

Comunicación marital y estilo de comunicación en mujeres con disfunción sexual

CLAUDIA SÁNCHEZ-BRAVO,^a JORGE CARREÑO-MELÉNDEZ,^a
SUSANA MARTÍNEZ-RAMÍREZ,^a MARÍA EUGENIA GÓMEZ-LÓPEZ^a

RESUMEN

Objetivo: El propósito de este estudio fue encontrar diferencias en dos grupos de mujeres, uno sin disfunciones sexuales y otro con disfunciones sexuales, valorando la comunicación marital y el estilo de comunicación.

Material y métodos: Se tomaron dos grupos: 100 mujeres sin disfunciones sexuales y 100 con disfunciones sexuales. Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, diseño no experimental, comparativo de una sola muestra dividida en dos grupos de observaciones independientes. Se utilizó la historia clínica codificada de la sexualidad femenina y las escalas de Comunicación y Estilo de Comunicación Marital.

Resultados: Los resultados arrojaron diferencias significativas en todas las áreas de la comunicación marital, pero tuvo un menor nivel el grupo con disfunciones sexuales. En los estilos de comunicación hubo diferencias en los estilos negativo y reservado. En las funciones discriminantes hubo funciones significativas en la dimensión trabajo y el estilo de comunicación negativo.

Conclusiones: La presencia de disfunción sexual en la mujer es un síntoma de peso para poder determinar si ella o su pareja necesitan atención psicológica. Un buen nivel de comunicación marital en todas sus dimensiones es un indicador del buen funcionamiento marital, teniendo un mayor peso la comunicación relacionada con el trabajo. El estilo positivo de comunicación percibido en ella misma y en el cónyuge, también se asocia a un buen funcionamiento sexual en la pareja.

PALABRAS GUÍA: *Disfunción sexual femenina, comunicación marital, estilo de comunicación.*

^aPsicólogos adscritos al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología.

Correspondencia:

Mtra. Claudia Sánchez Bravo
Departamento de Psicología,
Instituto Nacional de Perinatología
Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes,
11000, México, D.F.
Tel.: 5520-9000, Ext.: 147
Correo electrónico: clausanbra@yahoo.com

Recibido: 22 de julio de 2003.
Aceptado: 21 de agosto de 2003.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la sexualidad humana y de las disfunciones sexuales representa un reto dentro del estudio de la conducta, ya que la generación de líneas de investigación en este sentido pueden ayudar a producir modelos de intervención más eficaces, sobre todo por tratarse de un problema tan complejo. En el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), dentro del Departamento de Psicología, el

estudio de esta área es fundamental, pues la prevalencia de las disfunciones sexuales es de 52%, según un estudio realizado previamente.¹ Posteriormente, se han realizado estudios de los diversos aspectos o factores asociados que pueden estar significativamente presentes en mujeres con disfunciones sexuales.^{2,3}

Según Rubio,⁴ las disfunciones sexuales son una serie de síndromes donde los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social, que pueden estar presentes en forma persistente o recurrente. Este autor propone la presencia de cuatro características que se encuentran en todas las disfunciones sexuales y que sirven al clínico para realizar un diagnóstico diferencial:

1. Son procesos de naturaleza erótica y sus resultados giran en torno a la calidad placentera de estas vivencias, además de las construcciones mentales alrededor de ella.
2. Se les consideran indeseables.
3. Se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas.
4. Se presentan en forma de síndromes, es decir, como un grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares, pero no de las causas que las provocan.

Los trastornos pueden aparecer en una o más de las fases de la respuesta sexual.⁵ Los avances más significativos en cuanto al manejo de las disfunciones sexuales están en el estudio de las parejas con estas disfunciones, pues el hecho de poder diferenciar que los trastornos en esta área no siempre son producto de conflictos intrapsíquicos (sean éstos remotos o recientes), sino que pueden desarrollarse dentro de la relación de pareja, y por conflictos generados en ella, significa un gran avance para su abordaje terapéutico.⁶

Otro aspecto importante que siempre debe tomarse en cuenta en su estudio es que no puede hablarse de una relación causa-efecto, dado que los problemas que se presentan por lo regular son de carácter multifactorial.⁵ En

este sentido, las aportaciones y la difusión han tenido avances importantes, sobre todo en la aplicación de técnicas de terapia sexual⁷ –como herramienta del psicólogo– y la capacitación de terapeutas sexuales. Ello ha permitido generar métodos más estructurados de tratamiento. Por último, debido a su alta prevalencia, las disfunciones sexuales podrían considerarse un problema de salud pública en el área de la salud mental.

