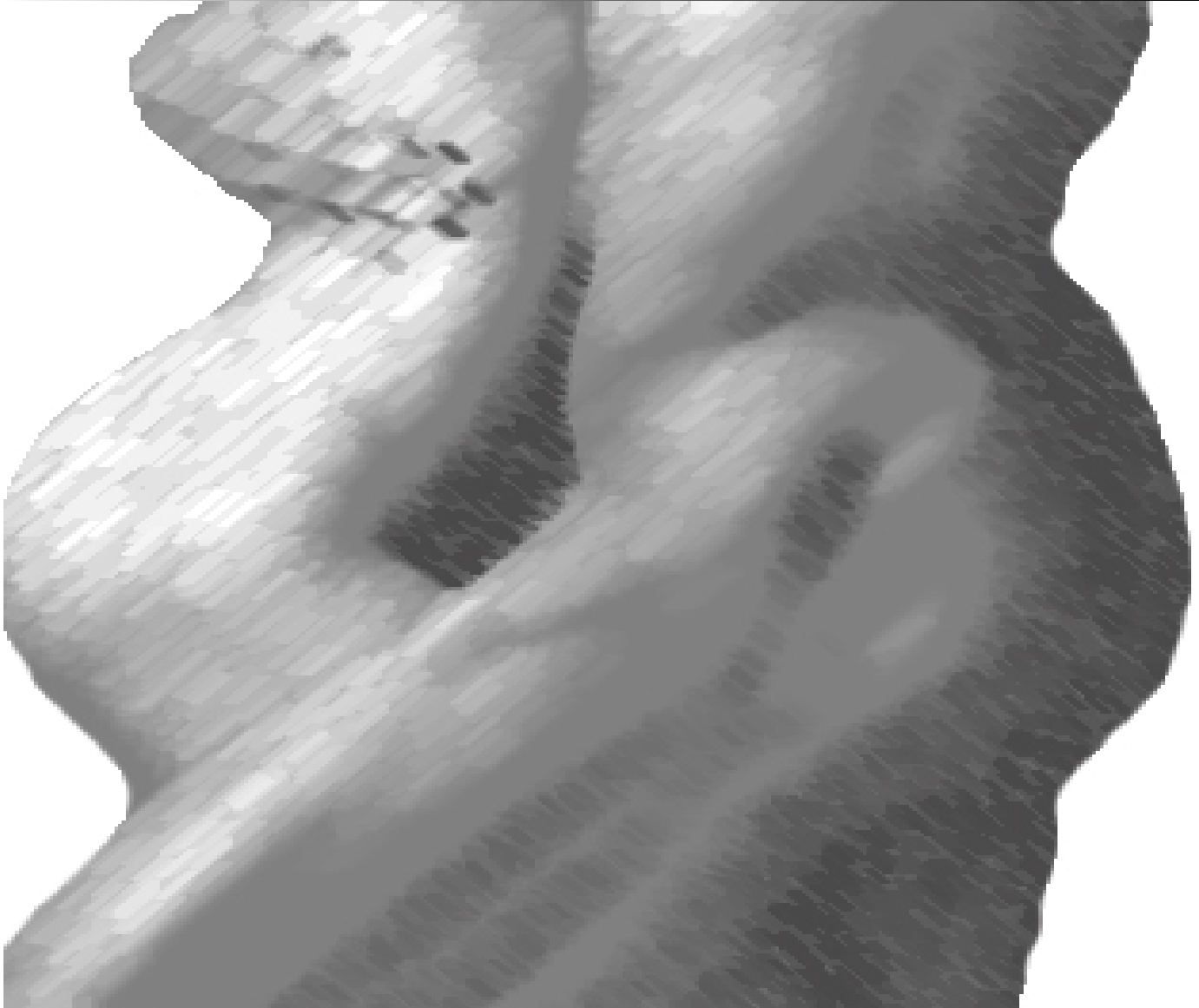


Revista Digital del Instituto Conductual de Costa Rica



**INSTITUTO
CONDUCTUAL
de COSTA RICA**

www.incocr.org
San José, Costa Rica
(506)2255 1380

Editorial.

