sexuales, masturbación y intento y/o abuso sexual en la infancia; afectan los niveles de autoconcepto y satisfacción marital.

CAPITULO 5 RESULTADOS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS

El análisis de las variables sociodemográficas se realizó con las pruebas estadísticas t y χ^2 ; para establecer diferencias para estas variables entre los dos grupos. Todos los análisis se hicieron por computadora con el paquete SPSS para windows versión 6.1.

La edad promedio fue de 29 años para el grupo 1 (sin disfunción sexual) con un rango de edad de 17 a 47 años. La edad promedio para el grupo 2 (con disfunción sexual) fue de 31 años con un rango de edad entre 16 y 64 años. Los años de escolaridad tuvieron una media de 11 años para el grupo sin disfunción sexual, con un rango entre 6 y 20 años y 10 años de escolaridad para el grupo con disfunción sexual, con un rango entre 4 y 19 años de escolaridad.

Tabla 1. Variables Sociodemográficas

	GRUPO 1 SIN DISFUNCION SEXUAL n= 139	GRUPO 2 CON DISFUNCION SEXUAL n= 161
EDAD	29	31
ESCOLARIDAD	11	10
ESTADO CIVIL		
Casada	106	118
Union Libre	25	28
Soltera	5	12
Viuda	1	1
Divorciada	1	1
Separada	1	1
MOTIVO DE INGRESO		
Embarazo de Alto riesgo	68	77
Esterilidad	27	35
Problemas Ginecológicos	21	25
Infertilidad	12	4
Adolescente embarazada	7	6
Chemistario	2	10
Otros	2	4

En cuanto a la prueba t para la variable edad se encontró un valor t = -1.71, n.s.; en la variable escolaridad el valor de t fue de 0.79, n.s. Para las variables estado civil y motivo de ingreso se realizó una chi cuadrada encontrando un valor de χ^2 = 6.04, 5 g.l., n.s. para la variable estado civil, y en motivo de ingreso se encontró un valor de χ^2 = 12.01, 6 g.l., n.s. (ver tabla 1).

En la figura 1 se puede ver que el número total de disfunciones sexuales fue de 361, encontrándose que la disfunción más frecuente fue la disrrritmia (42.9%), la cual se presentó en 69 pacientes y la disfunción menos frecuente fue aversión al sexo (17.4%) presentada por 28 pacientes.

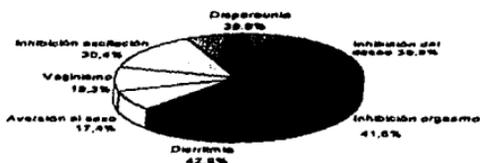


Figura 1. Porcentajes de disfunciones sexuales de la muestra

El número de disfunciones presentadas por cada mujer, fue el siguiente: 60 mujeres tuvieron una disfunción, 52 mujeres mostraron dos disfunciones, 17 mujeres presentaron tres disfunciones, 20 mujeres tuvieron cuatro disfunciones, 9 mujeres con cinco disfunciones, 1 mujer tuvo seis disfunciones y dos mujeres presentaron todas las disfunciones (ver figura 2).

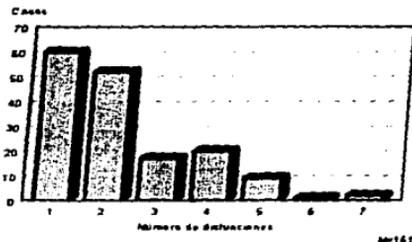


Figura 2. Número de disfunciones sexuales por caso

DIFERENCIAS EN LOS NIVELES DE AUTOCONCEPTO Y SATISFACCIÓN MARITAL DE LAS MUJERES SIN DISFUNCION SEXUAL Y CON DISFUNCION SEXUAL

Para establecer las diferencias existentes entre el grupo 1 y el grupo 2, respecto a la escala de autoconcepto tennessee y el inventario de satisfacción marital; se empleó la prueba t para muestras independientes, ya que es un modelo estadístico que se puede utilizar para demostrar la diferencia de medias de dos muestras. Los resultados fueron interpretados con un nivel de significancia de 0.005.

Los resultados de autoconcepto se pueden ver en la figura 3 y se muestran en la tabla 2.

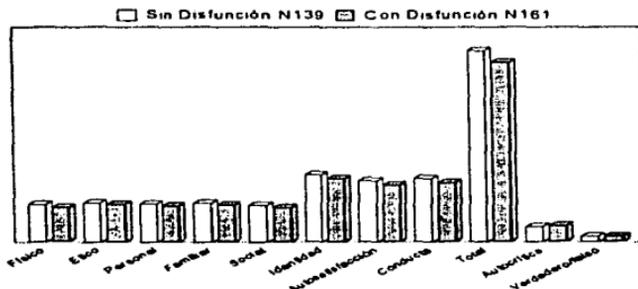


Figura 3. Medias de la Escala de Autoconcepto

TABLA 2. MEDIAS POR GRUPO DE LAS SUBESCALAS DE LOS NIVELES DE AUTOCONCEPTO

ESCALAS	GRUPO 1 n=139	GRUPO 2 n=161	t	p
PUNTAJE TOTAL	355.61	334.09	4.66	0.000
AUTOCRITICA	28.43	30.05	2.07	0.039
PROPORCION VERDADERO/FALSO	1.41	1.47	0.88	0.327
IDENTIDAD	124.80	117.39	5.01	0.000
AUTOSATISFACCION	113.74	105.82	4.24	0.000
CONDUCTA	117.63	109.95	3.97	0.000
YO FISICO	69.56	63.83	5.48	0.000
YO ETICO	73.09	70.24	2.81	0.005
YO PERSONAL	71.69	67.55	3.71	0.000
YO FAMILIAR	72.77	68.91	3.62	0.000
YO SOCIAL	68.57	63.80	4.19	0.000

*Puntajes altos indican un mejor autoconcepto

Los resultados de satisfacción marital se pueden ver en la figura 4 y se resumen en la tabla 3.

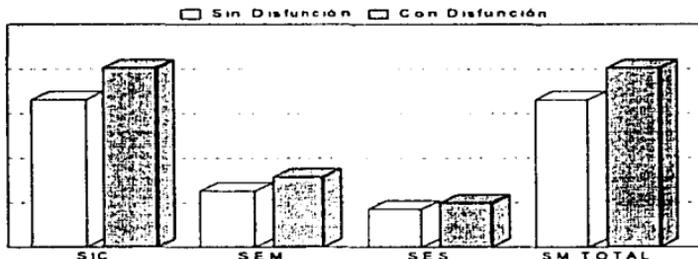


Figura 4. Medias de la Escala de Satisfacción Marital

TABLA 3 MEDIAS GRUPALES DE LAS SUBESCALAS DE LOS NIVELES DE SATISFACCION MARITAL

ESCALAS	GRUPO 1 n=139	GRUPO 2 n=161	t	p
PUNTAJE TOTAL DE LA SATISFACCION MARITAL (SM)	33.05	40.18	6.77	0.000
SATISFACCION CON INTERACCION CONYUGAL (SIC)	12.61	15.80	6.26	0.000
SATIS. CON ASPECTOS EMOCIONALES (SEM)	8.53	9.90	-4.73	0.000
SATIS. CON ASPECTOS ESTRUCTURALES (SES)	12.23	14.72	5.41	0.000

*Puntajes altos señalan menor satisfacción marital

Es importante mencionar que se utilizaron las propias medias de esta población, para saber que tan altos o bajos eran los niveles de autoconcepto y satisfacción marital. Como puede verse en las figuras 5 y 6, más sujetos del grupo sin disfunción sexual (36%) tuvieron un autoconcepto elevado en comparación con el grupo que presenta disfunción (14.97%). En la Escala de Satisfacción Marital ocurrió lo mismo siendo mayor la cantidad de sujetos que presentaron una satisfacción elevada para el grupo 1 (38.12%) en comparación con el grupo 2 (14.28%).

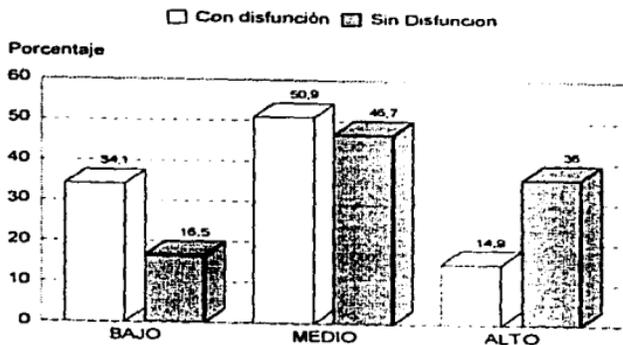


Figura 5. Distribución Porcentual de la Población en la Escala de Autoconcepto

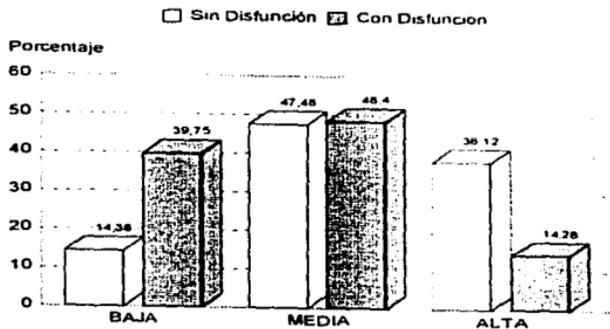


Figura 6. Distribución Porcentual de la Población en la Escala de Satisfacción Marital

ANÁLISIS DE VARIANZA

Con el propósito de identificar si además de la disfunción sexual existen otras variables que pudieran influir en el autoconcepto y la satisfacción marital. Se tomaron en cuenta otras variables importantes dentro de la historia clínica codificada de la sexualidad femenina: información sobre las relaciones sexuales y la sexualidad en general, temor hacia las relaciones sexuales, masturbación y experiencia sexual infantil traumática (abuso sexual en la infancia).

Posteriormente se elaboró un análisis de varianza para determinar el grado de interacción de estas variables con la presencia de disfunción sexual, sobre el autoconcepto y la satisfacción marital.

De este modo la muestra se reagrupó en cuatro subgrupos dependiendo de las variables que se analizaran. Por ejemplo, en el caso de la variable información sobre las relaciones sexuales la muestra se dividió considerando si las mujeres disponían o no de este tipo de información.

Las Tablas 4 y 5 muestran las razones F para cada subescala de autoconcepto. Como puede verse el hecho de presentar una disfunción sexual o disponer de información sobre las relaciones sexuales tienen un efecto significativo sobre las subescalas de autoconcepto. Sin embargo, no hay interacción entre ambas variables, lo que significa que presentar disfunción sexual influye en la percepción global del sujeto independientemente que se tenga información o no sobre las relaciones sexuales y la ausencia de información sobre las relaciones sexuales influye en la percepción del sujeto independientemente de que se tenga información o no sobre las relaciones sexuales. La única escala donde se presentó una interacción fue en la subescala de conducta, lo que sugiere que la información sobre las relaciones sexuales esta relacionada con la disfunción sexual y con el impacto que esta tiene sobre la percepción de las mujeres respecto a su manera de funcionar.

