



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**La influencia de la comunicación y solución de problemas en  
enfermedades de transmisión sexual en la pareja**

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A (N)

**Alfonso Vizuet Flores**

**Directora: Mtra. María Cristina Bravo González**

**Dictaminadores: Lic. José Esteban Vaquero Cázarez**

**Lic. Edy Ávila Ramos**



**Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2014**



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.



**DEDICATORIAS.**

**A MIS PADRES.**

**POR MOSTRARME LOS VALORES DE LA VIDA, POR DARME LO QUE ESTABA EN  
SUS MANOS Y TAMBIÉN POR LO QUE NO ESTABA EN ELLAS. POR SU APOYO  
COMPENSIÓN Y PACIENCIA. GRACIAS POR LO QUE HAN HECHO POR MI.**

**A EVELYN Y FAMILIA.**

**POR QUE HAN ESTADO, ESTÁN Y ESTARÁN CONMIGO EN MOMENTOS COMO ESTE  
Y EN OTROS TAMBIÉN.**

**A JESSICA PAOLA.**

**POR SER UN ESTIMULO IMPORTANTE EN MI VIDA POR SU APOYO Y AMOR.  
GRACIAS POR CONCLUIR CONMIGO ESTE PROYECTO A PESAR DE LAS  
DIFICULTADES QUE SURGIERON SIEMPRE ESTUVISTE CONMIGO AYUDÁNDOME  
Y APOYÁNDOME CON TU OBJETIVIDAD, OPTIMISMO, DISPONIBILIDAD,  
HUMILDAD Y TANTAS VIRTUDES QUE TE CARACTERIZAN. POR ANTEPONER MIS  
NECESIDADES ANTE LAS TUYAS, GRACIAS.**

**A EL RESTO DE MI FAMILIA.**

**POR ESTAR CONMIGO EN ESTE MOMENTO Y SIEMPRE.**

**A LA MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ.**

**UN MILLÓN DE GRACIAS POR SU ESFUERZO Y PACIENCIA A LO LARGO DE ESTE  
TIEMPO EN LA DIRECCIÓN DE ESTA TESIS. GRACIAS POR TODO.**

**A MIS SINODALES LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES**

**Y LIC. EDY ÁVILA RAMOS.**

**POR SU INTERVENCIÓN Y PARTICIPACIÓN EN ESTA TESIS.**

**A LA UNAM.**

**GRACIAS POR ACEPTARME Y PERMITIRME TENER ESTA EXPERIENCIA QUE ME  
PERMITE CONSEGUIR ESTE OBJETIVO.**

## ÍNDICE.

<b>RESUMEN.</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCION.</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD.</b>	<b>13</b>
1.1. Una noción de la psicología de la salud.	13
1.2. Definición de psicología de la salud.	17
1.3. Modelos teóricos en Psicología de la Salud.	22
1.4. El concepto de salud y el desarrollo del proceso salud-enfermedad.	28
1.5. El psicólogo en el campo profesional de la salud.	42
<b>CAPÍTULO 2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.</b>	<b>51</b>
2.1. Características generales de las enfermedades de transmisión sexual.	51
2.2. Clasificación de las enfermedades de transmisión sexual.	57
2.3. Las enfermedades de trasmisión sexual en la relación de pareja.	87

2.4. Consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual en la pareja.	90
--	----

<b>CAPÍTULO 3. LA PAREJA.</b>	<b>96</b>
-------------------------------	-----------

3.1. La sexualidad en la pareja.	96
3.2. La función del género en la relación de pareja.	101
3.3. Concepto de pareja.	105
3.4. La elección de pareja.	108
3.5. La pareja: salud, comunicación y soluciones.	116

<b>CAPÍTULO 4. HABILIDADES SOCIALES.</b>	<b>126</b>
--	------------

4.1. Generalidades sobre las habilidades sociales.	126
4.2. Comunicación.	137
4.3. Solución de problemas.	141
4.4. Las habilidades sociales en la salud.	146

<b>CAPÍTULO 5. PROPUESTA PARA LA COMUNICACIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE LA PAREJA EN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.</b>	<b>152</b>
---	------------

<b>CONCLUSIONES.</b>	<b>197</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>202</b>
<b>ANEXOS.</b>	<b>220</b>



## RESUMEN.

Esta tesis tuvo como objetivo la realización de una propuesta para la comunicación y solución de problemas de enfermedades de transmisión sexual en la pareja. La propuesta consta de 24 sesiones de dos horas cada una, entrenamiento en habilidades sociales (HHSS), información acerca de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), de la relación salud-enfermedad, de la relación de pareja además de que está diseñada para las parejas que tengan problemas relacionados con enfermedades de transmisión sexual que quieran evitar la culminación de su relación. La pareja son dos personas que desarrollan una relación para poder lograr objetivos que se han formado. La pareja es un sistema en donde cada una de sus partes tiene participación de manera individual y en diada en diferentes contextos, los cuales encuentran beneficios y perjuicios pero en los perjuicios es en donde la pareja es más posible que encuentre su final, sobre todo si se trata de ETS. Las ETS son comunes en la sociedad e igual de común es un problema en la pareja, pero esta problemática puede ser superada con los conocimientos que aportan la Psicología de la Salud y las HHSS. La Psicología de la Salud es el área que estudia e investiga las variables psicológicas que se relacionan con la salud como el comportamiento ante la enfermedad. Las HHSS son los comportamientos sociales que permiten la interacción interpersonal de modo positivo. Con esto se espera obtener el desarrollo de las habilidades sociales en las parejas contagiadas de alguna ETS, para que puedan enfrentar la demanda que se da dentro de una relación de pareja.

Palabras clave: pareja, enfermedad, salud, habilidades sociales.

## **INTRODUCCIÓN.**

El estudio de las relaciones interpersonales que se establecen entre hombres y mujeres es uno de los temas de interés en la psicología que tiene como uno de sus objetivos el desarrollar y fortalecer aquellas habilidades en el individuo que permita favorecer condiciones funcionales de vida. Desde la perspectiva cognitivo-conductual se han realizado diversos análisis de las variables y las conductas consecuentes que intervienen en las relaciones interpersonales.

En específico, la relación que existe entre una mujer y un hombre siempre ha sido una temática en debate, porque la participación de ambos en sociedad, es un pilar. En la participación colectiva ninguno de los dos quiere quedarse atrás, pero cuando se trata de una relación en pareja, las cosas deben ser diferentes. La terapia cognitivo-conductual se ha encargado de analizar las relaciones de pareja y ha encontrado que el medio ambiente en que se desenvuelven éstas afecta su relación. Los problemas que pueden aquejar a un hombre y una mujer que están juntos tienen que ser tratados por ambos, pues lo que le pase a uno le afecta al otro.

Un problema en la pareja es la salud pues todo lo que hace ésta influye y del modo en que se entiende este concepto será la manera en que a nivel individual y social desempeñen para su prosperidad. Por lo general, esto es ocasionado por conductas que llevan a la estancia de la enfermedad pero existen otras conductas que llevan a la salud, por medio de las habilidades sociales se puede restablecer o mantener una vida saludable.

Las habilidades sociales no son más que las técnicas que una persona utiliza para poder conseguir un objetivo. Para esto se tiene la necesidad de comunicar, lo cual es algo primario entre las personas, desde que cada uno nace se suscita el hecho de manifestar los deseos personales a otros. Es por eso que la comunicación es el principio y parte esencial de toda interacción entre las personas en cualquier contexto, ya que es la única forma en que se puede transmitir los deseos que cada uno de nosotros tenemos. Cuando esto se lleva a cabo correctamente se podrá resolver situaciones problemáticas que son parte de la interacción personal sobre todo de la vida en pareja.

La comunicación y solución de problemas son algunas habilidades sociales que pueden ser utilizadas para dar solución al tipo de problemáticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual en la pareja, sin que exista una ruptura.

Las enfermedades de transmisión sexual son una situación que puede provocar problemas en la pareja, lo cual no es una situación actual pues existen registros que señalan que antes de la era cristiana ya existían este tipo de enfermedades.

Por mucho tiempo se les designó enfermedades venéreas a las infecciones de transmisión sexual, en honor a Venus (diosa de la belleza femenina) esto creo molestia por la ideología machista, por lo que el nombre que le secundo fue el enfermedades de transmisión sexual (ETS) aunque actualmente a todas se les denomina infecciones de transmisión sexual (ITS) debido a que este concepto incluye a los casos asintomáticos, mientras que para el de ETS, se objetó durante la última década del siglo XX, que son todas las que presentan un conjunto de sintomatología es por esto que en esta tesis se hablará de ETS (Casanova y Méndez, 2004).

Las enfermedades de transmisión sexual han tenido a la medicina en expectativa de cómo es que tienen que ser abordadas, pues se vuelve una necesidad la atención de éstas, por esto se ha tenido un desarrollo demasiado notable en los avances y perfeccionamiento en los tratamientos que ayudan a eliminar o en su defecto a controlar éstas.

Las parejas que se contagian de alguna enfermedad de transmisión sexual están destinadas a portar problemas. Una problemática de la vida sexual en pareja, es el carecer de una unión sexual, sin la existencia de esto se altera la satisfacción personal y la de pareja creando repercusiones que tienen consecuencias negativas en la vida de ambas partes que se manifiestan en deterioros personales que solo dando solución a esto se podrán desaparecer los conflictos. Por esto se tiene que implementar una forma de que las parejas puedan llevar una vida lo más parecida antes del contagio.

El objetivo de esta tesis es diseñar una propuesta para la comunicación y solución de problemas de la pareja en enfermedades de transmisión sexual realizar un programa que implemente el desarrollo de las habilidades sociales en parejas que estén contagiadas de alguna ETS, para que puedan enfrentar la demanda que se da dentro de una relación de pareja. En suma, la propuesta para este proyecto está orientada a establecer una estrategia psicológica que aborde técnicas en habilidades sociales para fortalecer la comunicación y la técnica de solución de problemas en aquellas parejas que quieran prevenir o resolver problemas de enfermedades de transmisión sexual.

Para alcanzar este objetivo, en el primer capítulo se hará mención de cómo es que la psicología aborda el tema de la salud en las personas y se describirán aquellas técnicas de habilidades sociales que pueden ayudar en el tratamiento

dirigido a parejas, haciendo mención de su efectividad y su dificultad en la aplicación.

El capítulo dos tiene como propósito dar a conocer cuáles son los antecedentes, las características y la prevención desde un panorama médico y psicológico de algunas de las enfermedades de transmisión sexual.

El tercer capítulo abordará y conceptualizará el constructo de la pareja y su problemática en México.

En el cuarto capítulo se tratará el tema de habilidades sociales dando a conocer cuáles son sus características generales, en específico se hablará sobre la comunicación y solución de problemas, la técnica que ocupan estas y su papel en el campo de investigación de la salud.

Finalmente, en el quinto apartado se describirá la propuesta, que consta de sesiones que están divididas en dinámicas que llevan a objetivos específicos que a su vez llevan a un objetivo general y todas están hechas para realizarse en pareja.

## 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

### 1.1. Una noción de la psicología de la salud.

En los últimos años se ha visto el incremento de interés que ha tenido la Psicología de la Salud debido a los problemas que han surgido, aunque este interés surgió desde el siglo XIX. La Psicología, con el paso del tiempo, ha tenido que ampliar los campos de aplicación, uno de los más recientes es el de la salud, dejando claro que no solo abarca el aspecto mental, se ha mostrado con una metodología recíproca en donde hay conocimientos psicológicos que son aplicados a esta área, y a su vez, los conocimientos adquiridos son incorporados a la psicología (Grau, 1998).

Se ha observado que el factor psicológico es uno de los que atentan contra el bienestar salutar en los seres vivos, es aquí en donde la Psicología de la Salud hace su aportación al tener como campo de estudio las variables que causan los efectos en la salud y el investigar cómo la conducta se relaciona con el proceso salud-enfermedad; de aquí nace de la necesidad de poder integrar varios campos al área de la salud para poder resolver estas demandas que aquejan a la sociedad de frente a las nuevas enfermedades (Fiorentino, 2004).

En el siglo XIX la Psicología se consolida como independiente por la exposición de la ciencia experimental en el mundo, pero no es sino a finales de éste y

principios del siglo XX que se establece oficialmente como campo de estudio surgiendo un interés en la salud.

El cambio radical que tuvo el concepto de salud, la forma en que son manejados los accesos al sector salud y la causa de la salud como la enfermedad tanto en el ámbito psicológico como en el social fueron los principales factores que dieron comienzo a la Psicología de la Salud (León, 2004; Torres y Beltrán, 1986), dando también su ingreso como parte de las ciencias de la salud.

Pero fue a partir de la década de los sesenta que empezó a tener un interés en las utilidades sanitarias, empezando en la isla de Cuba que es donde se origina como campo científico (Torres y Beltrán, 1986), complementándose en la década que le siguió pues surge un desarrollo en la teoría y práctica en el área de la salud. En el año de 1969, cuando William Shofield publica en *American Psychologist* un artículo convocando a abarcar más campos, lo que provoca en 1973 la creación de un equipo de investigadores dedicados al área de la salud al cual se le denominó *Task Force on Health Research* bajo la iniciativa del APA (Ballester, 1997).

En el año de 1978 la preocupación del campo de salud en la psicología impulsó a que la Asociación Psicológica Americana (*American Psychological Association*, APA) convocara a una asamblea a las demás áreas para poder tener de modo oficial y en la *Division 38* a la Psicología de la Salud (*Health Psychology*) para entonces, la psicología ya tenía participación en el campo de salud. Aunque esto



fue el inicio, mencionan Ballester (1997), Jiménez (2004) y Matarazzo (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006) que se dieron otros factores para que la Psicología de la Salud pudiera fortalecerse y consolidarse como parte de la Psicología:

✚ La amplitud que toma el concepto de salud hace ver a la sociedad que no es solo el sentir dolor un signo de desequilibrio en la vida sino que da la visión de que la forma de pensar y de convivir son parte de la salud.

✚ La explicación inadecuada del proceso salud-enfermedad del modelo biomédico crea la necesidad de tener el modelo biopsicosocial para poder reemplazar al primer modelo ya que su carencia de campo lo convirtió en obsoleto para las necesidades sociales en la actualidad.

✚ Con la elevada población que contrae enfermedades crónicas, la longevidad, al igual que la calidad de vida que ha adquirido el hombre actualmente y así como la relación existente comportamiento-salud.

✚ Los elevados costos de manutención de la salud.

✚ El desarrollo de las investigaciones de las ciencias conductuales.

✚ Un nuevo sistema sanitario que responda a las nuevas demandas en salud.

Esto provoca que en las ultimas tres décadas los psicólogos dedicados a la salud han estado en aumento, tanto que para el año del 2005, en la *Health Psychology Division 38* de la APA estaban registrados tres mil psicólogos con lo que logra ser la sección con mas militantes dentro de la asociación. La *Health Psychology Division de la British Psychological Society* contaba con mil psicólogos registrados

y junto con estas desarrollándose mas asociaciones (Kaptein y Weinman, 2006; Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2006).

En Latinoamérica existen asociaciones de psicólogos de la salud como ALAPSA y APICSA que permiten mantener información sobre este campo de la salud, pero países sudamericanos como Venezuela y Colombia junto con Cuba en el Caribe son los que han tenido un desarrollo notable, aunque México junto con Brasil son los que hasta a finales y principios de siglo han tenido avances sobresalientes, en algunos países del continente las universidades fueron las sedes del principio de esta área mientras que en otros lo fueron las instituciones de salud, mientras personajes como Milier, Hefferline, Holtzman, Basmajian, Weiss, Matarazzo y Sterman fueron los pioneros en los países latinoamericanos (Grau, 1998; Jiménez, 2004; Rodríguez y Rojas, 1998). En México se crea en 1986 el primer posgrado en el área médica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) lo que permitía al psicólogo egresado participar en cualquier nivel de intervención y en 1996 fue sede de la Conferencia Latinoamericana de Psicología de la Salud. En 1992, también en México, se llevó a cabo el Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud y a finales de los noventas la Universidad de Guadalajara (U de G) formó un programa de doctorado en psicología de la salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

Este campo ha adquirido tanta profundidad, magnitud y conocimiento que es necesario saber sobre lo que aborda esta parte dedicada a la salud, por eso se tiene que mencionar las definiciones que hacen diferentes autores.

## 1.2. Definición de psicología de la salud.

La psicología de la salud se ha ido abriendo campo hasta poder tener una definición de ella, la cual, Joseph Matarazzo en 1980, al ser presidente de la División de Psicología de la Salud la expone como el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la Psicología a la iniciación y el sustento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de la etiología y diagnóstico correlacionados a la salud-enfermedad y disfunciones asociadas, además para el perfeccionamiento del procedimiento sanitario y el moldeamiento de las políticas sanitarias (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Ballester, 1997; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006; Donker, 1991; Durán, 1998; Kaptein y Weinman, 2006; Labiano, 2004; Latorre, 2004; León y Medina, 2004a; Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2006; Phares y Trull, 2007; Taylor, 2006).

Stone (1988, en Jiménez, 2004; León y Medina, 2004b) la define como cualquier metodología que esté enfocada a apoyar el área de la salud.

La Psicología de la Salud es la incorporación de las aportaciones de las diferentes áreas de la salud (León y Medina, 2004a).

Para Jiménez (2004) y Bishop (1994, en Jiménez, 2004) la Psicología de la Salud es el estudio de la exposición y el empleamiento simultáneo de la psicología junto con el de la salud física.

Las áreas educativa, científica y profesional de la psicología para la promoción-mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, así como de la identificación y diagnóstico del proceso salud-enfermedad es el concepto de Alonso-Fernández (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006).

La Psicología de la Salud es todo el conocimiento y tecnología, que genera la Psicología, aplicados al campo de la salud y la enfermedad (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2006).

El desarrollo del conocimiento en psicología aplicado en el campo de la salud, es lo que hace la Psicología de la Salud (Kaptein y Weinman, 2006; Phares y Trull, 2007).

El movimiento psicológico dedicado a estudiar e influir en las alteraciones de la salud para facilitar la relación entre los profesionales de la salud y la comunidad para obtener un esfuerzo en común para identificar y dar solución a los problemas de salud (Torres y Beltrán, 1986).

La Psicología de la Salud es el estudio de las variables que intervienen en el desarrollo de la salud y la enfermedad, los procesos psicológicos por los que pasa una persona en enfermedades crónicas, aunque la promoción y el mantenimiento también son parte de esta área de la psicología (Latorre, 2004).

Entonces definiría a la Psicología de la Salud como el campo de la psicología dedicado al conocimiento, la investigación y la aplicación de procedimientos, en el desenvolvimiento y progreso del sistema de salud en donde se incluye la promoción, la prevención, el mantenimiento y la educación.

Después de saber como es que algunos autores definen a la Psicología de la Salud es importante saber que hay otras áreas de la psicología que intervienen en el espacio de la salud ya que con sus aportaciones le dan apoyo a este campo en la investigación y en la práctica (Jiménez, 2004; Labiano, 2004):

1) Psicología Clínica. El conocimiento psicológico proyectado en el mejoramiento de la salud por medio de la información adquirida de los pacientes, de este modo poder hacer que las personas puedan prevenir y/o tratarse enfermedades de cualquier tipo (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2006).

2) Psicología Experimental. Investiga cómo es que las emociones y los pensamientos tienen un efecto en el organismo, esta relación facilita la práctica en algunas enfermedades (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006; Donker, 1991).

3) Psicología Fisiológica. Es la investigación de los mecanismos neurológicos del comportamiento a través del tratamiento del sistema nervioso central, claro que los únicos cerebros tratados son los infrahumanos (Nieto-Munuera, Abad, Esteban y Tejerina, 2004).

4) Psicología general y del Desarrollo. Está encomendada a hacer la clasificación de los aspectos psicológicos con los que se intervendrán a las personas en la enfermedad según en la etapa de la vida que se encuentren, las cuales pueden ser desde la infancia hasta la senectud (Jiménez, 2004).

5) Psicología Conductual. Se encarga de aplicar las técnicas necesarias para poder crear, cambiar y/o eliminar conductas que sean o no necesarias para poder mantener salud o erradicar enfermedad (Jiménez, 2004).

6) Psicología Comunitaria. Es cuando los profesionales de la salud trabajan junto con los miembros de la comunidad para poder crear estrategias que eviten problemáticas de salud a través de teorías, investigaciones y sobre todo actos sociales, que creen el cambio tanto desde el nivel individual hasta el general (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2006).

Hay otras que no son parte de la psicología pero al final todo aporta al área de la Psicología de la Salud:

1) Medicina Comportamental. Se encarga de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del proceso salud/enfermedad, por medio del conocimiento y técnicas de las ciencias de la conducta y biomédicas (Donker, 1991; Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2006).

2) Salud Comportamental. Su objetivo es la prevención y mantenimiento de la salud pero solo en la población que no ha enfermado (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006).

3) Medicina Psicosomática. Nace en las ciencias biomédicas para encontrar la causa y sustento de los eventos psicofisiológicos ocasionados por variables psicosociales (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

4) Sociología de la Salud. Las relaciones sociales que se dan alrededor del campo de la salud es su objeto de estudio: la relación profesional de la salud/paciente, aceptación de la enfermedad del enfermo y la familia, modelos de intervención de la medicina, características de los profesionales de la salud, organización de los servicios sanitarios, leyes gubernamentales que afecten el sistema sanitario, etcétera (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006).

5) Antropología Médica. Se centra en el estudio de la magnitud del proceso salud-enfermedad, el desarrollo cultural que tienen las personas de una sociedad ante las enfermedades y el afrontamiento que tienen ante estas (Jiménez, 2004).

No sólo las definiciones y áreas intervienen en la Psicología de la Salud, pues abarca un campo en donde se dan acciones que forman consecuencias en el

proceso salud-enfermedad, esto lo explican dos modelos teóricos que exponen como es que se tiene que abordar tanto la salud como la enfermedad.

### 1.3. Modelos teóricos en Psicología de la Salud.

Hay dos modelos principales explicativos de la salud, el primero es el modelo biomédico o sistema de salud occidental según Jiménez (2004), este modelo menciona que tiene que existir un malestar físico que esté relacionado con una enfermedad en particular, es decir, que este modelo entiende a la enfermedad como un trastorno de los procesos fisiológicos del organismo.

El modelo biomédico se apoya en dos fundamentos, uno de ellos es el reduccionismo biológico que es cuando un organismo es afectado por un segundo organismo que afecta el funcionamiento adecuado del primero o este funcionamiento inadecuado es provocado de sí mismo. El otro es el dualismo cartesiano desarrollado por el filósofo René Descartes en el siglo XVII que expone que un organismo no puede ser afectado ni por los pensamientos ni por los sentimientos ya que su relación es nula, es decir, que solo procesos biológicos son los únicos que tienen la energía para poder atiborrar a nivel fisiológico (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; León, 2004; Nieto-Munuera, Abad, Esteban y Tejerina, 2004; Torres y Beltrán, 1986) y esto es a lo que René Descartes hacia referencia al decir que la relación mente-cuerpo era inexistente ya que cada parte es autónoma.



Para George Engel (1977, en Ballester, 1997) el modelo biomédico es incapaz de adquirir una nueva visión para poder atacar a la enfermedad. Engel expone también las incapacidades del modelo biomédico (Amigo, Fernández y Pérez, 1998):

- ✚ Anomalías bioquímicas. Son solo parte del diagnóstico pero no es lo único que tiene que ser tomado en cuenta.
- ✚ Diagnóstico. Las pruebas médicas que se realizan como parte del diagnóstico también dependen de las condiciones psicológicas, sociales y culturales del paciente.
- ✚ Situaciones vitales. La historia de vida de una persona puede repercutir en la enfermedad que padece.
- ✚ Factores psicológicos y sociales. Dejar de lado estos aspectos es la primera falla que se ve dentro de este modelo.
- ✚ Recuperación. Este punto solo está enfocado al funcionamiento normal del organismo a nivel fisiológico sin saber que quizás eventos sociales vuelvan a crear el malestar.
- ✚ Relación médico-paciente. La habilidad que tiene el médico para tener un acercamiento con el paciente es esencial ya que de ahí depende la colaboración de este para su propia salud.

Cuando una persona contrae una enfermedad lo único que le queda es su fortaleza pues está indefensa ante los eventos provocadores de su estado insalubre. Por lo que medicamente sólo le queda a una persona enferma esperar

un diagnóstico y un tratamiento, los cuales serán hechos por un médico quien es el capacitado para certificar que una persona está en calidad de enfermo (Jiménez, 2004; León, 2004).

León (2004) junto con Amigo, Fernández y Pérez (1998) mencionan puntos a tratar con respecto a los problemas del modelo biomédico:

- ✚ Las enfermedades no son sencillas.
- ✚ Los servicios sanitarios tienen que prestar una atención diferente a las enfermedades crónicas ya que éstas no tienen cura.
- ✚ La medicina necesita ser acompañada de otras ciencias de salud y sociales para no caer en el sistema de la tecnología: gravoso, inhumano e ineficiente.
- ✚ Deshacer la relación salud-enfermedad es parte del problema junto con el rechazo que le hace a las cogniciones que también son parte de esta relación.
- ✚ A pesar de que el diagnóstico muestre algo, siempre estará el factor de la comunicación siendo la única forma de saber qué es lo que le sucede a la persona.
- ✚ El diagnóstico de enfermedad también está basado no sólo en el campo de la biología sino también en el de la psicología y la sociología ya que es claro que al saber lo que está ocasionando la enfermedad se sabrá qué es lo más factible para atacarla.
- ✚ El tratamiento puede fracasar ya que la problemática puede encontrarse en el ambiente en el que se desenvuelve la persona afectada.

Este modelo pudo lograr forjar objetivos en el campo médico, pero aun así tenía una reducida participación ya que dejaba demasiados casos sin respuesta, es por eso que se necesitaba un nuevo modelo que pudiera expandir su campo para poder investigar los eventos que dejaba fuera el modelo biomédico. En 1978 se hace saber que el modelo biomédico es insuficiente para obtener con certeza el origen y desarrollo de las enfermedades crónicas (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

De aquí es lo que impulsa la existencia del modelo biopsicosocial. Cuando se habla de salud normalmente se hace referencia al aspecto físico, pero aquí también se tienen que incluir otros factores como son los aspectos psicológicos y sociales que son igual de importantes que el factor físico, tomando en cuenta que tienen que ser contemplado desde lo individual hasta lo colectivo. Por esto es que se tiene que hacer una ampliación de todo el proceso de la enfermedad e incorporación de los campos que deja fuera el modelo biomédico, por eso surge la necesidad de otro modelo que permita soluciones satisfactorias ante las problemáticas que excluye el modelo médico.

Se ha ampliado la panorámica que se tiene de la enfermedad y la salud; con lo que se desecha el modelo biomédico y se le da el paso al modelo biopsicosocial. Las funciones biológicas, psicológicas y sociales del hombre son endeables, por lo que es necesario remediar esto en cuanto sucede. La salud y la enfermedad están estrechamente relacionadas con respecto a los elementos de macro y microprocesos (Labiano, 2004).

En 1977 se crea el modelo biopsicosocial, este fue establecido por Engel, debido a las necesidades de tomar en cuenta los factores sociales y psicológicos que vive una persona ya que son causantes, al igual que los factores biológicos, de la relación salud-enfermedad, la que tiene una conexión innegable con estos tres factores al igual que estos tres tampoco pueden negarla, así como la consumación de la manifestación del descontento de los profesionales de la salud (Ballester, 1997; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006; Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2006; Santos, 1998).

Este modelo despeja las dudas sobre la incógnita de la relación mente-cuerpo tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se relacionen con el padecimiento en forma de una correspondencia (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Ballester, 1997; Nieto-Munuera, Abad, Esteban y Tejerina, 2004). Lo que quiere decir que cualquier afección psicosocial tendrá consecuencias fisiológicas ya que el organismo sufre un quebrantamiento ante esto que es dependiente del estilo de vida.

Higashida (1995) afirma que la especie humana tiene que ser analizada como ente biopsicosocial. En el área biológica el hombre tiene su lugar como parte del reino animal mismo que le da un organismo que tiene diferentes características como son su estructura y sus funciones. La psicología marca que ninguna persona es idéntica en su psique la que se forma con los eventos que cada una tiene en su vida, al suceder estos eventos paralelamente se formarán herramientas o habilidades que tienen que permitirle a la persona tener equilibrio

en su vida. Nacemos dentro de un subgrupo llamado familia, el cual pertenece a un grupo llamado sociedad, del primero obtenemos reglas que nos permiten la interacción íntima, en el segundo obtenemos reglas que nos permitirán la convivencia en la vida académica, laboral, etcétera. Estos aspectos tienen que ser adquiridos por cada miembro de una sociedad.

Por esto es que Amigo, Fernández y Pérez (1998) afirman que cuando cualquier persona mantiene en equilibrio sus sectores biológico, psicológico y social es indudable que el resultado será el de la salud. Bishop (1994, en León, 2004) menciona en su definición que el modelo biopsicosocial es un sistema que resalta la importancia de la relación de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales son los percusores más sobresaliente en los factores de la salud como en los de la enfermedad.

Así mismo, León (2004) destaca las diferencias que tiene el modelo biopsicosocial con el modelo biomédico:

- ✚ Acepta que los factores biológicos no son los únicos inmersos en la relación salud-enfermedad, sino que los factores sociales y psicológicos también son parte.

- ✚ Atiende el desequilibrio de un factor que es causado por otro.

- ✚ Cada persona es responsable de su propia salud, pues el comportamiento que se tenga tendrá consecuencias a nivel fisiológico ya sea directa o indirectamente.
- ✚ Toma en cuenta a la salud y a la enfermedad como una equidad.
- ✚ La sociedad también tiene su papel en la colaboración por establecer un nivel sanitario.
- ✚ Su finalidad es la salud pública.
- ✚ El estilo de vida a nivel individual, social y sanitario es un objetivo que se ha formado el modelo biopsicosocial.
- ✚ Establecer una educación enfocada a perpetuar una serie de comportamientos que sean benéficos para la salud.
- ✚ La falta de enfermedad ya no es mas el concepto de salud.
- ✚ Este modelo se interesa por las técnicas conductuales más benéficas para la maximización de la salud.

El modelo biopsicosocial es el encargado del desarrollo y equilibrio de la salud, pero cuando esto se pierde también está relacionado con la enfermedad. Cuando existe esta relación de salud-enfermedad el objetivo siempre será el restablecimiento de la salud.

#### 1.4. El concepto de salud y el desarrollo del proceso salud-enfermedad.

Hoy en día un gran porcentaje de la población global no tiene claro el significado de la relación salud-enfermedad a pesar de que la vida es dependiente de este

equilibrio ya que nadie es enteramente sano ni completamente enfermo. El proceso salud-enfermedad es un ente que tiene su desarrollo a través del tiempo, la economía, la sociedad, la investigación y la discusión; forma una manifestación de una conexión alterada entre dos fuerzas que se encuentran en polos extremos y éstas a su vez, están constante mutación. Si no está claro el concepto de salud tampoco lo estará el de enfermedad y viceversa.

La idea que nos formemos de salud tendrá una estrecha relación entre las determinaciones, las posturas y los procedimientos que tengamos con nuestro método de convicciones que hemos formado en la vida.

La palabra salud pareciera fácil saber qué significa pero no es así, este concepto se deriva del latín *salus* lo que significaba que el funcionamiento a nivel mental y físico se encontraban estables, esta definición es similar al termino en ingles *health* que significa el correcto funcionamiento del cuerpo (Ballester, 1997). Para Fiorentino (2004) la salud es un estado de desarrollo que va desde lo más elemental hasta lo más complejo.