Con sumo gusto volvemos a saludarles, después de un breve tiempo de ausencia en nuestras publicaciones. En esta ausencia, no hemos mermado en las labores de difusión de la psicología conductual en Costa Rica, ha sido mas bien un tiempo en el que nos hemos enfocado en el crecimiento profesional, y en las capacitaciones a las que nos hemos involucrado intensamente.

Nuestra revista, como siempre se ha de dedicar a los temas de la corriente cognitivo - conductual; y como un adendum de enorme importancia, nos enfocaremos también en temas relacionados a la ciencia de la sexología, dado que la difusión de ésta última, ha sido muy relegado a lo largo de la breve historia de la misma, y cada vez estamos más convencidos de que el enriquecimiento a los profesionales en salud en esta importante área es fundamental.

Como nota sobresaliente en este número, podemos contar con un artículo sobre la historia y actualidad de la teoría del estrés, del querido y lamentablemente desaparecido Carlos Quirce, sin duda alguna uno de los psicólogos más importantes que ha tenido Costa Rica, y cuyo texto había sido cedido por el Doctor Quirce a nosotros hace años atrás, para la elaboración de las memorias de la I Jornada de Psicología Cognitivo Conductual, a quien queremos recordar en esta edición.

Esperamos disfruten de esta entrega de información, y por supuesto, que les sea útil.

Galo Guerra V.
Director del Instituto
Conductual de Costa Rica

Contenidos:

El Concepto de Normalidad en Sexología 3

El Punto G y la Eyaculación Femenina 6

Historia y Actualidad de la Teoría del Estrés 8

¿El sexo influye en la relación de pareja?..... 12

Alteraciones del Deseo Sexual y el uso de Anticonceptivos Hormonales 13

Factores Relacionales Implicados En La Calidad De Vida 16

El Concepto de Normalidad en Sexología.

Dr. Eduardo Ruiz Munguía, Médico, Sexólogo, Director del Instituto Integral De Salud Familiar.
Lic. Galo Guerra Vargas. Psicólogo Modificador de Conducta, Sexologo; Director del Instituto Conductual de Costa Rica, y Docente Universitario

Palabras clave: sexualidad, normalidad, expresiones comportamentales, erotismo, evaluación,

Un tema que ha sido motivo de discusión permanente desde la creación de los estándares de evaluación de cualquier ámbito relacionado a la salud es la “normalidad”. Tradicionalmente la respuesta estadística de este concepto ha sido la famosa “Campana de Gauss”, la cual establece una media de comportamiento en la población, y dentro de esta campana existiría un enorme 80% dentro del cual cualquier conducta que se ejecute sería considerada “normal”. Inclusive este es el modelo que se adopta para la realización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR) que es avalado a nivel mundial.

Sin embargo, con respecto a la sexualidad, la realidad es un tanto más difícil para realizar este desarrollo. Si revisamos la historia de las clasificaciones, encontraríamos que la mayor parte de los comportamientos eran denominados como pecaminosos, perversos, enfermos o degenerados. Esta visión provenía muchas veces de la creencia popular y su moralidad, más que de una visión objetiva respecto al sentir y vivir de la persona individual respecto a su propia sexualidad. Por tanto, cualquier comportamiento sexual que no calzara dentro de la norma automáticamente era insertado en cualquiera de las denominaciones ya citadas.

LaNormalidad.

En la actualidad, la visión sobre este

término dista mucho de la tradicional norma social, pues la clave se encuentra en la valoración y entendimiento de la subjetividad del individuo. Siendo claro y evidente que cada una de las personas ha sido socializada de manera distinta, y que las condiciones de vida en términos de educación, afecto, estrato socioeconómico, experiencia de pareja, familia y sexualidad son diferentes, no es posible que se establezca una evaluación que englobe el panorama social y el individual de manera efectiva.