Tabla 4. Razón F para el Marco de Referencia Interno de la Escala de Autoconcepto con respecto a la variable Información sobre las relaciones sexuales.

	AUTOCONCEPTO TOTAL	AUTOCRITICA	Y F	IDENTIDAD	AUTOSATISFACCION	CONDUCTA
GRUPO	22.69***	4.23*	0.95	26.19***	18.76***	15.56***
INFORMACION	15.18***	1.63	1.31	17.90***	10.81**	4.37***
INTERACCION	0.99	1.88	1.27	0.06	2.04	3.89*

* $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

Tabla 5. Razón F para el Marco de Referencia Interno de la Escala de Autoconcepto con respecto a la variable Información sobre las relaciones sexuales.

	YO FISICO	YO ETICO	YO PERSONAL	YO FAMILIAR	YO SOCIAL
GRUPO	30.85***	8.13**	14.42***	17.89***	17.89***
INFORMACION	14.24***	8.75**	13.62***	10.35***	10.35***
INTERACCION	0.14	2.16	0.85	0.76	0.76

* $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

La tabla 6 muestra la razón F para las subescalas de satisfacción marital con respecto a la variable información sobre las relaciones sexuales. Como se puede observar la información sobre las relaciones sexuales esta relacionada con la disfunción sexual y con el impacto que esta tiene en el puntaje total de satisfacción marital y en los aspectos estructurales de la relación. La información sobre las relaciones sexuales y la disfunción sexual afectan por separado a la satisfacción con la interacción conyugal. En cuanto a los aspectos emocionales de la pareja la información no tiene ningún impacto sobre esta escala.

Tabla 6. Razón F para la Escala de Satisfacción Marital con respecto a la variable Información sobre las relaciones sexuales.

	PUNTAJE TOTAL DE SATISFACCION MARITAL	INTERACCION CONYUGAL	ASPECTOS EMOCIONALES	ASPECTOS ESTRUCTURALES
GRUPO	42.86***	40.86***	22.44***	30.06***
INFORMACION	8.17**	12.17***	2.32	5.32**
INTERACCION	3.67*	2.43	1.74	4.26*

* $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

El análisis de varianza elaborado para las variables: temor hacia las relaciones sexuales, grupo, autoconcepto y satisfacción marital, puede verse en las tablas 7, 8, y 9, mostrando los siguientes resultados:

Se encontraron interacciones entre la disfunción sexual y el temor hacia las relaciones sexuales; con respecto al yo ético, la autosatisfacción y el puntaje verdadero/falso, esto quiere decir que, la percepción de los sentimientos de ser una buena persona, la satisfacción con la religión o la falta de ella, se ve influenciada por la disfunción sexual, siempre y cuando exista algún temor hacia las relaciones sexuales. Del mismo modo la satisfacción y autoaceptación se verán influidas por la disfunción sexual siempre y cuando exista algún temor hacia las relaciones sexuales. Los sujetos del grupo con disfunción sexual se describían sobrevalorando los aspectos negativos siempre y cuando además de la disfunción sexual también existiera temor hacia las relaciones sexuales. Con respecto a las otras escalas no presentó ningún efecto significativo.

Tabla 7. Razón F para la Escala de Autoconcepto con respecto a la variable temor hacia las relaciones sexuales.

	AUTOCONCEPTO TOTAL	AUTOCRITICA	V/F	IDENTIDAD	AUTOSATISFACCION	CONDUCTA
GRUPO	21.82***	4.18*	0.96	24.1****	18.66***	15.15***
TEMOR	0.02	0.15	0.00	0.10	0.21	0.71
INTERACCION	4.20*	0.07	4.30*	2.00	11.07***	0.17

* $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

Tabla 8. Razón F para la Escala de Autoconcepto con respecto a la variable temor hacia las relaciones sexuales.

	YO FISICO	YO ETICO	YO PERSONAL	YO FAMILAR	YO SOCIAL
GRUPO	30.00***	7.96**	13.88***	13.26***	17.53***
TEMOR	2.44	0.040	0.05	0.38	1.76
INTERACCION	3.36	4.61*	2.94	1.57	3.30

* $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

La variable temor hacia las relaciones sexuales, por sí sola afecta a la satisfacción con la interacción conyugal, siendo ésta, la única subescala en la que influye de manera independiente (ver tabla 9.)

Tabla 9. Razón F para la Escala de Satisfacción Marital con respecto a la variable temor hacia las relaciones sexuales.

	PUNTAJE TOTAL DE SATISFACCIÓN MARITAL	INTERACCIÓN CONYUGAL	ASPECTOS EMOCIONALES	ASPECTOS ESTRUCTURALES
GRUPO	43.97***	39.76***	22.31***	29.33**
TEMOR	2.60	0.25	0.25	2.0
INTERACCIÓN	0.66	2.18	0.55	0.19

* $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

En la variable masturbación no se presentó ninguna interacción y la mayor parte de diferencias significativas se dieron por la variable grupo (ver tablas 10, 11 y 12).

Se puede ver que el pertenecer al grupo con disfunción sexual afecta la mayor parte de las escalas de autoconcepto y satisfacción marital, sin importar si se practicó la masturbación o no la masturbación en la adolescencia. Únicamente se encontraron efectos significativos para la variable masturbación en las siguientes escalas:

Autosatisfacción, lo que quiere decir que, el pertenecer al grupo con disfunción sexual influye en la satisfacción y autoaceptación independientemente de que se haya practicado la masturbación durante la adolescencia y la práctica de la masturbación influye en la aceptación y la satisfacción consigo mismo independientemente de que se pertenezca al grupo con disfunción sexual. Yo personal, se encontró que pertenecer al grupo con disfunción sexual y el haber practicado la masturbación durante la adolescencia, tiene una relación significativa en el sentimiento de adecuación y valer independientemente de que se haya practicado la masturbación y a su vez la práctica de la masturbación influye en el sentimiento de adecuación y valer como persona, independientemente de que se tenga disfunción sexual o no. Yo social, se encontró que el pertenecer al grupo con disfunción sexual influye en la percepción del individuo con respecto a su interacción con los demás independientemente de que se haya practicado la masturbación durante la adolescencia y la práctica de la masturbación influye en la visión del individuo con respecto a su interacción con los demás independientemente de que se pertenezca al grupo con disfunción sexual.

Tabla 10. Razón F para la Escala de Autoconcepto con respecto a la variable masturbación

	AUTOCONCEPTO TOTAL	AUTOCRITICA	VERDADERO/FALSO	IDENTIDAD	AUTOSATISFACCION	CONDUCTA
GRUPO	21.84***	4.26*	0.97	24.92***	18.35***	15.18***
MASTURBACION	2.61	1.97	5.13	1.41	3.61	0.27
INTERACCION	0.60	1.60	0.79	1.17	24.92***	1.22

* $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

Tabla 11. Razón F para la Escala de Autoconcepto con respecto a la variable masturbación

	YO FISICO	YO ETICO	YO PERSONAL	YO FAMILIAR	YO SOCIAL
GRUPO	29.51***	7.91**	14.00***	13.28***	17.64***
MASTURBACION	0.81	1.27	3.40*	1.88	3.003*
INTERACCION	0.60	1.05	0.35	0.42	1.40

* $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

En cuanto a la satisfacción marital la masturbación solamente influye en la escala de aspectos emocionales del cónyuge, de la siguiente manera: el pertenecer al grupo con disfunción sexual influye en la disminución de la satisfacción con respecto a los aspectos emocionales de la pareja, independientemente que se haya practicado la masturbación durante la adolescencia y la práctica de la masturbación influye en una buena satisfacción con respecto a los aspectos emocionales de la pareja independientemente de que se pertenezca al grupo con disfunción sexual. (Ver la tabla 12).

Tabla 12. Razón F para la Escala de Satisfacción Marital con respecto a la variable masturbación

	PUNTAJE TOTAL DE SATISFACCION MARITAL	INTERACCION CONYUGAL	ASPECTOS EMOCIONALES	ASPECTOS ESTRUCTURALES
GRUPO	44.02***	39.14***	23.35***	29.38***
MASTURBACION	1.52	0.92	7.84***	0.31
INTERACCION	1.27	0.85	0.47	2.05

* $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

Para la variable experiencia sexual infantil traumática la mayor parte de diferencias significativas se dieron por la variable grupo. Lo que quiere decir, que el pertenecer al grupo con disfunción sexual afecta la mayoría de las escalas de autoconcepto y satisfacción marital, sin importar si se tuvo una experiencia sexual traumática. (Ver Tablas 13 y 14). La única escala que se ve afectada por esta variable es el yo físico habiendo interacción con la variable grupo esto quiere decir, que la experiencia sexual traumática está relacionada con la disfunción sexual y el impacto que esta tiene sobre la percepción que se tenga del cuerpo, apariencia física y sexualidad.

Tabla 13. Razón F para la Escala de Autoconcepto con respecto a la variable experiencia sexual infantil traumática

	AUTOCONCEPTO TOTAL	AUTOCRITICA	VERDADERO/FALSO	IDENTIDAD	AUTOSATISFACCION	CONDUCTA
GRUPO	22.01***	4.26*	0.99	24.92***	18.50***	15.22***
TRAUMA	1.22	0.12	1.28	0.81	1.32	0.01
INTERACCION	2.62	0.06	0.15	0.73	0.57	1.07

* $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

Tabla 14. Razón F para la Escala de Autoconcepto con respecto a la variable experiencia sexual infantil traumática

	YO FISICO	YO ETICO	YO PERSONAL	YO FAMILIAR	YO SOCIAL
GRUPO	30.71***	8.09**	13.92***	3.66***	17.21***
TRAUMA	8.78**	0.85	0.96	0.16	0.06
INTERACCION	3.76*	0.38	1.57	0.48	0.35

* $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

Las escalas de satisfacción marital se encuentran relacionadas con la disfunción sexual y la experiencia sexual traumática sin haber un efecto interactivo. Esto quiere decir que el pertenecer al grupo con disfunción sexual influye la satisfacción con la interacción conyugal, los aspectos emocionales y organizacionales del cónyuge, independientemente de que se tenga algún trauma sexual y el trauma sexual influye en la satisfacción marital independientemente de que se pertenezca al grupo con disfunción sexual (ver tabla 15).

Tabla 15. Razón F para la Escala de Satisfacción Marital con respecto a la variable experiencia sexual infantil traumática

	PUNTAJE TOTAL DE SATISFACCIÓN MARITAL	INTERACCIÓN CONYUGAL	ASPECTOS EMOCIONALES	ASPECTOS ESTRUCTURALES
GRUPO	44.73***	39.54***	22.69***	30.09***
TRAUMA	6.03**	4.15*	4.28*	4.42*
INTERACCIÓN	0.55	0.003	0.81	0.66

* $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

CAPITULO 8

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La presente investigación fue elaborada para ver como afecta la disfunción sexual los niveles de autoconcepto y satisfacción marital por considerar que la sexualidad desempeña un papel importante en el ajuste del individuo y de la pareja repercutiendo en la familia.