Para Piña (1991, en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006) la salud es cuando un organismo tiene fortaleza en todos los sistemas y que cuando está en contacto con el medio que le rodea está mediado por los procesos psicológicos de los que consta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez” (OMS, 2006). Con esta definición se hace la unión de más aspectos que son útiles en el momento de la intervención ya que por separado cada una solo abarca su campo.

Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes (2006, p. 4) a esta definición la reestructuran y la toman como propia, la cual dice que “la salud es un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales, no simplemente la ausencia de la enfermedad”. Esta es la forma en que tiene que verse la salud en una forma integrada que permita paralelamente ser estudiados todos los contextos de una persona. Se aborda la idea de que el comportamiento es crucial para mantener la salud y/o para generar la enfermedad (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006; Kaptein y Weinman, 2006; Labiano, 2004). La estabilidad, la fuerza junto con el acoplamiento en los campos de la biología, la psicología y la sociedad son las características de salud (Labiano, 2004).

Una idea de la Grecia antigua era de entender la relación mente-cuerpo como una unidad, por lo que era natural la enfermedad al suceder esto cuando una parte era afectada la otra también lo era. El equilibrio en la persona era a lo que Hipócrates se refería como salud, la enfermedad era la transgresión ha este equilibrio. También la enfermedad era entendida como causa de fuerzas sobrenaturales



procedentes de entes demoniacos que perjudicaban a la humanidad pero los griegos fueron los iniciadores al separar esto y llevarlo al campo de la ciencia, aunque las investigaciones realmente comienzan en el siglo XIX dando la etapa de investigación actual en enfermedades (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006).

En China, la armonía entre energías era lo que se conocía como salud (actualmente esto sigue vigente) al destruirse esta armonía era cuando surgía la enfermedad (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2006).

Morales (1999) afirma que la etapa de causas espirituales de la enfermedad comenzó en la Edad Media, en un mundo occidental donde la responsabilidad de la causalidad recaía en la parte del alma sobre todo cuando el Catolicismo queda al mando los problemas sanitarios. El quebrantamiento de las leyes religiosas eran causa de enfermedad y el arrepentimiento o la fe eran la única salida posible. Los árabes también tenían una explicación para la enfermedad, constaba de estar en armonía con los seis principios (el aire puro, la moderación en el comer y en el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la renuncia a lo superficial y las reacciones sentimentales).

Pero el concepto de enfermedad tiene su propio significado, Pérez (1988) asegura que la enfermedad es una alteración ocasionada por agentes biológicos patógenos que se encuentran en un organismo. Para Torres y Beltrán (1986) la

enfermedad es la posición limitante que una persona tiene para llevar a cabo sus actividades regulares. Para Beneit (2004), un trastorno orgánico que modifica el estilo de vida y perdura en el tiempo es una enfermedad. Para Pilowsky (en León, 2004) la enfermedad es un concepto social ya que tiene que cumplir con las circunstancias que un grupo de personas denominan enfermedad, aunque este concepto es erróneo para Hertzman, Frank y Evans (en León, 2004) pues los problemas sociales son subjetivos, la misma sociedad les atribuye valor y la salud es algo del interés público.

Lo anterior es verdad ya que cuando una persona se enferma tiene una serie de síntomas que le avisan que sus funciones están variando, lo que sucederá es que la persona hará comparación con otras personas que estén o estuvieron en la misma situación. Estos son factores versátiles que afectarán las conductas, en primer lugar el sustentáculo que recibe de su sociedad inmediata así como de su sociedad mediata en donde se encuentran circunstancias tales como modelos sociales al igual que cualquier tipo de evaluaciones e intervenciones tanto internas como externas. Otro factor es la ideología que una persona se ha creado a lo largo de su vida ya que incluso creer que se puede contraer una enfermedad es motivo para comenzar a tener conductas a favor de la salud.

León (2004) y Amigo, Fernández y Pérez (1998) hacen mención de aspectos conductuales que afectan a las personas en su salud y en su estilo de vida, los cuales son:

✚ Socialización. En el ámbito social (familia y amigos) es donde se adquieren las primeras conductas que afectarán en todos los contextos incluyendo el de la salud.

✚ Sintomatología. Cuando una persona siente una anomalía sabe que de tratarse de una enfermedad tendrá que cambiar sus hábitos rutinarios para minimizar las posibilidades de contraerla en su totalidad, para esto necesitará realizar conductas de salud.

✚ Valores asociados. Son las leyes y los personajes que integran una sociedad.

✚ Influencias. Nuestros hábitos estarán influenciados por el ambiente en el que participemos, que serán desde lo individual hasta lo grupal. En lo grupal formaremos hábitos que afectarán en la propia salud de alguna manera esto llevado a lo individual formara un propio concepto sobre salud y enfermedad lo que determinará un estilo de vida.

✚ Modelo y asistencia. Hace referencia a las instalaciones, a los eventos y la atención que se realicen las personas así como del tipo de acceso de estos.

Se sabe que la actividad de la vida diaria es un factor que es detonante en la salud de las personas, es por esto que cada persona tiene que estar atenta de lo que percibe de su salud. Esto lleva a que uno de los objetivos de esta área de la psicología sea la conducta como un factor resolutivo en la relación salud-enfermedad haciendo la clasificación de las conductas de peligro y seguridad para la salud.

La convicción por terminar con las conductas patógenas e incrementar el repertorio de las conductas favorecedoras de la salud es lo que sería un proceder saludable (León y Medina, 2004a). Este tipo de conductas son variables con el transcurso del tiempo y encontrar varias conductas en una persona es raro o imposible. Esto se debe al ambiente en que se desenvuelve una persona, al o los objetivos que se ha formado, el grupo social en que se interactúa o al aprendizaje que se tiene desde la infancia. De aquí es de donde surge un interés de la Psicología de la Salud sobre el tema de la adherencia a las conductas de salud para esto se exponen teorías y modelos (Jiménez, 2004; León y Medina, 2004a):

✚ Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS). Establecido primordialmente para la información de las necesidades de los servicios de salud, esto a través del análisis de conductas de salud, de la enfermedad, de servicios médicos, etcétera. Se apoya en el valor esperado y en las teorías de la toma de decisiones en situaciones de irresolución (León y Medina, 2004b).

Este modelo instaura que la conducta de salud se efectuará dependiendo de la utilidad en el enfrentamiento ante una enfermedad teniendo como parámetro la valorización que haga el enfermo. En esto intervienen dos vertientes: 1) el darse cuenta, distinguir y sentir la magnitud de la enfermedad y 2) la impresión que se haga de la relación costos/beneficios, como menciona Jiménez (2004), la persona enferma evalúa las consecuencias posibles que lo lleven a la disminución o desaparición de la enfermedad, en donde también intervienen los diferentes tipos

de costos (físico, económico, psicológicos, sociales, etcétera) todo esto para obtener el restablecimiento de la salud.

La intervención de este modelo se ha caracterizado por las conductas predictivas que ha realizado a través del establecimiento de comportamientos que preserven o intensifiquen la salud.

✚ Teoría de la Acción Razonada y de la Planificada. Tanto la Teoría de la Acción Razonada (TAR) como la Teoría de la Acción Planificada (TAP) auténticamente fueron estructuradas para el campo de la conducta social, con el tiempo paso al de la conducta de salud para poder aclarar las conductas que las personas ejercen sobre su salud, aunque aquí lo relevante es que el modelo hace mención de que para una salud eficiente es necesario una conducta de salud adecuada y para esto lo mas poderoso es el hecho de tener el objetivo de hacerlo (Johnston, en Jiménez, 2004).

Estas teorías desarrollan cómo es que son puestas en práctica las conductas de salud. Hay dos motivos por los que se decide efectuar una conducta de salud: 1) el juicio que se hace la persona sobre si debe o no hacerlo, se toma una postura que se llega a tener basándose en la propia conducta, ésta a la vez es evaluada por las posibles contingencias que se suscitarían debido a la o las conductas de salud todo esto ocasionado por las creencias y 2) cuando se cree que socialmente se tiene que hacer debido a influencias sociales como de la pareja, familia, amigos o del ámbito laboral, la manera en que la persona es guiada por

sus pensamientos justamente por estos factores sociales desarrollan la tensión. Para obtener una conducta de salud también es necesario el afianzamiento de un resultado positivo.

Si se hace un análisis detallado del MCS y las TAR/TAP las creencias y las actitudes son el primer aspecto a considerar y la asignación de nuestra responsabilidad sobre la propia salud pero en las TAR/TAP hace una división de las creencias y las actitudes.

✚ Teoría de la Motivación Protectora (TMP). El sufrimiento ocasionado por la falta de conductas a favor de la salud es un aliciente para llegar a la protección de perjuicios.

La motivación de ejercer conductas de salud estará establecida en el temor de padecer una enfermedad, la TMP establece que cuando la salud es conminada esta puede acrecentarse a través de procedimientos que constan de métodos y precios comprensibles (Jiménez, 2004).

La prevención se dará cuando se descubra cual es la motivación de la persona en cuestión, para establecer la fuerza de la motivación de protección existen factores que se relacionan:

- 1) La valorización del presagio y/o anuncio de la enfermedad.
- 2) La percepción del método a aplicar.

- 3) La efectividad de los métodos establecidos.
- 4) La aptitud para realizar las conductas de salud.

✚ El Modelo del Proceso de la Adopción de Precauciones (MPAP). Su creador Weinstein, critica al MCS y TAR/TAP por no considerar la combinación de factores que pueden incurrir en la probabilidad de que una persona adquiera una conducta de salud, por el contrario este es el objetivo de este modelo.

Hay factores que hacen inestable la adquisición de conductas que beneficien la salud, lo que hace el modelo es etiquetar estos factores. Pero al comenzar a formar las conductas de salud se tiene que pasar por siete etapas las que no tienen un orden específico (León y Medina, 2004a): 1) Ignorancia de la normatividad, es cuando no se cuenta con información de cómo una situación puede contener elevados niveles mortales para la salud; 2) Optimismo de la salud, en esta etapa una persona tiene la creencia de que es inmune a la enfermedad y que el resto de las personas son las únicas expuestas; 3) Aceptación de las prevenciones contra las enfermedades, se sabe de la eficacia de la prevención pero a pesar de ello se siguen con conductas negativas para la salud; 4) Decisión de tomar las actividades convenientes, es cuando se toma por propia convicción planear la dinámica más positiva para la salud; 5) Pasividad de la normatividad, se decide posponer las acciones pertinentes debido a que la persona cree en la necesidad de un cambio de hábitos pero no cree en su capacidad de llevarlos a cabo; 6) Actividad de la normatividad, es cuando se

potencializan las acciones para beneficio de la salud y 7) Adherencia a la normatividad, la personas conserva las conductas preventivas.

✚ La Aproximación a los Procesos de Acción Saludable (APAS). Es el conjunto de pruebas (MCS, TMP, TAR/TAP) para demostrar las capacidades de funcionamiento.

La APAS consta de dos fases para las medidas a favor de la salud (Jiménez, 2004):

1) Toma de decisiones/motivacional. En este primer paso se integran todos los conocimientos, creando una relación diferente entre las variables, esta transformación ayuda a detallar las ventajas y desventajas de adquirir una conducta de salud.

2) Acción/Mantenimiento. En este apartado es donde se cuantificarán el trabajo y los tiempos que se llevara adquirir la conducta de salud y mantenerla. Lo primero que se hace es pasar de una idea a un plan de trabajo y consecutivamente a las acciones tomando en cuenta las alternativas que se tengan. Cuando se consigue esto se toma la segunda fase que es el control de las acciones (autoeficacia), esto es los costos de tiempo y trabajo que una persona deberá invertir para conseguir su objetivo.



Al obtener una o unas conductas de salud la persona se vera afectada por variables externas (León y Medina, 2004b):

1) Barreras Situacionales. Son conductas de salud que coinciden con la aceptación social del momento (la moda), es decir, cuando una persona lleva a cabo una dieta quizás no quiera seguirla porque subirá de peso y perderá su figura socialmente aceptable.

2) Recursos Situacionales. La disciplina, el trabajo, las inconveniencias y los placeres son factores que ponen en incremento y en peligro a la salud.

3) Apoyo Social. Es toda la ayuda que puede brindar una persona, la familia, el profesional de la salud, los conocimientos investigados al momento así como la tecnología medica.

✚ Teoría de la Acción Social (TAS). Ewart crea esta teoría con el propósito de acabar con dos problemas que aquejan a la salud: 1) la rotura del tratamiento y 2) la propaganda sobre prevención de enfermedades con un carente poder de convocatoria, con lo que esta teoría se vuelve una unificación de ideas (León y Medina, 2004b).

El ambiente social es el que permea la estabilidad de las conductas y el mantenimiento de estas por medio de cambios ocasionados causalmente en la

dimensión individual teniendo efecto en la dimensión social. Este modelo consta de tres partes:

1) Proceso de auto-cambio. Interviene la autorregulación la causante del mantenimiento de la salud, todo en relación de las conductas benéficas para la salud con el contexto biopsicosocial.

2) Influencias contextuales. La persona esta en interacción con otras personas que crean una interdependencia social con que afecta el cambio conductual, el mantenimiento de este, facilitando o bloqueando el logro de objetivos. Interviene el ambiente físico (escenarios) mediando las necesidades materiales.

3) Hábitos o acción-estado. Las conductas tienen sus conclusiones en la que una persona tomara como antecedentes para formar conductas de salud.

Los modelos y teorías enfatizan en común en las conductas perjudiciales para la salud, a esto Matarazzo (1984, en León y Medina, 1998) ha hecho mención de su concepto *behavioural pathogens* (patógenos conductuales) el que hace referencia a las conductas letales para la salud así como el de *behavioural immunogens* (inmunógenos conductuales) que son conductas que previenen o combaten en la relación salud-enfermedad (Ballester, 1997; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006).

Hay dos sucesos que se dan en 1974, que afectan el proceso de salud-enfermedad, el primero en Canadá el Ministerio Nacional de Salud y Bienestar en el informe donde se definieron los factores que resuelven el proceso de salud y/o enfermedad (Labiano, 2004):

- Biología humana (genética y envejecimiento).
- Medio ambiente (contaminación física, química y biológica así como los aspectos psicológicos y sociales).
- Estilo de vida (conducta).
- Sistema de asistencia sanitaria (calidad, gratuidad, cobertura y/ acceso).

El segundo fue cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea una idea sobre lo que se refiere salud, la cual mencionó como el completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de dolencias y enfermedades (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006).

Esto es de sumo interés al psicólogo como uno de los profesionales de la salud, ya que muestra sus funciones y responsabilidades dentro de la relación salud-enfermedad, una de ellas es llevar a cabo la tarea de prevenir o dar solución en el área que lo involucra, pues cuenta con herramientas para realizarlo.

### 1.5. El psicólogo en el campo profesional de la salud.

La psicología hoy en día sabe que ha creado una responsabilidad en la sociedad en la cual suscita conciencia, conocimiento y respeto para las personas a través de los profesionales de la salud (Harrsch, 2005).

Las labores que tiene un psicólogo dentro de un contexto social son variadas, por lo que se ha hecho una división por áreas para llegar a abarcar los problemas sociales, de este modo el psicólogo sabe dónde se encuentra su campo en la sociedad (Harrsch, 2005; Kaptein y Weinman, 2006; Taylor, 2006).

Los alcances que han tenido las enfermedades, sobre todo las crónicas han ido en aumento, este es el motivo de que al mismo tiempo la Psicología de la Salud esté creciendo pues el psicólogo de la salud centra atención en las causas y correlaciones de las enfermedades, las cuales con una metodología se pueden prever o restablecer la salud, ayudando a bajar la tasa de mortalidad (Harrsch, 2005; Taylor, 2006).

En la época actual en nuestro país se ha tenido una aceptación notable tanto la Psicología de la Salud como el psicólogo de la salud ya que cada vez son más personas las que recurren a los procedimientos y recursos, pero también a la destreza para dar un resultado óptimo, pues el objetivo general del psicólogo de la salud es que su intervención permita la carencia de la enfermedad o el restablecimiento de la salud (Taylor, 2006), por eso el psicólogo de la salud

también tiene que poseer conocimientos y entrenamiento en las ciencias biomédicas para poder abarcar y concebir la sintomatología clínica, fisiología y los fundamentos biológicos (Ballester, 1997; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006).

Las acciones a realizar de un psicólogo de la salud, son en primer lugar la educación en el área, pues su principal objetivo recae en la prevención, por medio de las conductas de autocuidado, pero otras de sus funciones son la información, la evaluación, la planeación, la rehabilitación, la instrucción, etcétera. El psicólogo aplica sus destrezas en conocimientos, apreciación, identificación, clasificación, análisis y procedimientos referentes a problemas relacionados con la salud que estén alterando a una persona y su ambiente; tiene la responsabilidad de establecer e implementar programas que permitan la promoción, la prevención y solución de problemas que aquejen la salud teniendo como meta la elevación de la calidad de vida y mantenerla estable, pero el psicólogo de la salud en un nivel de investigación no solo hace objeto de estudio a la persona y su ambiente inmediato sino a toda la sociedad en la que se desenvuelve, estas investigaciones también le permiten examinar el sistema de salud y su doctrina (Taylor, 2006).

Para llevar a cabo estas actividades un psicólogo primero tiene que estudiar la licenciatura, posteriormente un posgrado y/o especialización que le permita aumentar sus herramientas en el desenvolvimiento de sus deberes, los cuales se realizan en hospitales, clínicas, consultorios, escuelas, comunidades, organizaciones, centros penitenciarios, empresas, institutos de investigación, etcétera.

Existen cuatro áreas dentro de las labores que tiene que realizar un psicólogo de la salud:

1) Promoción y mantenimiento de la salud. Es toda la información que se proporciona acerca de cómo obtener una salud positiva, por medio de conductas que favorezcan la salud, como campañas permanentes sobre el uso del condón toda esta información proporcionada permitirá la disminución de las estadísticas de enfermedades de transmisión sexual (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Weiss (1982, en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006) afirma que un psicólogo de la salud tiene tres prioridades que son la investigación, la aplicación y la formación, en donde la investigación es la base de la teoría para la prevención y el mantenimiento de la salud y los resultados encontrados serán los desarrollados en la aplicación y posteriormente en la formación.

Santos (1998) afirma que la promoción de la responsabilidad compartida de los comportamientos sexuales de cualquier tipo, es uno de los objetivos de este punto sin limitarlo a un solo sector de la población.

2) Prevención. La alteración o cambios en los hábitos que afectan a la salud son parte de esta área, sin dejar de lado a las personas que tienen una enfermedad crónica y a las que se les tiene que enseñar un repertorio conductual que les permita mantener una salud lo más óptima posible. Con lo que se sabe de

la etiología de las enfermedades se crean actividades preventivas (Higashida, 1995). La prevención se divide en tres partes:

✚ PreVENCIÓN Primaria. Es la etapa ideal para todos pues es cuando las medidas preventivas son realizadas antes de que se presenten manifestaciones de alguna enfermedad con el objetivo de evitarlas. La prevención primaria se divide en dos secciones, la difusión de la salud y la defensa determinada contra una enfermedad.

La difusión consta de los siguientes aspectos:

➤ Educación para la salud, la cual es definida por la OMS como el conocimiento e interés que han causado las experiencias personales, grupales y comunitarias que influyen en las creencias, las actitudes y las conductas respecto a la salud, así como a los procesos y los esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel excelente de ella (Higashida, 1995). Esta parte se segmenta en dos: la primera, es dedicada a las personas que desconocen lo relacionado con la salud; y la segunda, es para las personas que a pesar de estar informadas sobre las conductas que favorecen y que ponen en riesgo a la salud realizan las inadecuadas para su beneficio (Higashida, 1995). Por esto se instituye un análisis y posturas que se tienen que tomar ante los factores de riesgo, las cuales tienen como objetivo crear cambios actitudinales propicios para la salud (Crespo y Cruzado, 2000; Kaptein y Weinman, 2006).

- Nutrición, es la información que se facilita sobre el régimen alimenticio que se tiene que llevar a cabo en las distintas etapas del desarrollo.
- Personalidad, se conforma por todas las ideas con las que se construye una persona acerca de la salud.
- Situación social, este segmento abarca sobre las condiciones en que una persona se encuentra: un lugar en donde habitar, el trabajo que desempeña y el tipo de diversiones que mantiene.
- Genética, es el historial familiar que se tiene sobre las enfermedades que han sido contraídas.
- Exámenes, los estudios sobre la salud tienen que ser lo más frecuente posible, en donde los factores de riesgo son determinantes.

Eso es lo que corresponde a la primera sección de la prevención, la segunda es la defensa determinada contra una enfermedad, esto es cuando se aborda en particular una afección, tiene sus lineamientos a seguir (Higashida, 1995):

- Inmunizaciones, es cuando se realiza la aplicación de vacunas a sectores sociales, estas vacunas tienen la característica en particular de contrarrestar en enfermedades en específico.
- Higiene, es la atención que se tiene cada quien respecto a la limpieza personal para pretender la sanidad.
- Ocupación, es atención de las condiciones salutíferas de el ambiente laboral para la salubridad de las personas que desempeñan labores, empezando por los accesorios individuales que cada quién tiene que portar.



- Nutrición, para prevenir algunos tipos de enfermedades es necesario información sobre los alimentos que tienen que ser consumidos al igual que las propiedades que contiene.
- Otros, se refiere a cualquier aspecto que proteja o prevenga alguna enfermedad.

🚦 Prevención Secundaria. Se pone en aplicación debido al fracaso de la prevención primaria, esto quiere decir que la persona ha enfermado y necesita atención para detener o controlar la enfermedad.

El diagnóstico adecuado permite una exploración de la enfermedad para poder diseñar un tratamiento a tiempo que pueda exterminar la propagación de la enfermedad (Santos, 1998).

En esta parte el psicólogo de la salud tiene el deber de favorecer el entendimiento y comportamientos acerca de las pruebas para la detección de enfermedades, al igual que el período oportuno para aplicarlas, así como el hábito de examinación tanto médica como propia, también se tienen que incluir la meta de lograr las conductas convenientes para una idónea adherencia a los tratamientos (Crespo y Cruzado, 2000).

✚ Prevención Terciaria. Se realiza cuando las prevenciones anteriores fallaron, se ejecuta un programa de rehabilitación el cual abarca aspectos físicos, psicológicos y sociales, esto ayudara, por ejemplo, en caso de no poder laborar en lo que hacia antes de la enfermedad pueda desempeñarse en algo nuevo, aquí el entrenamiento en solución de problemas es parte importante de la prevención (Crespo y Cruzado, 2000). El psicólogo de la salud puede asistir a la persona enferma en sus últimos momentos en ayudar a tomar la decisión de cómo pasar los últimos instantes, pendientes a realizar como esposa, hijos, hogar, etcétera (Santos, 1998).

Las otras áreas en las que se puede desempeñar un psicólogo en el ámbito de la salud son:

3) Etiología. Hace referencia al estudio de los eventos causales, tanto psicológicos y sociales, de la salud y la enfermedad.

4) Políticas de salud. El estudio del impacto de las instituciones encargadas de la salud y de los profesionales de la salud que desempeñan sus cargos en la sociedad es parte del trabajo de un psicólogo de la salud. Este estudio permite tomar las medidas adecuadas para el mejor funcionamiento del sistema de salud.

En la parte clínica pueden ser detectados y atendidos problemas ocasionados por la enfermedad ya sean de carácter psicológico y/o social. La docencia es otro ámbito en donde el psicólogo de la salud desarrolla sus habilidades al transmitir a estudiantes el área de la Psicología de la Salud, pues no solo tienen alumnos de psicología sino de carreras como medicina.

Las técnicas que el psicólogo utiliza son las habilidades sociales, las cuales pueden ser de utilidad tanto en casos de pacientes, como con los demás profesionales de la salud que estén interviniendo junto al mismo psicólogo de la salud.

Ardila (2001, en Harrsch, 2005) menciona que el psicólogo de la salud en Latinoamérica ha tenido una participación eventual en los últimos años pero con tendencias al desarrollo y sobre todo que la Psicología de la Salud formara una relación estrecha con las ciencias biológicas.

Así es como esta área de la Psicología ha desarrollado un campo de estudio, una historia, un concepto, teorías y una clase específica de psicólogo (con técnicas y aptitudes). La salud no es un aspecto en su totalidad perteneciente a la medicina sino a una formación multidisciplinaria que aporte los conocimientos necesarios para la solución de problemas de salud.

Desde la segunda mitad del siglo pasado al momento, la Psicología de la Salud ha tenido avances gracias no solo al apoyo de otros profesionales de la salud sino a psicólogos dedicados a otras áreas que dan apoyo. Respecto a la definición que se tiene todos los autores coinciden en que es la parte de la Psicología dedicada a tener como primacía la salud y como objeto de estudio la relación salud-enfermedad todo esto siendo atendido por el encargado de este campo, es decir el psicólogo de la salud.

## **2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**

### 2.1. Características generales de las enfermedades de transmisión sexual.

En la historia del hombre se han dado eventos que le han causado daño sin que éste pueda hacer nada para detenerlos, entre estos eventos se enlistan las enfermedades. Existen enfermedades que tienen cura y otras que tienen solamente tratamiento, esto obligó a la sociedad en el siglo XX a un avance considerable respecto a lo que ya se sabía de ellas, pero no ha sido suficiente ya que surgen nuevas enfermedades, entre estas las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Las ETS son causadas por microorganismos y organismos (virus, bacterias y parásitos) que invaden un cuerpo humano por medio del contacto sexual, muchas veces no producen la enfermedad en un plazo inmediato si no que pueden tardar en desarrollarla semanas, meses y hasta años.

Alfonso (2005) especifica que el tipo de contagio puede darse por medio de la penetración genital (vaginal, oral y/o anal) o por medio de cualquier otro tipo de interacción sexual (besar, relación corporal estrecha, etc) aunque también pueden

ser contraídas sin tener ningún tipo de relación sexual (a través de la sangre, secreciones vaginales, contacto de piel con piel, etc).

Las ETS son un problema tan común que se han diseñado métodos como exámenes, diagnósticos y tratamientos, que son necesarios para su detección y control aunque las estadísticas exactas sobre la población a la que se les aplica esto son inexactas.

Hay que mencionar específicamente que en las ETS, la conducta humana es participe de esta problemática, la cual crea una confusión entre la población, acompañada de un terror que produce una situación social demasiado inestable ya que se contempla una catástrofe personal, familiar y social el contraerlas. Parte de esta conducta humana es el comportamiento sexual que es valioso ya que al momento de realizar el coito da como consecuencia la prevalencia de la especie, pero en el hombre puede ser que la reproducción no sea el objetivo, sino el placer. Existen antecedentes señalando que antes de Cristo, en África del norte y los países árabes colindantes ya se encontraban registros de ETS aunque se han encontrado muchos registros de estas enfermedades que pertenecen a la época greco-romana (Capdevila, 2005; Casanova y Méndez, 2004).

Capdevila (2005), Rodríguez, López y Córdón (2005) refieren que en el siglo XX se produjo a nivel mundial un notable aumento en las ETS, lo que obligó a las diferentes naciones a una nueva orientación sexual y a la medicina a crear nuevas especialidades en el campo, por este motivo existen padrones mostrando que desde 1908 en nuestro país ya existían campañas en contra de las ETS.

Es en la década de los 80's cuando a las ETS se les da importancia debido a la pandemia del VIH, entonces se trata de saber cómo es que actúan los microorganismos que las provocan (Reyna, 2004).

Para esto es necesario conocer la información de las ETS, las cuales son una parte importante en la reinstauración de la salud, si alguien tuviese una ETS dar aviso a su pareja permitiría a ésta atacar la enfermedad más tempranamente evitando las reinfecciones (Peterman y Kahn, 2007).

Klausner (2007) menciona que la mayoría de las ETS carecen de síntomas observables, esto es una desventaja pues ocasiona que se creen complicaciones sin ser percibidas, como consecuencia se puede tener la detección y tratamiento en el momento inadecuado, si llega a hacer lo contrario se minimizan los resultados de la infección por esto es importante tener información sobre las ETS.

Pero no siempre se pueden evitar los contagios o recontagios, por eso se han designado fases para recuperar la salud al mejor nivel posible, las cuales son prevención, definición, historia clínica, exploración física y tratamiento (Reyna, 2004).

Es común que una persona se presente a consulta con una infección o enfermedad la cual necesita en cualquier caso de un resultado exacto al igual que un tratamiento, el cual puede ser simultáneo o sucesivo entonces lo primero es definir qué clase de ETS es la que ataca; claro que esto no es sencillo ya que solo el hallazgo y análisis de la o las entidades que ocasionan el padecimiento lo definirá (Casanova y Méndez, 2004).

La historia clínica se debe realizar de un modo sencillo pero con la precisión para poder describir los datos necesarios, entre ellos los antecedentes del desarrollo que prácticamente es imposible saberlo, más bien se calcula el tiempo de incubación de la enfermedad pero al tener este dato se tiene que atacar la ETS inmediatamente para eliminarla o controlarla (Casanova y Méndez, 2004; Klausner, 2007; Reyna, 2004).

Gurung (2006) menciona información adicional que se puede recolectar y que se obtiene del paciente:



- 1) Sintomatología de la persona. Qué características físicas presenta el paciente.
- 2) Practicas sexuales. Esto se encuentra estrechamente relacionado con el comportamiento sexual, la orientación sexual y las múltiples parejas con las que el paciente ha tenido contacto.
- 3) Zona demográfica. En los países se desarrollan las ETS en la misma proporción, incluso en el nuestro se divide por entidades federativas el desarrollo de las ETS esto es beneficioso pues se comienzan la indagación por la ETS mas sobresaliente en la región donde habita el paciente.
- 4) Estudio de las ETS más severas. Esta no lo puede aportar el paciente pero es primordial descartar a las ETS más graves y con consecuencias más rigurosas.

Posteriormente se inicia una exploración física en donde se revisan la piel de las diferentes partes del cuerpo (cara, cabeza, manos, brazos, abdomen, nalgas, muslos, boca, garganta, ingles, etc) (Rodríguez, López y Cordón, 2005). Deben considerarse algunos factores al dar un diagnóstico como los sentimientos de culpa, los gastos, el tiempo, etc (Reyna, 2004).

Rodríguez, López y Cordón (2005) hacen la diferencia entre la exploración física que se practica a hombres y la que se practica a las mujeres. En el hombre se examinan los testículos minuciosamente al igual que el pene en donde se encuentra la uretra, la cual se analiza si se encuentran secreciones; también se hacen observaciones del escroto para determinar si existen anomalías. En las

mujeres los genitales, el ano y el periné son los principales en ser revisados, también se hacen estudios de partes como cérvix y la pelvis.

Es importante darse cuenta de cualquier signo y/o síntoma (ardor, problemas al orinar, secreciones, irritación, úlceras, hinchazón, molestias al momento de sostener relaciones sexuales, crecimiento de bultos y/o dolor en los genitales o en una zona cercana, etc) y de ser necesario hacer pruebas de laboratorio, todo esto para favorecer el diagnóstico.

La historia clínica y la exploración física podrán definir la ETS, con esto se sabrá qué tipo de tratamiento se debe tomar, es necesario que se atiendan oportunamente ya que la mayoría tienen cura con el tratamiento correcto y aunque otras no la tienen, el tratamiento ayudará a reducir y/o detener los síntomas.

Para evitar un nuevo contagio la prevención tiene que guiar el comportamiento pues las manifestaciones sexuales que una persona lleva a cabo pueden exponerla en mayor proporción a contraer una ETS como la falta de un método preservativo, tener relaciones sexuales con una persona que presente algún síntoma, sexo oral sin medidas de precaución, relaciones con múltiples parejas, cualquier práctica genital que se realice.