El referente en la normalidad de la sexología será entonces la historia individual de la persona, las creencias, afectos, predisposiciones, prejuicios, aprendizajes y experiencias de vida; la cual calza con la línea de evaluación psicológica de la evaluación de la modificación de conducta de la psicología, pues en ésta se toman en cuenta los factores ya citados, dentro de lo que se conoce como repertorio base de conducta (RBC).

En este punto se ha de tomar en cuenta entonces lo que implica la satisfacción para cada quién, y que dicha satisfacción no necesariamente concuerda con los estándares sociales. Es importante aclarar que, no porque ésta sea la concepción, se está de cuerdo en que se transgreda la ley; pues el cometer actos ilícitos o causar daños a terceros no se puede justificar bajo el esquema de que “lo más importante es mi satisfacción personal”.

De hecho, existen tres características que se han de tomar en cuenta para poder clasificar un acto o fantasía como normal: 1- Es egosintónico, 2- Se da el mutuo acuerdo, y 3- No causa daño a terceros.

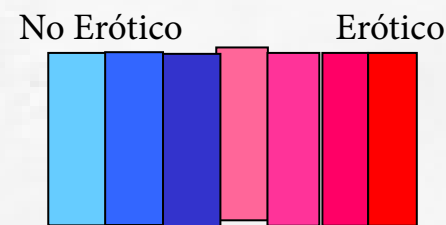
El que algo sea egosintónico significa que está de acuerdo con mi propia forma de ser, y que no genera un desequilibrio

emocional, ni cognitivo para mi persona. La práctica debe de realizarse de mutuo acuerdo, lo que implica que ambas partes concientemente aceptan la práctica y sus posibles repercusiones; como por ejemplo si un varón decide con su pareja practicar troilismo incluyendo a una mujer, su pareja eventualmente se verá en la posibilidad de solicitar un varón. Finalmente sin daños a terceros implica que personas externas o la ley no sean violentadas.

Lo Erótico.

En este apartado será necesario verificar todo aquello que la persona a aprendido a erotizar (lo que le significa sexualmente efectivo) o no; así como también el grado en que la expresión comportamental influye sobre la persona, pues esta intensidad puede variar para cada quién. La clasificación puede, desde lo no erótico ser expresión mínima (EM) o expresión acentuada (EA) y en el área erótica estaría la expresión erótica sexual a nivel fantasioso (EESF), la expresión erótica sexual mínima (EESM), la expresión erótica sexual preferida (EESP); y la expresión erótica sexual exclusiva (EESE).

EXPRESIONES COMPORTAMENTALES



Cabe destacar que este sistema clasificatorio es objetivo y neutral, pues se focaliza en la intensidad del erotismo que una persona tenga asignada a cualquiera de las expresiones comportamentales de la sexualidad, las cuales desde este panorama no calzan dentro de la idea de enfermedad, depravación, pecado, trastorno, etc.

Expresiones comportamentales de la sexualidad.

Dentro de ellas se entiende cualquier comportamiento que se refleja de parte de la persona, y que puede ser entendido como una afiliación o gusto particular, el cual puede ubicarse en grados de intensidad de acuerdo a la erotización que se haya asignado a esta expresión comportamental.

Dentro de este listado se encuentran:

- Escoptofilia: la cual consiste en el placer por mirar cuerpos, expresiones amorosas u ambas de otras personas.
- Logofilia: la cual consiste en el placer por leer textos
- Linguofilia: que consiste en el placer por decir o verbalizar.
- Gastrofilia: que es el placer por los alimentos.
- Zoofilia: la cual consiste en el placer hacia los animales.
- Iconofilia: expresión que consiste en ver figuras gráficas como fotos.
- Tribofilia: la cual consiste en el placer de tocar o ser tocado.
- Audiofilia: la cual consiste en el placer por escuchar.
- Necrofilia: la cual consiste en la atracción por lo muerto o la muerte en sí misma.
- Urofilia: la cual consiste en el placer por la orina o mirar orinar
- Masturbación: la cual consiste en el placer de causarse placer.
- Gerontofilia: que es la atracción por personas de mayor edad.
- Coprofilia: la cual consiste en el placer por la heces o por mirar el acto de defecar.
- Fetichismo: la cual es la atracción por objetos específicos.
- Juegos sadomasoquistas: en ella la persona gusta del dolor físico, la humillación, la vejación y la dependencia.