En una sociedad donde se insiste en que sólo posee sexualidad aquel individuo que menstrúa, puede embarazarse, parir o bien es capaz de inseminar y a través de esta categorización se restringe la sexualidad a un rango de edades y actividades del que quedan fuera un sinnúmero de sujetos resulta interesante saber cómo afecta este marco cultural, a una población como la que acude al INPer por problemas de infertilidad, esterilidad, embarazos de alto riesgo, problemas ginecológicos y que justamente no puede realizar esas actividades tan valoradas en la sociedad. Es interesante notar como al igual que lo reportado en otras investigaciones (Munguira, Villanueva, Prieto, y Aburto, 1980) las mujeres con disfunción sexual no piden consulta por alguna problemática sexual y esto se debe a que por falta de información (más adelante se hablará sobre esta variable) no lo consideran un problema o bien por no considerar la satisfacción sexual como algo importante en sus vidas, debido a la carga cultural. En el presente estudio pudo notarse que las mujeres que tienen disfunción sexual, desconocen la existencia de la misma y aprenden a vivir con ella, aceptándola como algo común dentro de su vida sexual, la cual realizan para satisfacer a la pareja y tal como señalan Díaz y Valdes (1995) las mujeres con disfunción sexual consideran las relaciones sexuales como un deber y una obligación que se tiene que cumplir, un requisito del matrimonio ejerciendo la actividad sexual de manera rutinaria, lo cual les impide disfrutarla.

Se puede observar que las variables sociodemográficas edad, escolaridad, estado civil y motivo de ingreso al Instituto; no muestran diferencias significativas entre los dos grupos, por lo que se considera que tales variables no influyen en la disfunción sexual.

En cuanto al autoconcepto y la satisfacción marital en ambos grupos la mayoría de los sujetos se encontraron en la media de cada escala, esto quiere decir que los dos grupos se encontraron en el rango de un buen autoconcepto y una buena satisfacción marital sin embargo, se mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

El grupo sin disfunción sexual está más cercano a puntajes favorables (por arriba del punto de corte en autoconcepto y satisfacción marital), de tal manera que más sujetos del grupo sin disfunción sexual obtuvieron puntajes favorables en autoconcepto y satisfacción marital.

De acuerdo a las diferencias estadísticamente significativas encontradas en ambos grupos podemos decir que el grupo sin disfunción sexual, de manera global, se percibe más positivamente que el grupo con disfunción sexual, quienes tienden a estar menos contentas consigo mismas.

Las mujeres sin disfunción sexual, pudieron delimitarse mejor a sí mismas y situarse más fácilmente en cada área del autoconcepto, que el grupo con disfunción sexual.

La satisfacción con la manera de actuar y de funcionar se ve disminuida por la disfunción sexual siempre y cuando no exista información sobre las relaciones sexuales.

La satisfacción consigo mismas se encuentra disminuida en el grupo con disfunción sexual siempre y cuando exista temor hacia las relaciones sexuales y no se haya practicado la masturbación en la adolescencia

La imagen corporal, descripción de la salud y sexualidad se ve afectada por la disfunción sexual siempre y cuando, haya existido abuso sexual.

La disfunción sexual tuvo un impacto sobre los valores morales y el sentimiento de ser una buena persona, siempre y cuando también exista temor hacia las relaciones sexuales.

Respecto a la realización de potencialidades en todas las áreas de su vida, el grupo sin disfunción sexual se siente más satisfecho, lo cual les otorga mayor confianza en sí mismas y mayores sentimientos de valía personal.

De acuerdo a la perspectiva de sí mismo como miembro de una familia y de una sociedad el grupo sin disfunción sexual se describió más positivamente en cuanto a su sentido de integración y valía en la familia y sociedad en que interactúa, tanto en la situación familiar como en la social el grupo sin disfunción sexual se siente más aceptado y apoyado por los demás.

En las escalas de autocrítica (SC) y proporción verdadero/falso (T/F) no hubo diferencias estadísticamente significativas lo cual sugiere, para el puntaje de autocrítica, que la muestra tuvo un apertura normal y capacidad para la autocrítica sin mostrarse defensivas o tratando de presentar una imagen favorable, en cuanto a la proporción verdadero/falso, el no haber encontrado diferencias significativas, indica que la muestra tuvo un equilibrio en su autodescripción entre la afirmación de los atributos que poseen y la negación de los atributos que no poseen

Es importante señalar que las diferencias más significativas se vieron en los siguientes puntajes: Puntaje total, yo físico, yo social, identidad, y autosatisfacción. Lo cual también concuerda con estudios anteriores Dehaan y Wallander (1988) donde se encontró una relación entre esas subescalas de autoconcepto con la expresión y la satisfacción de la sexualidad.

En lo referente a la satisfacción marital, el grupo sin disfunción sexual se encuentra más satisfecho que el grupo con disfunción sexual. Una variable que se encontró relacionada con la disminución en todas las escalas de la satisfacción marital, para el grupo con disfunción sexual, fue el haber sufrido abuso sexual en la infancia.

En cuanto a la satisfacción con la organización, establecimiento y cumplimiento de las reglas de su pareja, la información sobre las relaciones sexuales estará relacionada con la disfunción sexual y con el impacto que ésta tiene sobre esta escala.

De acuerdo a Marcet, Delgado y Ferrando (1990) quienes encontraron que la conducta sexual tiene gran repercusión sobre la satisfacción marital y que una satisfacción marital elevada se da cuando ambos miembros de la pareja prefieren tener relaciones con frecuencia y cuando la libido de ambos miembros de la pareja es similar. En el presente estudio se encontró que la disfunción sexual más frecuente es la disritmia, considerando que esta disfunción tiene que ver con la insatisfacción en algún miembro de la pareja, respecto a la diferencia en la frecuencia del deseo sexual. Se puede afirmar que la disfunción sexual se encuentra relacionada con la disminución en la satisfacción marital.

Como puede verse las variables relacionadas con la sexualidad que tuvieron mayor impacto sobre el autoconcepto y la satisfacción marital fueron las siguientes:

1.- La información sobre las relaciones sexuales está afectando todas las escalas de autoconcepto y satisfacción marital, a excepción de los puntajes verdadero/falso, autocrítica y los aspectos emocionales de la relación marital.

Esto quiere decir que en el autoconcepto y la satisfacción marital de las mujeres con disfunción sexual, también influye el haber tenido o no información sobre las relaciones sexuales, como apuntan De Hann y Wallander (1988) existe una relación entre el conocimiento acerca de la sexualidad con la expresión y satisfacción sexual; por su parte Rage (1990) menciona que la educación sexual deficiente es motivo de frecuentes perturbaciones en la sexualidad.

2.- El temor hacia las relaciones sexuales no está influyendo sobre el autoconcepto y la satisfacción marital, sin embargo se dio una interacción entre temor hacia las relaciones sexuales y disfunción sexual para las escala de autosatisfacción, yo ético, autoconcepto total. Lo que quiere decir que, el temor hacia las relaciones sexuales estará relacionado con la disfunción sexual y con el impacto que esta tiene sobre el autoconcepto, ya que las mujeres con disfunción sexual y que además tengan temor hacia las relaciones sexuales inflará para que se sientan poco satisfechas consigo mismas, tengan sentimientos de ser malas personas y una percepción negativa de si mismas en general.

3.- La masturbación esta relacionada con la disfunción sexual y con el impacto que esta tiene sobre la disminución de la satisfacción consigo mismo de las mujeres del grupo con disfunción sexual. Lo anterior concuerda con estudios (Granero, 1987) que han encontrado una fuerte relación entre la practica de la masturbación en la adolescencia y la satisfacción sexual. Otros estudios (Kelly, 1993) han reportado que las mujeres anorgásmicas tienen una actitud negativa hacia la masturbación y además presentaron temores hacia la sexualidad.

De lo anterior se puede concluir que la disfunción sexual puede alterar varias áreas de la vida de la mujer. En la investigación realizada, se muestra el impacto de la disfunción sexual sobre el autoconcepto y la satisfacción marital. Resulta importante brindar atención integral a este tipo de población, una atención que tome en cuenta los aspectos emocionales que se afectan por una alteración aparentemente física.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

La principal limitación del presente estudio fue el haber trabajado con una población formada únicamente por mujeres, siendo la relación sexual una situación que se da en la pareja, resultaría conveniente en posteriores estudios evaluar la otra cara de la moneda.

Por otro lado se encontró que disfunción la disfunción más frecuente la disritmia, que es categorizada como una disfunción tanto del hombre como de la mujer, es necesario evaluar también al varón.

Un primer paso dirigido hacia la atención de las disfunciones sexuales es el proporcionar información ya que, como se mencionó la falta de información sobre las relaciones sexuales y la sexualidad en general, es uno de los principales factores que afecta a la disfunción sexual y también al autoconcepto. Como señala Morales, (1991) se tiene poco conocimiento acerca de la existencia y tratamiento de problemas sexuales, siendo esta una razón por la que no se consulta ni se pide atención para esta problemática. La necesidad de brindar información también se apoya en el hecho de que, aún en esta época, se sigan teniendo temores hacia la sexualidad, ya que estos temores principalmente se basan en mitos que se forman a raíz de una falta de información o de una información inadecuada.

Por otro lado resultaría interesante realizar estudios posteriores para ver si cambia el autoconcepto y la satisfacción marital de estas mujeres después de un período de tratamiento. También sería conveniente realizar análisis estadísticos para saber si existe una disfunción sexual específica que este alterando el autoconcepto y la satisfacción marital u otras repercusiones emocionales, ya que en esta investigación se tomaron en cuenta las disfunciones sexuales en general, sin hacer análisis por cada tipo de disfunción.

Finalmente resta decir que durante la revisión teórica se señalaron algunas diferencias con respecto al género y la influencia de esta variable sobre la satisfacción marital y el autoconcepto, sin embargo, la muestra del estudio estuvo conformada únicamente por mujeres, por lo que no se pudieron corroborar los hallazgos encontrados, sería interesante que se evaluaran a ambos miembros de la pareja en posteriores estudios y así poder determinar la influencia o no, del género sobre la sexualidad y específicamente sobre las disfunciones sexuales.

