

PROPUESTA DE PROGRAMA TERAPÉUTICO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN UN SERVICIO ESPECIALIZADO DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL

MsC. Soura S. Formental Hernández*

Centro Nacional de Salud Mental (CENSAM)
sourasonia@infomed.sld.cu

* Especialista de primer grado en Psiquiatría, máster en Sexualidad, profesora auxiliar, investigadora agregada y jefa del Servicio de Atención a Parejas del CENSAM.

LAS PAREJAS CONSTITUYEN VÍNCULOS ALTAMENTE COMPLEJOS. CUANDO SE FORMALIZA UNA RELACIÓN, SE TIENEN EN CUENTA LO INDIVIDUAL Y LO RELACIONADO CON EL VÍNCULO Y EL ENTORNO; NO SERÁ DE EXTRAÑAR QUE SURJAN CONFLICTOS Y QUE APAREZCAN DISFUNCIONES SEXUALES, LA MAYORÍA DE LAS VECES POR LOS SIGNIFICADOS QUE DESDE LO SOCIOCULTURAL SE ACEPTA PARA HOMBRES Y MUJERES EN CUANTO A LA SEXUALIDAD. POR LA SOLICITUD DE PAREJAS QUE ACUDEN CON ESTAS QUEJAS, SE REALIZÓ UN ESTUDIO CON EL OBJETIVO DE DISEÑAR UN PROGRAMA TERAPÉUTICO CON ENFOQUE DE GÉNERO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE LAS PAREJAS. SE LOGRÓ, DESPUÉS DE INDAGAR LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN LAS MISMAS EN CUANTO AL VÍNCULO AMOROSO, IDENTIFICAR Y CONSTRUIR UN DIAGNÓSTICO Y LAS NECESIDADES PRÁCTICAS Y ESTRATÉGICAS. LA PERSPECTIVA METODOLÓGICA UTILIZADA FUE LA CUALITATIVA. SE REALIZARON 8 DINÁMICAS GRUPALES CON 43 PAREJAS ATENDIDAS EN 2010. EL DIAGNÓSTICO CONSTATÓ QUE NO RECONOCEN LA EDUCACIÓN SEXUAL COMO UN DERECHO Y QUE HAY DIFICULTADES CON SU AUTOIMAGEN, SU AUTOESTIMA Y LOS AFECTOS, ASÍ COMO PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACIÓN. SE APRECIARON MODELOS TRADICIONALES DE LA MASCULINIDAD HEGEMÓNICA Y LA PRESENCIA DE MITOS, ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS QUE OTORGARON UNA POSICIÓN SOCIAL DESIGUAL PARA HOMBRES Y MUJERES. ADEMÁS, PERMANECIÓ LA RESISTENCIA A PENETRAR EN EL VÍNCULO AMOROSO, ASÍ COMO LA SOBREALORACIÓN DE LOS ATRIBUTOS FÍSICOS Y ECONÓMICOS EN LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN, Y DIFICULTADES PARA LLEGAR A ACUERDOS.

PALABRAS CLAVES: RELACIÓN DE PAREJA, ESTEREOTIPOS, AUTOESTIMA

PROPOSAL OF THERAPEUTICAL PROGRAM TO IMPROVE THE QUALITY OF A RELATIONSHIP BETWEEN PARTNERS AT A SPECIALIZED MENTAL HEALTH SERVICE