La prevención de las ETS son las acciones (saber el historial médico de la pareja, atención médica, excluir el alcohol y/o cualquier tipo de droga, etc) que permiten que disminuyan las probabilidades de contraer una, pero para esto no basta con solo tener medidas de protección individualizadas se necesita de la participación de otros medios, como el de las instituciones y de la sociedad (Rodríguez, López y Córdón, 2005).

Todo esto es difícil ya que las ETS son demasiado abundantes tanto que se han tenido que dividir para poder erradicarlas de diferentes formas, lo que ha tenido un mejor resultado.

## 2.2. Clasificación de las enfermedades de transmisión sexual.

Actualmente se encuentran en estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, una variedad de ETS pero las principales que afectan a la población son (INEGI, 2012): VIH/SIDA, virus del papiloma humano, virus del herpes simple, hepatitis B, gonorrea y sífilis, a continuación se describe cada una.

## VIH/SIDA.

Los primeros brotes se dieron en Estados Unidos de América en 1981, a partir de este momento se convirtió en la pandemia del siglo XX y parte del siglo XXI. El virus fue distinguido en 1983 en dos países Francia y Estados Unidos de América. En el año de 1985 se le designó como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) descubriendo que su desarrollo crea SIDA (Forbes, 2008; Gurung, 2006).

El VIH es un virus ribonucleico (ARN) que se inserta en las células del sistema inmunológico. Los virus arremeten detalladamente contra los organismos es decir que el VIH solo vive dentro de células humanas, no puede afectar a otros animales ni a plantas (Castilla, Sobrino, Belza y Tello, 2005).

SIDA es la abreviatura de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, *Síndrome* es un conjunto de síntomas que dan la presencia de una enfermedad determinada; *Inmuno* se refiere al sistema inmunológico del cuerpo humano que tiene como cometido examinar y eliminar a los microorganismos que causan enfermedades; *Deficiencia* marca la carencia de protección que tiene un organismo ante los microorganismos; y *Adquirida* se relaciona con el hecho de que no se nace con la enfermedad sino que fue obtenida en el transcurso de la vida (Ortiz y Plazola, 2004).

El sistema inmunológico siempre está defendiendo contra todo lo que es ajeno al organismo como los microorganismos, permitiendo que la salud prevalezca en este. El sistema inmunológico destruye a los microorganismos por medio de los glóbulos blancos (linfocitos) y los macrófagos. El VIH posee una enzima llamada transcriptasa inversa que le deja acceder dentro de los glóbulos blancos ahí permanece latente mientras se propaga y posteriormente lo destruye, otras células también son afectadas como las nerviosas, monocitos y macrófagos. Conforme avanza este ataque se les facilita al resto de los microorganismos entrar al cuerpo humano y provocar otras enfermedades (Castilla, Sobrino, Belza y Tello, 2005; Forbes, 2008).

Se sabe que hay una conveniente relación entre otras infecciones-ETS y el VIH/SIDA, pues una persona contagiada por VIH/SIDA y que a la vez lo esté de otra infección o ETS puede mostrar una evolución más agresiva de lo común (Piña y Robles, 2006; Young, 2002).

Existen tres formas de contraer el VIH (Forbes, 2008) las cuales son:

➤ Relaciones sexuales. Cuando se mantienen relaciones sexuales sin protección se da el intercambio de fluidos sexuales sin importar si se es hombre o mujer, si una parte se encuentra contagiada de VIH/SIDA contagiara a la otra.

- **Sangre.** El VIH se encuentra en la sangre y fluidos corporales (líquido preeyaculador, semen, secreciones vaginales). Cuando la sangre o un fluido contaminado entran al cuerpo por medio de una herida u objeto, el VIH se instala en el organismo ya que no puede atravesar la piel cuando ésta se encuentra intacta.
- **Perinatal.** La vía perinatal es cuando una mujer contagiada se embaraza y transmite el virus al feto o estando embarazada se contagia.

Existen las personas a las que se les llama seropositivo, las cuales portan VIH pero su sistema inmunológico todavía produce defensas, por esto no tienen malestares pero son capaces de transmitir el contagio, es demasiado variado el tiempo en que cada quien desarrolla SIDA.

Cuando comienza la enfermedad es porque ya existen malestares acompañados de una sintomatología, estos pueden durar hasta un mes y son sucesos como fiebre, diarrea, sudoración nocturna, pérdida rápida de peso, cansancio, ganglios inflamados, erupciones de la piel y tos. Como estos síntomas también se manifiestan en otras enfermedades la única manera exacta de conocer si existe una infección de VIH o si se está enfermo de SIDA es por medio de pruebas (Young, 2002).

Forbes (2008) y Gurung (2006) mencionan que cuando una persona tiene la incertidumbre de estar contagiada de VIH/SIDA puede resolver esta situación por medio de pruebas de laboratorio que detectan la tasa de anticuerpos que responden ante la presencia del VIH, solo se necesita una muestra sanguínea, estas pruebas son:

- ELISA (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay en español Ensayo Inmunoabsorbente Ligado a Enzima*), esta prueba permite saber si existen anticuerpos que estén eliminando el VIH.
- WESTERN BLOT, es una prueba que puede respaldar el resultado que arroje la prueba de ELISA siempre que ésta saliera positiva o indeterminado.

Existen tres clases de respuesta, la primera es negativo (no presencia de anticuerpos), la segunda es positiva (identifica la presencia de anticuerpos) esta segunda respuesta involucra la aplicación de las pruebas ELISA y WESTERN BLOT y la última es indeterminado, que es cuando la prueba no permite dar un resultado preciso.

Pero el SIDA no es más que la meta de una serie de estadios, los cuales señala Young (2002) y son los siguientes:

- Infección aguda. Es un cuadro agudo de un síndrome que parece mononucleosis infecciosa, con fiebre, exantema, múltiples adenomegalias y ataque al estado general.
- Infección latente. Cuando la persona se encuentra en este estadio todavía está en una etapa asintomática y con su sistema inmunológico al cien por ciento, esta etapa es inconstante sin saber el momento exacto que pasara al siguiente estadio.
- Progresión. Es la etapa en que el número de virus ha aumentado, al igual que la réplica viral y es seguido de la presencia de inmunosupresión por la disminución de los linfocitos CD4. Comienzan las complicaciones debido al VIH, además de la invasión de otros virus de aquí que se puede hacer una clasificación de los pacientes de acuerdo con su nivel de linfocitos.


Una primera clasificación es dividir a las personas por el nivel de linfocitos en donde 500 o más es el nivel 1, de 200 a 499 es el nivel 2 y menor de 200 es el nivel 3. Después de esto se hace una división de acuerdo al estado de salud por infección latente o aguda o linfadenopatía (grupo A), por algún problema de infección ajeno al SIDA (grupo B) y por algún problema relacionado con SIDA (grupo C). Así se pueden combinar los niveles y grupos para hacer otra clasificación A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2 y C3 en donde los que se encuentra en A3, B3, C1, C2 y C3 son pacientes con SIDA (Ortiz y Plazola, 2004; Young, 2002).



Ortiz y Plazola (2004) mencionan que hoy en día no se ha encontrado un tratamiento que permita eliminar el VIH/SIDA una vez que se ha alojado dentro del organismo. Los antirretrovirales es lo que se tiene para dar resistencia al organismo en contra del VIH.

Se ha concentrado una particular atención en la terapia HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) pues emplea dos análogos nucleósidos inhibidores de la transcriptasa inversa pues tiene la capacidad de aumentar la manera de coordinarlos con esto se espera que los glóbulos blancos aumenten (Forbes, 2008; Gurung, 2006; Ortiz y Plazola 2004).

El tratamiento se encuentra en un constante cambio que repercute en la forma de percibir la enfermedad ya que se han podido crear nuevos medicamentos que en combinación con los ya existentes pueden dar una mejor resistencia al organismo en contra del virus.

 Virus del papiloma humano.

Existen antecedentes que marcan que en Roma antes de Cristo ya existía el VPH, estas pruebas son poemas escritos haciendo sarcasmo de los hombres que

contraían los condilomas sobre todo si aparecían alrededor del ano (Mc Millan y Ogilvie, 2002a; Torres, 2005).

En 1954 un investigador llamado Barret correlacionó la aparición de verrugas en la mujer y el tiempo que existía desde la última relación sexual. Dos años más tarde Koss y Durfee descubrieron el enlace entre VPH y neoplasia cervical explicando las peculiaridades citológicas e histológicas. Para 1979 dos grupos uno formado por Meisels y Fortin el otro integrado por Purola y Savia conectaron las alteraciones celulares con las manifestaciones del VPH (Mc Millan y Ogilvie, 2002a).

Al VPH se le ha conocido con diferentes nombres como papilomas genitales, verrugas genitales, verrugas venéreas, condilomas, etc. Los condilomas son estructuras verrugosas que se desarrollan con diferentes pigmentaciones y magnitudes en la zona genital y perianal aunque las verrugas genitales se adquieren por el contacto sexual (Comino y Lubián, 2005; Bermejo, Leiro y Palmieri, 2008).

En la actualidad se tiene el conocimiento de que el VPH se encuentra en el organismo del hombre y de la mujer. En el hombre es prácticamente nulo con precauciones en la parte genital pero por el contrario en la mujer se ha llegado a

detectar diferentes tipos de papilomas los que también evolucionan aceleradamente (Anderson, 2007).

Existen diferentes clases de VPH los cuales se pueden categorizar de la siguiente manera (Aranda, Márquez y Arteaga, 2004):

- Por los caracteres del tipo que ataca.
- Por la zona que afecta (cutáneo o mucoso).
- Por su posible capacidad oncogénica (alto o bajo riesgo).
- La *Internacional Agency for Research on Cancer* (IARC) los categoriza como carcinogénicos, probablemente carcinogénicos y posiblemente carcinogénicos.

Estos tipos de papilomas al ordenarse por numeración tiene un rango del 1 al 100, la posición depende de lo maligno que sea el papiloma por ejemplo en esta lista se encuentran en la posición 16 y 18 los tipos relacionados al cáncer en el cuello de la matriz (Thomas, 2007).

El comienzo de la vida sexual antes de los 20 años se vuelve un factor de riesgo aumentando por la cantidad de parejas sexuales que se han tenido sobre todo si se ha realizado sin protección (Aranda, Márquez y Arteaga, 2004; Torres, 2005).

La verruga genital (condyloma acuminatum) es la prueba más común de la infección del VPH, se presenta de forma múltiple creando lesiones de masa acumulada dando un parecido a tumores. También existe el condyloma plano el cual no se realiza sobre la piel por esto no es visible a simple vista y con el paso del tiempo (semanas y/o meses) tienden a desaparecer los condilomas (Anderson, 2007; Aranda, Márquez y Arteaga, 2004; Bermejo, Leiro y Palmieri, 2008; Comino y Lubián, 2005; Mc Millan y Ogilvie, 2002a; Thomas, 2007; Torres, 2005).

El VPH corresponde a la categoría de los papovaviridae el que causa los condilomas o verrugas genitales su existencia se determina por medio de una colposcopia (colpos significa vagina) que es un examen que se realiza a la mujer al examen que se aplica al hombre se le llama penoscopia (Bermejo, Leiro y Palmieri, 2008; Mc Millan y Ogilvie, 2002a; Torres, 2005).

Se sabe que solamente algunos tipos de VPH son los responsables de los papilomas genitales y puede ser que no se presente ningún síntoma lo que crea la cuestión del desarrollo de tumores malignos con una mayor frecuencia sobre todo en el cuello del útero (Mc Millan y Ogilvie, 2002a).

El VPH se desarrolla a través de cuatro periodos (Bermejo, Leiro y Palmieri, 2008; Comino y Lubián, 2005) los cuales son:

- Incubación. En la parte de la piel donde se aloja el VPH se iniciará un periodo de incubación, el cual es poco preciso porque se da entre un rango de tiempo de 6 a 24 meses.
- Expresión activa. Una minoría de las personas contagiadas llegan a mostrar síntomas de la infección.
- Contención. Se produce una respuesta inmune alrededor de 90 días ocasionada por los linfocitos así nacen los signos y síntomas de la enfermedad.
- Tardía. En menos de un año después del contagio el VPH pueden suceder dos cosas: 1) regresión permanente y 2) expresión permanente.

El avance de la enfermedad depende de (Comino y Lubián, 2005):

- Tipo de VPH.
- Duración.
- Carga viral.
- Tipo de lesión.

Anderson (2007) y Thomas (2007) mencionan que la sintomatología del VPH es la Irritación, el ardor y la sensación de quemadura en partes como cérvix, vagina, pene, testículos y uretra pero debido a que el VPH comienza como asintomático la mujer se ve obligada a asistir con el ginecólogo dos veces al año desde el inicio de la vida sexual. El ginecólogo es el encargado de otorgar un diagnóstico el cual

consigue a través de un reconocimiento general, en especial de la vulva, la vagina y el cuello del útero de donde tomara muestras para la prueba de Papanicolau, finalmente realizara una colposcopia.

Primero el Papanicolau es la recolección de células del endocérvix y exocérvix, esto es para la detección temprana del cáncer cervico uterino también es conocido como citología cervical.

La colposcopia es la valoración del cuello uterino a través del colposcopio el cual es un microscopio, con este instrumento se buscan las neoplasias epiteliales de llegarse a encontrar se hace una biopsia.

Una biopsia es un estudio diagnóstico que comienza con la extracción de tejido el que es analizado después para poder detectar células y áreas infectas para poder dar un resultado que mencione la presencia y etapa del VPH.

Hasta el día de hoy no existe un tratamiento para aniquilar el VPH, las consecuencias que ocasiona solo puede ser controladas a través de técnicas como laser, cirugía o electrocirugía. Para combatir el VPH es necesario un tratamiento que pueda quitar los condilomas esto será lastimoso dependiendo de que tan fácil o difícilmente son retiradas, pero lo primero es destruir las lesiones

observables si esto no se hace tiene posibilidades de crecer y causar consecuencias (Rocha, 2004).

Con una solución de ácido acético al 15% que se coloca en la parte afectada por unos minutos de este modo se hacen visibles las lesiones causadas por el VPH, esto solamente es referente para obtener un diagnóstico. Para el tratamiento que se tiene que llevar a cabo dependerá del lugar donde se encuentren los papilomas así como su tamaño y cantidad de lesiones. Se aplican medicamentos de uso externo agregando con tintura de podofilino, ácido tricloroacético, pomada con 5-fluorouracilo o de uso actual, cada semana se hace una aplicación; otros tratamientos son láser, criocirugía y/o electrocirugía (Bermejo, Leiro y Palmieri, 2008).

La criocirugía es un procedimiento que se lleva a cabo empezando por la indicación que da el médico al paciente de colocarse en la camilla ginecológica, una vez tomando posición adecuada se hace la exploración del cuello uterino mediante la utilización de un espéculo vaginal. El objetivo de la colposcopia es definir la lesión, una vez que se ha hecho esto se realiza la criocirugía iniciando por la colocación de la punta de la pistola en el cuello uterino sin que toque las paredes vaginales esto tiene una duración de tres minutos. Cinco minutos después se realiza de nuevo todo el procedimiento (Anderson, 2007).

Si las lesiones son de mayor tamaño (5mm o mas) la técnica correcta es la electrocirugía (corriente eléctrica alterna de alta frecuencia) que permite segmentar la lesión (Anderson, 2007). En la electrocirugía una vez que se delimita la lesión por medio de la colposcopia, se aplica la anestesia local y cuando hace efecto a través de asas diatérmicas se divide la zona de la lesión cuando se termina se aseá usando un tubo que absorbe la parte cortada, su porcentaje de ineffectividad es demasiado bajo (7%) el tejido sana de un modo positivo y la vida reproductiva no está en riesgo (Anderson, 2007).

Pero existen lesiones aun más extensas que requieren de un tratamiento que arremeta con mas fuerza como lo es el de rayo laser. El objetivo es la exterminación de células infectadas por el VPH sin que sean perjudicados otros tejidos, esto por medio de la aplicación de un rayo laser.

El laser está colocado en un colposcopio esto permite tener un control colposcópico, así se domina la magnitud de la aniquilación de las lesiones. Una vez que comienza a hacerse uso del rayo laser no es visible, por lo que se necesita de otro rayo que emite una luz roja que guía al primero, la función que tiene que realizar es la eliminación de tejido principalmente por vaporización, esto sucede cuando el rayo es absorbido por el agua en el organismo (Anderson, 2007).



Existe un porcentaje que permite el fracaso en los tratamientos permitiendo el desarrollo de cáncer, también un exceso de utilización de un método puede dañar una zona del organismo pero cuestiones de este tipo son mínimas.

#### Virus del herpes simple.

Desde la época de Hipócrates se comenzaron a explicar una clase de lesiones en la piel o herpes que se deriva del griego “*erpen*” que significa *andar arrastrándose* (Casanova y Méndez, 2004).

El virus del herpes simple (VHS) es uno de los virus más comunes junto con VPH y VIH, afectando el área genital. Existen dos tipos de herpes simple que son el VHS-1 y VHS-2, siendo el hombre el único receptor (Casanova y Maldonado, 2004).

Las diferentes prácticas sexuales hace posible el aumento de posibilidades de contraer la enfermedad sobre todo en partes como en boca, genitales, ano, etc (Sánchez-Vega, 2008).

Todo comienza cuando las mucosas y la piel son susceptibles al VHS, éste penetra en las células epiteliales, una vez que el VHS se instala en la célula lo hace de manera permanente, por lo que cada vez que de algún modo sea estimulado las complicaciones que trae la enfermedad se suscitaran, la evolución del herpes dependerá de la localización anatómica, la edad, la situación inmunológica, etc (Sánchez-Vega, 2008; Smith, 2010).

Rietmeijer y Mc Millan (2002) mencionan que el VHS-1 es el que ocasiona el herpes labial (el más frecuente), gingivoestomatitis, entre otros, pero referente al herpes genital puede desencadenarlo por medio del sexo oral mientras que el VHS-2 se creía que era el que provocaba el herpes genital hasta que fue encontrado en otras partes, esto hace creer que el contagio está en función de la sexualidad de las personas.

Alfonso (2005) alude a la forma en que invade un organismo, la cual puede ser:

- Piel. En primer lugar se encuentra el contacto de la piel infectada con piel sana pues se da en comportamientos tan universales como saludarse, besarse, etc. Por lo anterior el VHS es muy transmisible ya que a pesar de usar preservativo las partes vulnerables pueden ser contagiadas principalmente el escroto.

- Mucosas. Puede establecerse a través de boca, garganta, ano, vulva, vagina, ojos, etc.
- Salud. Existen posibilidades de que el VHS pueda ser contagiado incluso cuando la piel se encuentra intacta y/o está alojando a otra enfermedad.
- En parto. Es cuando la madre contagia a su hijo por la vía neonatal.

El desarrollo del VHS se puede dividir en cinco fases como lo mencionan Rietmeijer y Mc Millan (2002):

- Inoculación. La inoculación es cuando mucosas y/o la piel son invadidas por el virus.
- Invasión. El virus comienza a irrumpir en las células epiteliales (intermedias y parabasales) dando comienzo a la desintegración de la misma.
- Latencia. Esta será permanente pero será suspendido en un lapso de tiempo solo por la reactivación.
- Reactivación. Se cree que hay diferentes estímulos que fracturan la latencia y se inicia de nuevo la infección.
- Recurrencia. Varía en cada persona pero en la mujer se relaciona con la menstruación y en el hombre con el contacto sexual. Las características físicas del VHS varían dependiendo de si es la primera vez que sucede o es una reincidencia la sintomatología primaria del VHS se nota por el lugar y su

procedimiento mientras que cuando es reincidencia la sintomatología se propaga menos que la primaria.

La aparición de ardor quemante, dolor, comezón excesiva-persistente, alteraciones cutáneas, alteraciones de la ingle. Entre el primer y segundo día surgen ampollas de manera particular o en conjunto que desencadenan las llagas lastimosas y en menos de doce días serán cicatrices (Smith, 2010).

Los ganglios albergan al VHS, pero tiene la peculiaridad de poder trasladarse para reactivarse por medio de factores que alteran el equilibrio como el clima, menstruación, masturbación, fiebre, estrés, otra enfermedad, etc (Sánchez-Vega, 2008).

La detección de anticuerpos es la única forma de saber si se encuentra el VHS. Constituye un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical, sobre todo si coexiste con el VPH (Sánchez-Vega, 2008; Smith, 2010).

Se tiene que establecer un tratamiento farmacológico antiviral. Los fármacos pueden ser orales (por la boca) y/o tópicos (crema o pomada). Los fármacos más utilizados son aciclovir, valaciclovir, famciclovir, foscarnet y cidofovir (Mc Millan y Ogilvie, 2002b).

En el tratamiento se utiliza aciclovir oral en dosis de 1 g/día que es dividido en tres tomas en un periodo de siete a diez días, esto solo aminora los síntomas pero no evita la reaparición de la sintomatología. En el herpes genital se utiliza dosis de 1 g/día en cinco tomas diarias durante cinco días, en casos que existan mínimo seis sucesos por año las dosis son de 8 mg/kg se administraran en tres tomas diarias durante diez días (Sánchez-Vega, 2008; Smith, 2010).

Es común que solo en la primoinfección se aplique el tratamiento farmacológico y las recurrencias venideras se utilicen técnicas de autocuidado (lavar las llagas, baños de agua fresca, ropa interior de algodón, evitar pantalones ajustados) También se recomienda el reposo absoluto para abolir los dolores y tratar de curar los síntomas. Para Kahn (2007) el tratamiento tiene un mejor desempeño cuando es aplicado mientras se encuentran las manifestaciones que anteceden a las lesiones o en las próximas 24 hrs a la aparición de las mismas, cuando se da una recurrencia de 6 o mas veces por año el tratamiento solo se dará un 25% de posibilidad de la recurrencia. Se tiene que evitar cualquier tipo de relación sexual mientras existan lesiones, la enfermedad no tiene cura solo control (Mc Millan y Ogilvie, 2002b; Rietmeijer y Mc Millan, 2002; Sánchez-Vega, 2008; Smith, 2010).

## Hepatitis.

El virus de la hepatitis B (VHB) afecta al hígado causándole una inflamación que puede concluir en una cirrosis y en la muerte, hasta el momento solo se sabe que afecta al hombre y algunos primates, sobresaliendo en la sociedad ya que el contacto sexual es una de las principales formas de transmitir el virus (Mc Millan y Young, 2002).

El VHB se aloja en el semen, secreciones vaginales, saliva y sobre todo en la sangre transmitiéndose durante el contacto sexual cuando los fluidos corporales infectados se ponen en contacto con una persona y sus tejidos se contaminan (Mc Millan y Young, 2002).

El VHB tiene un período de incubación de 42 a 180 días mientras una persona puede mostrar características de una seudogripe con fiebre moderada esto es lo que antecede a la ictericia (Ramos, 2005).

Los primeros síntomas de la enfermedad son el vómito, el cansancio y la depresión después comienza la pigmentación amarillenta de la piel y los ojos (ictericia). La recuperación puede llevar hasta meses. Se tiene que descansar,

tomar líquidos y los sedantes contra el dolor aunque en ocasiones es necesaria la hospitalización y un tratamiento con fármacos antivirales (Ramos, 2005).

Con una muestra de sangre se puede obtener un análisis en el que muestra un determinante de antígeno que señala la presencia del VHB. Aún no hay tratamiento preciso para eliminar el VHB y el procedimiento solo tiene por finalidad evitar y disminuir complicaciones (Atkinson, 2008; Mc Millan y Young, 2002; Ramos, 2005).

Atkinson (2008) hace referencia a un tratamiento que permite la disminución de que el VHB se desarrolle en carcinoma hepatocelular y cirrosis descompensada, con interferón recombinante a-2b, lamivudina y adefovir dipivoxil. El interferón a-2b ayuda a un 46% de los pacientes a tener seroconversión dentro del primer año del tratamiento. La lamivudina es muy accesible, su administración pues es oral además que tiene excelente aceptación en pacientes con cirrosis descompensada. El adefovir dipivoxil es prácticamente un medicamento nuevo, pues se utiliza recientemente desde el año 2002, aunque se encuentra prohibida la administración en infantes. La duración del tratamiento está considerada para un año, pero esto dependerá de los pacientes a través de lo que muestre su monitoreo.

Ponerle fin al tratamiento sin que esté concluya trae como consecuencia dolores musculares (mialgias), pérdida del cabello (alopecia), alteraciones de la médula ósea, incrementan las posibilidades de contraer contagios por infecciones bacterianas, estado depresivo, inducción de anticuerpos (Atkinson, 2008).

Pero existen también otros dos tipos de hepatitis, quizás no tan agresivos como VHB, estos son el virus de la hepatitis A (VHA) y el virus de la hepatitis C (VHC).

El VHA tiene una trascendencia benigna, lo que hace que sea raro que una persona después de contraer el VHA tenga complicaciones como enfermedades hepáticas residuales. La falta de servicios que favorezcan la salud es lo que hace que aumente las posibilidades de contraer VHA. Su modo de transmisión es por la vía fecal-oral, persona a persona, por alimentos y agua contaminados, algo que es raro es el contagio por sangre contaminada. También puede ser transmitida por medio de relaciones sexuales, sobre todo si se practica el contacto oral-anal y en cualquier de otro tipo donde se mantenga contacto con el ano (Pastorek y Jordan-Jovet, 2004).

Una característica de la VHA es que las personas contagiadas solo pueden transmitir el virus en lapsos cortos de tiempo; para saber si se está contagiado con una prueba de anticuerpos inmunoglobulina M para hepatitis A en una etapa



temprana aguda o sea la primera semana en que aparece la ictericia. La inmunoglobulina y vacuna es lo único que ha tenido un resultado de hasta un 95% de efectividad en contra del VHA (Pastorek y Jordan-Jovet, 2004).

A diferencia de los otros tipos de herpes la transmisión del VHC está en duda respecto que si es de carácter sexual. La infección se extiende principalmente cuando existe contacto de algún tipo con sangre contaminada. Hoy en día existen pruebas para la detección de hepatitis C como (Miller, 2004):

- Ensayos para detectar anticuerpos anti-HCV.
- Ensayos para detectar ácido nucleico de HCV (RNA).

No existe una vacuna disponible y la inmunoglobulina no es efectiva en prevenir la posexposición.

#### Gonorrea.

En el año 130 Galeno designó a la enfermedad como gonorrea (*gono*/semilla, *rhoea*/flujo) y describió el cuadro clínico de la enfermedad pero él no fue el primero en escribir sobre la gonorrea, en el 2637 a.C. Huang Ti (emperador de

China) escribió sobre ella al igual que algunas culturas (contemporáneas) como la hebrea, egipcia y griega (Casanova y Méndez, 2004).

Neisser en 1879, encontró cocos en muestras de exudados, lo que llevó a la determinación de que era infección gonocócica, así se comenzaron a investigar cultivos y se clasificó como *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo) (Rodríguez, 2005).

La gonorrea es asintomática y a la vez existen casos que se presentan sintomáticos, esta enfermedad afecta principalmente partes como aparatos reproductores, anorectal y faríngea (Rodríguez, 2005).

En el momento en que la bacteria irrumpe en la mucosa se une a la superficie de la célula e invade en su totalidad a la mucosa. En la primera parte de la enfermedad las células del epitelio son embestidas, la membrana de estas células contienen la proteína II que es totalmente afectada constantemente (Sewell, 2006).

En una segunda fase las células epiteliales son atravesadas mientras los fagocitosis o endocitosis se reintegran. En la tercera parte el gonococo invade el tejido conectivo subepitelial, lo que quiere decir que el daño es visible pero no severo (Sewell, 2006).

En las mujeres una consecuencia es la exterminación de las células ciliadas primero cesan su función y después acaban por desaparecer poco a poco de la mucosa en las trompas de Falopio mientras los gonococos se unen a las otras células (Rodríguez, 2005).

Sewell (2006) menciona que cuando existe una infección simultánea tiene el efecto de aumentar la resistencia a la infección uretral, también existen factores inmunes que protegen contra la gonorrea como anticuerpos locales los que bloquean el ataque a las células epiteliales.

La gonorrea es frecuente en los hombres, una vez que se contrae se presenta disuria (arrojar la orina difícil y/o dolorosamente e/o incompleta), polaquiuria (Mc Millan y Ogilvie, 2002b) después se dará una secreción uretral con pus la cual es numerosa. En las mujeres los síntomas son disuria, exudado cervicovaginal, hemorragias y dolor abdominal o pélvico lo que puede ser una enfermedad en los genitales (Swygard, Sena, Leone y Cohen, 2007).

El hombre (como especie) es el único ser que puede alojar *Neisseria gonorrhoeae*, el cual tiene un periodo de incubación variado, en el hombre es un lapso de dos a cinco días y en la mujer puede tardar hasta diez días (Sewell, 2006).

Cuando afecta la parte anorectal se produce por inoculación directa en práctica sexual anal, se caracteriza por ser asintomática, pero cuando no es de esta forma se forma una secreción sanguinopurulenta acompañada de dolor y pujo. Es más común encontrar la zona faríngea contaminada pues demasiadas personas practican el sexo oral, también es raro que presente síntomas pero cuando sucede se presenta una orofaringe eritematosa con secreción purulenta en combinación de halitosis (Rodríguez, 2005).

En el embarazo, la enfermedad mal tratada da como resultado un parto prematuro y un recién nacido con probabilidades de contraer oftalmía neonatal, ceguera, dermatosis y la propagación de la enfermedad (Rodríguez, 2005; Sewell, 2006).

Para obtener un diagnóstico se toma una muestra de una secreción y/o cultivo de cualquier parte de la persona. El tratamiento consta de dosis de penicilina, tetraciclina o sulfonamida, después se da un seguimiento para saber si la bacteria fue erradicada (Casanova y Méndez, 2004; Mc Millan, y Ogilvie, 2002b; Swygard, Sena, Leone y Cohen, 2007).

La creación de vacunas para prevenir la gonorrea se encuentra en desarrollo, se trata de realizar una vacuna que contenga pili purificado gonocócico, pero nada mas puede tener una protección parcial contra cepas homólogas por lo que es

nulo contra cepas heterólogas (Casanova y Méndez, 2004; Mc Millan, y Ogilvie, 2002b; Rodríguez, 2005; Sewell, 2006; Swygard, Sena, Leone y Cohen, 2007).

## Sífilis.

Es una ETS que es distintiva por la provocación de un conjunto amplio de síntomas, es causada por una bacteria llamada *Treponema Pallidum*, ésta entra por las mucosas una vez que se realiza la actividad sexual (Augenbraun, 2007).

La evolución es crónica, con sintomatología que tiene un proceso capaz de atacar cualquier parte del organismo, pudiendo permanecer latente durante años, también capaz de confundirse con otras enfermedades y la cualidad de ser transmisible a la descendencia pero afortunadamente curable (Sewell, 2006).

La *Treponema Pallidum* entra en el organismo introduciéndose a través de lesiones en la piel o mucosas, una vez instalada se reproduce momentáneamente en esa zona, después pasa a los ganglios linfáticos y de ahí se distribuye al resto del organismo (Augenbraun, 2007; Sewell, 2006).

Por medio de las relaciones sexuales es que se da la forma más común de contagio, es frecuente que en los hombres la zona de infección sea el pene y/o el ano mientras que en las mujeres es la uretra, la vagina y el clítoris.