REFERENCIAS

- Acuña M. L.; Bruner A. C. (1993).** Relación entre roles sexuales y autoconcepto en México. *Memorias del Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud.*
- Alvarez, J., (1984).** Elementos de Sexología. México: Interamericana.
- Alvarez, J., (1986).** Sexoterapia Integral. México: Manual Moderno.
- Andrade P., Pck S., Díaz R. (1982).** Indicadores de la satisfacción marital. *La Psicología Social en México; Asociación Mexicana de Psicología social No. 2, 399-403.*
- Arroyo J. N., Hernández R.G., (1995).** Autoconcepto y Satisfacción Marital en Mujeres Premonopáusicas y Posmenopáusicas. Tesis licenciatura, Facultad de Psicología, México.
- Asociación Americana de Psiquiatría, (1988).** DSM-III-R Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Barcelona:Masson.
- Azcárraga, G., (1986).** Sexología Básica. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Benería, L. (1984).** Reproducción, producción y división sexual del trabajo. Santo Domingo: CIPAF.
- Bem (1972).** Psychology looks at sex roles: ¿Where have all the androgynus people gone?. Los Angeles UCLA Symposium on sex roles.
- Bem (1977).** On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 45: 195-205.
- Bustos O. (1994).** La formación del género el impacto de la socialización a través de la educación. En Consejo Nacional de Población (Editor). *Antología de la Sexualidad Humana. Vol. 2.* México: Consejo Nacional de Población y Miguel Angel Porrúa.
- CONAPO (1994).** Antología de la Sexualidad Humana. México: Miguel Angel Porrúa. 1, 2 y 3.
- Corydon H.D. (1984).** Screening de la disfunción sexual. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia.* 3:936-944.
- Chiu, J. (1990).** Mitos y tabúes en la sexualidad y sus repercusiones en la expresión sexual. Tesis de licenciatura, Escuela de Psicología, México. E.N.E.P. Iztacala.
- De Hann B.C.; Wallander L.J. (1988).** Self concept, sexual knowledge and attitudes and parental support in the sexual adjustment of women with early -and late- onset physical disability. *Archives of sexual behavior.* 17 (2): 145-161.
- Díaz G. R. (1984).** Psicología del mexicano. México. Trillas 4a. edición.

- Díaz G. R., Szalay B. L. (1993). El mundo subjetivo de mexicanos y norteamericanos. México: Trillas.
- Fitts, W. (1985). Escala Tennessee de autoconcepto.
- Frank E., Anderson C., Rubinstein D., (1978). Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. *New England Journal of medicine*, 299: 111-115.
- Gilbert L.A. (1981). Toward mental health: The benefits of psychological androgyny. *Professional Psychology*, 12:29-38.
- Granero, M. (1987). Diferencias entre mujeres orgásmicas y anorgásmicas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19 (1):71-81.
- Häflström T.; Samuelsson S. (1990). Changes in women's sexual desire in middle life: The longitudinal study of women in gothenburg. *Archives of sexual behavior*, 19 (3):259-268
- Hawton K.; Gath D.; Day A. (1994). Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: Effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. *Archives of sexual behavior*, 23 (4): 375-395.
- Kagawa-Singer M., Chi Ying R., (1994). A paradigm based care in ethnic minority populations. *Journal of community psychology*, 22:192-208.
- Kaplan, H. (1975). *Manual ilustrado de terapia sexual*. México: Grijalbo.
- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría de género. *Nueva Antropología*, Vol 8, No. 30, .
- Lara C.M.A., (1991). Masculinidad, feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental*, Vol. 14, (1): 12-18.
- Masters W., Johnson, V., Kolondy R. (1987). *La sexualidad Humana*. Barcelona: Grijalbo.
- Masters W., Johnson, V., (1970). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- Mc Cary J., Mc Cary S.; (1983). *Sexualidad humana de Mc Cary*. México: Manual Moderno.
- Morales, H. (1991). *Demanda de consulta por problemas sexuales en edad fértil de la Clínica Marina Nacional ISSSTE*. Tesis especialidad Facultad de medicina, México: UNAM.
- Munguira L., Villanueva T., Prieto P., Aburto L. (1980). Incidencia de las disfunciones sexuales en una consulta ginecológica. En *Comportamientos Sexuales*. Barcelona: Fontanella.
- O. Long Vanda (1991). Condiciones para el papel de género y el autoconcepto de la mujer. *Journal of humanistic education and development*, 30: 19-29.
- Pick de Weiss, S; Andrade Palos, P. (1988). Satisfacción marital en matrimonios mexicanos: Diferencias por números de años de casados, escolaridad, número de hijos, sexo y edad. *La Psicología Social en México; Asociación Mexicana de Psicología social No. 1*, 399-403.

- Reinisch, J. (1992). Nuevo informe Kinsey sobre sexo. España: Paidós.
- Rivera A. S., Díaz L. R., Flores G. M., (1988). La distancia entre el querer (ideal) y el tener (real) como predictor de la satisfacción con la relación de pareja. *La Psicología Social en México; Asociación Mexicana de Psicología social No. 2.* 179-183.
- Rubio E., Díaz J. (1994). Las Disfunciones Sexuales. En Consejo Nacional de Población (Editor). *Antología de la Sexualidad Humana. Vol. 3* México: Consejo Nacional de Población y Miguel Angel Porrúa.
- Rubio E., (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana. En Consejo Nacional de Población (Editor). *Antología de la Sexualidad Humana. Vol. 1* México: Consejo Nacional de Población y Miguel Angel Porrúa.
- Safir P.M., Hoch Z. (1980). Couple interactional classification of sexual dysfunction- a new theoretical conceptualization. *Journal of sex and marital therapy* 8 (2): 129-134.
- Snarch D., (1993). The search for intimacy. *Networker*, march-april.
- Souza, M et al. (1987). Historia clínica codificada para la sexualidad femenina. *Revista de Ginecología y obstetricia de México.*55:277-288.
- Steinberg, L., Sáverberg, J.B. (1987). Influences on marital satisfaction during the middle stages of de family life cycle. *Journal of marriage and the family.* 49, 751-760. 840-851.
- Walters M., Carter B., Papp P., (1991). *La red invisible.* México: Paidós.
- Zumaya M. (1994). La formación y ciclo de la pareja humana. En Consejo Nacional de Población (Editor). *Antología de la Sexualidad Humana. Vol. 1* México: Consejo Nacional de Población y Miguel Angel Porrúa.

ANEXOS

A N E X O S

HISTORIA CLINICA CODIFICADA PARA LA SEXUALIDAD FEMENINA

Ante la necesidad clínica y organizacional de trabajar con rapidez, completando una visión clara de problemas generalmente difíciles se crea por los doctores Souza, Cardenas, Montero, y Mendoza (1987) la historia clínica codificada para la sexualidad femenina, la cual tiene como propuesta integrar sistemáticamente los datos referentes a la condición biopsicosocial del ser humano. El instrumento tiene ventajas prácticas ya que permite un modelo de abordaje que reduce la posibilidad de juicios de valor, consolidando el profesionalismo y la seriedad que requiere el área, además de que está validado en la población mexicana.

La historia clínica codificada para la sexualidad femenina es parte de un instrumento que explora la sexualidad humana, (cuya porción masculina se encuentra en proceso de elaboración). La versión femenina consta de 15 capítulos que se refieren a los siguientes puntos: Identificación del aplicador, identificación del entrevistado, motivo de consulta, antecedentes familiares patológicos, antecedentes personales patológicos, antecedentes no patológicos, al interrogatorio por aparatos y sistemas, antecedentes biopsicosociales de la sexualidad, al comportamiento sexual actual y su descripción general tanto por síndromes clínicos específicos como por variantes sexuales no patológicas, a los antecedentes terapéuticos, a la exploración física, a las probabilidades de diagnóstico anteriores y actuales, a las recomendaciones terapéuticas, al pronóstico del caso, finalmente a los comentarios y observaciones sobre la información obtenida.

Los capítulos anteriores están conformados en 187 reactivos y 240 posibilidades de respuesta, sin contar aquellas combinadas o a especificar. En su confección se llevó un orden sistemático de lo general a lo particular, de lo sencillo a lo complicado y de lo sano a lo patológico, buscando la interpretación a través de la descripción clínica. La historia se basa en un instructivo que define y explica conceptualmente los reactivos y la manera de hacer el interrogatorio, las respuestas admisibles así como el procedimiento para señalarlas y su ubicación, sus metas fundamentales son clínicas pero dada su sistematización permite hacer comparaciones bioestadísticas que apoyen la investigación clínica.

Su aplicación requiere de ciertos conocimientos previos respecto al diagnóstico y manejo de problemas sexuales, limitación que se supera por la eficacia y trascendencia al reunirse la información, que se alcanza cuando se aplica de acuerdo a las recomendaciones.

La historia esta diseñada para poder aplicarse a todos los individuos que demanden consulta por problemas de sexualidad o que se infiera algún problema de ese tipo, dentro de una clínica o fuera de ésta, sin importar la edad el lugar de residencia, su estado socioeconómico, estado civil.

El registro de información se marcará con un círculo, en el número de código correspondiente a las categorías estipuladas; no se harán marcas en las casillas, a excepción de las tres primeras que están destinadas a anotar clave, número de expediente y fecha. Las preguntas 186 y 187 no se responderán marcando las casillas sino a renglón abierto en su lugar correspondiente.

Se considera que esta historia tiene un tiempo de aplicación aproximado de 30 a 45 minutos.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Esta historia ha sido utilizada en la clínica de Marina Nacional del ISSSTE donde se hizo un estudio para conocer la demanda de consulta por problemas sexuales de mujeres en edad fértil, validándose por medio de jueces independientes.

ESCALA DE AUTOCONCEPTO TENNESSEE

La escala puede emplearse para la consulta psicológica y la investigación, siendo ambas formas muy parecidas ya que utilizan el mismo folleto y los mismos reactivos, la diferencia consiste en que la forma clínica es más compleja en el análisis e interpretación de sus puntajes y en sus sistemas de perfiles.

La escala consta de 100 afirmaciones autodescriptivas que la persona utiliza para describir la imagen que tiene de sí misma, contando para ello con cinco opciones de respuesta que son las siguientes:

- 1 Completamente falso
- 2 Casi completamente falso
- 3 En parte falso y parte verdadero
- 4 Casi completamente verdadero
- 5 Completamente verdadero

Contiene 10 reactivos de autocrítica tomados de la escala L del MMPI y los otros 90 reactivos son clasificados en 5 categorías generales, las cuales corresponden a los niveles del Yo Físico, Yo Ético-Moral, Yo Personal, Yo Familiar y Yo Social. Además también son categorizadas dentro de tres áreas que representan el marco interno de referencia a partir del cual el individuo se describe a sí mismo y son:

1. Identidad
2. Autosatisfacción
3. Comportamiento

La escala se administra individualmente o por grupos y no requiere más instrucciones que las que están indicadas en la cubierta del folleto (ver anexo). Puede usarse en personas de 12 años en adelante que tengan la primaria completa, también es aplicable a todo el rango de ajuste psicológico desde personas sanas hasta pacientes psicóticos.

A continuación se describirá el significado de los puntajes:

Autocrítica (AC)

Escala conformada por 10 reactivos con afirmaciones ligeramente derogatorias que la gente acepta como ciertas con respecto a ellas mismas. Los puntajes altos generalmente indican capacidad de autocrítica. Los puntajes extremadamente altos (sobre el percentil 99) indican que a la persona pueden faltarle defensas. Los puntajes bajos indican defensividad y sugieren que los puntajes positivos pueden estar elevados a causa de esta defensividad.

Puntajes Positivos (P)

Estos puntajes derivan directamente del esquema de clasificación fenomenológico elaborado por Fitts, donde el análisis de las afirmaciones comunican tres mensajes primarios:

- 1.- Esto es lo que yo soy.
- 2.- Esto es como me siento conmigo mismo.
- 3.- Esto es lo que yo hago.

Tales puntajes localizados en tres hileras horizontales, dan como resultado de su suma el total positivo (TOT P), representando un marco interno de referencia dentro del cual la persona se describe a sí misma.