PARTNERS CREATE HIGHLY COMPLEX LINKS; WHEN A RELATIONSHIP IS FORMALIZED THE INDIVIDUAL PART, THE LINK AND THE ENVIRONMENT ARE TAKEN INTO ACCOUNT, SO IT IS NOT UNCOMMON THAT CONFLICTS EMERGE AS WELL AS SEXUAL DYSFUNCTIONS, MOST OF THE TIMES BECAUSE OF WHAT MEN AND WOMEN ACCEPT IN TERMS OF SEXUALITY FROM A SOCIAL AND CULTURAL POINT OF VIEW. REQUESTED BY COUPLES WHO COME TO US WITH THESE CONCERNS, WE CONDUCTED A STUDY AIMED AT DESIGNING A THERAPEUTICAL PROGRAM WITH A GENDER FOCUS, TO IMPROVE THE QUALITY OF A RELATIONSHIP BETWEEN PARTNERS, RESEARCHING THE PERCEPTION THAT THEY HAVE IN TERMS OF THEIR LOVE LINK, IDENTIFYING THE PRACTICAL AND STRATEGIC NEEDS AND BUILDING A DIAGNOSE. THE METHODOLOGY USED WAS A QUALITATIVE ONE. EIGHT GROUP DYNAMICS INVOLVING 43 COUPLES WERE CONDUCTED IN 2010. IT REVEALED THAT THEY DO NOT RECOGNIZE SEXUAL EDUCATION AS A RIGHT; THEY HAVE DIFFICULTIES WITH THEIR SELF-IMAGE, SELF-ESTEEM AND AFFECTION, AS WELL AS EDUCATION-RELATED PROBLEMS. TRADITIONAL MODELS OF HEGEMONIC MASCULINITY WERE FOUND, AS WELL AS THE PRESENCE OF MYTHS, STEREOTYPES AND BIAS, WITH THE SUBSEQUENT UNEQUAL SOCIAL POSITION FOR MEN AND WOMEN. IN ADDITION, RESISTANCE TO DELVE INTO THEIR LOVE LINKS WAS SEEN, AS WELL AS OVERESTIMATION OF PHYSICAL AND ECONOMIC ATTRIBUTES IN THE CRITERIA OF SELECTION AND DIFFICULTIES TO REACH AN AGREEMENT.

KEY WORDS: RELATIONSHIP BETWEEN PARTNERS, STEREOTYPES, SELF-ESTEEM

INTRODUCCIÓN

El conocimiento en medicina sexual ha avanzado vertiginosamente en el último siglo. Desde el negativismo sexual del año 1000 a.n.e., cuando en la Grecia antigua la mujer era considerada «pertenencia personal del hombre, destinada a proporcionar placer sexual y a funciones de reproducción» (Bullough *apud* 1), se le ha dado diferentes enfoques que entorpecen el desarrollo de la salud sexual y contribuyen a la aparición de disfunciones sexuales.

Se catalogó el deseo sexual como un mal que debía rechazarse, en vez de ser considerado como fuente de placer (Tannahil *apud* 1). La Iglesia Cristiana hizo prevalecer su moral, no consideró el amor como un fin que justificara en sí mismo las relaciones sexuales. Posteriormente se comenzó a aceptar el amor entre las parejas, pero sobre la base de la fidelidad conyugal, y la procreación en la celebración del sacramento matrimonial (Gordis *apud* 1). En la época victoriana fue ostensible la negativa

actitud hacia la sexualidad, se penaba la masturbación y se pensaba que la mujer era inferior al hombre, tanto física como intelectualmente.

En los inicios de 1960 se vincula el sexo con las drogas y la violencia. El desarrollo social y tecnológico aviva el comienzo de la Revolución Sexual. En nuestro país en 1977 surge el Grupo Nacional de Educación Sexual, actualmente Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), como centro coordinador y rector de la educación de la sexualidad, que ha desplegado una amplia labor en la investigación y la capacitación en este campo. Cuenta con un grupo de expertos que dan respuestas positivas a los cambios que se producen en la vida cotidiana, aunque es un proceso que lleva tiempo.

Nunca antes había sido cuestionada con tanta vehemencia la pareja humana como en la última década. El proceso social en el surgimiento del enfoque de género está vinculado con las luchas feministas que comenzaron desde el siglo XIX y tuvieron un auge notable en la década de los sesenta del siglo XX, cuyo propósito fundamental ha sido alcanzar mejores niveles de vida para la mujer y la igualdad entre los dos sexos. Estas luchas han dado como resultado reivindicaciones notables para la mujer.