Si no es curada a tiempo, la enfermedad desarrolla varias etapas (Augenbraun, 2007; Plazola y Figueroa, 2004):

- **Primaria.** Esto comienza con la aparición de una úlcera (chancro) de modo externo en la parte donde se ubica la infección esta primera parte es acompañada por la inflamación de ganglios que desaparece en menos de un mes al igual que la úlcera.
- **Secundaria.** Aproximadamente 60 días posteriores al contagio comienza una afectación cutánea, aparecen erupciones de color rojo que empiezan en el pecho pero en poco tiempo se encuentran por todo el cuerpo. En esta parte de la enfermedad se da una sintomatología como dolor muscular, fiebre, anorexia, cansancio, puede haber pérdida del cabello y cambio en el tamaño del hígado pero todo esto puede desaparecer de repente y toda la sintomatología entra en una etapa de latencia.
- **Latente.** Es un antecedente de la etapa terciaria en donde los síntomas comienzan a desaparecer pero solo se encuentran en reposo.
- **Terciaria.** A esta etapa llegan las personas que no han recibido tratamiento en 10 a 25 años posteriores a la infección por lo que en la actualidad esto es una rareza en la medicina, comienzan a aparecer lesiones granulomatosas lentamente progresivas y destructivas en diferentes partes del cuerpo (piel, músculos, hígado, cerebro, estómago) si esta sigue avanzando puede crear daños graves como ceguera, parálisis, demencia, problemas cardíacos hasta llegar a la muerte.

Solo el diagnóstico médico puede identificar la sífilis ya sea por una búsqueda directa también se puede realizar un exudado de las lesiones que puede ser examinado a través del microscopio. En la búsqueda directa solo es utilizada cuando la enfermedad comienza, se hace una exploración durante tres días seguidos y la negativa solo será válida si se consta también de la prueba serológica, pero si es positiva con la simple exploración basta para empezar el tratamiento.

Las pruebas serológicas son de dos clases: las reacciones reagínicas inespecíficas y las pruebas específicas para anticuerpos antitreponémicos.

Las pruebas serológicas de reacciones reagínicas inespecíficas se emplea un antígeno cardiolipídico, por floculación o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) y aglutinación o RPR (*Rapid Plasma Reagin*), estas pruebas dan porcentajes de efectividad en un 80% de sífilis primaria, el 99% en sífilis secundaria, 75% en latentes y 75% en terciaria, de todas formas se hacen pruebas específicas y monitorización de cada una para asegurar un resultado pues existen factores que intervienen como infecciones, enfermedades, consumo de drogas, edad, etc (López, 2006; Sewell, 2006).

Las pruebas específicas para anticuerpos antitreponémicos en donde el FTA-ABS (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*) es la más utilizada pues tiene un margen de error del 1% y una positividad del 95% (López, 2006; Sewell, 2006).

El tratamiento se definirá respecto al diagnóstico pero por lo general se incluye la penicilina en cada uno, también se puede hacer una excepción si la persona es alérgica a ésta, las dosis siempre las indicara el médico (Plazola y Figueroa, 2004).

En la sífilis que tiene menos de un año se utiliza penicilina G Benzatina. La alternativa para las personas que tienen alergia a la penicilina, es la tetraciclina 500 mg en seis dosis diarias durante quince días. Se hace un registro en rangos de tiempo durante un año para saber si surgen de nuevo los síntomas (Plazola y Figueroa, 2004).

Cuando se encuentra una sífilis de mas de un año se utiliza penicilina G Benzatina una dosis semanal durante tres semanas, para las personas alérgicas a la penicilina se aplica diariamente 500mg de tetraciclina en seis dosis durante treinta días, se hace un registro durante dos años para descartar complicaciones o restablecer el tratamiento (Plazola y Figueroa, 2004).

Cuando es neurosífilis se aplica Penicilina G durante diez días en promedio, existe la alternativa de utilizar penicilina G procaína junto con 500 mg de probenecid en seis dosis diarias durante diez días, cualquiera de los dos tratamientos será seguido de penicilina G Benzatina semanalmente durante tres semanas. Para las personas alérgicas a la penicilina su opción es el cloramfenicol en dosis que indique el médico (López, 2006; Sewell, 2006).



### 2.3. Las enfermedades de transmisión sexual en la relación de pareja.

Las enfermedades de transmisión sexual no son algo que preocupe a las parejas en la actualidad. Las parejas dejan de lado los medios de precaución debido a la fidelidad que se cree debe existir en el matrimonio aunque se sepa la existencia de ETS, cómo se contraen, cómo usar un condón correctamente se llega a pensar que esto no pasa en el matrimonio (Casanova y Méndez, 2004).

Existen estudios que declaran el repudio al uso del condón tanto de hombres como de mujeres entre las razones que dan los hombres para no utilizarlo está el perder la erección, la falta de contacto directo con la mujer, la carencia de satisfacción sexual, limita la masculinidad y la falla del condón en la relación sexual (Hasbun, 2003).

Aguilar, Botello y Aumak (1999) mencionan que existen rumores creados a través del tiempo pero son solo eso debido a que no existen estudios que corroboren lo contrario.

Entre una de las razones que dan las mujeres están las irritaciones vaginales que causa, pero en algo que tanto hombres como mujeres coinciden para no usar el condón está el hecho de que se percibe como señal de infidelidad (Hasbun, 2003).

La mujer no propone el uso de condón debido a la falta de control que tiene sobre su uso, la carencia de negociación que tiene y otros personales (religión, formación de lo moral, imagen personal, etc).

Rodríguez-Pichardo y García-Bravo (2006) mencionan en su investigación enfocada a ETS, sobre como la falta del uso del condón en las relaciones sexuales es un factor que coloca a las personas en un grupo de alto riesgo de contagio.

Piña, Robles y Rivera (2007) están de acuerdo con esto al mencionar en sus estudios que en México, en el Centro Nacional de SIDA se encontraban 105 000 registros de los cuales 93 450 fueron contagiados por vía sexual en la gran mayoría practicas de alto riesgo, lo que es una prueba de los comportamientos de riesgo en la sexualidad y la necesidad de tomarlos en cuenta para su prevención.

Las parejas deberían hablar sobre las ETS pero esto no es lo único, la vida de las parejas actuales quizás sea tan abiertas pero a la vez son tan aceleradas que deben darse un tiempo para atacar esta problemática (Hasbun, 2003; Rodríguez-Pichardo y García-Bravo, 2006).

Firestone (2006) menciona que la prevención además de evitar las ETS también puede erradicar situaciones de angustia y aflicción que pueden ser los antecedentes de otras enfermedades.

Se hacen campañas para la prevención y ataque de las ETS en diferentes contextos sociales (instituciones de salud, escuelas, medios de comunicación, etc) aparte de los testimonios de vida que hacen personalidades públicas (cantantes, deportistas, actores, etc).

Un método anticonceptivo como el condón promueve la práctica de relaciones sexuales placenteras, seguras y responsables los condones masculinos y femeninos pueden impedir el contagio de ETS como VIH/SIDA, gonorrea sífilis pero solo apoya parcialmente en otras como herpes, VPH y las de la piel (Billings, Rosas y Gasman, 2004).

De lo contrario de no hacer uso del condón o un método de prevención las personas pueden contraer una ETS lo que puede tener consecuencias en su vida sobre todo en la de pareja (Firestone, 2006).

Las consecuencias que se tienen en una vida de pareja son muy delicadas pues comienza por exterminar poco a poco los contextos de la pareja, entre estos el de la salud, hasta terminar con la relación.

#### 2.4. Consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual en la pareja.

Todas las personas somos vulnerables a las enfermedades sin que importe sexo, edad, raza, economía, nacionalidad ni otras características pues todas las ETS se encuentran en todo el mundo. Existen consecuencias que se suscitan inevitable y forzosamente debido a la presencia de las ETS ocasionando problemas individuales, en las relaciones interpersonales y sobre todo en las relaciones de pareja, pero los factores que ocasionan estos problemas son cambiables, estos cambios dependen de la sociedad, la familia y de la misma pareja, sobre todo en situaciones de enfermedad la presencia de cada parte de la pareja será un determinante en resultados favorables o perjudiciales.

En todas las etapas de la historia del hombre siempre se han dado dos situaciones sociales, la primera es que se le ha complicado comprender a la enfermedad sobre todo las relacionadas con la sexualidad, y la segunda, se ha suscitado temor a la transmisión, de aquí el resultado de hacer sentir mal y culpables a las personas portadoras de enfermedades.

De la misma forma, la pareja puede producir un infinito de respuestas ante las ETS, como por ejemplo un conjunto de sentimientos y emociones (ira, temor, depresión, acusación, etc). Otra consecuencia de las ETS es la imagen que cada uno se forma de sí mismo en relación a la enfermedad sin importar si se tiene el papel de enfermo o no. La concepción que se tenga de si mismo es algo que no

solo afecta la relación con la otra parte, también la propia pues los planes que se hacen a futuro pueden cambiar al recibir un diagnóstico positivo, la persona cambia sobre todo si es una enfermedad crónica, lo que afecta a la otra parte de la pareja tanto en su persona como en sus contextos sociales (familia, amigos, trabajo, etc).

De esto surge la representación biopsicosocial que la persona tiene de si misma, pues la ideación se produce a partir del contexto social en el que se desenvuelva (pareja, familia, trabajo, amigos, etc). Desde el momento en que se da un diagnóstico que desfavorece a la salud es inevitable los cambios en las perspectivas a futuro. En la pareja se dan consecuencias que en su mayoría parten de los contextos que les rodean.

Cuando una persona está en tratamiento está sujeta a una rutina médica, es cuando la persona sabe que no solo tiene que hacer frente a la enfermedad sobre todo si se tiene una de carácter crónico, también a la necesidad de tener una vida como paciente, lo que afecta en la vida de ambos tanto del paciente como en la de su pareja.

La personalidad, el apoyo familiar, el apoyo social y el desarrollo de la enfermedad son los factores para que una persona pueda construir una respuesta psicológica que haga frente al evento (Piña y Robles, 2006).

Se puede hacer un listado marcando diferentes consecuencias que sufre una pareja provocadas por una ETS en donde estas causas serian:

✚ Depresión. Es el efecto psicológico más frecuente no solo en pacientes con ETS sino de cualquier clase. En 1975, Skinner conceptualizó la depresión como una disminución de la conducta por la interrupción de reforzadores positivos en el ambiente (Hammen & Watkins, 2008).

La experiencia de estar enfermo puede ocasionar que la persona se culpe a sí misma debido a sus pensamientos y actos, mientras lo que respecta a los objetivos se ven interrumpidos tanto los individuales como los realizados en pareja sobre todo si se espera la muerte. Las exigencias que tiene una persona enferma adicionada a las casi nulas oportunidades sociales que se encuentren aparte de soportar el decaimiento familiar y grupo social son causas potenciales de desencadenar la depresión (Levenson, 2008).

✚ Comportamientos inadecuados. Los malestares emocionales son comunes en las personas que están enfermas, de aquí quizás los problemas que pueden llegar a existir entre el enfermo con la familia, personal médico y sobre todo con la pareja. Esto puede llegar a ser demasiado fastidioso para ambas partes de la pareja sobre todo porque existe la posibilidad de que no se tenga un argumento valido para este tipo de ataque (Trower, 2011).

✚ Sexualidad. Una de las consecuencias de la enfermedad son los problemas en la sexualidad pues se presentan problemas de disminución o pérdida del deseo sexual, en la eyaculación, en la realización del sexo coital, en la erección del pene, en la percepción del cuerpo, etc. Cada persona será también afectada en situaciones muy particulares (situaciones personales) una de ellas es la parte de la sexualidad, aunque es cierto que existen diferentes formas de vivir una sexualidad también es cierto que no todos quieren hacerlo sin la intervención de los genitales, sin penetración y/o con el intercambio de fluidos corporales lo que hace difícil ejercer una sexualidad en la pareja (Trower, 2011).

✚ Ansiedad. El temor de lo que puede llegar a suceder ocasiona idealizaciones sobre el entorno inmediato de la persona enferma, ocasionando desequilibrio, desorganización, confusión y carencia de vida social. El primer momento se dará cuando la enfermedad sea declarada y la pareja tenga que enfrentarlo (Rodríguez, 2008).

✚ Reestructuración familiar. La reorganización de los roles familiares es una situación difícil pues la parte de la pareja que se encuentre mejor es la que tomara las obligaciones de la parte enferma (Aguilar, 1999).

✚ Laboral. Si se llega a perder su puesto de trabajo, la persona se coloca en un evento desafortunado que trae repercusiones sobre todo en lo económico de ahí surge otro filtro que se debe atravesar. El trabajo es un contexto que se ve

afectado porque la ETS puede llegar a ser un impedimento para poder ejercer las funciones que son remunerables económicamente y esto a su vez trae consecuencias en la economía pues los gastos que se realicen derivados de la ETS serán un problema pues tienen que ser absorbidos enteramente por ambas partes y sumarlos a los demás gastos que se tengan (Trower, 2011).

✚ Económico. Este aspecto incluye los dos anteriores de la posible pérdida de empleo de la persona y de la reestructuración de roles, la parte de la pareja que encuentre mejor tendrá que suministrar la economía de la relación para que esta subsista y el tratamiento de su pareja pueda seguir adelante (Trower, 2011).

✚ Familiares. Se pueden llegar a formar problemas colaterales en las familias de origen de cada miembro de la pareja, que se dirigen a cada miembro de modo individual y en pareja, los que crean problemas internos en la pareja (Aguilar, 1999).

✚ Social. El grupo social en el que se desenvuelve la pareja es otro sector que sufre consecuencias ya que tanto la familia como los amigos pueden aceptar o no la situación de enfermedad por la que pasa la pareja, lo que es un efecto en el apoyo social que es necesario para la salud (Aguilar, 1999).

✚ Otros. Esta problemática depende de la vida muy particular que tenga cada miembro de la pareja y en su vida en pareja.



✚ Estrés. Los factores anteriores ya sean todos o combinados tienen la particularidad de producir estrés. La enfermedad en conjunto con los problemas pueden llegar a desencadenar en un estrés que afecte negativa y definitivamente en la relación de pareja (Robles y Peralta, 2010).

✚ Suicidio. Se sabe que puede pasar aunque nos se puede dar ninguna cifra ni global ni en específico sobre las personas que lo hacen. Esto no puede ser solo por la enfermedad sino también por las consecuencias que puede darle a la persona sobre todo si se encuentra la pérdida de su pareja (Lester, 2010).

De esta manera se puede concretar que las ETS se encuentran en la sociedad haciendo crecer cada vez más las tasas de contagio y mortalidad del INEGI pero estos datos estadísticos también funcionan para saber y ultimar los tipos de información, diagnósticos y tratamientos que se deben recibir para combatir a los virus, bacterias y/o parásitos que se propagan, en la sociedad, en especial en el contexto de las relaciones de pareja que se detallara mejor en el siguiente capítulo.

### 3. LA PAREJA.

#### 3.1. La sexualidad en la pareja.

Al hablar de pareja es necesario considerar todos los aspectos y/o eventos en los cuales intervienen y/o llevan a cabo este tipo de relación, empezando por la sexualidad, que ha sido del interés de las personas pero a pesar de que este tema ha estado demasiadas décadas en investigación, es toda una controversia su resolución, incluso se podría decir que hasta hace poco era una zona virgen. Weeks (1999) menciona que se han escrito a lo largo de la historia numerosos libros sobre sexualidad y que la parte ortodoxa de la sociedad se ha encargado de marginarla viendo a la sexualidad con repudio, a lo que agrega Neuhauser (2006) que este sector lo hace sin realmente saber que ésta es capaz de tener una fuerza irrechazable.

La sexualidad es ocupante de nuestras vidas, la conocemos pero siempre nos sorprende, queremos exhibirla pero siempre la escondemos y sobre todo la anhelamos pero al mismo tiempo somos medrosos, así es como se crea el aprendizaje que lleva a forjar la personalidad sexual.

Para Foucault (1982) la misma sexualidad no es un hecho innato que la sociedad conserva a su servicio, ni es una parte de la ciencia que es intangible, sino que es una construcción realizada en el transcurso de la historia por medio de la relación, práctica y actividades que crean un lenguaje, pero estableciendo un significado en

la actualidad siempre con efectos en el mundo contemporáneo. Paz (1995) contradice esto afirmando que la sexualidad es una bestia, una disformidad social que tiene por objetivo alejar y/o transformar el impulso sexual en una imagen.

La presencia de los sentimientos, las idealizaciones, los convenios, los enfrentamientos, las actividades y el contacto físico a través de una historia personal, configurada por la sociedad, que tienen por objetivo la averiguación de la satisfacción personal, esto hace referencia cuando se menciona la sexualidad (Guzmán, 2006; Neuhauser, 2006; Weeks, 1999).

La sexualidad es un desarrollo multifactorial y constante influenciado por la sociedad a través del tiempo y la cultura (Amuchástegui, 2001). Para Malinowski (en Weeks, 1999) y Corona (1996) la misma sexualidad es un comportamiento involuntario tan fuerte que se instituyen medios para normalizar, anular y controlar esta conducta, la forma de llevarlo a cabo dependerá del significado que tenga la sociedad de sexualidad.

La sexualidad no es un área que se le otorgue una consideración merecida, toda la investigación que se hace sobre sexualidad está demasiado limitada, se ha ido enfocando hacia cierto sector profesional y ganando cada vez mas público que se interesa en el tema (Neuhauser, 2006).

Se puede tomar a la sexualidad como el tema comportamiento y pensamiento de una persona precisado por la sociedad, la cual, lo decidirá con base en su sexo, esto es todas aquellas características físicas propias de un hombre y de una mujer, las que están resueltas inmediatamente al momento en que una persona nace, en esta sociedad que satisface a cada miembro de sus necesidades, entre ellas la misma sexualidad.

Se ha entendido que la sexualidad es parte de la interacción del hombre, mismo que también tiene una cultura, la que es desigual en todas las sociedades, por lo que la sexualidad también lo es. Esto nos indica que la sexualidad como se menciono anteriormente está dividida en tres aspectos: 1) el pensamiento, es una idealización general de la forma en que cada quien tiene que ejecutar un rol ante los demás individuos de la sociedad dependiendo de su sexo, teniendo en cuenta que existen particularidades; 2) el comportamiento, es la manera en que las personas proceden conductualmente con respecto a la asignación fisiológica y 3) el sexo, son todas las características fisiológicas que a parte de intervenir en los dos aspectos anteriores, distinguen a cada hombre de cada mujer; estos son los tres elementos con los que se inician a tener relaciones de tipo social.

El hombre es el ser viviente más sociable, desde que existe tiene la necesidad de conformar relaciones de tipo biológicas, sociales y psicológicas. En las relaciones de tipo biológicas, no por el hecho de ser una especie que razona, no dejamos de ser seres que tienen una naturaleza propia, que impulsa a seguir manteniendo nuestra especie con vida, por lo que el mismo hombre tiene el menester de

engendrar, lo cuál es uno de los objetivos de la formación de la pareja (Vargas e Ibáñez, 2006).

Como el hombre es un ser que ha creado todo un procedimiento de cohabitación de ciertas zonas geográficas en las que se puede sobrevivir en forma grupal, también tiene la necesidad de conformar relaciones de tipo social; la conformación de grupos para una persona es importante, no es sólo el contacto con otras personas, sino que la relación de pareja deja de ser un puro formato sexual para convertirlo en un logro social y sobre todo personal. Para Lamas (2000), Olavarría (2006) y Rage (1996), estas relaciones sociales siempre han tratado de mantener a la pareja al día, pues significa la continuidad de nuestra especie y el adelanto de toda nuestra cultura, esto hace referencia a lo que asevera Thibault (1972) al mencionar que la pareja es influenciada por la sociedad al mismo tiempo que ésta también ejerce poder sobre de ella.

Al estar una relación de pareja en un plano biológico y social, se tienen que establecer también relaciones de tipo psicológica, no cualquier persona es candidata a ser la otra parte de una pareja, es necesario que cumpla con criterios de personalidad, los cuales serán decididos por la otra parte. Para esto, es necesario que cada persona perteneciente a una sociedad se relacione con los demás miembros, esto sucederá por la red de comportamientos establecidos en cada persona.

Esta red de comportamientos, es la forma en cada persona viste, cuáles son sus actividades cotidianas, la educación que tiene establecida, los juegos que practica, sus patrones sociales en los que figura lo aceptado y lo negado, esto será relevante en la etapa de inicio de la relación cuando las dos personas que se atraen inicien un cortejo (González, 2006).

Con este repertorio conductual las relaciones que pueda tener una persona ya sea de modo individual (con una persona) o en masa (con un grupo), pueden ser desde un punto de vista superfluo hasta el grado de poder formar una relación afectuosa en el caso individual, o bien, una conexión ideológica en el caso de un grupo. Uno de los objetivos que tiene el poder tener un repertorio conductual, es la permisión de la relación con los demás dentro de la sociedad. Un grupo es un conjunto de personas del que se es miembro, con el fin de obtener diferentes objetivos como el tener amigos y otro sería formar una diada, o sea, una pareja, estos objetivos no son fáciles de obtener, ya que no basta con saber comportarse, también hay que saber cómo es que se forman y desarrollan estas manifestaciones sociales (Contardo, Rencoret y Salah, 2002).

Estas herramientas que se obtienen en el transcurso de la vida son imprescindibles para conseguir relaciones interpersonales satisfactorias, ya que cuando apareció el hombre en el planeta, no apareció como un ser que se pudiera reproducirse a sí mismo, o sea asexuado, así que aparecieron dos tipos de sexo en un mismo organismo, lo que se conoce como el concepto de género.

### 3.2. La función del género en la relación de pareja.

Weeks (1999) afirma que el género es un apartado fundamental en las relaciones interpersonales con similitudes y diferencias. Fromm (1986) asegura que las similitudes y diferencias son el desenvolvimiento de una diversidad entre las personas.

Conceptualmente la diversidad como la clase, especie o tipo a la que pertenecen las personas o las cosas es denominado género (Conway, Bourque y Scott, 2000).

El género es una organización de la ideología, de significados y conductas respecto al lugar del sexo que corresponde, esto siempre en dependencia de los demás.

Con el género aparecieron otros dos conceptos, los cuales son tan antiguos como nuestra misma especie y hasta nuestro tiempo han causado controversia, el concepto de hombre y de mujer.

Por la forma de comportarse es que la sociedad se ha dado a la tarea de dar un significado y características a cada miembro de la pareja, sirve también para tener un concepto de lo es un hombre y una mujer pues la misma sociedad también se ha encargado de la normatividad de lo femenino y lo masculino (Aguilar, Botello y Aumak, 1998; Castro, 2004; Cazés, 2005; Guzmán, 2006).

Aseguran Castro (2004) y Cazés (2005) que desde la infancia se hace un plan para darle forma a la personalidad según el género, el cual es el comportamiento que asigna cada grupo social, todo esto comienza desde que se sabe el sexo de una persona (características fenotípicas y genotípicas), hasta que es sustituido por el sexo social (género).

Cuando se da la información de género, se sabe hay ocupaciones exclusivas de las mujeres y de los hombres pero estas diferencias no son las únicas existentes entre ambos, hay en toda la relación que se crea entre ellos, una construcción social que podría resumirse en los privilegios y desventajas en los diferentes contextos en los que se desenvuelve una relación de pareja (Díaz-Loving y Sánchez, 2002; Muñiz, 2002; Olavarría, 2006; Vélez, 2005).

Muñiz (2002) hace alusión que cada grupo social ha formado métodos dicotómicos que enfrentan jerárquicamente a ambos géneros, incluso en la era de la globalización, debido a esto desde que nacemos está fijada la personalidad ya que con esta serie de comportamientos se regirá la vida de cada persona y ésta a su vez será afectada en su relación con las demás vidas.

Menciona Lamas (1996) que existen tres etapas que para adquirir el género:

✚ La asignación de género, ésta se suscita desde que se sabe cuáles son sus genitales.



✚ La identidad de género, ésta se da desde que comienza hablar hasta que la persona puede diferenciar los fenotipos masculinos de los femeninos. La persona comienza adquirir vocabulario, comportamientos, juegos, aunque el que rechace algo propio de su género no es un problema, ya que una vez identificado este será difícil que cambie.

✚ El papel de género, aquí no sólo bastará con darse cuenta de las diferencias entre los hombres y las mujeres, sino que se siguen las normas y constructos sociales.

Hay toda una subsociedad detrás de todo esto, la cual, ajusta las formas de integrar, organizar y pensar dependiendo de las características fisiológicas de sus miembros, este subconjunto hace más énfasis en la normatividad de la sociedad en la que se desenvuelve, que en las peculiaridades individuales de sus integrantes.

A este subconjunto se le da el nombre de familia, del cual Aguilar (1999) afirma que somos dependientes desde el primer momento de nuestra existencia ya que nos proporciona herramientas sociales, por esto los mexicanos, asegura Tuirán (1999) generalmente asociamos con la palabra familia con conceptos demasiado significativos (unión, hijos, amor, hogar, bienestar, padres, comprensión, casa, educación, felicidad, apoyo, etcétera).

Vélez (2005) asevera que es solo una célula de todo el organismo llamado sociedad, a lo que agregan Crosman y Mesterman (2005) que este es el sitio en donde las carencias personales tienen que hacer frente a las sociales.

Una familia está formada por un número indefinido de personas, sin importar que compartan una escalera genética o no. En una familia uno o dos miembros tomaran la dirección de está, de forma simultanea o alternada, en donde la participación de lo demás miembros se enfocara a acatar todas las reglas y comportamientos (familiares y sociales) que necesiten en su vida (Corona, 1996; Lamas, 2000; Vélez, 2005).

Es la familia, el primer subconjunto social en el que se desarrollan y modifican los significados, ya que es en ella donde las personas adquirimos los conocimientos además de que podemos ver los modelos de masculinidad y de femineidad, así como las diversas creencias, valores, interacciones u organizaciones que reproduciremos en espacios públicos y que afectarán las relaciones de pareja de los miembros de los familiares (Díaz-Loving y Sánchez, 2002; Crosman y Mesterman, 2005; Vélez, 2005).

Al reproducir estos significados una persona estará creando su propia red social en la que una parte será destinada a establecer una relación con otra persona, esta relación tendrá como objetivo formar una relación de pareja consolidada (Neuhauser, 2006). Lo primero que se tiene que pensar es en el hecho de las

relaciones que pueden generarse entre dos personas, absolutamente son varias y variadas, una de ellas es la relación de pareja.

El concepto de pareja es fundamental en toda persona, ya que éste formara parte de su estructura cognitiva, la que llevará a la construcción de toda la configuración de la personalidad y ésta a su vez estará encargada de toda la interacción social que la persona pueda tener. El hombre es un ser sexuado, que necesita de la interacción con sus iguales, esta interacción es la que forma una sociedad y sus eventos, dentro de estos, los hombres y las mujeres decidirán formar parejas con las personas que se adecuen a un sistema social.

### 3.3. Concepto de pareja.

Desde que existe el hombre se han formado las parejas, las cuales son irrepetibles, por eso es imposible estandarizar este tipo de relación; a pesar de esto también tienen características compartidas, pues es un organismo tan común como inestable, biológicamente la reproducción de la especie sería otra característica, pero existen parejas que no cumplen con este requisito y no por eso dejan de serlo (Castro, 2004).

De igual forma el concepto de pareja no está estandarizado, se ha encontrado en constante cambio a través del tiempo, incluso actualmente sigue en evolución. Hay personas de diversas disciplinas y ciencias que han dado una definición de pareja, de las cuales se mencionan algunas a continuación:

Para Alberoni (2002) y González (2006) la pareja es el amor que dos personas se profesan a través de una relación en donde surgirán necesidades de compañía, respaldo, procreación de hijos, sexualidad, proyectos en común, enamoramiento, etcétera.

Cáceres y Escudero (1994) afirman que una pareja es el enlace afectivo, por mutuo acuerdo entre dos personas, que por lo general llega al plano del matrimonio.

Cuando dos personas se unen en una relación que forma un organismo con aspectos sociales y biológicos, en los que se pueden encontrar carencias y abundancias, esto es lo que Döring (2000) da por entendido como pareja.

Para Weininger (2004), la pareja es como una mezcla heterogénea que se forma de sustancias en porciones descompensadas.

Es un sistema en el que la solidez tiene una fuerza débil lo que la conduce al desorden, por lo que requiere que ambas partes trabajen en forma total sobre su relación para que ésta sea funcional para que cada uno de ellos pueda desarrollar sus ideales y valores entre los cuales se encuentran los que los llevaron a formar una pareja (Velasco, 2004; Samper y Garciandía, 2007).

Solomon (en Samper y Garciandía, 2007) asevera que la pareja son dos partes independientes que se fusionan para formar una familia, en donde se desarrolla una dinámica que les facilite y permita el mantener su objetivo u objetivos que los unen.

La pareja es la razón que mantiene unidas a dos personas, en donde se le da prioridad al sentimiento del amor sobre el tiempo y espacio (Contardo, Rencoret y Salah, 2002).

Para Caillé (1993) son las formas tan infinitas, pero a la vez es una estructura tan visible que permite contemplar lo que es, por lo que menciona que dar una sola definición sería encasillar este concepto.

En resumen, una pareja hace referencia a la ejecución de un desarrollo de la relación que sostienen o sostendrán dos personas, en la que se estarán formando

normas explícitas e implícitas, al mismo tiempo que los miembros formarán objetivos (generales y particulares) a largo y corto plazo, todo esto será durante un tiempo indeterminado.

Pero antes de la formación de una pareja se suscita una etapa enérgica en la vida como asevera Estrada (en Attie, 1991), que es cuando se comienza a tomar la elección de la pareja, esto sucede en el momento en que una persona ha tomado una determinación de la pareja que quiere basado en sus instintos y pensamientos esperando como resultado una relación de pareja que se encontrará desarrollándose o debilitándose.

#### 3.4. La elección de pareja.

Entonces todo comienza desde que se decide elegir a alguien para que sea la persona que tendrá su presencia paralelamente con la nuestra parcial o permanentemente. Todo el principio de la pareja dará comienzo cuando una persona empieza a tomar detalles demasiados específicos de otra como lo son su forma de vestir, de peinar, de caminar, de hablar, entre otras; todo esto es el cortejo, a parte siempre instalan en la otra persona un conjuntos de propiedades que espera que se potencialicen.

La elección de pareja parece estar influenciada por factores que combinados obtienen un resultado, estos factores son:

✚ Biológicos. Hay estímulos y respuestas que en conjunto conllevan a la atracción de otra persona, al igual que otros grupos de seres vivos tenemos carga genética e instintos que permiten la atracción para que pueda seguir continuando la especie (Thibault, 1972).

✚ Culturales. Este factor se relaciona con la situación geográfica y económica, el primero hace referencia al lugar donde viven y las personas con quienes interactúan los involucrados en la relación; el segundo, a las condiciones en que vive (casa, trabajo, ropa, entretenimientos, transportes, etcétera). Aquí es donde se forman las ideas de lo que tiene que ser, debe ser y será una relación de pareja, así como de los roles que le pertenecen a cada miembro de la pareja (Castro, 2004; Vélez, 2005).

✚ Personales. Los objetivos que se forman de modo individual en la vida, son una parte que no se repiten entre las personas. Hay cosas que son generales entre todas las personas pero los pensamientos, la forma en que se observa la sociedad, los ideales futuristas y sobre todo las expectativas de pareja son cosas únicas, así que se puede decir que la pareja se edifica con sus propias particularidades (Velasco, 2004).

✚ Interaccionales. Son los eventos que estarán estructurando la relación, la personalidad de cada una de las partes alimentarán el interés de la otra. Los eventos que sean ocasionados por propia cuenta son los que definirán si se continua o es final de la interacción (Vélez, 2005).