La comunicación y el estilo de comunicación⁸ son factores que se consideran relevantes en la conducta humana y que abarcan la observación, y el estudio de aspectos que van más allá de los procesos internos, dado que son manifestaciones observables de cómo se establecen las relaciones entre los individuos. En el estudio de la comunicación humana se proponen axiomas que le dan gran peso a su estudio, donde no sólo se habla de la transmisión de información, sino también de la definición de conductas y las relaciones que se establecen a partir de ella, así como del compromiso que implican.⁹

COMUNICACIÓN MARITAL

Según la descripción de Musitu,¹⁰ “uno de los fenómenos más genuinamente humanos y característicos de nuestra sociedad y de nuestro tiempo es la comunicación”. Así, para el psicólogo el estudio y sistematización de estas manifestaciones observables entre los individuos, explican en buena medida la conducta humana. En otras palabras, dichas manifestaciones se dan a través de la comunicación y ésta tiene un efecto sobre la conducta, lo cual se puede observar en las diferentes formas de las relaciones interpersonales, incluyendo aquellas de mayor intimidad en la relación de pareja.

Autores como Alducin¹¹ refieren que es de suma importancia una comunicación eficaz en la vida sexual del matrimonio. Luego de haber analizado distintos aspectos de comunicación en la vida sexual de varios cónyuges, encontraron que existe una alta correlación entre una comunicación sexual abierta y el ajuste marital. En otro estudio, Pick y Andrade¹² analizaron el constructo

de comunicación marital para la pareja mexicana, mostrando que era una variable multidimensional. Por otra parte, Nina,⁸ en otro estudio de comunicación marital en población mexicana, encontró seis dimensiones de comunicación e intercambio de información en las parejas:

1. *Sentimientos, emociones y disgustos*: Se refiere a la manera de externar los sentimientos y emociones propias del cónyuge, así como lo que le disgusta de la interacción con su pareja y lo que le da vergüenza.
2. *Familia extendida*: Describe la información que se da sobre la familia del cónyuge y su propia familia, así como su influencia en la relación de pareja y la manera de interactuar con ellos.
3. *Vida sexual*: Presenta la información sobre la actividad sexual que lleva a cabo la pareja, su satisfacción y molestia.
4. *Hijos*: Se refiere a la información sobre el cuidado y educación de los hijos, así como a las reglas que se les impone y las responsabilidades sobre ellos.
5. *Relación marital*: Habla de los aspectos generales en la interacción de la pareja, el tiempo dedicado al cónyuge y a la relación, lo que se piensa del otro.
6. *Trabajo*: Describe la información sobre el trabajo fuera del hogar que desempeña cada cónyuge, si sólo uno de ellos trabaja, entonces esta dimensión se refiere a la información que el otro tiene acerca de este trabajo. Además del resultado global.

Analizar y estudiar el contenido de la comunicación en la pareja, desde estas dimensiones, permitirá identificar sus carencias y recursos en cada una y crear técnicas de abordaje cuando la comunicación en estas áreas sea deficiente.⁹

ESTILO DE COMUNICACIÓN

Dentro de la comunicación en la pareja existe un elemento crucial para su buen funcionamiento: el estilo de comunicación. En este sentido, no sólo es importante que la

pareja se comunique, sino también la forma en que lo hace. Desde luego hay parejas que tienen mucha comunicación, pero que sólo sirve para generar más conflictos o para complicar aún más la situación marital disfuncional.⁸

Al respecto, Norton¹³ considera que el estilo de comunicación significa más que el contenido, la forma en cómo se da el mensaje; la cual refleja, además, la calidad de la relación marital con la posibilidad de ayudar a mantenerla estable. Nina⁸ también estudia y describe varios estilos de comunicación en la pareja en población mexicana:

1. *El estilo positivo*: Que es cuando alguno de los miembros de la pareja tiene una actitud abierta, quiere escuchar al otro tratando de comprenderlo, dándose intercambios tanto de información, como de ideas, con expresión amable, educada y afectuosa, lo cual indica que éste es, de los cuatro, el estilo sano de la comunicación.
2. *El estilo negativo*: Se da cuando alguno de los miembros de la pareja es conflictivo, rebuscado y confuso ante situaciones de conflicto o desacuerdo, esto desemboca en una comunicación inadecuada.
3. *El estilo reservado*: Se presenta si alguno de los cónyuges es poco expresivo al comunicarse, crea barreras en el proceso asumiendo un rol pasivo, lo que desfavorece la comunicación.
4. *El estilo violento*: Se da cuando la comunicación de la pareja se percibe de manera hostil, los cónyuges se mueven en situaciones de conflicto, de agresión verbal o física, lo cual afecta irremediamente la relación y propicia la ruptura; la violencia puede ser consecuencia de sentimientos anteriores o de resentimientos presentes y decepción.