Asimismo, a partir de la década de los setenta del siglo pasado, en el mundo anglosajón se inician los primeros estudios sobre masculinidad. Estos se insertan dentro de un movimiento más amplio que responde a una preocupación creciente por las problemáticas relacionadas con los hombres y la masculinidad. En el modelo hegemónico domina una serie de mandatos que operan a nivel subjetivo como pautas identitarias, afectivas, comportamentales y vinculares, difíciles de soslayar por los sujetos involucrados en el modelo si quieren evitar la marginalización o el estigma. Estos estereotipos condicionan conductas negativas que intervienen en la aparición y el mantenimiento de las disfunciones sexuales, además de actuar como disparador de conflictos en la pareja.

La relación de pareja constituye un tipo especial de relación interpersonal entre sujetos, caracterizada por sus particularidades personalógicas, su selectividad, reciprocidad e intenso carácter emocional. Se trata de un vínculo interpersonal en el que intervienen factores como el atractivo

sexual, corporal, comunicativo, moral, cultural y psicológico. Lo que interesa a los sujetos que están decidiendo o configurando una relación interpersonal de esta naturaleza, es la propia subjetividad del(de la) otro(a) (2:56).

Hoy en día las exigencias de la pareja son mayores desde lo subjetivo: el amor y la intimidad psicológica, la demanda de relaciones presididas por el afecto, la entrega y el enriquecimiento personal como crecimiento individual. Luego la estabilidad dependerá más de la satisfacción de las necesidades. Los criterios de funcionalidad y satisfacción de la pareja se vuelcan a su interior con actitudes más positivas hacia el placer sexual, la equidad de género y mayor autonomía.

En la calidad del vínculo amoroso se expresa la interrelación de las subjetividades individuales, el espacio intersubjetivo y el de la realidad exterior. Los sujetos con mayor madurez personalógica que hayan logrado también configurar un espacio intersubjetivo más enriquecedor para ambos, poseerán mejores recursos en el afrontamiento de vicisitudes (2:155).

En tal sentido, se considera la importancia de ponerse en el lugar del otro, solicitar modificaciones desde el respeto y no desde la obligación, controlar la agresividad, intentar encontrar alternativas de solución frente a los conflictos de manera compartida, e incluir las necesidades de ambos en la resolución de los conflictos. Resulta importante resolver las contradicciones en el marco de la relación de pareja. Para esto se requieren habilidades y destrezas, como negociar al expresar la situación conflictiva con claridad y sin juicios; escuchar mutuamente con atención y respeto; evaluar y generar juntos posibles soluciones, aunque implique perder o ceder en algo. De esta manera se configura un vínculo capaz de preservar la identidad y un mejor afrontamiento de los conflictos emanados del propio vínculo o por la presencia de disfunciones sexuales.

Los trastornos sexuales son relativamente frecuentes en hombres y mujeres de cualquier edad, afectan las múltiples dimensiones de la esfera sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución), con un origen predominantemente psíquico, físico o una mezcla de ambos, e influyen considerablemente en su calidad de vida. Las principales

disfunciones sexuales identificadas en la práctica clínica son los trastornos del deseo en la mujer (deseo sexual hipoactivo), la disfunción eréctil, la disfunción orgásmica femenina y la eyaculación precoz.

Una vez que se diagnostica que el paciente presenta una disfunción predominantemente psicógena, se evalúa la pareja desde una dimensión más integradora, que comprende lo sociocultural, lo psicológico y lo orgánico, encaminada a garantizar la recuperación de hombres y mujeres, y por tanto de la pareja.

Los reportes internacionales y nacionales dan la medida de que la presencia de una disfunción sexual constituye un importante problema de salud. Actualmente se estima que 40 % de la población general presenta un deseo sexual hipoactivo, más frecuente entre las mujeres. El trastorno de la erección se presenta en 42,27 % de todos los hombres y en 8 % de los adultos jóvenes. La eyaculación precoz se presenta como trastorno principal entre 35 % y 40 % de los hombres. La prevalencia de disfunciones sexuales en nuestra región alcanza sus niveles más bajos entre las mujeres de la ciudad colombiana de Cartagena de Indias (21 %), La Habana (33,2 %) y Ciudad de Panamá (40,9 %). En cambio, los peores niveles se registran en Quito (98,5 %), Montevideo (94,5 %), Santa Cruz (Bolívia) (87,9 %) y Guayaquil (55,2 %) (3).