Algunos autores se basan en esto para dar una explicación de la elección de la pareja, como Vargas e Ibáñez (2006) que explican que cuando una mujer y un hombre deciden formar una relación esta será hecha a base de las ideas, los usos y costumbres que ambos tienen de sus familias de origen, así como de las razones que llevaran a esta formación, son esenciales los estilos de vida pues entre más parecidos sean facilitaran la duración de la relación.

Otro es Tuirán (1999) quien confirma que los sentimientos, la sexualidad, la moral, la ética, caracteres sociales (familia de origen, trabajo, economía, etcétera) y personalidad (carácter, sexualidad, configuración de los progenitores, etcétera) son características que se involucran en la elección de pareja.

Para González (2006), la elección de pareja dependerá del nivel educativo, del nivel económico y del lugar en donde se vive, pues cuando una persona posee un nivel educativo elevado esto influye a que comience a una edad más madura, cuando es parte de una economía baja es mas factible que sea a edad temprana,



o haciendo referencia al lugar donde se vive es a edades mas elevadas en la ciudad que en el campo.

Iturralde (2003) y Montoya (2000) señalan que la relación de pareja dependerá de la elección, sobre todo estará basada en la técnica de comunicación que se forme, la que comprobara la resistencia de la relación en un lapso de tiempo prolongado o breve a través del aprendizaje de la interacción social de cada una de las personas lo que permeara las diferencias y similitudes.

La elección de pareja es un proceso, en donde el tiempo es algo incalculable porque la decisión no es de una sola persona sino de dos y tiene que ser unánime, las relaciones interpersonales tienen un efecto pues una persona de dieciocho años puede facilitársele tener una pareja estable, mientras que una de cuarenta no puede hacerlo, respecto a esto Fromm (1986) afirma que en la elección que se haga es parte de un entero instinto sexual. Es aquí, cuando todos los aspectos sociales se aplican, ya que se basara en la educación, su zona geográfica, el comportamiento social y el concepto de género/cónyuge para empezar con la elección, aunque también existen características individuales que la persona tiene que poner en practica como es la identificación, localización y contacto del ignoto en el ambiente donde se encuentre (Nogués, 2003).

La elección de pareja se realiza en un ambiente imparcial para ambas partes, las cuales, tendrán las mismas posibilidades, mencionan Contardo, Rencoret y Salah (2002), es por esto que en la mayoría de las ocasiones las personas no les es nueva la presencia del otro pues estos ambientes (la casa, la escuela, un mismo grupo de amigos, etc.) en común lo hacen posible.

Díaz-Loving y Sánchez (2002) afirman que antes de que una pareja se forme se lleva a cabo la etapa extraño/desconocido en donde la única información es su aspecto externo.

Después de esto se da la etapa de conocido, que es cuando se define si la persona dejara de ser un extraño o no si se desea conocer a alguien por que llama la atención y el interés es bullicioso se comienzan establecer reglas de modo implícito. Es esencial que cuando se decide estar en esta posición se tenga una seguridad de la percepción con la que se cuenta de la propia personalidad para poder evitar una intimidad insatisfactoria y dependencias irregulares. Otro punto del que tiene que ser tomado en cuenta es el respeto a la otra parte ya que darle crédito a las opiniones y conjeturas es el inicio del valor que le damos como persona.

Le sigue la etapa de atracción que inicia cuando se comienzan a tener pensamientos de tipo sexual y se busca la manera de tener una relación más sólida. Hasta hacer un compromiso que es cuando ambas partes exteriorizan su interés por la relación, así es como se llega a la interacción cotidiana lo que puede servir para apoyar y mantener la interacción.

La forma en que dos personas definen las condiciones en que se enlazarán y confrontarán el hecho de que su ciclo familiar estará por terminar y otro empezara, le da la calidad de una decisión difícil en la vida (Rage, 1996). Al llegar este momento González (2006) asegura que ambas partes deben de hacer toda una reestructuración de los roles que se realizaran, esta actividad será percibida de forma extraña ya que los miembros de la pareja se darán cuenta de que tienen cualidades al igual que su pareja así como de las limitantes de ambos y la forma en cada uno de ellos ejecutara su papel, dentro de esta relación, será de acuerdo a lo aprendido en su vida, aunque Rage (1996) afirma que al momento de formar una pareja el hombre está obligado a ser la parte activa y la mujer a esperar de forma pasiva no es menos activa que el mismo hombre.

Rage (1997) asevera que todos tienen ideales de la persona que les gustaría para poder formar una pareja, pero el problema está en que sólo es una idealización, por eso es que todos tenemos que hacer una jerarquización de las personas que son aspirantes.

Hay elementos que son tomados en cuenta por las personas para poder hacer una elección más satisfactoria (Rage, 1996; 1997), los cuales incluyen aspectos como:

✚ Físico. Socialmente es el punto número uno, lo primero que las personas pueden saber de otra sin necesidad de entablar una conversación. Para algunas personas esto puede parecerles demasiado superficial.

✚ Psicológico. Son los aspectos que incluyen las particularidades de una persona, como sus modales, respeto, amistad, intimidad, inteligencia, igualdad, moral, etcétera.

✚ Social. Incluye a la familia de origen y su situación cultural, educativa, al igual que el contexto en donde interactúa, su educación, su cultura, su trabajo, sus grupos, su religión, etcétera.

No sólo es la elección en si sino la estabilidad para que perdure la relación, la estabilidad que las personas deseen dar dependerá del comportamiento que se tenga hacia la otra parte, para esto Corey (en Rage, 1997), escribe unos aspectos que pueden hacer más estable la relación de pareja:

- Cada miembro de la pareja tiene sus propias características, independiente del otro.
- Ninguno es dependiente del otro.
- La relación no es dependiente de terceros.
- La comunicación tiene que ser franca acerca de los asuntos que los envuelven.
- Los sentimientos relacionados con problemas ajenos a la pareja son independientes de ésta.
- Los entretenimientos no están excluidos de la relación, ya sea de forma individual o en pareja.
- Las discusiones deberán de estar organizadas para no perder el control.
- La equidad de las dos personas en la relación.
- Cada integrante se interesa por el otro.
- No existe el estancamiento.
- Se evitan los abusos entre los miembros de la pareja.
- Ninguno es propiedad del otro.
- Existe la adaptabilidad hacia los deberes del otro género.
- La intimidad de cada miembro de la pareja tiene que ser respetada.
- El apoyo hacia los objetivos del otro es necesario.
- La existencia de convenios entre la pareja.

Cuando se ve a una pareja establecida, no se sabe la historia por lo que ha pasado ya que los miembros de ésta han tenido que soportar incontables

modificaciones en la forma de interacción desde el momento en que se seleccionan y forman una pareja hasta el momento en que esta relación culmina. Los objetivos, ideales y actividades así como la compañía que sirve de apoyo en la vida es lo que hace que una persona decida iniciar con otra una relación que le permita obtener metas al paralelo de factores como salud, la comunicación y una habilidad para resolver conflictos que permita dar mantenimiento y soporte a la relación.

### 3.5. La pareja: salud, comunicación y soluciones.

En la actualidad la pareja tiene que acatar las nuevas expectativas que la sociedad le ha infundado ocasionando que no sea tan estable como las parejas de décadas pasadas.

Hace algunas décadas los roles de las personas estaban demasiado definidos, con una actividad social de menor demanda y con la sencillez del desenvolvimiento colectivo; cuando un hombre y mujer se unían sus papeles a desempeñar estaban muy determinados, el factor masculino era el encargado de proveer las necesidades económicas que tendría la familia, así como de los hijos que extenderían su apellido, mientras el factor femenino era el encargado del cuidado de toda la descendencia y de las necesidades de la parte masculina de la familia.

Hoy en día cada uno de los miembros de una pareja tiene una gran variedad de papeles sociales para poder escoger y ejecutarlos, es muy común el tener que llevar más de uno, por esto es necesaria una agilidad misma que las habilidades sociales implementan en la personalidad (Caballo, 2000).

De aquí surge la idea que el aumento de las labores femeninas en la sociedad ha hecho que las mujeres tengan si no un trato igualitario si uno equitativo con respecto al género masculino (Iturralde, 2003), es difícil poder decir que existe una clásica familia mexicana, ya que antes se les permitían unas cosas a las mujeres y otras a hombres, cosas que hoy en día las puede hacer el uno u el otro, ocasionando que la vida en pareja esté cambiando con las generaciones.

Lo que no cambia es que cada pareja a lo largo de su existencia tiene que enfrentarse a las problemáticas que traen cambios tan significativos que la misma vida no vuelve a ser la misma. Toda pareja en algún momento se encuentra con problemas, a los cuales se le tienen que dar solución, pues sin un desenlace adecuado, ésta no podría conseguir su objetivo u objetivos.

Cuando no se puede llegar a un acuerdo y/o se están sucintando obstáculos para poder tener una conciliación en intereses personales o de pareja, se conoce como problema o conflicto, el cual es fundamental que se clasifique y se encuentre el origen su conflicto (Díaz-Loving y Sánchez, 2002).

Un problema es identificado, licito y se trata de conocerlo para encontrar su solución dentro del sistema social en el que se desenvuelve, entonces puede formar parte del lenguaje de esta sociedad, ocasionando que sea real mediante los eventos y las practicas concretas (Crosman y Mesterman, 2005).

Rage (1996) enlista unas problemáticas que se suscitan en las personas mientras están en ajustes de sus relaciones:

- Experimentación de diferencias y autonomías.
- Celos y posesividad.
- Poder y control.
- Expectativas de rol.
- Desarrollarse por separado.
- Comunicación pobre.
- Recursos, limitaciones y demandas ambientales.
- Problemas sexuales.

En el mundo en el que vivimos un problema que se presenta es el de las enfermedades de transmisión sexual, en épocas anteriores y actuales en ambos miembros de la pareja es común que se vuelva un obstáculo, pues aparte de hacerse cargo de esta situación también han tenido y tienen que mediar las labores del hogar, las de ambos y las individuales; en el caso de algunas ETS las



personas ya han sufrido un cambio que es visible, lo que realmente necesitan es adaptarse al problema (Carpenter, 1999).

Siempre hay que recordar que la enfermedad afecta a ambas partes de la pareja, ocasionando una transformación y un ajuste de su vida dependiendo de la enfermedad que se halla contraído, esto se dará a partir de su destreza para solventar los conflictos (Attie, 1991; Robledo, 2004b).

Hoy en día las mujeres y los hombres no desean ser conocidos como los inexpertos en lo que corresponde a la sexualidad, antes los hombres eran los tenían que guiar y la mujer aprender, en esta época se le permite a la mujer el tener un pasado sexual, un derecho del cual carecía antes ya que el hombre no aceptaba antecedentes de este tipo, en el actual mundo sexual de la pareja ya no tiene porque existir las apariencias, es lo que facilita la comunicación y solución de problemas cuando se toca el tema de las ETS, por ejemplo empezando por asistir al médico sin miedo alguno a la crítica pública, ya que esta posición debe ser corroborada por un médico porque puede ser que la persona tiene un diagnóstico erróneo o tiene algún trastorno psicológico incluso en ocasiones la mayoría de los problemas de salud que se presentan están relacionados con el repertorio conductual de la persona y de la pareja afectada (Latorre, 2004).

Una vez que la pareja es diagnosticada con alguna ETS un paso a seguir es la reasignación de roles y de estilo de vida dentro de la relación para permitir la acelerada recuperación de la salud lo que marcará su progreso; esto traerá

problemas los que son normales cuando se cambian las formas de organización, referente a esto Cáceres y Escudero (1994) mencionan la plasticidad de la pareja, cada parte de ésta tiene su aportación pero de la aleación de ambas surge una nueva que es diferente a sus antecesoras, pues las primeras por separado no tendrían los atributos que forman entre si.

Estos atributos son necesitados en la etapa de la enfermedad, la pareja necesita de las habilidades sociales para poder llevar a cabo acciones que permitan comunicar y solucionar conflictos que se presenten.

La comunicación es una parte que muestra las capacidades de la pareja de manera individual y en diada, su forma de comunicación es la forma de lograr transmitir sus deseos para satisfacer sus necesidades en busca del progreso de la relación.

Cuando la pareja tiene una comunicación errónea cada miembro toma la decisión de tener una conducta pasiva y tenaz ante la situación, el afrontamiento a la enfermedad es aniquilado, teniendo consecuencias en la adherencia al tratamiento que lleve la persona afectada o a ambas en su salud. La comunicación distorsionada dentro de la pareja afirma Velasco (2004) se puede convertir en una coyuntura permanente, por el contrario los mensajes con coherencia entre los recibidos y enviados establecerán una comunicación adecuada, permitiendo una información total y lógica de lo que acontece para así

llegar a la aceptación de las obligaciones personales al igual que a la adaptación de una nueva situación.

Se debe tomar a la comunicación como un hábito central, para que la amenaza a la relación encuentre su fin, usando la negociación para obtener el éxito (Cáceres y Escudero, 1994).

La personalidad de cada miembro de la pareja es una variable para la confrontación, Díaz-Loving y Sánchez (2002) mencionan dos aspectos en las personas, el primero es el tacto y la sagacidad que tienen para facilitar la comunicación y el otro, son las costumbres que se han formado en la comunicación de pareja que llevan a la satisfacción y metas establecidas a través de la solución de problemas.

Pues desde la infancia hasta la senectud se le tiene que hacer frente a una totalidad de cuestiones entre ellas algunas relacionadas con la vida sexual alborozada, la que también se forma a través del tiempo y con la educación (Rodríguez, 2000).

La pareja al tener esta relación interpersonal también en esta dinámica encuentra sus problemas, como las ETS, para esto se requiere de habilidades sociales que demuestren al momento de formarse altercados, en ocasiones estas situaciones comienzan con la muestra de comportamientos inapropiados (Thibault, 1972; Vargas e Ibáñez, 2006).

Entonces cuando una problemática, como las ETS se muestra en la relación alguna o ambas partes explícitamente interpretan un evento extraño, es cuando la responsabilidad de la pareja tiene que ser visible para que la convivencia saludable prevalezca y al mismo tiempo estar preparados para las contingencias, si no se han cumplido los objetivos salud de la relación, se entiende que existe una problemática (Cáceres y Escudero, 1994). Respecto a esto, es como afirma Thibault (1972) que los problemas en exceso guían a la relación a una segura destrucción, pero sino aparecieran en la vida de la pareja ésta moriría.

Siempre surgen conflictos que quizás estén fuera de los contingentes esperados de la relación de pareja, como las enfermedades. En un problema preciso como los relacionados con la sexualidad de la pareja siempre se esperarán resultados positivos, sobre todo cuando se trata de la salud amenazada por las ETS pues es una temática demasiado interna de la pareja (Tapia, 2007).

Antes, la pareja mostraba un soporte más resistente a los conflictos, al contrario de lo expuesto por la pareja actual, aunque se encuentra en un constante desenvolvimiento y esto nunca se da sin problemas (Attie, 1991).

Se tiene que empezar mencionando que para poder obtener una solución satisfactoriamente a un problema de salud, tiene que entender cada parte de la pareja que es una situación que les incumbe a ambos y que una sola parte no podrá hacerlo. Cuando en la pareja cada parte defiende su punto de vista respecto a la salud y a las ETS es el nacimiento de un problema, uno se vuelve el

acusado y el otro el ofendido, pero estos papeles no son permanentes cambian, luego serán el ofendido y el otro el acusado. La metodología que utilicen los integrantes de la pareja estará basada en la manera en que se formó, aunado a la solución de problemas que no son ajenos a ninguna relación (Iturralde, 2003).

La negociación es el inicio de la solución de problemas de ETS que tiene que tomar una pareja y la conclusión de esta depende de la ética, de la ideología, de la educación institucional y la educación familiar, todo esto es una habilidad global de comunicación y solución de problemas (Costa y Serrat, 1998).

La pareja llega a conocerse y respetarse, conociendo sus limitaciones y capacidades, permitiendo participar juntos en la solución de problemas esto tiene que estar fundamentado en la comunicación indudablemente para permitir a cada componente de la pareja manifestar todas sus necesidades ya que los problemas generalmente tienen su apertura en la información que no ha sido proporcionada, pero también es una partícipe de la salud de la pareja (Costa y Serrat, 1998).

Cuando la comunicación en la pareja respecto a su salud y a las ETS es deficiente uno o ambos miembros se aferran a sus propias ideas volviéndose contra las ideas del otro, esto lo demuestran siendo poco o nada participativos con las actividades del otro, al igual que guiarse por sus creencias en lugar de hacerlo por hechos con argumentos, pues como asevera Aguilar (1999) cuando

no se vislumbra una solución se trata de encontrar alternativas que generalmente son inadecuadas ocasionando que los sentimientos que surgen de estas acciones tienen la capacidad de impedir el restauramiento de la relación, para que esto se evite algo que hace es abarcar como es que cada uno percibe al otro y a la misma situación.

Skinner (1979) asegura que para llegar a la solución de un problema una persona debe tener alteraciones al mismo tiempo de que tiene reforzadores positivos, aunque las contingencias son una variante. Las personas que integren una pareja tendrán que tener un enfrentamiento en contra de los problemas por medio de la toma de decisiones serias y responsables en las diferentes etapas de la relación, en donde existirá la influencia de la comunicación, esto es la base para perfeccionar las técnicas que dan solución a los problemas relacionados con la sexualidad (Mejía, 1998). Pero si no sucede esto, si no se resuelven los cuestionamientos en la brevedad posible la relación solo se estará formando a bases de problemas.

La sexualidad no puede ser un problema pues es parte de la vida del hombre, ya que el hombre mantiene relaciones biológicas, sociales y culturales, estas relaciones dependiendo de su género el cual son todas las reglas asignadas a cada sexo. De las relaciones biopsicosociales surgen unas de carácter de pareja que tiene como antesala la elección de esta en la que los criterios para una

disyuntiva son individuales. Una vez que un hombre y una mujer decidieron formar una relación esta será como muchas en la historia que han existido semejante a la infinidad de embarcaciones, desde una tabla que en el centro se le coloca un palo y una tela cualquiera, hasta un buque, las personas que forman una relación de pareja, tienen que construir una embarcación en la que navegaran, algunas se subirán a esa tabla y otras a ese buque, pero ninguna tendrá una embarcación igual (Caillé, 1993). Llegando un momento en el que existe una reciprocidad en la relación de pareja la interacción entre ambas partes se torna más auténtica pues gradualmente se deja de moderar el comportamiento (Samper y Garciandía, 2007).

## **4. HABILIDADES SOCIALES.**

### **4.1. Generalidades sobre las habilidades sociales.**

En la vida existen diferentes eventos personales que implican estar en relación con otras personas, es inevitable que se apliquen las habilidades sociales (HHSS) para poder tener una relación estable con los demás. La existencia de HHSS se encuentra desde el momento en que el hombre decide dar importancia a los eventos que suceden en la vida cotidiana, frente a los cuales, el mismo hombre carece de destreza para poder encontrar resultados positivos. Pero no siempre las HHSS han sido consideradas como actualmente lo hacemos, en el período de 1950 a 1970 las HHSS eran vistas como comportamientos observables y precisos, en las décadas posteriores se le aumentaron atributos, pero seguían siendo simplemente eventos observables (Trianes, Muñoz y Jiménez, 1997), ahora las HHSS han extendido su estudio a los pensamientos y sentimientos, con esto se sabe que solo son elementos que integran procesos múltiples.

Cuando una persona realiza una acción, las habilidades sociales son una peculiaridad de esta conducta, quiere decir que las HHSS no son un rasgo distintivo de la personalidad para León y Medina (1998), esto Trianes, Muñoz y Jiménez (1997) los contradicen afirmando que cuando alguien recibe entrenamiento en habilidades sociales también incorpora rasgos de su persona a la técnica como moral, convicciones, capacidades, pensamientos, etcétera. En lo



que concuerdan es en que las habilidades sociales forman parte de un método elemental en una intervención que puede mostrar como es que somos capaces de aplicar nuevas conductas sociales y alterar otras que ya tenemos, de este método elemental se forma un repertorio conductual en cada persona.

Al estar en diferentes etapas de la vida nos damos cuenta de que existe una necesidad de enfrentar situaciones diferentes, por lo que nace la necesidad de formar un repertorio conductual, el cual está en un desenvolvimiento constante y manteniendo una dependencia, pues la conducta de una persona está influenciada por las conductas de los demás y la de esta persona surte el mismo efecto en las otras, con lo que se crea un ambiente social alimentado de las habilidades sociales de todos sus miembros.

Un repertorio conductual con habilidades sociales eficientes tiene como característica la realización de actividades con objetivos cumplidos, este tipo de habilidades sociales son adquiridas en la practica y/o en entrenamiento, aunque Caballo (2000) hace mención de la parte innata.

Las habilidades sociales comprenden dos categorías, una es la molar, consiste en la agilidad que se tiene para ejercer en una situación o para hacer defensa de los derechos personales o comunitarios; la otra es la molecular que es la conducta corporal que se esté ejecutando (Caballo, 1996; 2000), sin perder la importancia de la precisión de las HHSS, es decir, en exceso o en decremento no cumplirán con los objetivos planteados.

Las habilidades sociales son importantes para poder tener actividades satisfactorias en la vida cotidiana como lo es tener y extender las redes sociales que tenemos entre otras cosas, aunque como menciona Trower las personas parecemos saber qué son las HHSS de manera innata (Caballo, 1996; 2000).

Para estar más certeros de lo que son las habilidades sociales a continuación se darán las definiciones que algunos autores hacen de ellas.

Como la de McDonald (en Caballo, 2000) quién menciona que la comunicación de las necesidades, a través del lenguaje verbal y/o corporal, que genera una manifestación atractiva al entorno es lo que se puede llamar habilidad social.

Los comportamientos e ideas, que terminen o ayuden con una situación social, problemas o tareas en un modo eficiente, siendo en forma admisible socialmente (Trianes, Muñoz y Jiménez, 1997).

Cuando se suscita una relación interpersonal y se muestran las capacidades de interrelación con la o las otras personas es a lo que se le llama habilidades sociales (Furnham, en León y Medina, 1998).

Para Libert y Lewinsohn (en Caballo, 2000; León y Medina, 1998), la aptitud de llevar a cabo una conducta que funcione como reforzador positivo para el contexto social o que eluda cualquier tipo de castigo designado es una habilidad social.

La manifestación idónea de un efecto que es transmitida en una relación interpersonal, mientras este no sea la ansiedad (Wolpe, 2004).

Los comportamientos aprendidos que aplican las personas en relaciones interpersonales para conseguir o conservar un ambiente social (Kelly, 1992).

Los comportamientos aplicados que abarcan en su totalidad las necesidades individuales, de interacción interpersonal y de carácter social, de manera positiva es lo que se puede llamar habilidades sociales (León y Medina, 1998).

Para Caballo (1996; 2000) es la mezcla de comportamientos expresados por una persona en una relación con otra u otras donde se interponen ideologías, actitudes, deseos, opiniones y/o derechos en una manera acorde a la posición en la que se encuentre, manteniendo consideración y miramiento hacia los demás, provocando la solución a conflictos en seguida del surgimiento de estos teniendo como contingencia la subestimando la ausencia de altercados.

Crespo y Cruzado (2000) mencionan que las aptitudes de comprender y replicar conforme a las reglas sociales, sobre todo cuando se está en una relación interpersonal es lo que se puede designar como HHSS.

Pero también las HHSS tienen características, las cuales, García-Vera Sanz y Gil (1998b) mencionan:

- Aptas para el aprendizaje.
- Son técnicas flexibles.
- Útiles en diferentes eventos y ambientes.
- Adaptación de las técnicas a diferentes ambientes.
- El desarrollo que tienen conforme a la experiencia.
- Forma de ampliar el repertorio conductual.
- Son consideradas un procedimiento psicoeducativo de formación.
- La sencillez con que se manejan las técnicas.
- La comodidad de la organización de las técnicas.
- El uso de un lenguaje coloquial.

Después de saber algunas definiciones y características, hay que decir que una habilidad social consta de tres dimensiones, la primera dimensión es la conductual que hace referencia al carácter de la habilidad, la segunda es la personal que son las variables que surgen de la misma persona y por último está la dimensión situacional que es el ambiente, esto es tomado en cuenta en la evaluación e intervención.

La evaluación en habilidades sociales es un antecedente para la intervención aunque también puede suscitarse durante y después (García-Vera, Gil y Sanz, 1998a). Las formas de evaluación permiten la verificación de conductas ante

distintas situaciones, ya que cuando una persona está enfrentando una enfermedad, el comportamiento de ésta tiene una variación por lo que requiere de la evaluación. Algunas de ellas son:

1) Entrevista. Es un modo sencillo para tener acceso a la problemática de la persona, basándose en la información que se obtenga acerca de cuatro áreas, las cuales hacen referencia a la fisiología, sentimientos/emociones, cognitivo y conductual. También se obtiene una semblanza, datos familiares, datos socioeconómicos y demográficos. La clase de entrevista siempre estará a sujeción del terapeuta, pues él será el único que conozca la meta (García-Vera, Gil y Sanz, 1998b; Nieto-Munuera, Abad, Esteban y Tejerina, 2004; Sierra, 1991).

2) Inventarios. Pueden coadyuvar en la información de la historia clínica y la evaluación, ya que la misma persona, suministra antecedentes que no se mencionaron inicialmente. La ventaja de este método de evaluación es el acceso directo que se tiene a la información sin necesidad de la intervención de otros (García-Vera, Gil y Sanz, 1998a).

3) Cuestionarios. Son herramientas que tienen como objetivo examinar, cuantificar y medir las variables que intervengan en la conducta. Son los más usados tanto en la práctica como en la investigación (García-Vera, Gil y Sanz, 1998a; Nieto-Munuera, Abad, Esteban y Tejerina, 2004).

4) Registro anecdótico. Permiten tener la frecuencia con que una persona realiza una o varias conductas sin la necesidad de supervisión así como de los lugares en donde éstas ocurren (Nieto-Munuera, Abad, Esteban y Tejerina, 2004).

5) Observación. Es una técnica que permite la descripción literal de las conductas problemas, existe la facilidad de tener candidatos para la observación ya que puede ser el psicólogo, la familia, amistades, la persona que se esté tratando y en casos específicos la pareja de esta. Puede suscitarse en el modo de interpretación de papeles que es cuando se simulara una situación (observación estructurada) y/o en el modo de registro que es cuando se anotan las descripciones de los eventos sucedidos (observación no estructurada) en ambos casos todo esta relacionado con la problemática a tratar (Sierra, 1991).

6) Registros psicofisiológicos. Sirven para saber sobre los cambios fisiológicos y las alteraciones que ocasionan, son usados muy constantemente en el área de la salud aunque no pueden confirmar la reincidencia de estos cambios (Sierra, 1991).

7) Expediente médico. Los datos médicos son importantes para la evaluación pues informan sobre la enfermedad, el origen de ésta, la sintomatología, tratamientos, antecedentes psicológicos o psiquiátricos, etcétera (Nieto-Munuera, Abad, Esteban y Tejerina, 2004).

Una vez que se ha obtenido información a través de las formas de evaluación, se pasa a la forma de intervención para obtener un resultado satisfactorio. La psicología aporta una interesante gama de técnicas para el cambio comportamental. Aunque todas las técnicas tienen sus limitantes ya que necesitan ser ajustadas de acuerdo a la persona y/o situación. A continuación se mencionan solo algunas.

1) Autoobservación. Es una técnica en donde se le pide a las personas que registren por sí mismas su conducta, al hacerlo tienen que registrar el lugar y la frecuencia con que sucede. Al suscitarse esto habrá un decremento en la conducta que se esté registrando pero no se puede hacer de esta técnica algo permanente ya que después de un tiempo por lo general se vuelve a incrementar (García-Vera, Gil y Sanz, 1998a).

2) Autoinstruccional y control del diálogo. Esta técnica sirve para el control del comportamiento para poder lograr las metas a través de la eliminación de uno o más comportamientos aunados al comienzo y constancia de otros. Se realizan autorregistros de los pensamientos, con esto se llega a la problemática que hay que abordar teniendo en cuenta las ventajas y desventajas para resolverlo. Se hacen autorregistros de los avances y objetivos que se consiguen (Crespo y Cruzado, 2000; Trianes, Muñoz y Jiménez, 1997).

3) Biorretroalimentación. Es una técnica que permite a la persona poder tener control fisiológico. Unos ejemplos de enfermedades en los que ha sido aplicada

son regulación de la presión arterial, actividad electromiográfica, actividad electroencefalográfica, etcétera (Yates, 1979).

4) Condicionamiento clásico. Consiste en la asociación de estímulos, por decir el estímulo X asociado al estímulo Y tendrán como un resultado Z (respuesta condicionada) (Jiménez, 2004).

5) Condicionamiento operante. Este otro tipo de condicionamiento descubierto por B.F. Skinner, en 1938, afirma que el ambiente y un organismo, constituirán la conducta de éste último y la cual tendrá variaciones o no dependiendo de las contingencias (Jiménez, 2004).

6) Modelamiento. Consiste en que por medio de cualquier apoyo se le muestre a una persona las conductas que se tienen que realizar, en qué lugares y bajo qué situaciones (García-Vera, Gil y Sanz, 1998a).

7) Manejo de contingencias. Es cuando se otorgan y/o quitan reforzadores y/o castigos. Hay otras habilidades que participan en este entrenamiento, aparte de la precisión que se debe tener para poder designar que conductas son las que se llevaran, con qué frecuencia, en qué situaciones, saber y definir qué reforzadores y/o castigos son los designados para conseguir la o las metas (Labrador, 1999).

8) Modificación de conducta. Se basa en los principios del condicionamiento operante, aplicándose especialmente en áreas de la educación y/o asistiendo en



la educación especial. Con el tiempo se incluyó el concepto de cognición dándole importancia a los pensamientos y acontecimientos por su intervención en la alteración conductual (Caballo, 2000).

9) Inoculación de estrés. Es un método que permite estar relajado mientras se estudia, categoriza y se enfrenta una acción trastornante. El entrenamiento comienza con la entrevista inicial con el objetivo de obtener información, después durante varias sesiones se hace el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y por último se pone en práctica lo aprendido (Crespo y Cruzado, 2000).

10) Intervención en crisis. Hay metas que se estipulan como tener control sobre el índice de estrés, realizar conductas que mantengan o aumenten el nivel de relajación y que el paciente tenga alternativas que le permitan actuar de inmediato, éstas se pueden obtener si se le enseña a la persona cómo controlar sus cogniciones, sentimientos y comportamientos (Slaikeu, 1996).

11) Relajación. Esta técnica tiene como objetivo la eliminación de la ansiedad, esto se hace por medio de la respiración, los músculos y/o las afirmaciones positivas que se puede hacer a sí misma una persona. Por medio de la relajación la persona tiene que aprender a respirar por su diafragma como principio a técnicas de respiración más profundas. Solo se necesitan relajar doce pares de músculos de cuatro a cinco sesiones para poder obtener los beneficios esperados. Con las autoafirmaciones positivas un paciente puede generar un estado de relajación, se le entrena para que pueda canalizar estas aseveraciones

a diferentes partes del cuerpo creando una relación con emociones placenteras (Crespo y Cruzado, 2000; García-Vera, Gil y Sanz, 1998a; Nieto-Munuera, Abad, Esteban y Tejerina, 2004; Sierra, 1991; Wolpe, 2004).

12) Entrenamiento asertivo. Se entrena a la persona para que pueda producir conductas socialmente apropiadas, es decir, que le permitan cumplir con sus metas. Con comportamientos asertivos una persona puede reducir es estrés y obtener satisfacción social (Wolpe, 2004).