La misma autora plantea que estos estilos de comunicación pueden presentarse en uno o en ambos cónyuges, favoreciendo o complicando la relación; agrega, además, que tres de éstos son los que promueven una comunicación deficiente en la pareja: el negativo, el reservado y el violento.



En cuanto a la comunicación marital, el estilo de comunicación y su relación con la vida sexual satisfactoria, Purnine y Carey¹⁴ encontraron que el ajuste sexual está íntimamente ligado a una buena comunicación de la pareja, lo que tiene que ver con el entendimiento mutuo y la capacidad para llegar a acuerdos entre los miembros de la pareja. Esto coincide con la definición de Nina,⁸ en cuanto a la descripción del estilo positivo de comunicación. También autores pioneros como Masters, Johnson y Kolodny¹⁵ hacen referencia a la importancia que tiene la comunicación afectiva como un factor esencial para el fomento y conservación de la intimidad, pues, por el contrario, una comunicación deficiente repercutirá negativamente en la vida sexual de los cónyuges.

Por lo anterior, el propósito de este trabajo es establecer si los niveles de comunicación marital y estilos de comunicación en un grupo de mujeres con disfunción sexual son distintos a los de otro grupo de mujeres sin disfunción sexual, así como determinar qué áreas de la comunicación marital están asociadas a la presencia de disfunciones sexuales e identificar si algún estilo de comunicación marital se asocia también con la presencia de dichas disfunciones. Por lo que surge la siguiente pregunta: ¿De qué manera se relacionan aspectos de la comunicación y estilo de comunicación marital con la presencia de disfunciones sexuales femeninas?

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Se hizo un estudio de población, descriptivo, comparativo, transversal, retrospectivo y correlacional, con un diseño no experimental, ex post-facto, de una sola muestra dividida en dos grupos y de observaciones independientes. En cuanto a los criterios de inclusión para la muestra, se eligieron pacientes del INPer que no tuvieran diagnóstico previo de retardo mental o de algún tipo de trastorno psiquiátrico, ni de enfermedad orgánica que pudiera condicionar la presencia de disfunciones sexuales, tales como síndromes neurológicos, endocrinos, cardiopatías, problemas vasculares, así

como infecciones genitales. El nivel de estudios mínimos requeridos a las mujeres de la muestra fue de educación primaria para mejor comprensión de los instrumentos, y con una relación de pareja establecida de por lo menos seis meses. El rango de edad de la muestra fue de 25 a 45 años de edad.

Participantes

Se capturó una sola muestra no probabilística de la población que ingresó al INPer para su atención, con un procedimiento de selección por cuota y de observaciones independientes. Se seleccionó y se integró a las pacientes a la muestra después del estudio socioeconómico y antes de iniciar tratamiento médico alguno; asimismo, se verificó que cubrieran todos los criterios de inclusión establecidos, por lo que se constituyó una muestra de 200 mujeres. Ésta se dividió a su vez en dos grupos: 100 pacientes femeninas que no presentaban disfunción sexual (Grupo 1), y 100 pacientes femeninas con disfunción sexual (Grupo 2), lo cual se determinó por la presencia o ausencia de disfunción sexual, medida por las respuestas afirmativas de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF)¹⁶ en la exploración de disfunciones sexuales.

Definiciones

La comunicación marital se define como el contenido y cantidad de información que un cónyuge expresa al otro y se midió mediante la Escala de Comunicación Marital (COMARI). Asimismo, el estilo de comunicación se define como aquello que le da forma al significado literal de la información que se esté brindando, y se midió mediante la Escala de Estilo de Comunicación (ECOM).⁸ Las unidades de observación para detectar las disfunciones sexuales son cada una de las respuestas que las pacientes proporcionaron a la HCCSF,¹⁶ que es una historia clínica estructurada y validada para detectar las disfunciones sexuales con todas y cada una de las categorías de éstas. Definidas de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR),¹⁷ como son: deseo

sexual inhibido, trastorno por aversión al sexo, trastorno de la excitación sexual, trastorno orgásmico femenino, dispareunia, vaginismo y disritmia (esta última definida por Álvarez-Gayou,¹⁸ no clasificada en el DSM-IV-TR,¹⁷ pero definida y clasificada por este autor basándose en una clasificación anterior realizada por Kaplan).⁷