- Grafofilia: que consiste en el placer por escribir.

Importante es aclarar con ejemplo cómo deben de entenderse estas expresiones comportamentales. Tomemos por ejemplo la Grafofilia, que es placer de escribir. Por ejemplo en las áreas no eróticas la persona que escribe recados constantemente sería un grafofilico en expresión mínima; más sin embargo si es detallista y meticoloso en su escritura sería el caso de una expresión acentuada. Dentro del área erótica puede existir un placer particular por la escritura cómo quien fantasea con ser un gran escritor, o bien quien escribe novelas románticas y eróticas que pueden ir variando en explicitad, hasta llegar al punto de expresión comportamental exclusiva como fue el caso del célebre Marqués de Sade.

Como se puede observar desde este expresiograma, absolutamente todas las personas tendrían entonces alguna afiliación por cierta expresión comportamental de la sexualidad, la diferencia estriba en si existe erotización o no, y en la intensidad que se le da dentro de la erotización.

Referencias Bibliográficas.

I Congreso Nacional de Sexualidad Humana, Memorias. (2004), San José, Costa Rica.
 Alvarez-Gayou, Juan Luis. (1986) Sexoterapia Integral. Editorial Manual Moderno.
 Dattilio, F & Padesky, C. (1995) Terapia Cognitiva con Parejas, traducido por Gorbeña y Tolosa, España.
 Del Carmen, Marina. (2004) Sexo Pleno. Editorial LIBSA.
 Farré, José. (1998) El Libro del Sexo. Editorial Exito.
 Fennec, J. Godwin, M. (2005). Enciclopedia del Sexo. Ediciones LIBSA.
 Fenwick, E. Y Walker, R. (1994) Cómo fun-

ciona el sexo. Ediciones Dorling Kindersley.
 Kaplan, Helen. (1985) Evaluación de los Trastornos Sexuales. Ediciones Grijalbo.
 Kaplan, Helen. (1978) La Nueva Terapia Sexual. Ediciones Grijalbo.
 Keesling, B. (1995) El Arte del Placer Sexual. Ediciones Roobinbook.
 López, Pedro. (1976) Diccionario de la Vida Sexual. Ediciones Distein.
 Maduceño, C. (2004). El Sexólogo en Casa. Ediciones Libsa.
 Revista Muy Interesante. (2004) El Sexo en la Historia. Libros de Muy Interesante.
 Reich, Wilhem. (1993) La Revolución Sexual. Editorial Planeta – Agostini.
 Reich, Wilhem. (1981) La Función del Orgasmo. Editorial Paidós.
 Skinner, B.F. (1970) Ciencia y Conducta Humana. Editorial Fontanella.
 Skinner, B.F. (1972) Más allá de la Libertad y la Dignidad . Editorial Fontanella.
 Skinner, B.F. (1975) Registro Acumulativo. Editorial Fontanella.

El Punto G y la Eyaculación Femenina

Ana María Mora, Especialista en Sexología del Instituto Mexicano de Sexología, IMESEX, Presidenta de la Asociación Pro Sexología Científica y Vivencial
Dr. Eduardo Ruiz Munguía, Médico, Sexólogo, Director del Instituto Integral De Salud Familiar.

Estimulo de Punto G y la Eyaculación Femenina

La importancia de conocer sobre el orgasmo femenino que se acompaña de la eyaculación, más que crear una exigencia o se vea como superior a otros tipos de orgasmos, busca que quienes tengan esta experiencia lo vivan de forma placentera.