Los vínculos de pareja son altamente complejos. Cada individuo lleva un mundo dentro de sí, conformado por su historia personal y familiar. Desde su nacimiento hasta el momento en que decide formalizar una relación en la que asume responsabilidades para poder convivir, ese individuo ha tejido una personalidad que comenzará a interactuar con otra tan compleja como la suya. Entonces no es de extrañar que surjan conflictos. A lo largo del tiempo los desafíos de la vida son resueltos con mayor o menor éxito por los miembros de esta compleja sociedad. La acumulación de conflictos y frustraciones lleva más tarde o más temprano a alguna forma de crisis (2).

De ahí la importancia de la educación como proceso personalizado y contextualizado de preparación del ser humano para la vida desde el aprendizaje sociocultural, ideológico y político, que pauta las ideas o los conocimientos que tienen los

sujetos de la sexualidad y los comportamientos de vivir en pareja. La terapia de pareja se centra en el análisis de los conflictos cotidianos, que pueden llevar a la ruptura de la relación. En esta terapia se trabaja cómo aparecen los problemas y cómo se mantienen (4).

La educación, la orientación y la terapia de pareja han logrado fortalecerse debido a los estereotipos, las brechas educativas y los problemas atravesados por lo sociocultural, que facilitan la aparición y el mantenimiento de disfunciones sexuales. Además, en otras ocasiones pueden emerger dificultades en la comunicación, pugnas por el poder e infidelidades, que actúan como productores de conflictos de pareja. La psicoterapia de pareja permite abrir nuevas perspectivas para mejorar la convivencia y ayudar a resolver problemas acumulados, a veces por mucho tiempo, así como desarrollar habilidades sociales y recursos personales, e incorporar además el uso del erotismo, las fantasías sexuales y el trabajo con la imagen corporal.

Todo el acervo de conocimientos obtenidos a raíz de las investigaciones ha posibilitado la sistematización sobre el tema y nos alerta acerca de la importancia del abordaje del mismo y sus costos para la salud mental. Se puede comprobar en la práctica que la gran mayoría de los pacientes que acuden a nuestro centro lo hacen por quejas en el funcionamiento sexual y conflictos asociados a la vida en pareja. Por tanto, la autora se plantea la realización de una investigación que parta del siguiente problema: ¿cómo contribuir a través de un programa terapéutico a mejorar la calidad de la relación de pareja en un servicio especializado de un centro de salud mental en el año 2010?

OBJETIVOS

Objetivo general

Diseñar un programa terapéutico para mejorar la calidad de la relación de pareja en un servicio especializado de un centro de salud mental.

Objetivos específicos

Indagar la percepción que tienen las parejas atendidas en cuanto al vínculo amoroso, e identificar las necesidades básicas y estratégicas de las parejas atendidas.



Importancia práctica. El programa diseñado proporciona un espacio para reflexionar sobre los mitos, prejuicios y estereotipos asociados a la construcción de la masculinidad y la feminidad. Facilita un enfoque de atención a los problemas sexuales. Responderá a la demanda de atención de parejas que acuden al centro con disfunciones sexuales y conflictos asociados a la vida en pareja.

Novedad científica. Por primera vez en el centro se diseña un programa terapéutico con un enfoque de género, que tributa a un modelo equitativo de atención y que mejora la relación de estas parejas.

METODOLOGÍA

- Perspectiva metodológica: cualitativa (método de intervención acción-participación).
- Tipo de investigación: investigación-desarrollo.
- Tipo de estudio: descriptivo, transversal.
- Diseño: casos múltiples.

- Criterio muestral: por la demanda de atención actual, se tomó como unidad de análisis a 43 parejas heterosexuales atendidas, que acuden a nuestro centro.
- Población y muestra: población (43 parejas); muestra: intencional. Sujetos tipo:
 - 18 parejas que acuden porque el hombre presenta una disfunción sexual;
 - 12 parejas que acuden con conflictos asociados a la vida en pareja;
 - 1 mujer que acude sola por una disfunción sexual;
 - 10 hombres que acuden solos por una disfunción sexual;
 - 2 pacientes que acuden solos con conflictos asociados a la vida en pareja.