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron:

- *La Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF)*:¹⁶ Diseñada con la finalidad de explorar la psicosexualidad femenina mediante una entrevista con ventajas técnicas prácticas, para un modelo de abordaje capaz de reducir la posibilidad de emitir juicios de valor. La HCCSF consta de 15 capítulos con 170 reactivos. Se trata de un cuestionario diseñado para obtener información clara y precisa en un formato donde el informante reporta sus respuestas al entrevistador; con una duración aproximada de una hora. Lleva un orden sistemático con una secuencia que va de lo superficial a lo profundo, de lo sano a lo patológico; hasta llegar a la exploración de la sexualidad y a la presencia o no de disfunciones sexuales. Esta historia clínica fue validada en la clínica Marina Nacional del ISSSTE, con el propósito de conocer la demanda de consulta por problemas sexuales de mujeres.
- *La Escala de Comunicación Marital (COMARI)*: Diseñada por la Dra. Nina Ruth Estrella,⁸ para medir la cantidad de información que expresa un cónyuge al otro sobre los temas presentados. Las dimensiones finales con las que se construyó la escala fueron: 1. Sentimientos, emociones y disgustos (sendi). 2. Familia extendida (fam). 3. Vida sexual (sexo). 4. Hijos (hijo). 5. Trabajo (trabj). 6. Relación marital (rema), y quedó constituida por 86 reactivos. Para la elaboración y validez de la escala se realizaron dos estudios piloto y un estudio final. El primero fue para identificar las dimensiones de la comunicación marital; el segundo para

la construcción y aplicación de la escala, y en el estudio final se realizó un análisis factorial que dio como resultado las seis dimensiones antes señaladas.

- *La Escala de Estilo de Comunicación (ECOM)*: Diseñada igualmente por la Dra. Nina Ruth Estrella⁸ para medir la forma en que un cónyuge se comunica con su pareja y la manera en que percibe cómo su pareja se comunica con él (ella). Consta de dos partes: la primera es la del estilo de comunicación que el cónyuge cree tener, mide cuatro dimensiones: positivo, violento, negativo y reservado. La segunda parte corresponde al estilo de comunicación que percibe el cónyuge de parte de su pareja, y mide las mismas cuatro dimensiones de la primera parte; la validez y elaboración de esta escala consistió en un estudio piloto y un estudio final del estudio. Para la construcción del instrumento se utilizó el método diferencial semántico, en el estudio final se realizaron dos análisis factoriales, uno de la primera parte del instrumento y el otro de la segunda, eligiendo de cada una los primeros cinco factores, el estudio final quedó compuesto como se describió anteriormente.

Procedimiento

La investigación y captura de la muestra se realizó en el Departamento de Psicología del INPer. La captura se llevó a cabo mediante el siguiente procedimiento: a cada paciente que cumplió con los criterios de inclusión, luego del estudio socioeconómico practicado en Trabajo Social, se le citó en Psicología. Primero y antes de cualquier aplicación, se le dio a leer para su firma la carta de consentimiento que el Comité de Ética establece como requisito para poder realizar la investigación; aclarándole que si se le detectara algún problema psicológico durante el estudio, al terminar su participación en éste se le atendería en el Servicio de Psicología.

Se aplicó la HCCSF y cada uno de los instrumentos; se hizo contrabalanceo cambiando el orden de los mismos para evitar un sesgo por cansancio de la paciente. Tanto la aplicación de la historia clínica como de los instrumentos



se realizó en una sola sesión para evitar el riesgo de que las pacientes no regresaran. Asimismo, los instrumentos se invalidaron cuando en uno de ellos hubiera tres o más reactivos sin contestar.

RESULTADOS

De los resultados obtenidos se presenta, primero, el análisis descriptivo de la población, para el cual se aplicaron medidas de tendencia central; asimismo, se analizaron las variables sociodemográficas. Posteriormente se analizaron los resultados obtenidos de las variables medidas con los instrumentos, por lo que se aplicó una prueba t de Student para encontrar diferencias entre un grupo y otro. Luego se aplicó un análisis discriminante de cada variable dependiente estudiada. El trabajo se realizó en el programa estadístico SPSS para Windows, versión 10.