13) Desensibilización sistemática. Esta técnica es usada para eliminar respuestas de ansiedad (Wolpe, 2004).

Con estas técnicas una persona puede conseguir una conducta meta, entonces se puede decir que el aprendizaje fue logrado, pues la conducta es lo único que es perteneciente a la persona y las habilidades sociales son sólo el sistema para poder lograrlo (León y Medina, 1998). Para conseguir este objetivo es necesario conocer la pluralidad de las relaciones interpersonales que está formada de dos partes, una es la comunicación y la otra es la solución de problemas (Caballo, 2000).

## 4.2. Comunicación.

La comunicación es el proceso por el cual las personas se informan entre si, siendo también la base de las habilidades sociales y el medio por el que se sabe hay expresiones personales, comentarios, preguntas, etcétera.

Para Iturralde (2003) es un sistema conductual incorporado que reconoce, ajusta y conserva las relaciones interpersonales, las que permiten aprender a comprender el ambiente social.

La comunicación es un proceso que permite comprender y participar en la sociedad siendo guiados por la información que se manda y se recibe (Aguilar, 1999).

La conexión que tienen dos personas por medio de las relaciones interpersonales se le conoce como comunicación (Robledo, 2004a).

Un desarrollo efectivo para mantener a la sociedad, sus cambios y la conducta colectiva e individual es la comunicación (Jiménez, 2004).

La comunicación es fundamental para la vida en sociedad pues permite tener una dinámica, un desarrollo y una serie de variaciones a nivel particular, grupal y organizacional. Para que esto suceda las personas que participan en una

conversación deben decodificar las señales del que habla y/o del que escucha para poder desarrollar la comunicación.

La comunicación que tenemos las personas se encuentra basada en un sistema circular o bidireccional, ya que el hombre se encuentra en una constante socialización con otros, cuando esto sucede es cuando se forma la comunicación, la cual está compuesta por el emisor, el receptor, canal de transmisión y el mensaje (Bransford y Stein, 1994; Robledo, 2004a). La constituyen dos modelos, los cuales, explican Iturralde (2003), Jiménez (2004) y Robledo (2004a): 1) el modelo antro-po-semiótico (digital), natural del hombre más conocido coloquialmente como comunicación verbal (CV), es todas las palabras que se enuncian en una conversación y 2) el modelo zoo-semiótico (analógico) o comunicación no verbal (CNV), es todo lo que sucede en una conversación, exceptuando las palabras (gestos, movimientos, tono y volumen de voz, mirada, etcétera).

Con esto se verifica que la comunicación contiene múltiples y frágiles señales, verbales y/o no verbales, por eso siempre se tiene que estar atento a los mensajes que los demás tienen que notificar, ya sea verbal o no verbalmente, así como a lo que uno mismo está transmitiendo.

La comunicación eficaz tiene como características una postura, una entonación y un volumen del emisor así como la comprensión del receptor esto es parte de la comunicación verbal.

Cuando se utiliza la comunicación verbal se debe tomar en cuenta peculiaridades que aumentan su facilidad y efectividad (Bransford y Stein, 1994; Jiménez, 2004):

- Sencillez. Cuando hablamos tenemos que hacerlo de una manera en que lo que transmitimos se entienda, esto es con el uso de frases cortas y con el contenido exacto de información.
- Claridad. Hace referencia a hablar con los mismos tecnicismos dentro de la cultura en la que se encuentre, hablar con términos que desconozca el otro sólo dificulta la comunicación.
- Oportuno. La comunicación se tiene que dar en el momento y lugar adecuados, no olvidando la velocidad con la que se habla.
- Credibilidad. La información tiene que contener validez, fiabilidad y confianza. La honestidad está relacionada con esta parte, se tiene que saber cuáles son las limitaciones y errores tanto de la comunicación como de los personales. También le da un sustento al objetivo que se persigue.

Las partes involucradas en la comunicación deben considerar de la misma forma a la CV que la comunicación no verbal (CNV). La CNV difícilmente se puede evadir pues si se decide no emitir CV aun así las gesticulaciones del rostro y los movimientos corporales arrojan mensajes al resto de las personas (Caballo, 2000).

Quizás hay una percepción errónea pero parte significativa de la comunicación es CNV, Jiménez (2004) marca dos criterios para una excelente CNV:

✚ Presencia física. No es solo estar físicamente en un lugar sino hacer notar con la presencia un interés, existen características que permiten hacer ver esto. Como el acercamiento, el mantenerse distante proyecta en ocasiones rechazo. Otro factor es la mirada natural, no tiene que ser forzada. La postura tiene que ser de franqueza, dar tranquilidad por medio del lenguaje corporal es importante, el tener movimientos inapropiados, la rigidez y/o las tensiones son percibidos como falta de compromiso.

✚ Actitudes. Trasmiten información sobre los pensamientos, hay actitudes que ayudan y otras que obstruyen. Dentro de las que favorecen están el sentido humanitario que es cuando se muestra un afecto intenso y autentico por la otra persona. También está el respeto, o sea, el valor que le damos a la individualidad y la aceptación que es la forma en se integra a las personas. Por el contrario, la superioridad, la frialdad y la falta de interés son factores que imposibilitan la comunicación pues minimiza la existencia del otro.

Esto se apoya en los componentes paralingüísticos, Caballo (2000) e Iturralde (2003) marcan los componentes paralingüísticos que son parte de la CNV, estos afectan el mensaje pues el o los que reciben la información forma juicios dependiendo de cómo se usen, estos componentes son:

- La voz (el tono, el volumen y el timbre).
- El control del tema.
- Duración de la conversación.

- Las pausas.
- La latencia.
- La fluidez y las interrupciones del habla.
- La fluidez, la velocidad, la claridad y las interrupciones.
- Los tiempos.

Ya se han mencionado las relaciones interpersonales, de cómo es que se tienen que afrontar estas situaciones, en este principio de siglo las interacciones, han aumentado y se han complicado, al estar en esta posición aparte de tener una comunicación excelente hace falta una técnica en solución de problemas del mismo nivel.

#### 4.3. Solución de problemas.

Cuando se tiene comunicación y solución de problemas a un nivel eficiente permite lograr metas, designios y sobre todo preservar los derechos personales sin transgredir otros, pues las personas que arreglan sus problemas eficientemente logran formar una adaptación social sólida (Trianes, Muñoz y Jiménez, 1997).

Como mencionan Bransford y Stein (1994) el talento para resolver problemas está basado en conseguir nuevas herramientas que cada vez serán más especializadas, aunque Goldfried y D'Zurrilla (en Goldfried y Davison, 1981)

establecen que la capacidad de adquirir comportamientos es diferente en cada persona la imposición para dar solución a los problemas es de un grado notable.

La solución de problemas es una habilidad que está desarrollándose durante la vida, comenzando en la familia, en la escuela, en el trabajo, en la relación de pareja, etcétera. Claro que como señalan Trianes, Muñoz y Jiménez (1997) los conflictos son diferentes entre infantes iguales que en los adultos, en los primeros un conflicto decrece con el tiempo pero entre adultos esto sucede al revés. Para esto es utilizada la solución en problemas, pues como proceso del dominio público, donde se adquieren y modifican los comportamientos y pensamientos que se serán precisos en las relaciones sociales permiten el equilibrio, o en el defecto, el restablecimiento de las relaciones sociales.

Como señalan Bransford y Stein (1994), la solución de problemas es entender cómo usar la información que obtenemos para poder resolver los eventos más eficientemente. Para Goldfried y Davison (1981) es un desarrollo del comportamiento de la conducta y del pensamiento, teniendo la facultad de solventar problemas potenciales e incrementa la posibilidad de tener comportamientos sociales acertados.

Robledo (2004a) menciona que la solución de problemas es la capacidad de aplicar lo que se sabe para conseguir resultados positivos en los problemas que se tienen.



Algunas características de la solución de problemas son:

- La facultad de estar satisfecho en lo personal y lo social.
- Se mezclan los argumentos de varias personas para obtener un resultado que convenga a todos los involucrados.
- Todos deben estar convencidos y satisfechos con lo convenido.
- Se debe tener la certeza de los argumentos y objetivos planteados, así como la pericia de manifestarlos, abriéndose de igual forma a los que expongan los demás.

Lo aplican generalmente cuando otras técnicas no han tenido el resultado esperado, el objetivo de esta es poder crear en la persona el conocimiento de que las soluciones son sólo potenciales pues el afrontamiento de los problemas son de manera errónea. Primero se tiene que especificar el problema, seguido de esto se hace la definición del problema. Al tener establecido el problema se hace una lista con todas las posibles soluciones tomando en cuenta los desenlaces que estas ocasionarían. Por último se realiza un entrenamiento de la solución seleccionada (Crespo y Cruzado, 2000).

La solución de problemas hace alusión al desarrollo emocional, cognitivo y conductual, por medio del cual, una persona distingue y encuentra las herramientas adecuadas que le permitan resolver sus cuestiones en su vida. Permite adquirir la destreza de poder verificar, evaluar, crear y elegir el final a los

cuestionamientos; al igual que, hacer objetivos haciendo un procedimiento congruente y realista para la situación.

La solución de problemas consta de cinco fases (Crespo y Cruzado, 2000; Trianes, Muñoz, y Jiménez, 1997):

1. Orientación. Es cuando cada miembro da su punto de vista sobre el tema a tratar, la percepción del problema es lo que provocara las conductas consecuentes, esto en un ambiente neutral. Se debe tener presente que existen tres puntos que se tienen que saber: 1) los problemas son comunes en la vida, 2) darse cuenta de la existencia y presencia de un problema y 3) controlar las reacciones repentinas a este.

2. Definición y formulación. Definir es cuando se tiene que precisar con exactitud la problemática esto se tiene que hacer así porque se aumenta la posibilidad de tener una respuesta satisfactoria. Formular es cuando se toma en cuenta las posibles situaciones que pueden impedir la realización de los objetivos. Se examina el conflicto, teniendo en cuenta que debe existir una empatía, un control y una sensibilidad emocional. Se tiene que evitar hacer juicios sobre las HHSS si son buenas o malas, de este modo se pone atención en las deducciones que se han llegado con respecto al conflicto, el efecto que ha tenido en la relación, como los afectados y como a los demás.

3. Propuestas. Las personas tienen que crear las tácticas con las cuales podrán obtener metas que han planteado ambas y que les dejara satisfechas de igual forma. Se tienen que tomar en cuenta todas las ideas pues en cualquiera se puede encontrar un resultado satisfactorio.

4. Decisiones. Se toman en cuenta todas alternativas formuladas junto con sus consecuencias. Se tiene que tratar de pronosticar las probables consecuencias de cada acto a realizar. Después se tiene que tomar la opción que parezca tener el mejor valor benéfico para dar solución a la situación problemática.

5. Procedimiento y comprobación. Lo necesario debe ser realista y al alcance de los involucrados para poder llevarlo a cabo. Se tiene que desglosar paso a paso hasta conseguir la meta marcada, si se tiene una respuesta satisfactoria el procedimiento en solución de problemas habrá terminado y si no es de esta forma se regresara algún punto (definición y formulación, propuestas y/o decisiones) hasta que el resultado sea satisfactorio.

Las HHSS son una técnica que permite las relaciones interpersonales más benéficas siempre y cuando estén empleando correctamente. Tienen un lugar dentro de la Psicología pues es esencial en la educación que es el primer criterio para el aprendizaje sin dificultades para realizar, pudiéndose utilizar para cualquier tipo de situación empleando una comunicación popular. La comunicación y la solución de problemas son dos técnicas que no solo permiten

el acercamiento sino que se les encuentra funcionalidad en situaciones de enfermedad por eso sea hecho investigaciones sobre HHSS para el bienestar de la salud.

#### 4.4. Las habilidades sociales en la salud.

Una de las aplicaciones que se les ha dado a las HHSS dentro de la psicología es en el campo de la salud. Dentro del campo de la salud las HHSS tienen diferentes aplicaciones entre ellas el de hacer realizar comportamientos que mejoren la calidad de vida de personas con alguna enfermedad.

Efectuar habilidades sociales en las que se aplican destrezas tanto cognitivas como técnicas, es una obligación de una persona enferma pues como menciona Bayés limitarse solo a la información es insuficiente para conseguir logros y los enfermos estarían condenados; por esto es importante la investigación en la psicología de la salud para saber los factores de riesgo asociados a la enfermedad (Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz, Rodríguez y Hernández, 2006).

Las investigaciones en HHSS tratan de encontrar la efectividad del entrenamiento en el área de la salud, esto sucede cuando se puede mantener una interacción satisfactoria y eficaz con la adherencia al tratamiento por medio de determinadas capacidades que son congruentes al tratamiento.

Las investigaciones han sido y serán un aspecto importante en la salud sexual y reproductiva, ya que con los resultados pueden servir como guía para la prevención, observación, detección temprana de un potencial problema de salud y una virtual opción a elegir.

Los estudios que se mencionan a continuación demuestran el éxito de las HHSS en diferentes contextos sociales, el como se han ocupado especialmente para el contexto de la salud, esto no quiere decir que las carencias en HHSS sea único el factor que activa la problemática, pero en ocasiones si es parte.

El entrenamiento en HHSS ha tenido excelentes resultados en el campo de la salud. Estos estudios que se mencionan solo son un ejemplo de esto:

✚ Antoñanzas, Salavera y Gosti (2008) analizaron las HHSS en pacientes esquizofrénicos, realizaron una comparación de un grupo de personas sanas y un grupo de personas esquizofrénicas. El resultado fue un bajo nivel por parte de las personas esquizofrénicas, lo que sirvió para proporcionar información para futuras implicaciones en este campo.

✚ Méndez y Beléndez (1994) mencionan en su investigación la relación que existe entre el estrés y la diabetes. En el estudio hacen alusión a como el estrés afecta el control de la diabetes y como las HHSS ayudan a los diabéticos a hacer frente al estrés. Los resultados que obtuvieron mostraron una reducción en las puntuaciones de ansiedad.

✚ Orejón y González (2010) realizaron una investigación en la que se hace una asociación entre habilidades (capacidad para hacer tareas sociales, comportamentales y cognitivas) y salud sexual. Encontraron que el nivel de la capacidad cognitiva, social y conductual se asocia a una disminución de resultados de salud sexual y reproductiva.

✚ Fernández y Ramírez (2008) crearon un programa para desarrollar habilidades sociales que mejoren la convivencia, que se desarrolla en tres bloques: conocerse a sí mismo y a los otros; comunicación y aprender afrontar situaciones sociales; y resolución de conflictos y toma de decisiones.

✚ Miñana y Valles (1998) implementaron un programa de entrenamiento en habilidades sociales que permitiera a personas invidentes estar en interacción con personas videntes. Este programa lo formaron dos partes: la Fase A y la Fase B, la primera que consto de 10 sesiones de entrenamiento en habilidades sociales; la segunda consto de cinco sesiones en las que tenían que realizar un conjunto de actividades las personas invidentes con las videntes, en cada Fase se realizó una evaluación al principio y al final. Al finalizar concluyeron que el programa incrementó la competencia social de las personas invidentes para interactuar con los videntes.

✚ Del Rio, Gámez y Rodríguez (1998) presentaron un programa que permite por medio de las habilidades sociales la adquisición de autonomía personal. Los participantes de este programa tenían que hacer ganchos para colgar la ropa pero parte de esto fue que se tenía que realizar en parejas y un requisito que cumplían las parejas es que se formaron de personas que se observó no tenían convivencia entre sí en el grupo. Al finalizar se consiguió poder insertar el trabajo de personas invidentes en tintorerías de Madrid.

✚ Bellack y Morrison (1982) realizaron una investigación en la que hicieron un comparativo de cuatro tratamientos con fármacos para la depresión y su programa de habilidades sociales. Las habilidades sociales dieron mejor resultado que los tratamientos con fármacos, pues las personas no abandonaron el tratamiento anticipadamente.

✚ Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz, Rodríguez y Hernández (2006) realizaron una investigación que valora el entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. Lo más relevante que obtuvieron como resultado mencionan en el artículo son dos puntos, el primero es el hecho de que es más probable que quienes tengan la habilidad para usar correctamente el condón pueden negociar su uso con su pareja y segundo, la importancia de añadir la aplicación en entrenamiento en el uso del condón en futuros programas.

✚ Piña, Robles y Rivera (2006) se enfocaron en crear un instrumento que evaluara variables históricas y de contexto que provocan un comportamiento sexual arriesgado. En donde los resultados fueron satisfactorios, el instrumento quedo constituido por 44 preguntas, validado y disponible por sus autores.

✚ Hinojo y Fernández (2002) diseñaron un programa para adultos mayores para poder mejorar las habilidades sociales. En donde mencionan que facilita la comunicación y solución de problemas, además de que uno de sus objetivos específicos es la reducción de la ansiedad y el estrés en los adultos mayores.

✚ Marín y León (2001) realizaron un programa en entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la efectividad de la comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes para obtener mejores resultados en la salud. El objetivo de la investigación fue el validar el entrenamiento en HHSS, obteniendo como resultado que el procedimiento es eficaz para incrementar las HHSS de los sujetos expuestos al entrenamiento pues estos tuvieron mejores resultados en el postest de la Escala Multidimensional de Expresión Social utilizada para la evaluación.

✚ León y Jiménez (1998) también presentaron un programa en entrenamiento en HHSS para la formación del profesional de la salud en relación con los



usuarios y el trabajo en equipo, el primer objetivo del programa es comprender los problemas que origina la mala comunicación entre el profesional de la salud y el usuario; y el segundo es entender las ventajas que se establecen una adecuada interacción entre los profesionales de la salud y el paciente, ambos por el bienestar de la salud.

Así, los estudios demuestran que las HHSS incrementan el impulso de comportamientos que apoyan a la salud, además de que son un facilitador para aprender y aplicarlos; con lo que apoyan a mayores esfuerzos de investigación con lo que se lograría tener un aumento en la política y programas en la salud, en especial en la salud sexual y reproductiva.

**5. PROPUESTA**  
**PARA LA COMUNICACIÓN Y SOLUCIÓN**  
**DE PROBLEMAS DE LA PAREJA EN**  
**ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**

En la pareja se dan problemas individuales que afectan la relación, y esta afectación también genera problemas propios de ambos integrantes, pero algunos de ellos pueden mejorar a través de las HHSS, se puede obtener un resultado satisfactorio que mejore la relación. No siempre las relaciones interpersonales tienen una estabilidad positiva, ya que la forma en que lo hacemos es aprendida en la sociedad en la que nos desenvolvemos, sobre todo cuando se habla de vivir en pareja.

La pareja tiene la necesidad de solucionar sus conflictos, los cuales son resultado de su vida en sociedad, estos problemas afectan su equilibrio biopsicosocial. De aquí emerge la necesidad de los programas en HHSS que apoyen a la pareja en sus diferentes problemáticas; en especial de comunicación y solución de problemas que les permite aportar una excelente respuesta a la situación.

La presente propuesta proporcionará fundamentos teóricos y metodológicos de habilidades sociales para parejas con problemas relacionados con enfermedades de transmisión sexual. La propuesta es una técnica que informará de manera individual sobre contextos como salud, habilidades sociales, enfermedades de transmisión sexual y pareja; a la vez informará sobre la problemática y

consecuencias que en conjunto forman estos diferentes contextos. Esta propuesta se apoya en un taller que consta de 25 sesiones semanales con duración de 120 minutos cada una, teniendo por objetivo implementar habilidades sociales (comunicación y solución de problemas) para los problemas de salud sexual. Este taller se realizará en una sala que cuente con la adecuada luz natural y artificial, ventilación, mesas, sillas, pizarrón, rotafolios, pliegos de papel bond (para los rotafolios), gises y marcadores de colores.

A continuación se describe teóricamente la estructura general de la propuesta:

 Coordinador(es).

#### 1. Características.

El coordinador debe tener características como:

- No mentir.
- Facilidad para proporcionar información sintetizada, transmitida a través de un discurso abierto, sincero, indudable y comprensible.
- Tener disposición, comprensión, congruencia, trato y franqueza.
- El coordinador tiene que posibilitar las situaciones para que las parejas puedan expresarse libremente.
- No se deben usar expresiones verbales que segmenten la comunicación.
- Manejar adecuadamente los silencios.

- Siempre esperar las respuestas a lo que sea, no debe dar por entendido algo.
- Escuchar, observar, ocuparse, considerar, aceptar y creer a los participantes.
- El coordinador debe cuidar mucho sus expresiones faciales (mirada y gestos) pues por medio de éstas comunica su ideología. Otras cuestiones que pueden influir en el comportamiento dentro de las sesiones son la postura, el espacio personal, contacto físico, apariencia personal, entre otros.
- Señalar las limitantes de los objetivos del programa.
- Concentrarse en el problema y atacarlo de manera particular o simultánea.
- Intentar hacer ver a cada integrante de la pareja la postura en la que se encuentra en la relación.
- Intentar implementar una función sistemática.
- Hacer entender que el problema es una demanda.
- Resaltar las cualidades de la pareja.
- Fomentar que la pareja distinga sus problemas.
- Favorecer que la pareja reorganice sus intenciones en beneficio de la relación.
- Intervenir como aminorador de la dificultad, se tienen que evitar los informes filosóficos.
- Prestar atención a los debates, se puede recolectar información importante de ellos.
- Cuando se recolecte información, se tiene que obtener con la total cooperación de las personas, sin que éstas se sientan incómodas.

- Evitar las discriminaciones.
- Hacer solo uso de justificaciones aburridas, racionales y/o intelectuales en casos necesarios.
- Se tiene que encontrar los valores de la pareja, pero estos no deben ser utilizados para crear conflictos.
- Se tiene que ver los problemas de una pareja desde la perspectiva de cada miembro.
- Ser imparcial en cualquier momento, aunque en ocasiones hacer lo contrario puede servir de estrategia.

## 2. Atención.

Es necesario el establecimiento de una relación de confianza con la pareja para poder tener la apropiada información y participación de ésta. La atención permitirá el incremento de la satisfacción mientras disminuye el estrés por el desarrollo de las sesiones. Es esencial que el coordinador de las sesiones sea imparcial para que cada una de las parejas pueda expresarse con todo atrevimiento su situación, idea o lo que desee.

## 3. Información.

La manera en que es recopilada la información por los participantes no debe convertirse en una barrera, para que esto suceda el coordinador tendrá que proporcionar cualquier temática, dato, etc; en forma clara y precisa, esto se

lograra utilizando ejemplos, palabras coloquiales y en proporción menor los tecnicismos.

#### 4. Organización.

El coordinador tiene que evitar que la ecuanimidad se pierda. Algún participante puede persistir excesivamente en alguna cuestión, es aquí donde el coordinador tiene que tener la habilidad para poder proseguir con la sesión sin perder la participación de los asistentes.

#### 5. Práctica.

Una cosa que tiene que hacer el coordinador antes de iniciar con las sesiones es revisar todo lo que se realizará. Se puede practicar con personas conocidas, así se podrá dar cuenta el coordinador en posibles fallas que puede llegar a tener.

#### Las sesiones.

##### 1. Participantes.

Se tiene que tener cuidado al momento en que los participantes estén juntos en cualquier dinámica ya que pueden suscitarse problemas por diferentes ideologías.

Se debe tener cuidado con las posibles variantes de generaciones pues no todos pueden aceptar las mismas opiniones de igual forma, por lo mismo las parejas participantes serán heterosexuales. Por último, los participantes contarán con uno o dos coordinadores que asesorarán las sesiones.

## 2. Lugar.

El inmueble tiene que ser cómodo, de preferencia donde esté ajeno a factores (personas, ruido, luces, ambiente, etc) que puedan influenciar las sesiones. Tiene que tratar de evitar espacios que obliguen a permanecer pasivas a las personas.

## 3. Materiales.

Pizarrón, marcadores, tarjetas de papel, plumas de colores, seguros, copias del contenido del taller, registros, pantalla, reproductor de videos, videos (tema salud, tema pareja, tema ETS parte 1, tema ETS parte 2, tema HHSS, de modulación de voz), cámara de video, registro de virtudes de la pareja, registro de la solución de problemas, video (cinco partes solución de problemas).

 **Objetivos.****1. Objetivo general.**

Proporcionar fundamentos teóricos y metodológicos de habilidades sociales para parejas con problemas relacionados con enfermedades de transmisión sexual.

**2. Objetivos específicos.**

- Implementar y/o mejorar las habilidades sociales de las parejas.
- Utilizar técnicas y estrategias que permitan mejorar las relaciones de pareja.
- Crear y/o aumentar actitudes benéficas para las habilidades sociales.
- Realizar técnicas de comunicación.
- Realizar técnicas de solución de problemas.
- Aplicar lo aprendido en la vida cotidiana.

 **Desarrollo.****Estructura general del taller.**

- Uno o dos coordinadores.
- 10 parejas (20 participantes).



- Instalación adecuada.
- Materiales.
- 25 sesiones.
- Cada sesión contará con una presentación, un desarrollo y un cierre.

### **Sesión 1. Información general.**

 Objetivo. Los participantes describirán el contenido del taller.

 Desarrollo.

1) Bienvenida.

El coordinador recibe a los participantes en parejas. Al inicio de la sesión el coordinador agradecerá la asistencia de todas las parejas y continuará presentándose diciendo su nombre, su profesión y el objetivo del taller.

2) Identificación.

El coordinador solicitará que cada persona escriba su nombre en una tarjeta mencionando que para eso pueden utilizar las plumas de colores. Colocarán su tarjeta a la altura del pecho con seguros donde pueda ser visible para los demás integrantes del taller, esto se hará durante cada sesión. El coordinador explicará que cada uno tendrá que presentarse de manera individual.


### 3) Explicación.

Se dará una copia del contenido del taller a cada participante y una explicación sobre el desarrollo de éste, dando un espacio para las dudas y respuestas. Se mencionará la utilización de registros en donde se anotarán las ocasiones en que se aplicó lo aprendido en el taller, por el momento solo se les pedirá que por unas semanas registren las virtudes de su pareja (Anexo 1), para una futura sesión.

### 4) Cierre.

Por último, para cerrar la sesión se hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir a la siguiente sesión.

## **Sesión 2. Salud.**

 **Objetivo.** Los participantes identificarán las características del concepto de salud.

 **Desarrollo.**

#### 1) Iniciar la sesión.

La sesión comenzará a la hora acordada. Se iniciará por explicar lo que está designado para esta sesión. Se aclarará que si existen dudas, el coordinador

estará en toda la disposición de resolverlas. Se repartirán las hojas y las plumas entre los participantes para que puedan hacer anotaciones.

## 2) Presentación del tema.

Esta sesión es la parte teórica del taller, se expondrá la temática de salud con la finalidad de mostrar la mayor información posible. El coordinador mostrará a los participantes un video que contendrá el programa señalado. El programa a seguir es el siguiente:

- Una noción de la psicología de la salud.
- Definición de psicología de la salud.
- Modelos teóricos en Psicología de la Salud.
- El concepto de salud y el desarrollo del proceso salud-enfermedad.

Se proyectará un video que muestre la temática de salud. Al terminar la proyección el coordinador tratará de encontrar dudas e/o incógnitas en el grupo que ya existían y/o se provoquen con la proyección. Después de esto, el coordinador reforzará el tema aclarando las dudas e/o incógnitas apoyándose en el pizarrón.

## 3) Debate.

Una vez que se aclaren las dudas, se abrirá la oportunidad de que cada integrante aporte al resto del grupo su opinión respecto al tema de salud. Algo

importante que sucede aquí es el hecho de permitir a todos los participantes que así lo deseen emitir su opinión, así como hacer que el resto también escuche a los demás emitir la suya, sin que todo esto se salga del control del coordinador.

#### 4) Cierre.

Para cerrar la sesión hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir a la siguiente sesión.

### **Sesión 3. ETS 1.**

 **Objetivo.** Los participantes recibirán información sobre el tema de ETS.

 **Desarrollo.**

#### 1) Iniciar la sesión.

Se comenzará por explicar lo que está designado para la sesión. Se aclarará que si existen dudas el coordinador estará en toda la disposición de resolverlas. Se repartirán las hojas y las plumas entre los participantes para que puedan hacer anotaciones.

#### 2) Presentación del tema.

El coordinador mencionará que el tema es la parte teórica del taller y se expondrá en dos partes con la finalidad de mostrar la totalidad de la información. El

coordinador les dirá a los participantes que en cada sesión se proyectará un video (tema ETS) que muestre la temática de ETS. El video que se mostrará en esta sesión (ETS parte 1) abordará los siguientes temas:

- Características generales de las enfermedades de transmisión sexual.
- Clasificación de las enfermedades de transmisión sexual (parte 1).
- Uso del condón.

Al terminar la proyección el coordinador dará un tiempo para aclarar dudas e/o incógnitas en el grupo que ya existían y/o se provocarán con la proyección. Después de esto el coordinador reforzará el tema aclarando las dudas e/o incógnitas apoyándose en el pizarrón. Después de esto el coordinador dará una hoja con los detalles sobre el uso del condón (Anexo 2).

### 3) Debate.

Una vez que se aclaren las dudas, se abrirá la oportunidad de que cada integrante aporte al resto del grupo su opinión respecto al tema de ETS. Algo importante que sucede aquí es el hecho de permitir a todos los participantes que así lo deseen emitir su opinión, así como hacer que el resto también escuche a los demás emitir la suya, sin que todo esto se salga del control del coordinador.

### 4) Cierre.

Para terminar la sesión se hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará asistir a la segunda parte del tema.

## Sesión 4. ETS 2.

🚦 Objetivo. Los participantes recibirán información sobre el tema de ETS.

🚦 Desarrollo.

1) Iniciar la sesión.

Las sesiones comenzarán a la hora acordada. Se iniciara por explicar lo que está designado para la sesión. Se aclarará que si existen dudas el coordinador estará en toda la disposición de resolverlas. Se repartirán las hojas y las plumas entre los participantes para que puedan hacer anotaciones.

2) Presentación del tema.

El coordinador mencionará que el tema es la parte teórica del taller y que es la segunda exposición de la información sobre ETS. El coordinador les dirá a los participantes que se proyectará un video (tema ETS) que muestre la temática de ETS. El video que se mostrará en esta sesión (ETS parte 2) abordará los siguientes temas:

- Clasificación de las enfermedades de transmisión sexual (parte 2).
- Las enfermedades de trasmisión sexual en la relación de pareja.
- Puntos a seguir en el cuidado de la salud.

Al terminar la proyección el coordinador dará un tiempo para aclarar dudas e/o incógnitas en el grupo que ya existían y/o se provoquen con la proyección.

Después de esto el coordinador reforzará el tema aclarando las dudas e/o incógnitas apoyándose en el pizarrón. Después de esto el coordinador dará una hoja con los detalles sobre puntos a seguir en el cuidado de la salud (Anexo 3).


### 3) Debate.

Una vez que se aclaren las dudas, se abrirá la oportunidad de que cada integrante aporte al resto del grupo su opinión respecto al tema de ETS. Algo importante que sucede aquí es el hecho de permitir a todos los participantes que así lo deseen emitir su opinión, así como hacer que el resto también escuche a los demás emitir la suya, sin que todo esto se salga del control al coordinador.

### 4) Cierre.

Para terminar la sesión se hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir.

## **Sesión 5. La Pareja.**

 Objetivo. Los participantes identificarán las características del concepto de pareja.

 Desarrollo.

## 1) Iniciar la sesión.

Se comenzará por explicar lo que está designado para esta sesión. Se aclarará que si existen dudas el coordinador estará en toda la disposición de resolverlas. Se repartirán las hojas y las plumas entre los participantes para que puedan hacer anotaciones.