DIAGNÓSTICO DE LAS PAREJAS ATENDIDAS

El diagnóstico mostró resistencia a abordar los temas relacionados con la relación de pareja de manera abierta, porque se considera un espacio privado e íntimo. Se comprobó sobrevaloración de los atributos físicos y económicos en los criterios para la selección de las parejas. Se evidenciaron problemas para llegar a acuerdos en la solución de conflictos y violencia en la pareja: dificultades en la comunicación («Ya no tengo nada que decir»), relación de poder dentro de la pareja («Esto pasa porque él tiene el dinero»), pérdida de admiración hacia el(la) otro(a), relaciones paralelas.

Las parejas no reconocen la educación sexual como un derecho de ellas («Estoy aquí porque mi pareja me pidió que la acompañara»). En su mayoría no asumen la sexualidad de manera enriquecedora, placentera ni responsable («No nos tocamos y después de eyacular dormimos»). Se les dificulta desarrollar una autoimagen positiva para sustentar su autoestima («Quisiera ser lo que no soy», «No tengo atractivo físico, no me gusta mi cuerpo»).

Presentan dificultades en la capacidad de sentir, de amar y ser amado, de dar y recibir («No estoy sintiendo lo mismo de antes», «Ya mi esposo no me da cariño, ni me quiere tanto»). Se pudieron comprobar los problemas relacionados con la educación debido a una formación restrictiva ante la sexualidad, a vacíos en los conocimientos e ignorancia de temas relacionados con la misma

(«Sexualidad significa reproducción, es el coito», «Sexo es la unión entre un hombre y una mujer», «¿Las fantasías sexuales?, no sé de qué me está hablando», «La violencia está relacionada con el acto de golpear a otra persona»).

Se apreció cómo persisten y se transmiten de generación en generación mitos y prejuicios que actúan en muchas ocasiones como factores inhibidores que pueden intervenir en la aparición y el mantenimiento de disfunciones sexuales y propiciar vínculos de parejas no enriquecedores («La masturbación es solo para varones adolescentes, no para las mujeres, personas casadas o adultas», «Una buena relación sexual requiere un orgasmo», «Los trastornos sexuales son poco comunes y la causa fundamental es enfermedad física o psíquica grave», «El hombre con un pene grande tiene mayor potencia sexual que el que tiene un pene pequeño»).

Se confirmó que los estereotipos de género son uno de los principales factores que influyen en las disfunciones sexuales no orgánicas y generan malestares en el vínculo («En una relación de pareja el hombre es el que debe mandar», «Actuar siempre que se presente el momento», «Debe ser infiel porque es el sexo fuerte», «Las mujeres deben ser finas, delicadas, madres por excelencia y cariñosas», «Tienes que lavar, fregar, limpiar, cocinar y después tener deseos de estar con tu esposo», «Él me grita y me ofende porque él es el hombre»).

Se encontró que en la subjetividad de las parejas aún existe un pensamiento asociado a los patrones de la socialización diferente, que condicionan los cánones de la masculinidad y la feminidad e influyen en los comportamientos («A mí me enseñaron a ser así desde que estaba en la barriga de mi madre, y después mis padres, mis abuelos y hasta la maestra. ¿Cómo voy a cambiar eso?»).

Desde la observación se apreció que son los hombres los que generalmente inician los debates, mientras que las mujeres se mantienen calladas. No suelen acariciarse, y las mujeres del grupo eran quienes frecuentemente se acercaban a la pareja en busca de afectos. A las parejas les cuesta trabajo ponerse de acuerdo en cuanto a los temas tratados, por lo que se generan discusiones. La comunicación extraverbal suele ser con expresiones faciales de desprecio y agresividad, sobre todo cuando no logran alternativas de solución en conjunto o no consiguen negociar.

NECESIDADES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS

- Los sujetos que acuden al hospital en su gran mayoría lo hacen por quejas en el funcionamiento sexual y conflictos asociados a la vida en pareja.
- Inexistencia de un servicio que garantice la atención de los pacientes que acuden con dichas molestias.
- La necesidad de reconocer la educación sexual como derecho de los sujetos.