La investigación sexológica indica que la eyaculación femenina ocurre en una minoría de mujeres. La región responsable es el Punto G o de Gräfenberg, también conocido como protata femenina o glándulas de skene.

En 1950 Ernesto Gräfenberg describe esta zona erógena, aunque desde los griegos o textos religiosos. Gräfenberg mencionaba la existencia de la eyaculación femenina, refiere como algunas mujeres presentan una zona muy sensible sobre la cara anterior de su vagina, que su estimulación provoca excitación sexual y placer, y que reacciona hinchándose. Al mismo tiempo, Gräfenberg describe que el líquido evacuado por la uretra en el momento del orgasmo no es orina, sino un líquido derivado de la excitación.” de líquido durante el orgasmo.

Nuestros vecinos panameños, le llamaban desde sus antecesoros “la bella loca”.

Donde se localiza?

Se localiza en la parte superior de la vagina (si la mujer se encuentra acostada sobre su espalda, que es la mejor posición para encontrarlo con los dedos de su pareja), aproximadamente a medio camino entre el hueso púbico y el cuello uterino.

Por mucho tiempo se considero como una especie de mito y se pensaba que se trataba de orina, desde Hipócrates se hablaba de semen femenino, posteriormente fue Galeno quien no ateniéndose a las tesis aristotélicas, defendió la existencia de un líquido seminal femenino. De Graaf (1672), postulaba la existencia de la “prostatae” femenina o “corpus glandulosum” que, según él, segregaba un jugo que hacía a la mujer más libidinosa. Parece que se da un retroceso en la humanidad debido a que la mayor parte de los médicos pensábamos que las mujeres no eyaculaban, y que si una mujer botaba líquido cuando estaba teniendo un orgasmo, era porque se había orinado, creando una serie de diagnósticos errados de incontinencia urinaria. A pesar de todo, durante mucho tiempo muchas mujeres fueron operadas en Estados Unidos y países que siguieron su ejemplo, con diagnóstico debido a estos “escapes”.

La mujer y su pareja consultan por el problema que cada vez que tengo un orgasmo me orino, mojo toda la cama y e incluso pringo a mi esposo, viviéndolo con gran incomodidad. El extremo es que más de una paciente terminó operada, para corregir el problema, obviamente ese problema no se corrigió porque no era un problema.

Esta minoría de mujeres que tiene eyaculación al momento del orgasmo, les puede

parecer un poco incómodo, algunas lo evitan como si fue de alguna manera una especie de suciedad, una situación embarazosa o vergonzosa. Aquellas mujeres que están informadas de que tienen eyaculación femenina, normalmente disfrutan mucho la sensación, de liberar placer acompañado de líquido y la pareja lo viven con mucho placer, de poder observar esta respuesta sexual, más bien, resulta muy erótico y estimulante, al momento que se estimula por frotación, la mujer tiene un ardor y sensación de deseos de orinar, que si se permite continuar se transforma en placer sexual.

Para las mujeres que no lo han experimentado y buscan conocer si es posible tener esta experiencia y si no es posible es muy disfrutable el estímulo independientemente que se llegue a la eyaculación.

De donde viene ese líquido?

Son las mujeres que tienen Punto G, las que usualmente pueden eyacular, especificábamos es un remanente embriológico del tejido, que hubiera sido prostático, si el embrión fuera varón,(XY). La sensación similar a la sensación de deseos de orinar, se da porque definitivamente si sale por la uretra. En algunos casos se ha logrado, investigar que hay mujeres que tienen un canalito extra, que corre a la par de la uretra. La mayor parte de las mujeres no lo tienen.

Los análisis bioquímicos mas recientes indican que la próstata femenina produce antígeno prostático específico (PDA) del mismo modo que lo hace la próstata masculina, con la variable que no va a contener espermatozoides.