Análisis descriptivo de la población

La muestra estuvo constituida por 200 sujetos: 100 del Grupo 1 sin disfunción sexual y 100 del Grupo 2 con disfunción sexual. Las edades fluctuaron entre los 25 y los 36 años, con un promedio para el Grupo 1 de 28.6 años y de 27.8 para el Grupo 2. En cuanto al estado civil, en el Grupo 1 la muestra se distribuyó con 76% de mujeres casadas y 24% en unión libre; mientras en el Grupo 2, 67% eran mujeres casadas y 33% en unión libre. En ambos grupos la religión predominante fue católica, con 94% en el grupo sin disfunción sexual y 87% en el grupo con disfunción sexual, el resto se distribuyó en distintas religiones para ambos grupos. En cuanto a los años de escolaridad, se

obtuvo un promedio de 12.3 años en el Grupo 1 y de 9.6 años en el Grupo 2. En relación con la ocupación, tanto en el Grupo 1 como en el 2, la mayoría de las pacientes eran amas de casa, (81 y 86%, respectivamente); el resto de la muestra tuvieron diversas ocupaciones. Asimismo, el promedio de relación de pareja para el Grupo 1 y 2 fue de 5.8 y de 5.5 años, respectivamente.

La distribución de las disfunciones sexuales, se muestran en la tabla 1.

En este grupo se registraron un total de 254 disfunciones, es decir, hubo un promedio de 2.54 disfunciones por mujer, esto coincide con un estudio exploratorio previo a la presente investigación, donde el promedio fue de 2.25 disfunciones por mujer.¹

Análisis de los resultados de los instrumentos de medición

En los resultados de la Escala de Comunicación Marital (COMARI) se compararon las seis dimensiones que componen la escala, además del resultado global. Luego se analizó la Escala de Estilo de Comunicación (ECOM), con sus ocho dimensiones (cuatro con relación a sí mismo y las mismas cuatro con relación al cónyuge).

Escala de Comunicación Marital

En primer lugar, se presentan los resultados de la Escala (COMARI), analizando el resultado global (COMARITO) y sus seis dimensiones (Tabla 2).

En cuanto al análisis de esta escala se encuentra que en todas las dimensiones, incluido el resultado global, los resultados indican

Tabla 1
Distribución de las disfunciones sexuales en el Grupo 2

Disfunciones más frecuentes	Núm. de casos	Disfunciones menos frecuentes	Núm. de casos
Inhibición del deseo	57	Dispareunia	36
Trastorno orgásmico	55	Aversión al sexo	29
Disritmia	49	Trastorno de la excitación	22
		Vaginismo	6

Tabla 2
Descripción de la Escala de Comunicación Marital y sus seis dimensiones

Variable	Grupo 1 sin disfunción sexual Media	D.E.	Grupo 2 con disfunción sexual Media	D.E.	Valor t	Nivel sig.
Comarito	3.195	0.813	2.609	0.706	5.443	0.000
Sendi	3.149	0.922	2.716	0.844	3.464	0.001
Fam	2.959	1.027	2.444	0.925	3.725	0.000
Sex	3.267	0.979	2.642	0.960	4.559	0.000
Hijos	2.972	1.162	2.462	1.003	3.322	0.001
Relmart	3.712	0.891	3.121	0.974	4.478	0.000
Trabj	3.336	0.923	2.571	0.889	5.969	0.000

Tabla 3
Descripción de la Escala de Estilo de Comunicación Marital

Variable	Grupo 1 sin disfunción sexual Media	D.E.	Grupo 2 con disfunción sexual Media	D.E.	Valor t	sig.
Estilo paciente positivo	3.688	0.859	3.442	0.731	2.182	0.030
Estilo paciente violento	2.574	0.949	2.690	0.988	-0.847	0.398
Estilo paciente negativo	2.252	0.665	2.606	0.792	-3.424	0.001
Estilo paciente reservado	1.848	0.758	2.105	0.704	-2.485	0.014
Estilo cónyuge positivo	3.676	0.772	3.417	0.843	2.266	0.025
Estilo cónyuge violento	2.528	0.727	2.699	0.719	-1.673	0.096
Estilo cónyuge negativo	1.958	0.776	2.361	0.847	-3.508	0.001
Estilo cónyuge reservado	2.296	1.003	2.321	1.018	-0.175	0.861

que se puede afirmar que existen diferencias significativas entre un grupo y otro, con respecto a la Comunicación Marital en todas sus dimensiones, observándose, asimismo, un nivel mayor de comunicación en el grupo sin disfunción sexual.