NECESIDADES ESTRATÉGICAS IDENTIFICADAS

- Problemas educativos, formación restrictiva ante la sexualidad.
- Socialización diferente de la vida en pareja para hombres y mujeres.
- Modelos tradicionales de la masculinidad hegemónica.
- Problemas en la relación de pareja, dificultades en la comunicación.
- Violencia y discriminación por motivos de género.
- Problemas de autoestima y a la hora de expresar afectos.
- Presencia de mitos, estereotipos, creencias y prejuicios.

PLAN DE ACCIÓN

Según necesidades identificadas, se pretende:

- trabajar en la educación, orientación y terapia de pareja;
- desarrollar habilidades sociales y recursos psicológicos;
- aportar elementos para mejorar la comunicación;
- reflexionar sobre los mitos, prejuicios, estereotipos, temores y tabúes que entorpecen el desarrollo pleno de la sexualidad;
- ofrecer herramientas para el uso del cuerpo y su autocuidado, la autoestima y los afectos;
- reconsiderar la búsqueda de alternativas en conjunto de los conflictos. Todos los temas con enfoque de género.

FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA DEL PROGRAMA

Situación actual: en los resultados de las investigaciones realizadas en Cuba no se constató

antecedente de programa terapéutico con enfoque de género para la atención de parejas que acuden con problemas en el funcionamiento sexual y conflictos asociados a la vida en pareja, en un servicio con un modelo multidisciplinario e integral, que mejora la calidad de la relación de estas parejas.

El centro considera necesario crear las condiciones para garantizar la atención en un servicio con el ambiente adecuado: local de consulta, espacio destinado para trabajar con los grupos, materiales y recursos, y habitaciones para las parejas. Por tanto, se diseñó el programa terapéutico.

Se les aplicó de manera intencional a todos los sujetos una entrevista semiestructurada a partir de la historia clínica psiquiátrica y la historia clínica general y psicosexual del grupo especial de trabajo de Sexología, además de técnicas grupales participativas para indagar en cuanto a nivel de conocimiento de los temas, con el fin de poder profundizar en los conflictos asociados a la vida en pareja y las disfunciones sexuales, lo que permitiría diseñar el diagnóstico de necesidades sentidas y estratégicas, previo consentimiento informado.

A los candidatos a ingresar en el servicio se les realiza una consulta de clasificación, en la cual se hace un interrogatorio por aparatos y un examen físico; se buscan factores relacionados con enfermedades orgánicas, con el objetivo de descartar disfunciones sexuales predominantemente orgánicas; y se decide la conducta a seguir. Durante el ingreso el especialista en medicina interna los valora y les da seguimiento. Se indican estudios complementarios.

El programa está diseñado para cinco semanas de tratamiento, que incluye la mañana y la tarde de cada día de trabajo. Se definen los objetivos, contenidos, actividad y evaluación de la sesión en cada una de estas. En el caso de que el motivo de ingreso del paciente y/o pareja sea una disfunción sexual, se trabaja de manera individual y en parejas dos veces a la semana (lunes y jueves de tres y media a cuatro y media de la tarde) y se dejan tareas sexuales. Se utiliza tratamiento farmacológico en caso de ser necesario.

La primera semana tiene como objetivos: lograr el encuadre del grupo y disminuir tensiones; obtener conocimientos elementales de la sexualidad y de sus cuerpos desde la visión femenina y masculina a partir del proceso de socialización diferente;

apoderarse de herramientas y técnicas relacionadas con el uso del cuerpo y su autocuidado; facilitar la participación y la implicación individual y colectiva, así como el respeto por las opiniones de los demás y las vivencias de cada uno; precisar los objetivos, necesidades y expectativas del grupo; y realizar el contrato terapéutico.

Durante la segunda semana se trabaja en el desarrollo de la comunicación y las relaciones interpersonales a través del desarrollo de habilidades sociales, como la discusión de las reglas tácitas y los derechos asertivos. Se incorporan nuevos temas relacionados con las disfunciones sexuales y la vida en pareja, y aspectos relacionados con la masculinidad y la feminidad que les limitan las posibilidades de ser auténticos.