Un estudio de los reactivos originales indicó que estos puntajes variaban considerablemente en términos de un marco de referencia externo. Aún dentro de una misma categoría de hilera las afirmaciones pueden variar en cuanto a su contenido, por ejemplo en la hilera 1 (identidad) las afirmaciones se refieren a lo que soy yo físicamente, moralmente, socialmente etc., en consecuencia el conjunto de reactivos fué ordenado de acuerdo a estas nuevas categorías verticales dando por resultado las cinco columnas de la hoja de puntajes.

De tal manera que el conjunto total de reactivos quedo dividido de dos maneras: Verticalmente en 5 columnas (marco de referencia externo) y horizontalmente en tres hileras (marco de referencia interno), contribuyendo cada celdilla y cada reactivo a puntajes diferentes.

Las diferentes categorías son:

Puntaje Total (TOT P)

Este puntaje por sí solo se considera como el más importante y refleja el nivel total de autoconcepto. Los puntajes altos indican que las personas tienden a estar contentas consigo mismas, sienten que son dignas y valiosas, tienen confianza en sí mismas y actúan de acuerdo a esta imagen. Las personas con bajos puntajes dudan de su propio valor, se ven a sí mismas como indeseables y frecuentemente se ven a sí mismos, son deprimidos, ansiosos e infelices, tienen poca confianza en sí mismos.

En el caso de que el puntaje de autocrítica sea bajo las calificaciones Tot P altas se consideran sospechosas y probablemente estén distorsionadas. Los puntajes extremadamente altos (generalmente arriba del percentil 99) son anormales y usualmente se encuentran en personas perturbadas como paranoides o esquizofrénicos que son grupos con puntajes muy extremos.

Hilera 1 Puntaje P: IDENTIDAD (R1)

Estas son las afirmaciones sobre "lo que soy". El individuo describe su identidad básica partiendo de cómo se ve a sí mismo. Puntajes altos indican que el individuo se define a sí mismo y se sitúa en cada una de las áreas sin dificultad. Puntajes bajos indican que el individuo no puede definirse a sí mismo, ni situarse de manera adecuada en cada una de las áreas, no sabe quien es él para sí mismo y para los otros.

Hilera 2 Puntaje P: AUTOSATISFACCION (R2)

Representa las afirmaciones con las que el individuo describe cómo se siente con respecto al "sí mismo" que percibe. En general refleja el nivel de satisfacción y autoaceptación. Los puntajes altos indican que el individuo se siente bien consigo mismo y se acepta tal como es. Puntajes bajos indican que el individuo no se acepta a sí mismo porque se siente que actúa negativamente.

Hilera 3 Puntaje P: COMPORTAMIENTO (R3)

Afirmaciones que indican "Esto es lo que yo hago" o esta es la manera en que yo actúo. Evaluando la percepción que el individuo tiene de su comportamiento y de la manera como él funciona. Puntajes altos indican que el individuo percibe su manera de actuar en forma adecuada para consigo mismo y con los otros. Puntajes bajos indican que el individuo percibe que actúa inadecuadamente.

Columna A: YO FÍSICO (COL A)

Aquí la persona presenta la visión que tiene de su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad. Puntajes altos indican que el sujeto se siente físicamente saludable, que cuenta con todas sus funciones físicas y que se encuentra sexualmente adecuado. Puntajes bajos indican que el individuo se siente físicamente dañado o defectuoso, que algo no está funcionando como debiera, se siente fracasado sexualmente lo cual contribuye a una pobre imagen corporal.

Columna B: YO ÉTICO-MORAL (COL B)

El puntaje describe un marco de referencia ético-moral, sus relaciones con Dios, sentimientos de ser una persona "buena o mala" y su satisfacción con la propia religión o la falta de ella. Puntajes altos indican que el sujeto siente que religiosa y socialmente ha cumplido con las reglas, se siente una buena persona. Puntajes bajos indican que el sujeto ha transgredido las normas morales y religiosas se siente culpable por ello, piensa ser una mala persona aceptando ser castigado para lograr el perdón.

Columna C: YO PERSONAL (COL C)

Este puntaje refleja el sentido de que la persona tiene de su valer personal, su sentimiento de adecuación como persona y la evaluación de su personalidad independientemente de su cuerpo o de sus relaciones con otros. Puntajes altos indican que el individuo siente que ha logrado realizar sus potencialidades en todas las áreas de su vida con alto valor personal. Puntajes bajos indican que el individuo se siente fracasado en alguna (s) áreas de su vida con devaluación personal.

Columna D: YO FAMILIAR (COL D)

Este puntaje refleja los propios sentimientos de adecuación, méritos y valor como miembro de una familia. Se refiere a la percepción que la persona tiene de sí misma en relación con su círculo de allegados, los más cercanos e inmediatos. Los puntajes altos indican que el individuo se siente integrado a su familia, que su familia lo apoya y que se siente amado por ellos. Puntajes bajos indican que se siente al margen de la familia, sin su apoyo y no amado.

Columna E: YO SOCIAL (COL E)

Esta es otra categoría de cómo se percibe el yo en relación a otros, perteneciendo a los otros en un sentido más general. Refleja el sentido de adecuación y valer de la persona en su interacción social. Puntajes altos indican que el sujeto siente que se puede relacionar con la gente en general que se puede adaptar e integrar a un grupo de extraños, que se siente aceptado por otros. Los puntajes bajos indican que el sujeto se siente al margen de lo social, que se aísla, se siente inaceptable, avergonzado, despreciado, y hostilizado socialmente.

Puntajes de variabilidad

Proporciona una medida simple de la variabilidad e inconsistencia de una área de autopercepción a otra. Los puntajes altos significan que el sujeto es muy variable en este aspecto mientras que los bajos indican poca variabilidad, puede considerarse como rigidez si es extremadamente bajo (cuando se encuentra debajo del primer percentil).

a) Total Variable (TOT V)

Representa la variabilidad entre todos los puntajes, es decir, el grado de inconsistencia de un área de percepción a otra.

b) Total Variable de Columnas (COL TV)

Mide y resume la variabilidad dentro de las columnas.

c) Total Variable de Hileras (ROW TV)

Suma de las variaciones de las hileras.

Puntajes de Distribución

Es la forma en que el sujeto distribuye sus respuestas en relación a las 5 opciones de cada ítem. Puede interpretarse como una medida adicional de la autoimagen: la certeza o la seguridad de como se perciba a uno mismo. Los puntajes altos indican seguridad en lo que se dice de sí mismo, mientras que los puntajes bajos hablan de lo contrario.

Puntaje de tiempo (T)

Es la medida del tiempo que el sujeto requiere para contestar la escala. Hasta el momento se sabe poco del significado de esta variable pero se ha visto que la mayoría de las personas completan la escala en menos de 20 minutos, a menos de que se trate de pacientes psiquiátricos quienes necesitan más tiempo.

FORMA CLÍNICA Y DE INVESTIGACIÓN

Para este tipo de clasificación se toma en cuenta las calificaciones de la forma de orientación y las siguientes:

Puntaje de proporción Verdadero-falso (T/F)

Es una medida de los patrones de respuestas, una indicación de que el sujeto está de acuerdo o no con el reactivo independientemente del contenido del mismo. Puntajes altos significan que el sujeto se describe a sí mismo en relación a la afirmación de los atributos que posee más que a la negación de los que no posee. Puntajes bajos indican que el sujeto se describe en relación a la negación de los atributos que no posee.

El resultado de la proporción T/F puede considerarse desde tres puntos de vista:

- Solamente como una medida de patrones de respuesta
- Como una medida de comportamiento que tiene significado en términos de validez empírica, distingue entre pacientes y no pacientes psiquiátricos y tiene una correlación significativa con otro test (señalados más adelante).
- En relación con la psicología del yo se refiere al grado en que el individuo ha logrado la definición de su yo o su autodescripción.

Conflicto Total Neto (CON T_{NETO})

Este puntaje está altamente correlacionado con el puntaje V/F. Mide las diferencias o conflicto que existen entre las respuestas a ítems positivos y negativos dentro de una misma área de autopercepción.

a) Conflicto Positivo

Se presenta cuando las calificaciones positivas son mayores que las negativas. Esto quiere decir que el sujeto está sobreafirmando sus atributos positivos.

b) Conflicto Negativo

Aquí las calificaciones negativas son mayores a las positivas y significa que el sujeto sobre niega sus atributos negativos en relación con la medida en que afirma sus características positivas se concentra en eliminar lo negativo.

Conflicto Total (CON T)

Están en relación con la ausencia o presencia de confusión, contradicción y conflicto general en la autopercepción. Puntajes altos revelan confusión, contradicción y en general conflicto en la percepción de sí mismo. Puntajes extremadamente bajos, revelan rigidez y atadura que hace sospechar de una imagen estereotipada y artificial del mismo.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El grupo en que la prueba fué estandarizada fué una muestra de 626 sujetos de varias partes de los Estados Unidos, en un rango de edades de los 12 a los 68 años, de ambos sexos, representativos de todos los niveles sociales, económicos e intelectuales, que incluían sujetos de raza blanca y negros con un nivel de escolaridad que iba desde del sexto grado de primaria hasta el doctorado.

Esta escala ha sido adaptada a la versión castellana por Blanca Ma. Alvarez y Guido A. Barrientos y distribuido por el Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales de Chihuahua en México. Y aún cuando no se disponen de datos, normas, validez y confiabilidad en México Fitts señala lo siguiente:

Se ha visto que muestras de otras poblaciones no difieren en forma apreciable de las normas existentes, considerando que son muestras lo

suficientemente amplias (75 o más sujetos). Los efectos de variables demográficas tales como sexo, raza, edad, educación e inteligencia sobre los puntajes de la escala son insignificantes. En vista de lo cual se sugiere que no se necesita establecer normas por separado de dichas variables.

Otra manera de evaluar la validez es determinando la correspondencia entre puntajes de la escala y otras medidas para las cuales se deben predecir las correlaciones.

Las medias encontradas por Fitts se muestran en la tabla 1, en comparación con las medias encontradas con el presente estudio.

SUBESCALAS	Σ ENCONTRADAS POR FITTS	Σ ENCONTRADAS EN EL PRESENTE ESTUDIO
PUNTAJE TOTAL	345.54	344.06
AUTOCRITICA	38.54	29.39
IDENTIDAD	127.10	170.82
AUTOSATISFACCION	103.67	109.49
CONDUCTA	115.01	113.51
YO FISICO	71.78	66.38
YO ETICO	70.33	71.56
YO PERSONAL	64.55	69.47
YO FAMILIAR	70.83	70.70
YO SOCIAL	68.14	66.01

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL (ESM)

Esta escala es producto de dos estudios realizados con parejas mexicanas, por Pick y Andrade (1988), con el fin de desarrollar una escala que evaluara la satisfacción marital, entendida esta como "la actitud hacia la interacción marital y aspectos del cónyuge".