Escala de Estilo de Comunicación

En segundo lugar, en los resultados de la escala ECOM, con sus ocho dimensiones (cuatro para la paciente y cuatro para el cónyuge) se encontró que en los estilos paciente negativo, cónyuge negativo y paciente reservado existieron diferencias significativas entre un grupo y otro, con respecto a esta dimensión de la escala ECOM; observándose, asimismo, un

mayor nivel de estos estilos en el grupo con disfunción sexual. En el estilo positivo de comunicación, tanto de la paciente como del cónyuge, también existieron diferencias significativas, pero con un mayor nivel de éste en el grupo sin disfunciones sexuales. En cuanto a los estilos del paciente violento, del cónyuge violento y del cónyuge reservado no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos (Tabla 3).

En cuanto al análisis discriminante se encontraron los resultados mencionados en la tabla 4. Se analizaron las variables de comunicación marital obteniéndose una función discriminante que resultó estadísticamente significativa con una $p = 0.000$.



De los factores estudiados, el factor trabajo fue el único que se discriminó en la función asociada a las disfunciones sexuales femeninas; éste se encontró en el grupo sin disfunciones sexuales, pero no en el grupo con disfunciones sexuales. Esto indica que las parejas que presentan disfunciones sexuales tenían una comunicación pobre en la escala de trabajo, la cual se define en este instrumento como la información que se refiere al trabajo fuera del hogar que cada cónyuge desempeña y que es algo personal; hablar de ello puede ser indicador de que se comparte la intimidad con el otro. Nina⁸ define esta dimensión como el factor que reafirma para los mexicanos todo aquello que se refiera a su trabajo y que es muy significativo en sus vidas. Para concluir, los resultados de clasificación mostraron que esta función permite hacer predicciones correctas sobre la asociación entre la comunicación marital del trabajo y la presencia de disfunciones sexuales, con una exactitud de clasificación de 67.5%.

En cuanto al segundo grupo de variables, se encontraron los siguientes resultados: las variables analizadas fueron las de estilo de comunicación descritas anteriormente. Se obtuvo una función discriminante que resultó estadística-

mente significativa con una $p = 0.000$, discriminando dos variables, el estilo de la paciente negativo y el estilo del cónyuge negativo (Tabla 5).

De los ocho factores estudiados, sólo estos dos fueron los que la función discriminó, los cuales se asocian con las disfunciones sexuales femeninas. Este estilo se caracteriza por ser conflictivo, rebuscado y confuso, lo que afecta la comunicación y se encontró en el grupo con disfunciones sexuales. Los resultados de clasificación mostraron que esta función permite hacer predicciones correctas sobre la asociación entre: el estilo de comunicación negativo de la paciente, el estilo de comunicación negativo del cónyuge y la presencia de disfunciones sexuales con una exactitud de clasificación de 61.0%.

DISCUSIÓN

La investigación sobre la relación de pareja posee múltiples posibilidades de estudio. El presente trabajo aborda a la pareja desde el estudio de las disfunciones sexuales, esto con el fin de poder ubicar aquellos factores de riesgo que pudieran proporcionar modelos de intervención basados en los hallazgos obtenidos en éstas investigaciones. Muchos trabajos alrededor de la vida afectiva hacen énfasis en su estrecha relación con las disfunciones sexuales; por ejemplo, Souza¹⁶ refiere que la calidad de la relación marital influye determinadamente en el ambiente afectivo y emocional y éste participa en la génesis de la salud física y en la producción de enfermedades somatomórficas, como las disfunciones sexuales, así como la insatisfacción marital se asocia con la dinámica de la pareja. Otros estudios^{20,21} hacen referencia a que en la práctica clínica es muy común encontrar problemática de pareja en aquellas con disfunción sexual, en hasta 70%, lo que sugiere una relación causa-efecto; por lo que para seleccionar la estrategia terapéutica adecuada, es muy importante determinar la etiología del problema. Esto lleva a la necesidad de generar más investigación al respecto para que dichas estrategias terapéuticas se fundamenten en los resultados de estudios donde se desmembran y se operacionalicen los diferentes aspectos de la relación de pareja y no se realicen

Tabla 4
Escala de Comunicación
Marital, función discriminada

Grupos	Trabajo
1 Sin disfunciones sexuales	0.422
2 Con disfunciones sexuales	-0.422

Tabla 5
Escala de Estilo de Comunicación
Marital, función discriminada

Grupos	Estilo paciente negativo Estilo cónyuge negativo
1 Sin disfunciones sexuales	-0.300
2 Con disfunciones sexuales	0.300

generalizaciones poco eficaces para la solución del problema.