## 2) Presentación del tema.

Esta sesión es parte teórica del taller, se expondrá la temática de pareja con la finalidad de mostrar la información. El coordinador mostrará a los participantes un video que contendrá el programa señalado. El video que se mostrará en esta sesión (Pareja) abordará los siguientes temas:

- La sexualidad en la pareja.
- La función del género en la relación de pareja.
- Concepto de pareja.
- La elección de pareja.
- La pareja: salud, comunicación y soluciones.

Se proyectará un video que muestre la temática de pareja. Al terminar la proyección el coordinador tratará de encontrar dudas e/o incógnitas en el grupo que ya existían y/o se provoquen con la proyección. Después de esto, el coordinador reforzará el tema con dos actividades, la primera será dando él mismo la lección de pareja y la segunda aclarando las dudas e/o incógnitas.



### 3) Debate.

Una vez que se aclaren las dudas, se abrirá la oportunidad de que cada integrante aporte al resto del grupo su opinión respecto al tema de pareja. Una vez que se acabe con esta parte de las opiniones, el coordinador junto con los integrantes formarán un concepto de pareja que se manejará en el taller. Se tiene permitir a todos los participantes que así lo deseen emitir su opinión, así como hacer que el resto también escuche a los demás emitir la suya, sin que todo esto se salga de control al coordinador.

### 4) Cierre.

Para concluir la sesión hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir a la siguiente sesión.

## **Sesión 6. HHSS.**

 Objetivo. Los participantes recibirán información sobre el tema de HHSS.

 Desarrollo.

#### 1) Iniciar la sesión.

Se iniciará por explicar lo que está designado para esta sesión. Se aclarará que si existen dudas el coordinador estará en toda la disposición de resolverlas. Se

repartirán las hojas y las plumas entre los participantes para que puedan hacer anotaciones.

## 2) Presentación del tema.

Esta sesión es parte teórica del taller, se expondrá la temática de HHSS con la finalidad de mostrar la información. El coordinador mostrará a los participantes un video que contendrá el programa señalado. El programa a seguir en esta sesión (HHSS) es el siguiente:

- Generalidades sobre las habilidades sociales.
- Comunicación.
- Solución de problemas.
- Las habilidades sociales en la salud.

Se proyectará un video que muestre la temática de HHSS. Al terminar la proyección, el coordinador tratará de encontrar dudas e/o incógnitas en el grupo que ya existían y/o se provoquen con la proyección. Después de esto el coordinador reforzará el tema con dos actividades, la primera será dando él mismo la lección de HHSS y la segunda aclarando las dudas e/o incógnitas.

## 3) Debate.

Una vez que se aclaren las dudas, se abrirá la oportunidad de que cada integrante aporte al resto del grupo su opinión respecto al tema de pareja. Una vez que se acabe con esta parte de las opiniones, el coordinador y los integrantes

formarán un concepto de pareja que se manejará en el taller. Se tiene permitir a todos los participantes que así lo deseen emitir su opinión, así como hacer que el resto también escuche a los demás emitir la suya, sin que todo esto se salga de control al coordinador.

#### 4) Cierre.

Para concluir la sesión se hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir a la siguiente sesión.

### **Sesión 7 y 8. Conducta verbal y no verbal (con otro).**

Objetivo. La pareja realizará conductas verbales y conductas no verbales con otra persona.

Desarrollo.

#### 1) Presentación.

El coordinador mencionará el objetivo de la sesión, dará un resumen sobre lo que es la comunicación, se enfocará en el concepto, sus componentes y su función. Para que el coordinador pueda saber si está claro para los participantes lo que es la comunicación, les hará unas preguntas que contestarán.

## 2) Preguntas.

Los participantes explicarán con sus propias palabras las siguientes preguntas:

- ✚ ¿Qué es la comunicación?
- ✚ ¿Cuáles son sus componentes?
- ✚ ¿Cuál es su función?

El coordinador revisará el ejercicio de cada uno de los integrantes. En caso de ser necesario, el coordinador tendrá que aclarar las dudas y aceptar comentarios de los participantes.

El coordinador evaluará la comunicación que tenga cada participante. Esto se hará, formando aleatoriamente diadas, en las que ambas personas estarán en constante interacción, no se permitirán conductas pasivas.

## 3) Representaciones.

Se les pedirá a cada una de las diadas que representen cualquier situación que ellos deseen. Se les otorgarán diez minutos para que cada diada se ponga de acuerdo en la representación. Después todos los participantes harán un círculo y cada diada pasará al centro a hacer su representación, mientras los demás observan, cada representación será filmada.

Los participantes y el coordinador basándose en las anotaciones que hicieron harán una retroalimentación de cada representación, la cuál deberá tener una aportación al mejoramiento de la conducta.

#### 4) Filmaciones.

Cuando se termine la parte de las representaciones, se observarán las filmaciones. El coordinador abrirá el debate sobre los aciertos y errores en las representaciones.

#### 5) Cierre.

Para cerrar la sesión se entregarán los registros de conductas en comunicación (Anexo 4), hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordara cuando asistir a la siguiente sesión.

### **Sesión 9 y 10. Conducta verbal y no verbal (con la pareja).**

Objetivo. La pareja utilizará conductas verbales y conductas no verbales con la pareja.

Desarrollo.

#### 1) Presentación.

El coordinador empezará por recoger los registros y después mencionará el objetivo de la sesión, dará en resumen las actividades a realizar. El coordinador empezará por mencionarles a los participantes que la actividad siguiente será realizada por él mismo.

## 2) Modelamiento.

El coordinador, utilizando sus anotaciones, la retroalimentación del grupo y las filmaciones hará uso de la técnica de modelamiento. El coordinador modelará las conductas que sean necesarias.

## 3) Representaciones.

El coordinador mencionará que la siguiente actividad se realizará con la pareja y estará relacionada con alguna situación de la vida en pareja, la cual será filmada. Se les otorgarán a las parejas diez minutos para ponerse de acuerdo en la situación a representar. Una vez que estén en representación, el resto de los participantes y el coordinador harán anotaciones para que cuando terminen las representaciones puedan hacer una retroalimentación.

## 4) Filmaciones.

Cuando se termine la parte de las representaciones, se observarán las filmaciones. El coordinador abrirá el debate sobre los aciertos y errores en las representaciones, también apoyándose en las anotaciones hechas durante las representaciones.

#### 5) Cierre.

Para cerrar la sesión el coordinador entregará los registros de conductas en comunicación (Anexo 4), hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir.

### **Sesión 11 y 12. Modulación de la voz.**

Objetivo. Los miembros de la pareja practicarán el regulamiento de su voz.

Desarrollo.

#### 1) Presentación.

El coordinador comenzará por recoger los registros, después mencionará el objetivo de la sesión y dará en resumen las actividades a realizar. El coordinador explicará brevemente las actividades a realizar inmediatamente en la sesión.

#### 2) Modelamiento.

El coordinador expondrá rápidamente la importancia de la fluidez, la elevación, la disminución, el tono y el volumen en el diálogo con su pareja. El coordinador realizará dos actividades, la primera será la ejecución de diferentes formas de modular la fluidez, la elevación, la disminución, el tono y el volumen de la voz en una plática. La segunda actividad que hará el coordinador será la de mostrar con

el apoyo de escenas filmadas las diferentes formas de modular la fluidez, la elevación, la disminución, el tono y el volumen de la voz en una plática.

### 3) Representaciones.

El coordinador mencionará que la siguiente actividad se realizará con la pareja y estará relacionada con alguna situación de la vida en pareja, la cual será filmada. Se les otorgará a las parejas diez minutos para ponerse de acuerdo en la situación a representar. Una vez que estén en representación el resto de los participantes y el coordinador harán anotaciones para que cuando terminen las representaciones puedan hacer una retroalimentación.

### 4) Filmaciones.

Cuando se termine la parte de las representaciones, se observarán las filmaciones. El coordinador abrirá el debate sobre los aciertos y errores en las representaciones, también apoyándose en las anotaciones hechas durante las representaciones.

### 5) Cierre.

Para cerrar la sesión el coordinador entregará los registros de conductas en comunicación (Anexo 4), hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir.



### **Sesión 13 y 14. Iniciar, mantener y terminar una conversación.**

Objetivo. Los miembros de la pareja dramatizarán el iniciar, mantener y terminar una conversación con su pareja.

Desarrollo.

#### 1) Presentación.

El coordinador mencionará el objetivo de la sesión, dará en resumen las actividades a realizar. El coordinador explicará brevemente las actividades a realizar inmediatamente en la sesión, antes de esto recogerá los registros.

#### 2) Representaciones.

El coordinador mencionará que la siguiente actividad debe durar diez minutos, se realizará con la pareja y estará relacionada con alguna situación de la vida en pareja, la cual será filmada. Se les otorgarán a las parejas diez minutos para ponerse de acuerdo en la situación a representar. Una vez que estén en representación el resto de los participantes y el coordinador harán anotaciones para que cuando terminen las representaciones puedan hacer una retroalimentación.

### 3) Filmaciones.

Cuando se termine la parte de las representaciones, se observarán las filmaciones. El coordinador abrirá el debate sobre los aciertos y errores en las representaciones, también apoyándose en las anotaciones hechas durante las representaciones.

### 4) Cierre.

Para cerrar la sesión el coordinador entregará los registros de conductas en comunicación (Anexo 4), hará un resumen de la próxima sesión donde se les pedirá llevar la lista de virtudes de su pareja (Anexo 1), se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuando asistir a la siguiente sesión.

## **Sesión 15. Cumplidos.**

Objetivo. Los miembros de la pareja harán cumplidos a su pareja.

Desarrollo.

### 1) Presentación.

El coordinador mencionará el objetivo de la sesión, dará en resumen las actividades a realizar. El coordinador explicará brevemente la actividad a realizar inmediatamente en la sesión, después recogerá los registros.

## 2) Exposición.

El coordinador explicará a los participantes la importancia de comunicar las cualidades positivas de su pareja.

## 3) Presentaciones.

Cada participante declamará las cualidades positivas de su pareja frente al coordinador, el resto del grupo y su pareja; las que serán filmadas.

## 4) Cierre.

Para cerrar la sesión el coordinador entregará los registros de conductas en comunicación (Anexo 4), hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir.

## **Sesión 16. Defender derechos personales.**

Objetivo. Los miembros de la pareja ensayarán la defensa de sus derechos.

Desarrollo.

### 1) Presentación.

El coordinador mencionará el objetivo de la sesión, dará en resumen las actividades a realizar. El coordinador explicará brevemente la actividad a realizar inmediatamente en la sesión.

### 2) Lista.

El coordinador solicitará a los participantes que en una hoja desarrollen una lista de derechos que ellos tengan y/o quisieran tener. Al terminar se les pedirá que hagan una lista de los derechos que tenga su pareja y/o quisieran que tuviera.

### 3) Discusión.

Se hará una discusión sobre los derechos que se tienen y/o se quieren tener.

### 4) Video.

En un video se mostrarán situaciones en las que se defiendan derechos personales.

#### 5) Representaciones.

Se hará un sorteo para formar duetos, de modo que no queden con su pareja. Una vez hechas se sortearán situaciones en las se tengan que defender algún derecho personal.

#### 6) Cierre.

Para cerrar la sesión el coordinador mencionará en resumen la próxima sesión, entregará los registros de conductas en comunicación (Anexo 4), se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuando asistir a la siguiente sesión.

### **Sesión 17. Agresiones verbales.**

Objetivo. Los miembros de la pareja efectuarán el enfrentamiento de situaciones agresivas.

Desarrollo.

#### 1) Presentación.

El coordinador mencionará el objetivo de la sesión, dará en resumen las actividades a realizar. El coordinador explicará brevemente la actividad a realizar inmediatamente en la sesión.

## 2) Métodos.

El coordinador primero les preguntará a los participantes cómo es la forma en que hacen frente a las situaciones agresivas en la relación de pareja. Después de esto, el coordinador proporcionará métodos correctos para hacer frente a las situaciones de agresión verbal. Se abrirá un espacio para aclarar dudas y/o hacer comentarios.

## 3) Representaciones.

Se hará un sorteo para formar duetos, de modo que no queden con su pareja. Una vez hechas se sortearán situaciones en las que se tenga que controlar situaciones de agresión verbal. Al terminar, se discutirán las representaciones en donde se podrá expresar las dudas y/o comentarios que se tengan.

## 4) Cierre.

Para el cierre de la sesión, el coordinador entregará a cada participante un video y retroalimentación que tendrán que analizar para la siguiente reunión, el coordinador entregará los registros de conductas en comunicación (Anexo 4), hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir a la siguiente sesión.

## **Sesión 18. Repaso 1.**

Objetivo. Los miembros de la pareja practicarán las habilidades sociales revisadas previamente.

Desarrollo.

### 1) Presentación.

El coordinador mencionará el objetivo de la sesión, dará en resumen las actividades a realizar. El coordinador explicará brevemente la actividad a realizar inmediatamente en la sesión.

### 2) Asesoría.

El coordinador realizará un reporte del rendimiento de cada participante. El coordinador los asesorará por parejas, primero cada uno dará sus aciertos y después darán sus errores; después el coordinador les hará saber sus aciertos seguidos de sus errores.

### 3) Representaciones.

El coordinador mencionará que la siguiente actividad debe durar diez minutos, se realizará con la pareja y estará relacionada con alguna situación de la vida en

pareja, la cual será filmada. Se les otorgará a las parejas diez minutos para ponerse de acuerdo en la situación a representar. Una vez que estén en representación el resto de los participantes y el coordinador harán anotaciones para que cuando terminen las representaciones puedan hacer una retroalimentación.

#### 4) Cierre.

Para cerrar la sesión, el coordinador mencionará en resumen la próxima sesión haciendo mención de que la siguiente sesión se dedicará a iniciar con la solución de problemas. Para terminar se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir a la siguiente sesión.

### **Sesión 19. Orientación.**

Objetivo. Los miembros de la pareja aplicarán la orientación en la solución de problemas.

Desarrollo.

#### 1) Presentación.

El coordinador mencionará el objetivo de la sesión, dará en resumen las actividades a realizar. Recordará que tiene que emplearse lo aprendido hasta el



momento en las actividades futuras. El coordinador empezará por mencionarles a los participantes que la siguiente actividad será realizada por él mismo.

## 2) Resumen.

El coordinador dará un resumen del tema de solución de problemas. Hará énfasis en las cinco fases (1) orientación, 2) definición y formulación del problema, 3) propuestas, 4) decisiones y 5) procedimiento y comprobación) que se tienen que abordar para llegar a la solución de un problema. En esta sesión el coordinador se dedicará a desarrollar el punto de orientación.

## 3) Fases de la orientación.

El coordinador realzara la importancia que tiene el que la pareja tenga presente la existencia de los problemas, por medio de las fases de la orientación, las cuales son:

- Frecuencia de los problemas. El coordinador mencionará a la pareja lo comunes que son los problemas en la vida, lo importante que es hacer saber de la impresión que se tiene del problema o problemas en la pareja.
- Presencia y existencia de los problemas. El coordinador mencionará a la pareja que los problemas no se deben dejar de lado, para esto hará énfasis en la importancia que es el caracterizar, clasificar y evaluar el problema o problemas que se tengan en la relación.

- Control de reacciones irracionales. El coordinador dirá a la pareja como los problemas son controlables y tienen solución a través de la disposición, el trabajo personal y el tiempo.

#### 4) Video.

Los participantes verán un video que estará diseñado especialmente para las sesiones relacionadas con solución de problemas. El video será un problema relacionado con ETS que tiene una pareja, tendrá cinco partes, cada parte mostrará un punto de la solución de problemas que la pareja ejecuta. Antes de empezar la transmisión del video (parte 1: orientación), se les indicara a los participantes que harán anotaciones del video donde se represente la orientación.

#### 5) Registro del video

Al terminar el video cada participante dará su punto de vista sobre la fase de la orientación en el video. De ser necesario se abrirá un debate entre los participantes en el cual el coordinador tendrá funciones de moderador y aclarador de dudas.

## 6) Cierre.

Para concluir la sesión se entregaran los registros de conductas en comunicación (Anexo 4) y de solución de problemas (Anexo 5) el coordinador explicará que con un solo registro de este último bastará para el resto de las sesiones, hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir a la siguiente sesión.

### **Sesión 20. Definición y formulación.**

Objetivo. Los miembros de la pareja definirán y formularán problemas adecuadamente.

Desarrollo.

#### 1) Presentación.

El coordinador mencionará el objetivo de la sesión, dará en resumen las actividades a realizar. Recordará que tienen que emplearse los conocimientos específicos aprendidos hasta el momento en las actividades futuras. El coordinador empezará por mencionarles a los participantes que la siguiente actividad consiste en saber cómo hacer la definición y formulación de un problema.

## 2) Video.

Los participantes verán un video sobre solución de problemas (parte 2: definición y formulación). Antes de empezar la transmisión del video se les indicará a los participantes que hagan anotaciones del video donde se represente la definición y solución de problemas.

## 3) Registro del video.

Al terminar el video, cada participante dará su punto de vista sobre la fase de la definición y formulación en el video. De ser necesario se abrirá un debate entre los participantes, en el cual el coordinador tendrá funciones de moderador y aclarador de dudas.

## 4) Problemas.

Cuando se hayan aclarado las dudas, el coordinador les dirá a los participantes que cada pareja escribirá un problema de pareja relacionado con ETS (ficticio). Cuando cada pareja termine de detallar y escribir su problema en un papel, el coordinador se dedicará, a través de un sorteo a designar un problema por pareja y a la mismo tiempo les dará dos registros de solución de problemas.

#### 5) Orientación, definición y formulación.

Una vez que a cada pareja se le asignó problema, el coordinador les pedirá que como actividad realicen la orientación, definición y formulación del problema; utilizando uno de los registros de solución de problemas. Cuando terminen todas las parejas, cada una expondrá frente al resto de los participantes y el coordinador lo que tienen como orientación, definición y formulación del problema para poder recibir retroalimentación.

#### 6) Cierre.

Para concluir la sesión se entregarán los registros de conductas en comunicación (Anexo 4), se les pedirá que trabajen los dos primeros puntos de la solución de problemas en el problema asignado, se hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuando asistir a la siguiente sesión. Se le sugerirá a las parejas que pueden usar el registro en la problemática que les aqueja.

## **Sesión 21. Generación de alternativas.**

Objetivo. Los miembros de la pareja efectuarán a elaborar generación de alternativas.

Desarrollo.

### 1) Presentación.

El coordinador mencionará el objetivo de la sesión, dará en resumen las actividades a realizar. Recordará que tienen que emplearse los conocimientos específicos aprendidos hasta el momento en las actividades futuras.

### 2) Revisión de los registros de solución de problemas.

Se empezara por retomar el adelanto que cada pareja tiene en su problema asignado en donde deben estar abordados los dos primeros puntos de la solución de problemas, es decir, orientación, definición y formulación del problema. El coordinador dedicara tiempo a los problemas que puedan tener los participantes con sus problemas asignados.

### 3) Video.

Los participantes verán un video sobre solución de problemas (parte 3: generación de alternativas). Antes de empezar la transmisión del video, se les

indicará a los participantes que harán anotaciones del video donde se represente la generación de alternativas.

#### 4) Registro del video.

Al terminar el video, cada participante dará su punto de vista sobre la fase de la generación de alternativas en el video. De ser necesario se abrirá un debate entre los participantes, en el cual el coordinador tendrá funciones de moderador y aclarador de dudas.

#### 5) Problemas.

El coordinador les pedirá que como actividad realicen la generación de alternativas del problema; utilizando el registro de solución de problemas, se les pedirá en especial que para formar opciones escriban cualquier idea que les surja, que no frenen sus ideas por ninguna situación. Cuando terminen todas las parejas cada una expondrá frente al resto de los participantes y el coordinador lo que tienen como generación de alternativas del problema para poder recibir retroalimentación.

## 6) Cierre.

Para concluir la sesión, se entregarán los registros de conductas en comunicación (Anexo 4), se les pedirá que trabajen los tres primeros puntos de la solución de problemas en el problema asignado, se hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuando asistir a la siguiente sesión.

## **Sesión 22. Toma de decisiones.**

Objetivo. Los miembros de la pareja utilizarán la elaboración de generación de alternativas.

Desarrollo.

### 1) Presentación.

El coordinador mencionará el objetivo de la sesión, dará en resumen las actividades a realizar. Recordará que tienen que emplearse los conocimientos específicos aprendidos hasta el momento en las actividades futuras.

### 2) Revisión de los registros de solución de problemas.

Se empezará por retomar el adelanto que cada pareja tiene en su problema asignado en donde deben estar abordados los dos primeros puntos de la solución de problemas, es decir, orientación, definición y formulación del problema. El



coordinador dedicara tiempo a los problemas que puedan tener los participantes con sus problemas asignados.

### 3) Video.

Los participantes verán un video sobre solución de problemas (parte 4: decisiones). Antes de empezar la transmisión del video, se les indicará a los participantes que harán anotaciones del video donde se represente la toma de decisiones.

### 4) Registro del video.

Al terminar el video, cada participante dará su punto de vista sobre la fase de la generación de alternativas en el video. De ser necesario se abrirá un debate entre los participantes en el cual el coordinador tendrá funciones de moderador y aclarador de dudas.

### 5) Problemas.

El coordinador les pedirá que como actividad realicen la generación de alternativas del problema; utilizando el registro de solución de problemas, se les pedirá en especial que para formar opciones escriban cualquier idea que les surja,

que no frenen sus ideas por ninguna situación. Cuando terminen todas las parejas cada una expondrá frente al resto de los participantes y el coordinador lo que tienen como generación de alternativas del problema para poder recibir retroalimentación.

#### 6) Cierre.

Para concluir la sesión, se entregarán los registros de conductas en comunicación (Anexo 4), se les pedirá que trabajen los cuatro primeros puntos de la solución de problemas en el problema asignado, se hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir a la siguiente sesión.

### **Sesión 23. Procedimiento y comprobación.**

Objetivo. Los miembros de la pareja aplicarán el procedimiento y comprobación en la solución de problemas.

Desarrollo.

#### 1) Presentación.

El coordinador mencionará el objetivo de la sesión, dará en resumen las actividades a realizar. Recordará que tienen que emplearse los conocimientos específicos aprendidos hasta el momento en las actividades futuras.

## 2) Video.

Los participantes verán un video sobre solución de problemas (parte 5: procedimiento y comprobación). Antes de empezar la transmisión del video, se les indicara a los participantes que harán anotaciones del video donde se represente la orientación.

## 3) Registro del video.

Al terminar el video, cada participante dará su punto de vista sobre la fase de procedimiento y comprobación. De ser necesario se abrirá un debate entre los participantes, en el cual el coordinador tendrá funciones de moderador y aclarador de dudas.

## 4) Final del registro.

Se les pedirá a los participantes que terminen con su problema asignado realizando la parte de procedimiento y comprobación en donde se les indicará que siempre en caso de tener una solución insatisfactoria se tendrá que regresar a tomar otra decisión. Cuando terminen todas las parejas, cada una expondrá frente al resto de los participantes y el coordinador, el proceso de solución de problemas que desarrollaron en las sesiones.

### 5) Cierre.

Para concluir la sesión se entregarán los registros de conductas en comunicación (Anexo 4), se hará un resumen de la próxima sesión, se les pedirá que si tienen o llegan a surgir dudas las mencionen en la siguiente reunión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir a la siguiente sesión.

## **Sesión 24. Repaso 2.**

Objetivo. Los miembros de la pareja practicarán la solución de problemas vistas previamente.

Desarrollo.

### 1) Presentación.

El coordinador mencionará el objetivo de la sesión, dará en resumen de la sesión anterior. El coordinador explicará brevemente la actividad a realizar inmediatamente en la sesión.

### 2) Asesoría.

El coordinador realizará un reporte del rendimiento de cada participante. El coordinador los asesorará por parejas, primero cada uno dará sus aciertos y

después darán sus errores; después el coordinador les hará saber sus aciertos seguidos de sus errores.

### 3) Representaciones.

El coordinador mencionará que la siguiente actividad debe durar diez minutos, se realizará con la pareja y estará relacionada con alguna situación de la vida en pareja, la cual será filmada. Se les otorgará a las parejas diez minutos para ponerse de acuerdo en la situación a representar. Una vez que estén en representación el resto de los participantes y el coordinador harán anotaciones para que cuando terminen las representaciones puedan hacer una retroalimentación.

### 4) Cierre.

Para cerrar la sesión el coordinador entregará los registros, hará un resumen de la próxima sesión, se agradecerá la participación de cada persona y se les recordará cuándo asistir a la siguiente sesión.

## **Sesión 25. Clausura.**

Objetivo. Los participantes aclararán dudas y clausurarán el taller.

Desarrollo.

El coordinador mencionará que el objetivo será aclarar las dudas que se tengan o surjan sobre el taller o relacionado a éste. Se entregarán reconocimientos. Se les recordará poner en práctica las técnicas aprendidas. Se les invitará a tomar un tentempié para clausurar oficialmente el taller.

## **CONCLUSIONES.**

Cada vez se hace más importante el poder entender la relación de pareja y a la vez como es que ésta se desenvuelve en los diferentes contextos sociales, todo esto para saber como en situaciones especiales se pueden modificar las condiciones internas y externas para una mejor vida en pareja.

La pareja es un concepto difícil de generalizar, pero si se puede estar de acuerdo en que una pareja son dos personas que comparten su vida ya sea de forma momentánea o en su totalidad.

La pareja tiene que atender constantemente conflictos como parte de su relación, lo ideal es no ver esto como algo incorregible mucho menos como algo inexistente y cada parte de la pareja tiene que pensar detalladamente en la situación que se presenta, pues un error podría culminar con la relación sobre todo las enfermedades, en especial las que se relación con las prácticas sexuales.

Las ETS tienen un impacto negativo en el contexto social y en el de la salud pero esto se encuentra envuelto por una serie de conductas que producen perjuicios y consecuencias no solo a nivel de pareja sino también psicológico, familiar y social.

Es complicado tener datos exactos de cualquier tipo de población en esta situación, pues las circunstancias no permiten que todos tengan acceso a denunciar la problemática debido a diferentes cuestiones como la familia, imagen personal, insuficiencia de la información, el miedo, etc. Las estadísticas que se pudieran hacer sobre esto no reflejarían realmente la dimensión del problema y mucho menos las personas que tienen atención médica en todos los aspectos ya que son una minoría.

En estos casos, el entrenamiento en HHSS son una técnica adecuada pues permite demostrar la adaptación social a las diferentes situaciones que se forman a través de distintas conductas unas que se forman y otras que se modifican.

Al llevar a cabo el entrenamiento en HHSS se obtiene un mayor control de la situación y equilibrio en la relación de pareja, con esto los miembros de la pareja se sienten más relajados y pueden desarrollar capacidades para construir un contexto adecuado y propicio para sus objetivos.

Para poder prevenir y/o resolver ETS en la pareja, las HHSS son una solución precisa sobre todo cuando existe una comunicación y solución de problemas adecuada para la situación. Para llegar a tener una relación estable es necesario tener una comunicación, es decir, hablar abiertamente de la situación haciendo explícito lo que era implícito y de ahí partir a la solución realista de los problemas.



La comunicación y la solución de problemas son herramientas que permiten solventar a la pareja las situaciones que son problemáticas, pues permiten el fortalecimiento de la cooperación y la disminución del conflicto ante la enfermedad.

Cuando se realiza una comunicación deficiente en la pareja, la coloca en posición de crisis, al grado de llegar a destruir la relación, de aquí la importancia de ser coherente en la comunicación, pues también es el punto de partida hacia una adecuada negociación a la solución de problemas.

La solución de problemas es una actividad que se tiene que dar necesariamente en la pareja para poder tener en la vida una mejor relación, más satisfactoria y solida. Para poder llegar a solucionar problemas se debe tener presente que no se tiene que mentir, se tiene que exponer el punto de vista personal recibir otros y de la fusión de estos obtener soluciones satisfactorias, que a la vez permitan sentir placer a los envueltos en la situación.

Pareciera que es solo una etapa el adquirir comportamientos benéficos para la salud, pero en realidad es todo un desarrollo del comportamiento para poder prevenir la enfermedad, sobre todo la de la pareja.

Por esto, el objetivo de esta tesis fue presentar una propuesta sobre habilidades sociales que pueden apoyar a parejas que viven con alguna ETS, esta propuesta

guía a las personas en la dificultad de su padecimiento y de esta manera poder disminuir las variables que afectan la relación y su vida.

Una vez que en un futuro se aplique la propuesta esperaría que las parejas no lo tomen solamente como información sobre las ETS, sino que también sirva de análisis para poder enfrentar su problemática y de apreciación a su pareja que lo merece al hacer un esfuerzo por restaurar su relación.

Pero existen otros factores que deben existir para poder combatir esta dificultad, como por ejemplo la necesidad de construir espacios, trabajos y otras elecciones para las personas portadoras de ETS, porque el contacto humano es valioso sobre todo en el ámbito familiar.

La prevalencia de ETS en nuestro país requiere de una modificación en los métodos de atención pues se encuentran causando directa o indirectamente la muerte de parte de la población. También causa el trabajo multidisciplinario entre los profesionales de la salud, sobre todo en aquellas que son incurables.

Cuando una persona contrae una ETS, debe recibir tratamiento al igual que la o las personas con las que ha tenido algún tipo de interacción sexual ya que si una de las partes no recibe el tratamiento la ETS se seguirá propagando; para esto son útiles los datos que arroja la historia clínica y la exploración física aunque no

son suficientes para el diagnóstico lo que hace el estudio de las ETS difíciles aparte de esto la detección de ETS es costosa y dificultosa para la pareja.

Estas situaciones son los retos que tienen los profesionales de la salud y su responsabilidad es reducirlos para que la salud no destruya las relaciones de pareja, pues es un antecedente de la familia, la cual es pilar de la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA.

Aguilar, J. (1999). Sexualidad y comunicación familiar. En: E, Viñales (Compilador). *Hablemos de sexualidad*. pp.185-195. México: CONAPO-MEXFAM.

Aguilar, J; Botello, L y Aumak, K. (1998). *Hablemos de la autoconciencia de la salud sexual y reproductiva*. Washington: Universidad Georgetown.

Aguilar, J; Botello, L y Aumak, K. (1999). *Cuidemos nuestro cuerpo*. Washington: Universidad Georgetown.

Alberoni, F. (2002). *Te amo*. Barcelona: Gedisa.

Alfonso, J. (2005). Epidemiología general de las infecciones transmitidas sexualmente. En: J, Vilata (Compilador). *Venereología: aspectos epidemiológicos y clínicos de infecciones transmitidas por vía sexual*. Cap. 2. Madrid: Aula Medica.

Amigo, I; Fernández, C y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México*. México: Population Council.

Anderson, S. (2007). *Human papillomavirus*. London: Allen Lane.

Antoñanzas, J; Salavera, C y Gosti M. (2008). Habilidades sociales en la esquizofrenia. *Documentos de trabajo social: Revista de Trabajo Social vs Psicología*, 10 (48), 223-231.

Aranda, C; Márquez, G y Arteaga A. (2004). Virus del papiloma humano. En: G, Casanova; F, Ortiz y J, Reyna (Compilador). *Infecciones de transmisión sexual*. Cap. 5. México: Alfil.

Atkinson, W. (2008). Hepatitis B. En: W, Atkinson. *Epidemiología y prevención de las enfermedades prevenibles por vacunación*. pp. 213-236. Madrid: Intersistemas.