La escala quedó finalmente conformada por 24 reactivos con tres opciones de respuesta para cada reactivo:

- 1.- Me gusta como está pasando
- 2.- Me gustaría algo diferente
- 3.- Me gustaría muy diferente

El instrumento es multidimensional, conformado por tres factores obtenidos a través del análisis factorial de componentes principales estos son los siguientes:

SATISFACCIÓN CON LA INTERACCIÓN CONYUGAL (SIC)

Se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a la interacción con su pareja y abarca del ítem 1 al 10.

SATISFACCIÓN CON LOS ASPECTOS EMOCIONALES DEL CÓNYUGE (SEM)

Se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a las reacciones emocionales de su pareja, abarcando del ítem 11 al 15.

SATISFACCIÓN CON LOS ASPECTOS ORGANIZACIONALES DEL CÓNYUGE (SES)

Mide la satisfacción que un cónyuge expresa de la forma de organización, establecimiento y cumplimiento de las reglas de su pareja, la cual se contiene entre los ítemes 16 al 24.

Los puntajes altos en esta escala indican menor satisfacción marital y los puntajes bajos señalan mayor satisfacción marital.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

De acuerdo al segundo estudio que se efectuó para verificar la escala y los factores que la formaban, se realizó un análisis de

factorial de componentes principales con rotación oblicua con todos los reactivos quedando conformada la escala por 24 afirmaciones en tres factores que explican el 45.7% de la varianza total.

Por otra parte se tuvo la consistencia interna de cada factor, encontrándose un coeficiente de .90 para el factor (SIC); un coeficiente de .81 para el factor (SEM) y un coeficiente de .85 para el factor (SES).

Posteriormente se procedió a realizar un análisis de varianza de una entrada (one way) con las siguientes variables demográficas: sexo, edad, escolaridad, número de hijos y número de años de casados.

Para las variables que mostraron diferencias significativas, se aplicó la prueba de hoc de Scheffé con el fin de conocer en que grupo estaban estas diferencias, ya que el estudio se basó en una muestra conformada por 244 sujetos, de los cuales 139 eran mujeres y 105 hombres.

Las medias encontradas en el estudio de Pick y Andrade son presentadas en la tabla 2 y se muestran con las medias obtenidas en el presente estudio.

SUBESCALAS	M ENCONTRADAS POR PICK Y ANDRADE	M ENCONTRADAS EN EL PRESENTE ESTUDIO
INTERACCION CONYUGAL (SIC)	15.2	14.32
ASPECTOS EMOCIONALES (SEM)	8.8	9.2
ASPECTOS ESTRUCTURALES (SES)	14.2	13.57

HISTORIA CLINICA CODIFICADA DE LA SEXUALIDAD FEMENINA

DATOS GENERALES:

- A. Número de la entrevista _____
 B. Número del expediente _____

CAPITULO I

Datos generales del aplicador:

1. Fecha: día ____ mes ____ año ____

2. Nombre: _____

	apellido paterno	apellido materno	nombre
3. Sexo:	M F		

4. Edad: ____ años cumplidos

5. Estado civil: _____

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

6. Otro, especificar (7) _____

6. Profesión: _____

- Médico (1)
- Psicólogo (2)
- Trabajador social (3)
- Enfermero (4)

7. Otro, especificar (5) _____

7. Categoría: _____

- Interno de post-grado (1)
- Residente (2)
- Adscrito (3)
- Otro, especificar (4)

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)

CAPITULO II

Datos generales del entrevistado:

13. Nombre: _____
 apellido paterno apellido materno nombre
14. Edad: _____ años cumplidos
15. Sexo: M F
16. Estado civil
- Soltero (1)
 - Casado (2)
 - Viudo (3)
 - Divorciado (4)
 - Unión libre (5)
 - Separado (6)
 - Otro, especificar (7) _____
17. Lugar de origen (donde paso los 10 primeros años de su vida):
- México, D.F. (1)
 - Estado, especificar (2) _____
 - Otro, especificar (3) _____
18. Años de escolaridad: _____
19. Ocupación (fecha de la entrevista):
- Profesional (1)
 - Empresario (2)
 - Burócrata (3)
 - Empleado iniciativa privada (4)
 - Comercio en pequeño (5)
 - Oficio mayor (obrero) (6)
 - Oficio menor (asistente) (7)
 - Laboras domésticas (8)
 - Empleo esporádico (9)
 - Desempleado (10)
 - Estudiante (11)
 - Hogar (12)
 - Otro, especificar (13) _____
20. Si trabaja, ¿Cuántas horas al día dedica a esta actividad? _____
21. Si estudia, ¿Cuántas horas al día dedica a esta actividad? _____
22. Religión:
- Católica (1)
 - Protestante (2)
 - Testigo de Jehová (3)
 - Ninguna (4)
 - Otra, especificar (5) _____

23. ¿Con quién vive actualmente?:

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

Nivel socioeconómico

24. Ingreso mensual:

- 0 a 1000 N\$ (1)
- 1000 a 2000 N\$ (2)
- 2000 a 3000 N\$ (3)
- 3000 a 4000 N\$ (4)
- 4000 a 5000 N\$ (5)
- 5000 o más N\$ (6)

Ingreso per cápita al mes _____

¿Cuántas recámaras tiene su casa? _____

¿Cuántas personas promedio duermen en cada recámara? _____

¿Cuenta con una recámara para ud. y su pareja? _____

CAPITULO III

Motivo de estudio

25. Razón de la entrevista:

- Investigación (1)
- Interconsulta (2)
- Iniciativa propia (3)
- Otras, especificar (4) _____

26. Impresión diagnóstica del envío _____

CAPITULO IV

Antecedentes familiares patológicos

27. Diabetes

- no (1)
- Si, especificar (2) _____

28. Alcoholismo

- No (1)
- Si, especificar (2) _____

29. Cáncer

- No (1)
- Si, especificar (2) _____

30. Cardiovasculares

- No (1)
- Si, especificar (2) _____

31. Padecimientos endocrinológicos

- No (1)
- Si, especificar (2) _____

32. Padecimientos psiquiátricos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
33. Padecimientos respiratorios
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
34. Padecimientos dermatológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
35. Alergias
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
36. Padecimientos digestivos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
37. Padecimientos psicósomáticos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
38. Migraña
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
39. Padecimientos inmunológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
40. Padecimientos de transmisión sexual
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
41. Padecimientos de vías biliares
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
42. Farmacodependencia
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
43. Padecimientos sexuales
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
44. Padecimientos neurológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
45. Padecimientos genéticos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
46. Padecimientos congénitos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
47. Padecimientos vasculares
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
48. Otros _____

CAPITULO V

Antecedentes personales patológicos

49. Alcoholicismo
 No (1)
 Si, especificar (2)
50. Diabetes
 No (1)
 Si, especificar (2)
51. Cáncer
 No (1)
 Si, especificar (2)
52. Cardiovasculares
 No (1)
 Si, especificar (2)
53. Padecimientos endocrinológicos
 No (1)
 Si, especificar (2)
54. Padecimientos psiquiátricos
 No (1)
 Si, especificar (2)
55. Padecimientos respiratorios
 No (1)
 Si, especificar (2)
56. Padecimientos digestivos
 No (1)
 Si, especificar (2)
57. Alergias
 No (1)
 Si, especificar (2)
58. Padecimientos psicósomáticos
 No (1)
 Si, especificar (2)
59. Migraña
 No (1)
 Si, especificar (2)
60. Padecimientos inmunológicos
 No (1)
 Si, especificar (2)
61. Padecimientos de las vías biliares
 No (1)
 Si, especificar (2)
62. Padecimientos de transmisión sexual
 No (1)
 Si, especificar (2)
63. Padecimientos dermatológicos
 No (1)
 Si, especificar (2)
64. Padecimientos ginecológicos
 No (1)
 Si, especificar (2)

65. Padecimientos sexuales
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
66. Padecimientos urinarios
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
67. Padecimientos traumáticos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
68. Tabaquismo
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
69. Farmacodependencia
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
70. Padecimientos infecciosos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
71. Otros _____

CAPITULO VI

Antecedentes personales no patológicos

72. Higiene personal
 Buena (1)
 Regular (2)
 Mala (3)
73. Higiene habitacional
 Buena (1)
 Regular (2)
 Mala (3)
74. Alimentación
 Tres veces al día (1)
 Menos de tres veces al día (2)
75. ¿Come carne o sustitutos de la misma?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
76. ¿Come fruta?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
77. ¿Come verduras?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
78. ¿Come leguminosas (frijol, habas lentejas, etc.)?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
79. ¿Consume lácteos?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
80. ¿Consume cereales (Pan, tortillas, arroz)?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
81. Uso del tiempo libre
 Actividades recreativas (1)
 Actividades culturales (2)
 Actividades deportivas (3)
 Otra, especificar (4) _____
 Ninguna (5)
 Ambas, especificar (6) _____

CAPITULO VII**Problemas recientes:**

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

- a) Salud (1)
- b) Económico (2)
- c) Familiar (3)
- d) Pareja (4)
- e) Laboral (5)
- f) Ginecológico (6)
- g) Obstétrico (7)
- h) Emocional (8)
- i) Sexual (9)
- j) Otro (10)

83. Explique brevemente cual fue _____

CAPITULO VIII**Antecedentes biopsicosociales de la sexualidad**

84. Experiencias sexuales traumáticas infantiles:

- No (1)
- Si, especificar (2) _____

Edad _____

85. ¿Recibió información sobre la menstruación?

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

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

- No (1)
- Si, especificar (2) _____

87. 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)

88. Edad de la menarca _____

89. Recuerdo que tiene acerca de su primera menstruación _____

90. Ritmo menstrual _____

- Regular (1)
- Irregular (2)

91. Síntomas acompañantes de la menstruación
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____
92. Masturbación durante la adolescencia
 Con orgasmo (1)
 Sin orgasmo (2)
 No procede (3)
93. 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)
94. Edad de inicio de la masturbación _____
95. Motivo para realizar su sexualidad:
 Reproducción (1)
 Satisfacción (2)
 Afecto (3)
 Autoafirmación (4)
 Ambas, especificar (5) _____
 Otro, especificar (6) _____
96. Temores hacia la sexualidad y lo sexual:
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____
97. Edad de la primera experiencia sexual (No necesariamente coital) _____
98. ¿La primera experiencia sexual fue voluntaria?
 Sí (1)
 No, especificar (2) _____
99. ¿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 _____
100. ¿Su primera experiencia sexual dejó alguna consecuencia?
 No (1)
 Sí, especificar (2) _____
101. Su primera experiencia coital fue:
 Con orgasmo (1)
 Sin orgasmo (2)
 No procede (3)
102. Edad de inicio de la actividad coital _____
103. La desfloración sucedió:
 Adecuadamente (1)
 Inadecuadamente (2)
 No procede (3)
104. Actividad sexual durante la menstruación:
 Siempre (1)
 Ocasionalmente (2)
 Nunca (3)