La mujer con un orgasmo experimentar una serie de espasmos rítmicos del músculo del piso pélvico; se contrae varias veces durante

un orgasmo, y esto hace que se expulse líquido con las contracciones.

La lubricación no es el líquido que la mujer eyacula es totalmente independiente, todavía se confunde, debido a que durante mucho tiempo se pensó que la mujer que eyaculaba era una mujer que producía exceso de lubricación. Una mujer puede lubricar mucho o eyacular, una mujer puede lubricar más o menos y aun así eyacular mucho, se forman totalmente independientes.

En una encuesta de 1289 mujeres consultadas, el cuarenta por ciento indicó que por lo menos en una ocasión experimentaron la eyaculación con el orgasmo y un 66 por ciento refirieron esta área como especialmente sensible, independientemente de llegar a tener una eyaculación, de esta forma algunas mujeres refieren sentirse muy bien de ser estimuladas en la zona del clitoris al mismo tiempo de recibir estímulo en la zona del punto G.

El tamaño del punto G no es estándar, sino que varía de una mujer a otra, al igual que tenemos vulvas distintas orasgos distintos. El punto G puede ser pequeño cuando se estimula tienen menos crecimiento, o a la inversa. Sin embargo, el tamaño no afecta a la respuesta sexual, puede ser nula o de mucha sensibilidad, de la misma manera que algunas mujeres disfrutaban más que otras del estímulo de sus pezones o de otras partes de su piel. Si bien el acceso al este punto requiere de una continua comunicación en el momento del estímulo, y dejarse llevar y saber disfrutar de las caricias, sin crear expectativas de una eyaculación, debido a que el estímulo en sí es agradable siempre y cuando sea algo deseado por ambos.

Historia y Actualidad de la Teoría del Estrés

PhD. Carlos Quirce Balma.

En realidad los orígenes de la teoría del estrés podrían remontarse en el tiempo más allá de cien años. Como abstract o resumen de ese asunto nos limitaríamos al hecho de una exposición pasajera de las distintas versiones que ha habido al respecto del estrés. Cien años de tiempo y más es poco tiempo en la misma historia breve de la ciencia. Existen teorías más antiguas que esta, más cien años es bastante tiempo también. Ciertamente, comenzando en 1897, Claude Bernard postula la existencia de lo homeostático como condición imperante de la vida biológica. Lo que pierde su equilibrio homeostático, pierde su vida. Lo revolucionario de esta afirmación, es que lo científico comienza a establecer el pensamiento de la razón respecto a lo vital. Antes de Bernard gran parte del pensamiento respecto a la vida reducía el entendimiento al campo de lo anímico más que al biológico. En este caso lo vital siempre terminó siendo una consecuencia de la creación y no una consecuencia de un reglamento biológico. La revolución científica arrebató a una teología ya vencida y agotada la explicación de la vida misma. Como tal, Bernard anunció su propuesta ante un mundo deseoso también de arrebatar al alma la verdad de la vida. Con ello Bernard comenzó paradójicamente a establecer una nueva ciencia a donde lo biológico y lo termodinámico son parte y contexto de una explicación cuya dirección termina en las leyes biológicas de la vida misma.

Los primeros monumentos de la teoría del estrés nacen de esa confrontación en el siglo veintiuno entre la fe y la razón. Su dialéctica para siempre marcó el nacimiento de una nueva posibilidad como explicación de las