En relación con los resultados obtenidos en este estudio, se encontró que en la comunicación marital (tanto el puntaje global, como de sus seis dimensiones) los grupos presentaron diferencias. El grupo sin disfunciones sexuales obtuvo un mayor nivel en todas las áreas, siendo las más significativas: el puntaje global, familia extendida, vida sexual, relación marital y trabajo. Esto indica que la presencia de disfunciones sexuales en la pareja, es un indicador de peso²¹ para la detección de problemática de pareja.

En el análisis discriminante se diferenció la variable trabajo. De todas las dimensiones, la comunicación acerca del trabajo es la que tiene más peso. Este resultado indica que el trabajo pertenece al área de la intimidad de cada uno y, por lo tanto, compartirla con la pareja parece ser un indicador de buen funcionamiento.¹⁵ Se puede decir que la pareja que tenga clara la ubicación de su pareja en el trabajo, es una pareja más funcional que la que no la tenga; lo que se refleja en el área sexual, la cual también forma parte de la intimidad.⁸ Esto se da independientemente de si ambos cónyuges trabajan fuera del hogar o si sólo uno lo hace, lo que se mide en esta dimensión es el nivel de comunicación que se maneja en la pareja.

En el segundo grupo de variables se analizan el estilo de comunicación y sus ocho dimensiones. En los resultados de la comparación de los grupos se encuentran diferencias significativas en el estilo de la paciente positivo y el estilo del cónyuge positivo, resultando lo esperado, pues esta función es de mayor nivel en el grupo sin disfunción sexual.²³ En los demás estilos de comunicación se hallaron diferencias en tres modalidades: en el estilo negativo percibido en ella misma, cuando percibe a su pareja; también en el estilo negativo; y cuando se percibe a sí misma con un estilo reservado. En los tres, el grupo con disfunciones sexuales tuvo un nivel mayor. En el estilo de comunicación reservado llama la atención que sólo se encontraron diferencias en cuanto a la percepción que tiene la paciente de sí misma

y no del cónyuge (donde no hubo diferencias). Analizando las diferencias en estos resultados se puede interpretar que probablemente el percibirse a sí misma como pasiva y reservada, afecta significativamente el área de la intimidad, pues ella es poco asertiva para manifestar sus deseos y necesidades. En el estilo negativo, el percibirse a sí misma y a la pareja como conflictivos, rebuscados, confusos, ante situaciones de conflicto o desacuerdo, da por consecuencia una comunicación inadecuada⁸. En cuanto al análisis discriminante de este conjunto de variables, sólo se discriminaron el estilo de la paciente negativo y el estilo del cónyuge negativo, en donde la función está presente en el grupo con disfunciones sexuales, lo cual corrobora lo anterior y discrimina esta variable con un mayor peso que la de estilo reservado.

En conclusión, la presencia de disfunción sexual en la mujer es un síntoma de peso para poder determinar si ésta o su pareja necesitan atención psicológica. Un buen nivel de comunicación marital en todas sus dimensiones es un indicador del buen funcionamiento marital, teniendo un mayor peso la comunicación relacionada con el trabajo, ya que esto es lo más susceptible de ocultar, por ser algo individual e íntimo de cada cónyuge. El estilo positivo de comunicación percibido en ella misma y en el cónyuge se asocia también a un buen funcionamiento sexual en la pareja. El estilo negativo de comunicación percibido, tanto en ella misma como en el cónyuge, está asociado a la presencia de disfunciones sexuales. El estilo reservado percibido en ella misma y no en el otro, está asociado a las disfunciones sexuales femeninas.

Por último, se puede decir que a partir de estos estudios es posible hablar de la importancia de generar modelos explicativos que permitan un abordaje eficaz y focalizado, ya que, como se sabe, investigar sobre una línea de trabajo delimitada permite un mayor conocimiento sobre ella. Debido a que el objetivo de este estudio fue el de profundizar más en el estudio de la relación de pareja, tomando como eje las disfunciones sexuales asociadas a algunos factores de riesgo; en este caso, la



comunicación marital y el estilo de comunicación. Por esto, se propone que para futuros estudios se tomen en cuenta otros factores que permitan ampliar y complementar un modelo explicativo, lo cual podría favorecer la comprensión de esta compleja relación.

Ello podría generar en el futuro programas de atención a estos conflictos basados en la investigación, y no sólo en su observación clínica, para posteriormente proporcionar atención a las disfunciones sexuales a través de la terapia sexual.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to find the differences in two groups of women: with and without sexual dysfunction, studying marital communication and sort of communication: there were two groups: 100 women with sexual dysfunction and 100 women without sexual dysfunction.