105. Actividad masturbatoria durante la menstruación:
 Siempre (1)
 Ocasionalmente (2)
 Nunca (3)
106. Episodios de dolor durante el coito:
 Al inicio de este, no impide el coito (1)
 Al inicio de este, impide el coito (2)
 Durante el coito (3)
 Al final del coito (4)
 No procede (5)
107. Número de compañeros sexuales no estables (relación menor a dos años):
108. Sexo de los compañeros sexuales referidos:
 Masculino (1)
 Femenino (2)
 Ambos, especificar (3) _____
 No procede (4)
109. Número de compañeros sexuales estables (Relación mayor a dos años):
110. Sexo de los compañeros sexuales referidos:
 Masculino (1)
 Femenino (2)
 Ambos, especificar (3) _____
 No procede (4)
111. Ha usado métodos anticonceptivos:
 Dependientes del coito, especificar (1) _____
 Independientes del coito, especificar (2) _____
 No procede (3) _____
112. Actualmente usa métodos anticonceptivos:
 Dependientes del coito, especificar (1) _____
 Independiente del coito, especificar (2) _____
 No procede (3) _____
113. Tiempo transcurrido entre el inicio de la vida sexual activa y el embarazo:
 Menos de 1 año (1)
 De 1 a 2 años (2)
 De 2 a 3 años (3)
 De 3 a 4 años (4)
 De 4 a 6 años (5)
 De 6 a 10 años (6)
 Mas de 10 años (7)
 No procede (8)
114. Datos ginecoobstétricos (indicar con número):
 Gestas _____
 Partos _____
 Abortos _____
 Cesáreas _____
 Obitos (muerte fetal) _____
 Mortinatos (muerte perinatal) _____
115. Edad y sexo de los hijos en orden cronológico de mayor a menor
-
-

116. Productos con defecto al nacimiento:

No (1)

Si, especificar (2)

Sexo del producto M F

117. Repercusión sexual negativa del embarazo:

Ninguna (1)

Durante el embarazo (2)

Postparto (3)

Postaborto (4)

Postcesárea (5)

No procede (6)

118. Repercusión sexual negativa de la menopausia:

No (1)

Si, especificar (2)

No procede (3)

CAPITULO IX

Comportamiento sexual actual

a) Descripción general

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

Desea y coopera (1)

Desea y no coopera (2)

No desea y coopera (3)

No desea y no coopera (4)

No procede (5)

120. Preparación higiénica para la relación sexual:

No (1)

Si (2)

121. Ubicación más frecuente de la relación sexual:

En casa (1)

Fuera de casa (2)

Ambos, especificar (3)

No procede (4)

122. Posición más frecuente para la relación coital:

Mujer boca arriba-hombre encima (1)

Hombre boca arriba-mujer encima (2)

Mujer arrodillada y agachada-hombre atrás (3)

Hombre y mujer sentados (4)

Hombre y mujer de pie (5)

Todas sin predominio (2 o mas de las anteriores) (6)

Otra, especificar (7)

No procede (8)

123. Horario predominante de la relación sexual:

Matutino (1)

Vespertino (2)

Nocturno (3)

Ambos, especificar (4)

No procede (5)

124. ¿Quién propone la relación sexual mas frecuentemente?:
 Mi pareja (1)
 Solo yo (2)
 Ambos (3)
 No procede (4)
125. La proposición de la relación sexual se hace preferentemente:
 De manera verbal (1)
 Paraverbal (2)
 Ambas, especificar (3)
 No procede (4)
-
126. Las condiciones ambientales para la relación sexual son:
 Cómodas y satisfactorias (1)
 Cómodas e insatisfactorias (2)
 Incómodas y satisfactorias (3)
 Incómodas e insatisfactorias (4)
 No procede (5)
127. La relación sexual se realiza preferentemente:
 Vestidos (1)
 Desnudos (2)
 Semivestidos (3)
 Ambas, especificar (4)
 No procede (5)
- b) Síndromes clínicos específicos
- Trastornos de la identidad de género
128. ¿En el curso de los últimos dos años presenta malestar e
 inadecuación con su sexo anatómico o deseo de liberarse de sus
 genitales y vivir como miembro del otro sexo?
 No (1)
 Si (2)
- Parafilias
129. ¿En el curso de los cinco últimos años ha usado objetos
 inertes como método preferencial o exclusivo que suplen la
 relación sexual?
 No (1)
 Si (2)
130. ¿En el curso de los cinco últimos años ha usado ropa del sexo
 opuesto de manera repetida y persistente para obtener
 excitación sexual o se frustra cuando tal conducta es
 interferida?
 No (1)
 Si (2)
131. ¿En el curso de los cinco últimos años ha llevado a cabo
 relaciones sexuales con animales o tiene la fantasía al
 respecto, como método preferido o exclusivo para alcanzar
 excitación sexual?
 No (1)
 Si (2)

132. ¿En el curso de los cinco últimos años ha tenido relaciones sexuales o tentativas de ellas con niños de edad prepuberal, como método preferido o exclusivo para alcanzar excitación sexual?
 No (1)
 Sí (2)
133. ¿En el curso de los cinco últimos años a realizado actos de exposición de sus genitales ante desconocidos sin intento posterior de efectuar relaciones sexuales, y ello como método preferencial o exclusivo para alcanzar excitación sexual?
 No (1)
 Sí (2)
134. ¿En el curso de los cinco últimos años ha observado repetida y subrepticamente a la gente cuando se desnuda o lleva a cabo relaciones sexuales, sin buscar relacionarse con los observados y ello como método preferido o exclusivo para alcanzar satisfacción sexual?
 No (1)
 Sí (2)
135. ¿En el curso de los cinco últimos años ha participado deliberada o intencionalmente de modo repetido en actividades sexuales que lesionan, humillan o atormentan y ello con objeto de alcanzar satisfacción sexual?
 No (1)
 Sí (2)
136. ¿En el curso de los cinco últimos años ha producido sufrimiento psicológico o físico repetida e intencionalmente a una pareja sexual, causándole lesiones o combinando sufrimiento corporal con la excitación y ello con el fin de satisfacerse sexualmente?
 No (1)
 Sí (2)
137. ¿En el curso de los últimos cinco años ha buscado alcanzar satisfacción sexual de modo preferido o exclusivo con el uso de enemas u otros objetos inertes, mensajes telefónicos obscenos, o relación sexual con cadáveres?
 No (1)
 Sí (2)
- Disfunciones psicosexuales
138. ¿En el curso de últimos cinco años ha presentado inhibición persistente y profunda del deseo sexual sin relación a problemas físicos?
 No (1)
 Sí (2)
139. ¿En el curso de los cinco últimos años ha presentado aversión extrema, persistente o recurrente al sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos?
 No (1)
 Sí (2)

140. ¿En el curso del cinco últimos años ha habido insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos?
 No (1)
 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 inhibición recurrente y persistente del orgasmo, tras una fase de excitación normal, en condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos?
 No (1)
 Sí (2)
143. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado dolor genital recurrente y persistente asociado a la práctica de la actividad coital y sin relación a problemas físicos?
 No (1)
 Sí (2)
144. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado espasmos involuntarios recurrentes y persistentes en el tercio externo de la vagina, que interfieran con el coito y sin relación a problemas físicos?
 No (1)
 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 esta una fuente persistente de malestar emocional?
 No (1)
 Sí (2)
- c) Variantes sexuales no patológicas**
- ¿Ha realizado o participa como parte de su actividad sexual regular alguna de las siguientes preguntas?
147. Felatio
 No (1)
 Sí (2)
148. Cunnilingus
 No (1)
 Sí (2)

149. Coito anal
 No (1)
 Si (2)
150. Sexo en grupo
 No (1)
 Si (2)
151. Uso de parafernalia sexual (Enemas, vibradores y otros instrumentos diseñados para lograr la excitación)
 No (1)
 Si (2)
152. Consumo de alcohol y/o drogas
 No (1)
 Si (2)
153. Bisexualidad
 No (1)
 Si (2)
154. Pornografía
 No (1)
 Si (2)
155. Homosexualidad egosintónica
 No (1)
 Si (2)
156. Otro, especificar _____
157. Actitud de la pareja ante el problema diagnosticado:
 Cooperación (1)
 Rechazo (2)
 Ambivalencia (3)
 Ignorancia (4)
 No procede (5)

CAPITULO X

Antecedentes terapéuticos

158. La paciente ha recibido tratamiento (especificar causa del tratamiento)

- Médico (1)
 Quirúrgico (2)
 Psicológico (3)
 Piquiátrico (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)

CAPITULO 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)
- Otros, especificar (8)

163. Describa brevemente _____

CAPITULO XII

Diagnóstico

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

	Anterior	Actual
Trastornos de la identidad en la infancia	(1)	(1)
Transexualismo	(2)	(2)
Trastorno de la identidad sexual atípica	(3)	(3)
Fetichismo	(4)	(4)
Transvestismo	(5)	(5)
Zoofilia	(6)	(6)
Paidofilia	(7)	(7)
Exhibicionismo	(8)	(8)
Voyeurismo	(9)	(9)
Masochismo sexual	(10)	(10)
Sadismo sexual	(11)	(11)
Parafilias atípicas	(12)	(12)

	Anterior	Actual
Inhibición del deseo sexual	(13)	(13)
Inhibición de la excitación sexual	(14)	(14)
Inhibición orgásmica	(15)	(15)
Dispareunia funcional	(16)	(16)
Vaginismo funcional	(17)	(17)
Disrritmia	(18)	(18)
Aversión al sexo	(19)	(19)
Disfunción psicosexual atípica	(20)	(20)
Homosexualidad egodistónica	(21)	(21)
En estudio	(22)	(22)
No procede (se ignora, no tuvo)	(23)	(23)
Ambos, especificar	(24)	(24)
Otros, especificar	(23)	(23)

CAPITULO XIII

Recomendaciones terapéuticas

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

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

CAPITULO XIV

Pronóstico

166. Evaluación global de la severidad:

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

CAPITULO XV

Comentarios y observaciones

167. La información fué relatada por:

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

168. Credibilidad de la información:

Buena (1)

Regular (2)

Pobre (3)

169. Actitud de la paciente ante el interrogatorio _____

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

obtenida _____

**Subdirección General de Investigación
División de Investigación Clínica
Departamento de Psicología**

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL

Cada uno de nosotros espera diferentes cosas de su matrimonio, y en base a lo que espera le gusta o no lo que está pasando.