perturbaciones de la vida. A ellas las llamaría Cannon eventualmente, un estado de “estrés” biológico. Un estado de no resistencia al ambiente externo, más difiere ya de Cannon porque ante un ambiente ofensivamente injurioso al hecho biológico, la biología en Cannon no muere, sino que se doblaga. Ese punto de doblamiento hace que el estrés sea en Cannon un hecho de la resistencia de materiales y del punto de ceder ante las presiones internas. Se sufre estrés en esa primera teoría casi de la física e ingeniería de los metales, cuando la presión del ambiente se sobrepone a la capacidad del organismo a mantener su equilibrio original. Cannon parece casi inclinarse a considerar que la vida puede doblagarse ante un ambiente sin por eso morir. La teoría de un organismo confrontado por un ambiente hostil había avanzado a un nivel nuevo, el que existe un límite de resistencia, un punto de capacidad de resistencia y un punto en que se llega a doblagar. Más Cannon habla también de la muerte y con ello habla de la incapacidad de lo dominado de seguir siendo dominado por un ambiente hostil e injurioso. Cannon deriva mucho de su trabajo de la ingeniería de puentes de las primeras dos décadas del siglo veinte. Con ello habla ya de la existencia de un nuevo fenómeno, a saber, un organismo capaz de morir por estrés ante un ambiente estresante.

La temática del estrés quedaría en manos de Cannon por algún tiempo. Un médico vienés de nombre Hans Selye buscaría esclarecer el misterio del estrés que llegaba a observar en sus pacientes. ¿Existiría acaso el estrés de solamente estar enfermo? ¡El estrés de solamente contraer una enfermedad!. Selye siguió sus observaciones y comenzó a publicar sus encuentros tanto en ratas como en humanos. De ahí se derivó el postulado fundamental de Selye: el síndrome general de adaptación. Consistiendo en tres partes, dicho síndrome

buscó explicar una mecánica biológico – conductual más detallada. Selye es un genio unificador en teoría, un innovador en metodología experimental y un autor controversial en materia de interpretación. Sobresale siempre su orientación humanista y científica. El síndrome general de adaptación se divide en tres partes: confrontación, resistencia y exhausto. Un organismo para Selye existe en continua búsqueda de reactivar su decisión de vida homeostática, más la homeostasis está en capacidad de confrontar los retos a su equilibrio. En fin, para Selye la vida biológica y psicológica tienen y disponen del “síndrome general de adaptación” para lidiar con los asaltos a su equilibrio. Para establecer la totalidad de su teoría del estrés, Selye tuvo que postular la “universalidad” del síndrome de adaptación. Esto quería decir que tanto una rata como un mono o un humano sufría el síndrome en forma exacta y continua dado cualquier tipo de estresor.

Como consecuencia de este tipo de pronunciamiento teórico, Mason levantó una serie de datos experimentales que indicaban que Selye estaba equivocado. Los trabajos de Mason están orientados a establecer perfiles diferenciados de reacciones hormonales, metabólicas y conductuales en términos de estresores distintos. Muchos investigadores participaron en dicho debate. De Costa Rica tanto Quirce como Odio lograron publicar datos respecto de la comparación de estresores distintos. En lo personal, tengo que estar de acuerdo en que ambos autores tenían razón. Otros tienden a tomar partido por uno u otro bando. El debate fue lo suficientemente fuerte al final del sesenta y principio de setenta, para polarizar las opiniones teóricas respecto a Selye. De ahí que sale a relucir la teoría de la “tercera fuerza” o tercera escuela. Dicha posición protagonizada primordialmente por Price y Politch, propuso una total reinterpretación de la teoría del es-

trés. Una de las principales modificaciones a dicha teoría fue la de reconsiderar la fase de adaptación principalmente representada por cortico – esteroides como una fase de aprendizaje inteligente de nuevas respuestas para navegar a través de la fase de resistencia. Muchos autores habían comenzado a considerar que la segunda fase o la resistencia correspondía a una disminución de “dominancia” y aún de inteligencia. La tercera escuela considera lo opuesto, pues la fase de resistencia sirve para lograr nuevos hábitos y estrategias para “navegar” a través de una matriz de estimulaciones hostiles y/o letales. Este aprender de nuevas respuestas puede que caracterice el cambio fundamental que se le dio a la teoría del estrés.