Attie, T. (1991). *Guías para la atención de la salud en el hogar: la pareja en crisis, cómo superar sus conflictos en distinta etapas de la vida*. México: Ediciones Científicas.

Augenbraun, M. (2007). Sífilis. En: J, Klausner y E, Hook (Coordinadores). *Diagnostico y tratamiento de enfermedades de trasmisión sexual*. Cap. 19. México: Mc Graw-Hill.

Ballester, R. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.

Becoña, E; Vázquez, F y Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectiva. En: L, Oblitas (Coordinador). *Psicología de la salud*. Cap. 1. México: Plaza y Valdez.

Bellack, A y Morrison, R. (1982). Interpersonal dysfunction. En: Bellack, A; Hersen, M y Kazdin, A. *International handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York: Plenum. Cap. 5.

Beneit, P. (2004). La enfermedad crónica. En: J, Latorre y P, Beneit (Coordinadores). *Psicología de la salud*. Cap. 14. Buenos Aires: Lumen.

Bermejo, A; Leiro, V y Palmieri, O. (2008). Enfermedades de transmisión sexual. En: O, Palmieri (Compilador). *Enfermedades infecciosas*. Cap. 24. Buenos Aires: Grafínor.

Billings, D; Rosas, F y Gasman, N. (2004). Introducción. *En México sí se pueden ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes*. pp.3-6. México: IPAS.

Bransford, J y Stein, B. (1994). *Solución ideal de problemas: guía para mejorar, pensar, aprender y crear*. Barcelona: Labor.

Caballo, V. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

Cáceres, J y Escudero, V. (1994). *Relación de parejas en jóvenes y embarazos no deseados*. Madrid: Pirámide.

Caillé, P. (1993). *Uno mas uno son tres*. Barcelona: Paidós.

Capdevila, J. (2005). Vivencias venereológicas del siglo XXI. En: J, Vilata (Compilador). *Venereología: aspectos epidemiológicos y clínicos de infecciones transmitidas por vía sexual*. Cap. 1. Madrid: Aula Medica.

Carpenter, J. (1999). *Problemas y soluciones en la terapia de pareja*. España: Paidós.

Casanova, G y Méndez, Y. (2004). Antecedentes históricos de las infecciones de transmisión sexual. En: G, Casanova; F, Ortiz y J, Reyna (Compilador). *Infecciones de transmisión sexual*. Cap. 1. México: Alfil.

Casanova, G y Maldonado, G. (2004). Infección por virus del herpes simple. En: G, Casanova; F, Ortiz y J, Reyna (Compilador). *Infecciones de transmisión sexual*. Cap. 6. México: Alfil.

Castilla, J; Sobrino, P; Belza, M y Tello, O (2005). Epidemiología de la infección por el VIH. En: J, Vilata (Compilador). *Venereología: aspectos epidemiológicos y clínicos de infecciones transmitidas por vía sexual*. Cap. 3. Madrid: Aula Medica.

Castro, I. (2004). *La pareja actual*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Cazés, D. (2005). *La perspectiva de género*. Distrito Federal: CONAPO.

Comino, R y Lubián, D. (2005). Infección por el virus del papiloma humano y su relación con el cáncer genital. En: J, Vilata (Compilador). *Venereología: aspectos epidemiológicos y clínicos de infecciones transmitidas por vía sexual*. Cap. 9. Madrid: Aula Médica.

Contardo, A; Rencoret, M y Salah, E. (2002). Elección de pareja y matrimonio. En: B, Zegers; A, Contardo; T, Ferrada; M, Rencoret; E, Salah y I, Zegers (Coordinadores). *Descubrir la sexualidad*. Cap. 2. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.

Conway, J; Bourque, S y Scott, J. (2000). El concepto de género. En: M, Lamas (Compilador). *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. pp. 21-33. México: PUEG-UNAM.

Corona, E. (1996). Una ética para la nueva sexualidad. En: E, Viñales (Compilador). *Hablemos de sexualidad*. pp. 53-61. México: CONAPO-MEXFAM.

Costa, M y Serrat, C. (1998). *Terapias de parejas: un enfoque conductual*. Madrid: Alianza.

Crespo, M y Cruzado, J. (2000). Técnicas de modificación de conducta en el ámbito de la salud. En: J, Buceta. *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Cap. 2. Madrid: Dykinson.

Crosman, C y Mesterman, S. (2005). *Violencia en la familia*. Buenos Aires: Universidad.

Del Rio, M; Gámez, T y Rodríguez, A. (1998). Camino de la vida: aprendizaje de tareas para la formación ocupacional de alumnos con ceguera y deficiencias asociadas. *Integración*, 27 (2), 45-54.

Díaz-Loving, R y Sánchez, R. (2002). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: Porrúa.

Donker, F. (1991). Medicina conductual y psicología de la salud. En: G, Buela-Casal y V, Caballo (Directores). *Manual de psicología clínica aplicada*. Cap. 1. Madrid: Siglo XXI.



Döring, T. (2000). *La pareja, o, hasta que la muerte nos separe*. México: Fontorama.

Durán, L. (1998). La participación del psicólogo en la atención integral a la salud. En: G, Rodríguez y M, Rojas (Coordinadores). *La psicología de la salud en América Latina*. pp. 63-82. México: Porrúa.

Fernández y Ramírez (2008). Programa de habilidades sociales para mejorar la convivencia. *Revista electrónica interuniversitaria*. En: <http://www.autop.org>.

Fiorentino, M. (2004). Conductas de la salud. En: L, Oblitas (Coordinador). *Psicología de la salud*. Cap. 3. México: Thomsom.

Firestone, R. (2006). *Sexo y amor en relaciones de pareja*. México: Manual Moderno.

Forbes, K. (2008). HIV/AIDS. En: S, Baguley, S, Kumar y R, Persad. *Key topics in sexual health*. Cap. 4. United Kingdom: Taylor and Francis Group.

Foucault, M. (1982). *The history of sexuality*. London: Allen Lane.

Fromm, E. (1986). *La familia*. España: Península.

García-Vera, M; Gil, F y Sanz, J. (1998a). Evaluación de las habilidades sociales. En: F, Gil y J, León (Coordinadores). *Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención*. Cap. 2. Madrid: Síntesis.

García-Vera, M; Gil, F y Sanz, J. (1998b). Entrenamiento en habilidades sociales. En: F, Gil y J, León (Coordinadores). *Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención*. Cap. 3. Madrid: Síntesis.

Goldfried, M y Davison, G. (1981). *Técnicas terapéuticas conductuales*. Buenos Aires: Paidós.

González, F. (2006). La conformación de la pareja entre los jóvenes. En: M, Quintero y C, Fonseca (Coordinadores). *El género y sus ámbitos de expresión en lo cultural, económico y ambiental*. pp. 119-138. México: Porrúa.

Grau, J. (1998). La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En: G, Rodríguez y M, Rojas (Compiladores). *La psicología de la salud en América Latina*. pp. 47-60. México: Porrúa.

Gurung, R. (2006). *Health psychology*. United States: Thompson.

Guzmán, M. (2006). Dame una noche de amor: un estudio sobre la sexualidad de un grupo de mujeres de Ciudad Nezahualcóyotl. En: M, Quintero y C, Fonseca (Coordinadores). *El género y sus ámbitos de expresión en lo cultural, económico y ambiental*. pp. 99-118. México: Porrúa.

Hammen, C & Watkins, E. (2008). *Depression*. New York: Taylor & Francis Group.

Harrsch, C. (2005). *Identidad del psicólogo*. México: Pearson.

Hasbun, J. (2003). *Salud sexual y reproductiva de la mujer: asunto tanto del hombre como mujer*. Nueva York: INSTRAW.

Higashida, B. (1995). *Educación para la salud*. Madrid. Interamericana/Mc Graw-Hill.

Hinojo, F y Fernández, F. (2002). Diseño de un programa formativo para la mejora de las habilidades sociales en personas mayores. *Revista Interuniversitaria*, 9 (2), 309-319.

INEGI. (2012). *Hombres y mujeres*. México: INEGI.

Iturralde, C. (2003). Familia y pareja: comunicación, conflicto y violencia. En: J, Corsi (Coordinador). *Maltrato y abuso en el ámbito domestico: fundamentos teóricos para el estudio dela violencia en las relaciones familiares*. Cap. 6. Buenos Aires: Paidós.

Jiménez, C. (2004). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud II*. Córdoba: Universidad de Córdoba.

Kahn, R. (2007). Herpes. En: J, Klausner y E, Hook (Coordinadores). *Diagnostico y tratamiento de enfermedades de trasmisión sexual*. Cap. 15. México: Mc Graw-Hill.

Kaptein, A y Weinman, J. (2006). *Health psychology*. United Kingdom: The British Psychological Society.

Kelly, J. (1992). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Klausner, J. (2007). Guías para la detección de enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH. En: J, Klausner y E, Hook (Coordinadores). *Diagnostico y tratamiento de enfermedades de trasmisión sexual*. Cap. 1. México: Mc Graw-Hill.

Labiano, M. (2004). Introducción a la psicología de la salud. En: L, Oblitas (Coordinador). *Psicología de la salud*. Cap. 1. México: Thomsom.

Labrador, F. (1999). Aspectos básicos de la modificación de conducta. En: M, Vallejo; E, Fernández-Abascal y F, Labrador (Coordinadores). *Modificación de conducta: análisis de casos*. pp. 90-166. Madrid: TEA.

Lamas, M. (2000). Introducción. En: M, Lamas (Compilador). *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. pp. 9-20. México: PUEG-UNAM.

Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. En: E, Viñales (Compilador). *Hablemos de sexualidad*. México: pp. 83-94. CONAPO-MEXFAM.

Latorre, J. (2004). Psicología de la salud: introducción y conceptos básicos. En: J, Latorre y P, Beneit (Coordinadores). *Psicología de la salud*. Cap.1. Buenos Aires: Lumen.

León, J. (2004). Fundamentos de la psicología de la salud. En: J, León; S, Medina; S, Barriga; A, Ballesteros y I, Herrera (Coordinadores). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Cap.1. Barcelona: UOC.

León, J y Jiménez, C. (1998). *Psicología de la salud, asesoramiento al personal sanitario*. Sevilla: Secretariado de recursos audiovisuales y nuevas tecnologías.

Cap. 4.

León, J y Medina, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En: F, Gil y J, León (Coordinadores). *Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención*. Cap. 1. Madrid: Síntesis.

León, J y Medina, S. (2004a). Definición y delimitación conceptual de la psicología de la salud. En: J, León; S, Medina; S, Barriga; A, Ballesteros y I, Herrera (Coordinadores). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Cap.2. Barcelona: UOC.

León, J y Medina, S. (2004b). Modelos explicativos de la psicología de la salud. En: J, León; S, Medina; S, Barriga; A, Ballesteros y I, Herrera (Coordinadores). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Cap.3. Barcelona: UOC.

Lester, D. (2010). *Suicide*. New York: Taylor & Francis Group.

Levenson, J. (2008). *Depression*. United States of America: American College of Physicians.

López, D. (2006). *Enfermedades infecciosas y microbiología*. México: Méndez.

Marín, M y León, J. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería.

Marks, D; Murray, M; Evans, B; Willig, C; Woodall, C & Sykes, C. (2006). *Health psychology*. London: SAGE.

Mc Millan, A y Ogilvie, M. (2002a). Human papillomavirus infection. En: A, Mc Millan; H, Young y G, Scott (Directores). *Clinical practice in sexually transmissible infections*. Cap. 5. London: Saunders.

Mc Millan, A y Ogilvie, M. (2002b). Other sexually transmissible viruses. En: A, Mc Millan; H, Young y G, Scott (Directores). *Clinical practice in sexually transmissible infections*. Cap. 9. London: Saunders.

Mc Millan, A y Young, H (2002). Sexually transmissible viral hepatitis. En: A, Mc Millan; H, Young y G, Scott (Directores). *Clinical practice in sexually transmissible infections*. Cap. 8. London: Saunders.

Mejía, M. (1998). Derechos sexuales y reproductivos: para elevar la calidad de vida y promover la justicia social. En: E, Viñales (Compilador). *Hablemos de sexualidad*. pp. 62-74. México: CONAPO-MEXFAM.

Méndez, F y Beléndez, M. (1994). Variables emocionales. *Revista Anales de psicología*, 10 (2), 189-198.

Miller, K. (2004). *Hepatitis C. Sexually transmitted diseases*. London: Elsevier.

Miñana, J y Valles, A. (1998). ¿Habilidades sociales para la integración o integración para la competencia social?: una experiencia de integración de adolescentes ciegos y deficientes visuales. *Integración*, 27 (2), 33-44.

Montoya, B. (2000). *Psicopatología de la relación conyugal*. Madrid: Díaz de Santos.

Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Lanús: Paidós.

Muñiz, E. (2002). La cultura del género. En: *OMNIA. Estudios de género*. 18, 41, 25-32.

Neuhauser, J. (2006). *Lograr el amor en la pareja*. Barcelona: Herder.

Nieto-Munuera, J; Abad, M; Esteban, M y Tejerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. México: Mc Graw-Hill/Interamericana.

Nogués, R. (2003). *Sexo, cerebro y género*. Barcelona: Paidós.

Olavarría, J. (2006). Hombres, identidad de género y masculinidades. En: G, Careaga y S, Cruz (Compiladores). *Hombres e identidad de genero: algunos elementos sobre los recursos de poder y violencia masculina*. pp. 115-140. México: PUEG-UNAM.

OMS (2006). Salud. En: <http://www3.sap.org.ar/congresos/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/materia>.

Orejón, G y González, M. (2010). Los adolescentes con mejores resultados académicos y más habilidades sociales tienen menos conductas de riesgo en sus relaciones sexuales. *Evidencias en pediatría*. En: <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Ortiz, F y Plazola, N. (2004). VIH como infección de transmisión sexual. En: G, Casanova; F, Ortiz y J, Reyna (Compilador). *Infecciones de transmisión sexual*. Cap. 4. México: Alfil.

Pastorek, J y Yordan-Jovet, R. (2004). Hepatitis A. En: S, Faro. *Enfermedades infecciosas*. Cap.2. México: Mc Graw-Hill.

Paz, O. (1995). *La llama doble*. Barcelona: Seix Barral.

Pérez, R. (1988). *El concepto de enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Peterman, T y Kahn, R. (2007). Notificación y tratamiento para la pareja sexual. En: J, Klausner y E, Hook (Coordinadores). *Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual*. Cap. 28. México: Mc Graw-Hill.

Phares, J y Trull, T. (2007). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomsom.

Piña, J y Robles, S. (2006). Psicología y VIH/SIDA en México: su prevención con base en un modelo psicológico de salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (1), 71-83.

Piña, J; Robles, S y Rivera, B. (2007). Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Revista Panamericana de Salud Publica*. En: <http://www.scielosp.org>.



Plazola, N y Figueroa, R. (2004). Sífilis. En: G, Casanova; F, Ortiz y J, Reyna (Compilador). *Infecciones de transmisión sexual*. Cap. 2. México: Alfil.

Rage, E. (1996). *La pareja: elección, problemática y desarrollo*. México: Plaza y Valdez.

Rage, E. (1997). *Ciclo vital de la pareja y la familia*. México: Plaza y Valdez.

Ramos, A. (2005). Hepatitis. En: F, Rodríguez (Compilador). *Infecciones por transmisión sexual*. Cap. 6. México: Logoss.

Reyna, J. (2004). Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual. En: G, Casanova; F, Ortiz y J, Reyna (Compilador). *Infecciones de transmisión sexual*. Cap. 2. México: Alfil.

Rietmeijer, C y Mc Millan, A. (2002). Some aspects of the prevention of sexually transmissible infections. En: A, Mc Millan; H, Young y G, Scott (Directores). *Clinical practice in sexually transmissible infections*. Cap. 5. London: Saunders.

Robledo, M. (2004a). La comunicación en la relación entre el paciente y el profesional de la salud. En: J, Latorre y P, Beneit (Compiladores). *Psicología de la salud*. Cap. 10. Buenos Aires: Lumen.

Robledo, M. (2004b). Familia y enfermedad. En: J, Latorre y P, Beneit (Compiladores). *Psicología de la salud*. Cap. 11. Buenos Aires: Lumen.

Robles, H y Peralta, M. (2010). *Programa para el control del estrés*. Madrid: Pirámide.

Robles, S; Moreno, D; Frías, B; Rodríguez, M; Barroso, R; Díaz, E; Rodríguez, M y Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Revista Anales de psicología*, 22(1), 60-71.

Rocha, Z. (2004). Virus causantes de enfermedades prevalentes emergentes y reemergentes en México. UNAM: Instituto de Investigaciones Biomédicas. En: <http://www.facultad.medicina.UNAM.htm>

Rodríguez, F; López, B y Cerdón, F. (2005). Consideraciones generales sobre las infecciones de transmisión sexual. En: F, Rodríguez (Compilador). *Infecciones por transmisión sexual*. Cap. 1. México: Logoss.

Rodríguez, G. (2000). *Salud, sexualidad. Reproducción en adolescencia*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara-IMSS.

Rodríguez, G y Rojas, M. (1998). La psicología de la salud en América Latina. En: G, Rodríguez y M, Rojas (Coordinadores). *La psicología de la salud en América Latina*. pp. 13-32. México: Porrúa.

Rodríguez, J. (2005). *Enfermedades infecciosas*. México: IMSS.

Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Rodríguez-Pichardo, A y García-Bravo, B. (2006). Infecciones de transmisión sexual. En: M, García. *Dermatología*. Vol. 7. Num. 5. pp. 330-336. Sevilla: España.

Samper, J y Garciandía, J. (2007). Espíritu, espiritualidad y pareja. En: L, Eguiluz (Compilador). *Entendiendo a la pareja*. Cap. 2. México: Pax.

Sánchez-Vega, J. (2008). *Virus del herpes: fundamentos de microbiología y parasitología médica*. México: Méndez.

Santos, M. (1998). Salud pública: promoción y educación para la salud. En: G, Rodríguez y M, Rojas (Coordinadores). *La psicología de la salud en América Latina*. pp. 131-147. México: Porrúa.

Sewell, B. (2006). *Sexually transmitted diseases*. New York: Mc Graw-Hill.

Sierra, J. (1991). Métodos y técnicas de evaluación de las disfunciones sexuales. En: G, Buela y V, Caballo (Directores). *Manual de psicología clínica aplicada*. Cap. 9. Madrid: Siglo XXI.

Skinner, B.F. (1979). *Contingencias de reforzamiento un análisis teórico*. México: Trillas.

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.

Smith, S. (2010). *Herpes simple virus*. California: JAMA.

Swygard, H; Sena, A; Leone, P y Cohen, M. (2007). Gonorrea. En: J, Klausner y E, Hook (Coordinadores). *Diagnostico y tratamiento de enfermedades de trasmisión sexual*. Cap. 16. México: Mc Graw-Hill.

Tapia, L. (2007). Terapia de pareja y sexualidad. En: L, Eguiluz (Compilador). *Entendiendo a la pareja*. Cap. 5. México: Pax.

Taylor, S. (2006). *Health Psychology*. London: Mc Graw-Hill.

Thibault, O. (1972). *La pareja*. Madrid: Guadarrama.

Thomas, A. (2007). Papiloma humano. En: J, Klausner y E, Hook III. *Diagnostico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual*. México: Siglo XXI. Cap. 14.

Torres, M. (2005). El virus del papiloma humano (VPH). En: F, Rodríguez (Compilador). *Infecciones por transmisión sexual*. Cap. 2. México: Logoss.

Torres, I y Beltrán, F. (1986). *La psicología de la salud: campos y aplicaciones*. Xalapa: Universidad de Veracruz.

Trianes, M; Muñoz, A y Jiménez, M. (1997). *Competencia social: su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Trower, D. (2011). *Sexually transmitted diseases*. United Kingdom: Tylor and Francis Group.

Tuirán, R. (1999). Familia y valores. En: E, Viñales (Compilador). *Hablemos de sexualidad*. pp. 204-225. México: CONAPO-MEXFAM.

Vargas, J e Ibáñez, J. (2006). *Solucionando los problemas de pareja y familia*. México: PAX.

Velasco, F. (2004). *Parejas en conflicto, conflictos de pareja*. México: ETM.

Vélez, G. (2005). Mujeres y política: un puente en disputa. En: I, Vizcarra (Coordinador). *Género y poder: diferentes experiencias, mismas preocupaciones*. pp. 69-81. México: PUEG-UNAM.

Weeks, J. (1999). *Sexualidad*. Barcelona: Paidós.

Weininger, O. (2004). *Sexo y carácter*. Madrid: Losada.

Wolpe, J. (2004). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.

Yates, A. (1979). *Teoría y práctica de la terapia conductual*. México: Trillas.

Young, H. (2002). HIV/AIDS. En: A, Mc Millan; H, Young y G, Scott. *Clinical practice in sexually transmissible infections*. Cap. 6. London: Tylor and Francis Group.

# ANEXOS

ANEXO 1.  
REGISTRO DE VIRTUDES.

Nombre: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Escribe cuidadosamente cada una de las virtudes de tu pareja.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.

## ANEXO 2.

### CONDÓN.

El uso correcto y constante del condón es una de las estrategias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para prevenir las ITS y/o ETS, lo que significa usarlo siempre, desde el inicio hasta el fin de cada relación sexual con penetración de cualquier tipo. El uso correcto implica seguir una serie de pasos para lograr una mayor eficacia y consiste en lo siguiente:

- Guardar el condón en un lugar fresco y seco.
- Verificar la fecha de caducidad o que la fecha de fabricación no exceda los tres años.
- Fijarse que el empaque no esté roto y que al oprimirlo forme una bolsa de aire.
- No abrirlo con los dientes.
- Presionar la punta para sacar el aire mientras es colocado en el pene erecto. Sin soltar la punta, desenrollar hasta llegar a la base del pene.
- Siempre se tiene que colocar el condón antes de cualquier contacto sexual.
- No usar productos que alteren la condición del condón.
- Después de la eyaculación y con el pene aun erecto, sostener firmemente el condón por la base del pene y retirarlo evitando derramamiento de semen en la pareja.
- Tire el condón a la basura anudándolo.



### ANEXO 3.

#### PUNTOS A SEGUIR EN EL CUIDADO DE LA SALUD (MUJERES).

- ✚ Presta atención a señales generales, por ejemplo, nivel de energía, cansancio, fiebre, escalofrío, facilidad o dificultad para respirar, etc.
- ✚ Lava, limpia y observa tu cuerpo, incluyendo las áreas genitales. La vagina se limpia por sí sola y es mejor no introducir en ella sustancias innecesarias. Hay que lavarse las manos después de ir al baño y en otras ocasiones para ayudar a reducir la diseminación de bacterias.
- ✚ Lava y limpia tu ropa interior con regularidad. Si es posible usa ropa interior de algodón y evita los pantalones extremadamente apretados.
- ✚ Presta atención al flujo durante el periodo menstrual. Guíate por lo siguientes: ¿por cuántos días sangras? ¿es fuerte o ligero el flujo? Observa si sangras en otros momentos durante el ciclo. Es buena idea registrar esta información en una hoja de papel o en un calendario cuando comiences a aprender sobre el patrón menstrual.
- ✚ Durante los días de la menstruación, cambia con regularidad las toallas sanitarias. Si utilizas tampones cámbialos regularmente y no los uses durante la noche.
- ✚ Observa las secreciones cervicales antes o después de orinar. Si es posible registra los cambios, descríbelos y anota si cambia el patrón.

- ✚ Presta atención e incluso anota cómo te sientes durante los días anteriores a tu periodo, es decir, cuál es el síndrome premenstrual.
- ✚ Examina tus senos cada mes buscando protuberancias o cualquier cambio en ellos
- ✚ Con un espejo examina la vulva.
- ✚ Presta atención a señales de cambio en la orina, como sensación de urgencia para orinar, frecuencia, color o goteo.
- ✚ Comprueba si hay cambios en tu piel. Observa si los lunares cambian de forma y/o de color.
- ✚ Respeta tu decisión de abstinencia si es tu decisión.
- ✚ Si tienes relaciones sexuales, pide a tu pareja que use condón para protegerte contra las ETS.
- ✚ Si observas cambios y/o alteraciones en el cuerpo, si tienes dudas y/o preocupaciones es importante informarlo a tu pareja y/o a un profesional y/o a alguien de confianza.
- ✚ Consulta a un prestador de servicios de salud para hacerte revisiones regulares, por ejemplo, el examen pélvico y el Papanicolau y cuando percibas la posibilidad de un problema de salud.

## ANEXO 3.

### AUTOEXAMEN.

- ✚ Observar cómo es el área genital.
- ✚ Tocar la piel.
- ✚ Percibir si notas o se siente algo diferente que sea anormal.
- ✚ Usar un espejo para revisar el área vulvar.
- ✚ Hacer una revisión de los senos cada mes, unos días después de terminar la menstruación. Se hace de la siguiente manera:
  - Acostarse con un brazo arriba de la cabeza y con una almohada o toalla debajo del hombro.
  - Revisar el seno con los dedos de la mano opuesta. Con los dedos se hace presión en forma circular.
  - Iniciar presionando suavemente e ir haciéndolo más duramente hasta examinar todo el seno y debajo del brazo.
  - Seguir los mismos pasos con el otro seno.
  - Examinar los senos frente a un espejo para ver si hay cambios.

Tomado de Aguilar, J; Botello, L y Aumak, K. (1999). *Cuidemos nuestro cuerpo*. Washington: Universidad Georgetown.

### ANEXO 3.

#### PUNTOS A SEGUIR EN EL CUIDADO DE LA SALUD (HOMBRES).

- ✚ Presta atención a señales generales, por ejemplo, nivel de energía, cansancio, fiebre, escalofrío, facilidad o dificultad para respirar, etc.
- ✚ Lava, limpia y observa tu cuerpo, incluyendo las áreas genitales.
- ✚ Lava y limpia tu ropa interior con regularidad. Si es posible usa ropa interior de algodón y evita los pantalones extremadamente apretados.
- ✚ Examínate los testículos una vez al mes.
- ✚ Examínate el pene buscando escoriaciones, secreciones, irritación, etc.
- ✚ Presta atención a señales de cambio en la rutina de la orina, como urgencia de orinar, frecuencia color o goteo.
- ✚ Examina la piel en busca de cambios. Observa si los lunares cambian de forma o de color.
- ✚ Respeta tu decisión de abstenerte si eso es lo adecuado para ti.
- ✚ Si tienes relaciones sexuales, debes usar condón para protegerte de las ETS.
- ✚ Si observas cambios y/o alteraciones en el cuerpo, si tienes dudas y/o preocupaciones es importante informarlo a tu pareja y/o a un profesional y/o a alguien de confianza.

- ✚ Consulta a un prestador de servicios de salud para hacerte revisiones regulares, sobre todo cuando percibas la posibilidad de un problema de salud.

### AUTOEXAMEN.

- ✚ Observar cómo es el área genital.
- ✚ Tocar la piel y los órganos.
- ✚ Percibir si notas o se siente algo diferente que sea anormal.
- ✚ Examinar sus propios testículos cada mes, después de un baño tibio. Se hace de la siguiente manera:
  - Mover o dar vuelta a cada testículo entre el dedo pulgar y los otros dedos.
  - Comprobar si hay protuberancias, bolitas o cosas duras debajo de la piel.
  - Observa si hay cambios en el tamaño de los testículos o del escroto.
  - Si se notan cambios o se siente alguna bolita, visitar al personal médico para una revisión.

ANEXO 4.  
REGISTRO DE CONDUCTAS EN COMUNICACIÓN.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Registra cada conducta de comunicación que tengas con tu pareja, así como los otros aspectos que se indican.

FECHA	LUGAR	SITUACIÓN	CONDUCTA UTILIZADA	CONSECUENCIAS	NOTAS

ANEXO 5.  
REGISTRO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Instrucciones: Registra cada una de las partes de la solución de problemas, conformé sean tus avances.

1) ORIENTACIÓN.

A. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

2) DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN.

A. DEFINICIÓN.

## B. FORMULACIÓN.

### 3) GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS.

I.

II.



III.

IV.

V.

VI.

VII.

## 4) DECISIONES.

## A. REELECCIÓN.

DECISIÓN PARA MÍ.	VENTAJAS.	INCONVENIENTES.
I.		
II.		
III.		
IV.		
V.		
VI.		

DECISIÓN PARA MI PAREJA.	VENTAJAS.	INCONVENIENTES.
I.		
II.		
III.		
IV.		
V.		

VI.		

### B. ELECCIÓN.

DECISIÓN ____		
ESTRATEGIAS.	VENTAJAS.	INCONVENIENTES.
I.		
II.		
III.		
IV.		

DECISIÓN ____		
ESTRATEGIAS.	VENTAJAS.	INCONVENIENTES.
I.		
II.		
III.		

IV.		
-----	--	--

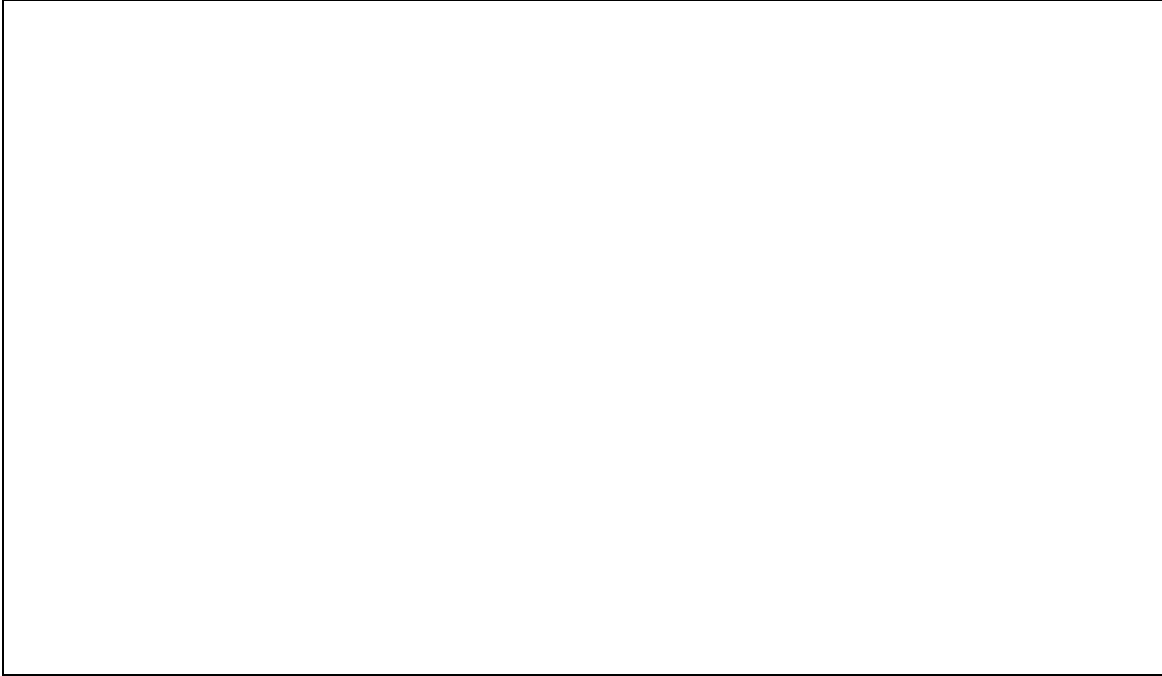
5) PROCEDIMIENTO Y COMPROBACIÓN.

--

--

SOLUCIÓN.	
SATISFACTORIA.	FRACASADA.

OBSERVACIONES.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for recording observations. It occupies the central portion of the page below the heading.