En la tercera semana se aporta información para recapacitar sobre los límites rígidos entre los roles de género y la sobrevaloración de los atributos físicos y económicos en los criterios en la selección de las parejas. Se valoran los principales conflictos que afectan a las parejas de hoy en día y sus afrontamientos. Se favorece con elementos relacionados con las disfunciones sexuales y la terapia sexual.

En la cuarta semana se estimula el vínculo de la pareja y del grupo, y se incorporan temas relacionados con la violencia, la relación violencia-género y los costos a nivel social e individual, la autoestima, las proyecciones, las aspiraciones y las motivaciones de cada miembro del grupo y de cada pareja.

En la quinta semana se mantiene el trabajo con el refuerzo del aprendizaje. Se incorporan temas relacionados con la diversidad sexual, se fortalece la aceptación del otro(a) y el respeto, además de la importancia de la equidad como derecho. Se realiza el cierre del tratamiento. Se identifica si se cumplieron las expectativas trazadas al ingreso; se realiza PNI (positivo, negativo e interesante). Se traza la conducta que debe tomarse con el seguimiento por consulta externa.

Se realizan sesiones sistemáticas de técnicas de terapias corporales (yoga, modalidad Hatha Yoga). Se reafirma con la utilización de técnicas afines, como la respiración, la concentración, el masaje individual y en pareja, la digitopresura y la relajación, y el uso de medicina natural y tradicional, específicamente acupuntura, electrosueño y moxibustión.

Se les facilita además materiales y recursos que puedan utilizar al egreso como herramientas de trabajo. Se trabaja de manera individual, en pareja y en grupos cerrados. Los terapeutas deben tener una formación profesional y un entrenamiento que les faculten para poder llevar a cabo el programa.

PROPUESTA DE PROGRAMA TERAPÉUTICO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Objetivo general

- Mejorar la calidad de la relación de pareja.

Objetivos específicos

- Proporcionar información sobre diferentes aspectos de la sexualidad, género, violencia y diversidad sexual.
- Reflexionar sobre los estereotipos de género, mitos, creencias, prejuicios y tabúes que entorpecen el disfrute pleno y placentero.
- Favorecer la comprensión de la necesidad de sensibilización, para la prevención, detección, atención y tratamiento de las disfunciones sexuales.
- Desarrollar habilidades sociales y recursos personales. Estimular el uso de terapias corporales.

Plan temático

a) Sexualidad, b) género, c) violencia, d) diversidad sexual, e) imagen corporal, autoestima, autocuidado, f) la pareja actual: la terapia sexual en el contexto de la pareja de hoy, g) integración, evaluación y cierre.

Indicadores para validar posteriormente la efectividad del programa

Pasado un mes se citará a las parejas y se realizará un grupo. Se promoverá la discusión y se hará una exploración para comprobar si existe apropiación de conocimientos, se logra reflexionar o se ha conseguido modificaciones por parte de las parejas, en cuanto a los temas tratados:

- en la comunicación, en el uso del lenguaje verbal y extraverbal e intercambio de manera abierta en los temas de sexualidad;
- recursos de habilidades sociales, como la reversión de las reglas tácitas y la asertividad;



- igualdad en relaciones sexuales (deseadas y no forzadas) y de género a través de alianzas;
- comportamientos relacionados con la masculinidad y la femineidad sustentados en el amor, el respeto, la autenticidad, la libertad y la responsabilidad;
- reconocimiento de prejuicios, mitos, tabúes y estereotipos genéricos;
- condiciones de conocimiento y admiración por el otro, así como de intimidad y promoción de las expectativas, sentido y anhelos del cónyuge;
- identificación de sus cualidades y conocimientos sobre los mecanismos que usan para afrontar los conflictos en conjunto y la búsqueda de apoyo social;
- modificaciones en los conocimientos de las parejas sobre sus cuerpos.

CONCLUSIONES

El diagnóstico mostró resistencia para abordar los temas concernientes a la relación de pareja de manera abierta. Se evidenció sobrevaloración

de los atributos físicos y económicos en los criterios de selección de las parejas. Se encontraron dificultades en la comunicación y problemas para llegar a acuerdos en la solución de conflictos, además de violencia, relación de poder, pérdida de admiración hacia el otro y relaciones paralelas.