A continuación se presenta una lista con tres opciones de respuesta, por favor conteste cada una de las preguntas en base a la siguiente lista de opciones:

Me gustaría muy diferente (3)
Me gustaría algo diferente (2)
Me gusta como está pasando (1)

1. El tiempo que mi cónyuge dedica a nuestro matrimonio	. 1	2	3
2. La frecuencia con la que mi cónyuge me dice algo bonito	1	2	3
3. El grado al cual mi cónyuge me atiende	1	2	3
4. La frecuencia con que mi cónyuge me abraza	1	2	3
5. La atención que mi cónyuge pone en mi apariencia	1	2	3
6. La comunicación con mi cónyuge	1	2	3
7. La conducta de mi cónyuge enfrente de otras personas	1	2	3
8. La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales	1	2	3
9. El tiempo que dedica a mí	1	2	3
10. El interés que mi cónyuge pone en lo que hago	1	2	3
11. La forma como se comporta cuando está triste	1	2	3
12. La forma como se comporta cuando está enojado	1	2	3
13. La forma en que se comporta cuando está preocupado	1	2	3
14. La forma cuando se comporta cuando está de mal humor	1	2	3
15. La reacción de mi cónyuge cuando no quiero tener relaciones sexuales	1	2	3
16. El tiempo que dedica a sí mismo	1	2	3
17. La forma como se organiza mi cónyuge	1	2	3
18. Las prioridades que tiene en la vida mi cónyuge	1	2	3
19. La forma como pasa su tiempo libre	1	2	3
20. La puntualidad de mi cónyuge	1	2	3
21. El cuidado que mi cónyuge le tiene a su salud	1	2	3
22. El tiempo que pasamos juntos	1	2	3
23. La forma como mi cónyuge trata de solucionar los problemas	1	2	3
24. Las reglas que mi cónyuge hace para que se sigan en casa	1	2	3

FORMATO DE PREGUNTAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

PAGINA 1

ITEM

1. GOZO DE BUENA SALUD	1
3. SOY UNA PERSONA ATRACTIVA	3
5. ME CONSIDERO UNA PERSONA MUY DESARREGLADA	5
19. SOY UNA PERSONA DECENTE	19
21. SOY UNA PERSONA HONRADA	21
23. SOY UNA PERSONA MALA	23
37. SOY UNA PERSONA ALEGRE	37
39. SOY UNA PERSONA CALMADA Y TRANQUILA	39
41. SOY UN "DON NADIE"	41
55. MI FAMILIA SIEMPRE ME AYUDARIA EN CUALQUEIR PROBLEMA	55
57. PERTENEZCO A UNA FAMILIA FELIZ	57
59. MIS AMIGOS NO CONFIAN EN MI	59
73. SOY UNA PFRSONA AMIGABLE	73
75. SOY POPULAR CON PERSONAS DEL SEXO MASCULINO	75
77. LO QUE HACEN OTRAS PERSONAS NO ME INTERESA	77
91. ALGUNAS VECES DIGO FALCEDADES	91
93. EN OCASIONES ME ENOJO	93

COMPLETAMENTE

FALSO

1

CASI TOTALMENTE

FALSO

2

PARTE FALSO Y

PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE

VERDADERO

4

TOTALMENTE

VERDADERO

5

2. ME AGRADA ESTAR SIEMPRE ARREGLADO(A) Y PULCORO(A)	2
4. ESTOY LLENO(A) DE ACHAQUES	4
6. SOY UNA PERSONA ENFERMA	6
20. SOY UNA PERSONA MUY RELIGIOSA	20
22. SOY UN FRACASO EN MI CONDUCTA MORAL	22
24. SOY UNA PERSONA MORALMENTE DEBIL	24
38. TENGO MUCHO DOMINIO SOBRE MI MISMO	38
40. SOY UNA PERSONA DETESTABLE	40
42. ME ESTOY VOLVIENDO LOCO(A)	42
56. SOY IMPORTANTE PARA MIS AMIGOS Y PARA MI FAMILIA	56
58. MI FAMILIA NO ME QUIERE	58
60. SIENTO QUE MIS FAMILIARES ME TIENEN DESCONFIANZA	60
74. SOY POPULAR CON PERSONAS DEL SEXO FEMENINO	74
76. ESTOY DISGUSTADO(A) CON TODO EL MUNDO	76
78. ES DIFICIL ENTABLAR AMISTAD CONMIGO	78
92. DE VEZ EN CUANDO PIENSO EN COSAS TAN MALAS QUE NO PUEDEN MENCIONARSE	92
94. ALGUNAS VECES. CUANDO NO ME SIENTO BIEN, ESTOY DE MAL HUMOR	94

COMPLETAMENTE

FALSO

1

CASI TOTALMENTE

FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5

7. NO SOY NI MUY GORDO(A) NI MUY FLACO(A)	7
9. ME AGRADA MI APARIENCIA FISICA	9
11. HAY PARTES DE MI CUERPO QUE NO ME AGRADAN	11
25. ESTOY SATISFECHO(A) CON MI CONDUCTA MORAL	25
27. ESTOY SATISFECHO(A) CON MIS RELACIONES CON DIOS	27
29. DEBERIA DE ASISTIR MAS A MENUDO A LA IGLESIA	29
43. ESTOY SATISFECHO(A) DE LO QUE SOY	43
45. MI COMPORTAMIENTO HACIA OTRAS PERSONAS ES PRECISAMENTE COMO DEBERIA SER	45
47. ME DESPRECIO A MI MISMO(A)	47
61. ESTOY SATISFECHO(A) CON MIS RELACIONES FAMILIARES	61
63. MUESTRO TANTA COMPRESION A MIS FAMILIARES COMO DEBIERA	63
65. DEBERIA DEPOSITAR MAYOR CONFIANZA EN MI FAMILIA	65
79. SOY TAN SOCIABLE COMO QUIERO SER	79
81. TRATO DE AGRADAR A LOS DEMAS PERO NO ME EXCEDO	81
83. SOY UN FRACASO EN MIS RELACIONES SOCIALES	83
95. ALGUNAS DE LA PERSONAS QUE CONOZCO ME CAEN MAL	95
97. DE VEZ EN CUANDO ME DAN RISA LOS CHISTES COLORADOS	97

COMPLETAMENTE

FALSO

1

CASI TOTALMENTE

FALSO

2

PARTE FALSO Y

PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE

VERDADERO

4

TOTALMENTE

VERDADERO

5

8. NO ESTOY NI MUY ALTO(A) NI MUY BAJO(A)	8
10. NO ME SIENTO TAN BIEN COMO DEBERIA	10
12. DEBERIA SER MAS ATRACTIVO(A) PARA CON PERSONAS DEL SEXO OPUESTO	12
26. ESTOY SATISFECHO(A) CON MI VIDA RELIGIOSA	26
28. QUISIERA SER MAS DIGNO(A) DE CONFIANZA	28
30. DEBERIA MENTIR MENOS	30
44. ESTOY SATISFECHO(A) CON MI INTELIGENCIA	44
46. ME GUSTARIA SER UNA PERSONA DISTINTA	46
48. QUISIERA NO DARME POR VENCIDO(A) TAN FACILMENTE	48
62. TRATO A MIS PADRES TAN BIEN COMO DEBERIA (USE TIEMPO PASADO SI LOS PADRES NO VIVEN)	62
64. ME AFECTA MUCHO LO QUE DICE MI FAMILIA	64
66. DEBERIA AMAR MAS A MIS FAMILIARES	66
80. ESTOY SATISFECHO(A) CON MI MANERA DE TRATAR A LA GENTE	80
82. DEBERIA SER MAS CORTES CON LOS DEMAS	82
84. DEBERIA LLEVARME MEJOR CON OTRAS PERSONAS	84
96. ALGUNAS VECES ME GUSTA EL CHISME	96
98. ALGUNAS VECES ME DAN GANAS DE DECIR MALAS PALABRAS	98

COMPLETAMENTE

FALSO

1

CASI TOTALMENTE

FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5

13. ME CUIDO BIEN FISICAMENTE	13
15. TRATO DE SER CUIDADOSO(A) CON MI APARIENCIA	15
17. CON FRECUENCIA SOY MUY TORPE	17
31. MI RELIGION ES FARTE DE MI VIDA DIARIA	31
33. TRATO DE CAMBIAR CUANDO SE QUE ESTOY HACIENDO ALGO QUE NO DEBO	33
35. EN ALGUNAS OCASIONES HAGO COSAS MUY MALAS	35
49. PUEDO CUIDARME SIEMPRE EN CUALQUEIR SITUACION	49
51. ACEPTO MIS FALTAS SIN ENOJARME	51
53. HAGO COSAS SIN HABERLAS PENSADO BIEN	53
67. TRATO DE SER JUSTO(A) CON MIS AMIGOS Y FAMILIARES	67
69. ME INTERESO SINCERAMENTE POR MI FAMILIA	69
71. SIEMPRE SEDO A LAS EXIGENCIAS DE MIS PADRES	71
85. TRATO DE COMPRENDER EL PUNTO DE VISTA DE LOS DEMAS	85
97. ME LLEVO BIEN CON LOS DEMAS	87
89. ME ES DIFICIL PERDONAR	89
99. PREFIERO GANAR EN LOS JUEGOS	99

COMPLETAMENTE

FALSO

1

CASI TOTALMENTE

FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE

VERDADERO

4

TOTALMENTE

VERDADERO

5

14. ME SIENTO BIEN LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	14
16. SOY MALO(A) PARA EL DEPORTE Y LOS JUEGOS	16
18. DUERMO MAL	18
32. LA MAYORIA DE LAS VECES HAGO LO QUE ES DEBIDO	32
34. A VECES ME VLAGO DE MEDIOS INJUSTOS PARA SALIR ADELANTE	34
36. ME ES DIFICIL COMPORTARME EN FORMA CORRECTA	36
50. RESUELVO MIS PROBLEMAS CON FACILIDAD	50
52. CON FRECUENCIA CAMBIO DE OPINION	52
54. TRATO DE NO ENFRENTAR MIS PROBLEMAS	54
68. HAGO EL TRABAJO QUE ME CORRESPONDE EN CASA	68
70. RIÑO CON MIS FAMILIARES	70
72. NO ME COMPORTO EN LA FORMA QUE DESEA MI FAMILIA	72
86. ENCUENTRO BUENAS CUALIDADES EN TODA LA GENTE QUE CONOZCO	86
88. ME SIENTO INCOMODO(A) CUANDO ESTOY CON OTRAS PERSONAS	88
90. ME CUESTA TRABAJO ENTABLAR CONVERSACION CON EXTRAÑOS	90
100. EN OCACIONES DEJO PARA MAÑANA LO QUE DEBERIA HACER HOY	100

COMPLETAMENTE
FALSO

1

CASI TOTALMENTE
FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5

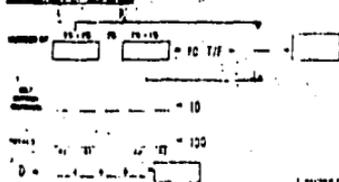
SCORE SHEET

Child and Adolescent Form
 Version 3.0 (October 1988)

HOW THE INDIVIDUAL PERCEIVES HIMSELF

IN TERMS OF:	COLUMN A PHYSICAL SELF	COLUMN B MORAL/ETHICAL SELF	COLUMN C PERSONAL SELF	COLUMN D FAMILY SELF	POSITIVE SOCIAL SELF	SELF CRITICISM	ROW TOTALS
ROW 1 IDENTITY	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ROW 2 SELF-ESTEEM	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ROW 3 SOCIAL SKILLS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ROW 4 TOTALS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
COL. TOTALS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

EXPLANATION OF RESPONSES



CORRELATION SCALES

- DP = _____
- GM = _____
- PSY-100 = _____
- FD = _____
- FI = _____
- PI = _____

Published by
 CONSULTANTS IN PSYCHOLOGY
 1000 UNIVERSITY AVENUE
 BOSTON, MASSACHUSETTS 02116