Material and methods: It was a descriptive, transversal, and retrospective study with a non comparative experimental design, of one sample divided in two groups with independent observances. It was used the clinical codificated history of feminine sexuality and the scales of marital communication and sort of communication.

Results: There were significative differences in all the areas of marital communication obtaining less level in the group with sexual dysfunction. In the sort of communication was found differences in negative and reserve style: In discriminative functions it was found significant results in the dimension of work and negative communication style.

Conclusions: The presence of sexual dysfunction in the woman is a big symptom to be able to determine if her or its couple, they need psychological attention. A good level of marital communication in all its dimensions is an indicator of good marital functions, having a bigger weight the communication related with the work. The positive style of communication perceived in herself and her spouse, its also associates to a good sexual functions in the couple.

KEYS WORDS: *Feminine sexual dysfunctions, marital communication, communication style.*

REFERENCIAS

1. Sánchez C, Morales F, González G, Souza M, Romo C. Prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina. *Psicopatol* 1997; 17: 174-8.
2. González CG, Sánchez BC, Morales CF, Díaz PR, Valdez CA. Niveles de ansiedad y depresión en mujeres con y sin disfunción sexual: estudio comparativo. *Rev Mex Psicol* 1999; 16: 17-23.
3. Sánchez BC, Carreño MJ, González CG, González VI. Autoconcepto y satisfacción marital en mujeres con disfunción sexual. *Perinatol Reproduc Hum* 1997; 11: 190-7.
4. Rubio E, Díaz J. Las disfunciones sexuales. En: CONAPO (Ed.) *Antología de la sexualidad humana*. México: Ed. Miguel Ángel Porrúa; 1994, p. 203-46.
5. Masters W, Johnson V, Kolondy R. *La sexualidad humana*. 13a. Ed. Barcelona: Ed. Grijalbo; 1995, Vols. 1-3.
6. Jorgensen S, Gaudy J. Self-disclosure and satisfaction in Marriage: the relation examined. *Family Rel* 1980; 29: 281-7.
7. Kaplan H. *La nueva terapia sexual*. México: Ed. Alianza Editorial; 1990.
8. Nina E. *Comunicación marital y estilo de comunicación*. Tesis de Maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1991.
9. Watzlawick J, Beavin JD. *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, España: Ed. Herder; 1989.

10. Musitu G. *Psicología de la comunicación humana*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Lumen; 1993.
11. Alducin A. *Los valores de los mexicanos. México entre la tradición y la modernidad*. México: Ed. Fomento Cultural Banamex, A.C.; 1989.
12. Pick S, Andrade P. Escala de comunicación personal marital: su desarrollo y validación. *Rev Psicol Soc Pers* 1987; 3: 39-49.
13. Norton R. *Communicator style: theory, applications and measures*. California, USA: Sage Publishers; 1983.
14. Purnine D, Carey M. Interpersonal communication and sexual adjustment: the roles of understanding and agreement. *J Consult Clinic Psychol* 1997; 65: 1017-25.
15. Masters W, Johnson V, Kolondy R. *EROS: los mundos de la sexualidad*. Barcelona, España: Ed. Grijalbo; 1996.
16. Souza M, Cárdenas J, Montero MC, Mendoza L. Historia clínica de la sexualidad femenina. *Ginecol Obstet Mex* 1987; 55: 277-87.
17. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: (DSM-IV-TR) Ed. Masson; 2000.
18. Álvarez-Gayou J. *Sexoterapia integral*. México: Ed. Manual Moderno; 1986.
19. Souza M. *Dinámica y evolución de la vida en pareja*. México: Ed. Manual Moderno, 1996.
20. Álvarez-Gayou J. *Sexualidad en pareja*. México: Ed. Manual Moderno; 1996.
21. Kaplan H. *Sexual aversion, sexual phobias and panic disorder*. EUA: Ed. Brunner/Mazel; 1987.
22. Jorgensen S, Gaudy J. Self-disclosure and satisfaction in Marriage: the relation examined. *Family Rel* 1980; 29: 281-7.
23. Hernández A, Carnota R, Rojas R. Percepción interpersonal y comunicación en un grupo de parejas con disfunciones sexuales. *Bol Psicol* 1988; 2: 38-56.
24. Sánchez C, Morales F, Pimentel D, Carreño J, Guerra G. Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. Un estudio comparativo. *Perinatol Reproduc Hum* 2002; 16: 16-25.