Se constató que las parejas no reconocen la educación sexual como un derecho; presentan dificultades a la hora de desarrollar una autoimagen positiva para sustentar su autoestima y la capacidad de sentir y expresar sus afectos; muestran problemas relacionados con la educación debido a una formación restrictiva ante la sexualidad, a vacíos en los conocimientos e ignorancia de temas relacionados con los mismos.

Los modelos tradicionales de la masculinidad hegemónica y la presencia de mitos, tabúes y prejuicios otorgan tanto una condición como una posición social desigual para hombres y mujeres. Estos influyen en sus comportamientos sexuales y actúan como factores que pueden intervenir en la aparición

y el mantenimiento de disfunciones sexuales y propiciar vínculos de parejas no enriquecedores.

Se diseñó un programa terapéutico para mejorar la calidad de la relación de pareja, que ofrece herramientas para modificar criterios erróneos y construir nuevas maneras de ver y disfrutar la sexualidad desde la visión masculina y femenina, a través de un proceso de aprendizaje de nuevas concepciones con un enfoque de género. Asimismo, este programa estimula la reflexión sobre comportamientos estereotipados para que las parejas aprendan a vivir con calidad y logren crecimiento individual y mutuo.

RECOMENDACIONES

- Aplicar el programa en el centro.
- Evaluar la eficacia, efectividad y su eficiencia teniendo en cuenta los indicadores establecidos.
- Diseñar campañas de sensibilización y capacitación sistemáticas, a través de talleres que aborden los temas, en la atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS

1. Masters W., Johnson V, Kolodny R. La sexualidad humana I. 12a. ed. Ed. Grijalbo; 1995.
2. Fernández RL. Personalidad y relaciones de pareja. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006.
3. Blümel J. Disfunciones sexuales en latinoamericanas. Sexo. Sexualidad. Santiago de Chile; 2010.
4. Campuzano Montoya M. La pareja humana: su psicología, sus conflictos, su tratamiento. Plaza y Janés; 2000.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Álvarez M. Construcción sociocultural de la masculinidad. La Habana: Editorial de la Mujer; 2002.
- Bourdieu P. La dominación masculina [citado 14 de febrero, 2008]. Disponible en: <http://www.udg.mx/laventana/libr3/bourdieu.html#cola>.
- Cano López AM. Generalidades y principios de la orientación-consejería. Maestría en Sexualidad. Módulo de terapia. 2010.
- Duarte M. Mitos y realidades de la sexualidad humana [citado 20 de febrero, 2009]. Disponible en: <http://www.hombresigualdad.com/sex-humana-duarte-febmarz.htm>.

- Durkheim E. Sociología y filosofía. Cap. I: Representaciones individuales y colectivas. Santiago: Ediciones Zig-Zag; 1937.
- Kaplan HS. La nueva terapia sexual, 2. Tratamiento activo de las disfunciones sexuales. Alianza editorial; 1986.
- Kaufman M. Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias de poder entre los hombres. En Arango LG, León M, Viveros M, compiladoras. Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Tercer Mundo Editores; 1995.
- Manual ilustrado de terapia sexual. 11a. ed. Ed. Grijalbo; 2004.
- Proveyer C. La violencia es un problema cultural y de aprendizaje. 2008. Disponible en: redesemlac-cuba-net-noviolenia-Debates-news mht.
- Tapia Villanueva L. Algunas consideraciones para una terapia de pareja basada en la evidencia. 2007. Disponible en: <http://www.terapiafamilias.cl/htm/revista12/documentos/TerapiaParejaEvidencia.pdf>.
- Torres Rodríguez B. Psicoterapia con enfoque en sexualidad. Maestría en Sexualidad. Módulo de terapia. 2010.

FECHA DE RECEPCIÓN DE ORIGINAL: 12 de diciembre de 2011

FECHA DE APROBACIÓN PARA SU PUBLICACIÓN: 10 de febrero de 2012