McRioch introdujo uno de los primeros elementos de la “incertidumbre” dentro de la teoría del estrés. Para dicho teórico y experimentalista, los cambios tan abruptos, como inciertos, como intensos en adaptación son los que causan estrés. La transición tanto abrupta como muy intensa de un nivel de habituación – adaptación a otro es la causa básica del estrés. McRioch fue en gran parte ignorado en la década setenta, más comenzó a tomar relevancia en los ochenta. McRioch comienza un alejamiento del concepto de estrés como reacción bondadosa y biológicamente necesaria, y adopta un concepto más de “distrés” o estrés patológico y enfermizo. Cambios abruptos obligados en estados de adaptación son pues productores de patología para él. McRioch fue en gran parte respaldado por L. Levi y otros teóricos del estrés, así como tuvo y tiene popularidad en Karolinska y escuelas noruegas.

Dentro de las escuelas noruegas del estrés cabe sobre todo destacar a Ursin. Uno de los más avanzados teóricos hasta el presente del estrés, Ursin propuso una diferenciación de tipología de respuesta humana al estrés. Así

pues, mantienen que los seres humanos tienen perfiles preferenciales de respuestas llamados de tipo A, tipo B y tipo C. Los “responders” de tipo A tienden a orientarse a excitar producción de adrenalina y noradrenalina ante un desafío ambiental estresor. El tipo B tiende a contestar con secreción de corticoesteroides; y el tipo C con secreción de testosterona. Consecuentemente se tienden a establecer orientaciones de tipo conductual a saber: tipo A se orienta a contestar un estresor con lucha y fuga; tipo B con adaptación y aprendizaje; y tipo C con viajes y escape “wanderlust” hacia el ambiente externo.

En 1995, Henrichs y otros volvió a interpretar la fase de resistencia como la adquisición de medios inteligentes de sobrevivencia. También estableció gran parte del hecho que los factores de secreción corticotrofina facilitan la adquisición de respuestas emocionalmente condicionadas. Lo anterior ha sido fundamental para la teoría del estrés, pues logró establecer la relación entre el sistema corticoide y el aprendizaje de respuestas emocionales.

Los autores del “mapeo” del cerebro de la reacción del estrés han sido muchos. Datan desde Avetnanskt hasta Chrousos en tiempos modernos. Leshner y Politch destacan entre ellos al acertar que el hipocampo es la base principal de las reacciones de “control del estrés”. Henry por su parte se inclina por la amígdala. Las escuelas australianas son de la tendencia del hipocampo también, cuando este es sobrepasado se produce la respuesta de distrés. Antelman y Caggila mantiene que las neuronas dopaminérgicas del área nigrostriatal en realidad lo son. También proponen un papel sinérgico del receptor de la serotonina al respecto de la activación dopaminérgica del receptor de la dopamina. Muy recientemente varios trabajos publicados en Hungría mantienen que el receptor 5HT_{2a}

está involucrado en la mediatización de la respuesta de la ansiedad producida por el estrés. El trabajo de Basset y Cairncross al respecto del hipocampo realizado en Australia llevó a que McEwen y Gould en 1990 extendieran la relación entre el hipocampo y los glucocorticoides del estrés al alcoholismo. El mismo año tanto Quirce como Maikel y Nash publicaron en distintas revistas científicas relaciones muy precisas entre el alcoholismo y el estrés. Quirce adelantó el hecho de que el estrés no solamente se orienta al alcoholismo, sino que también está involucrado en la producción de desórdenes bipolares y de esquizofrenia.

Sudakov había ya propuesto en la década de los ochenta, la posibilidad de que un estresor fuese tan intenso, que el organismo no logre establecer una segunda fase de glucocorticoides, dado un daño sufrido al sistema nervioso. Con ello se impedía las fases de ajuste, adaptación y habituación. Stephen y Henry mantuvieron que cualquier daño no sería causado por estresores agudos, sino por exposiciones crónicas. Mucho del trabajo de W. Paré tiende a establecer que el estrés o distrés también resulta de lo crónico, pero cuando este es incierto e irregular. Los trabajos de Quirce desde 1976 hasta el presente mantienen que la incertidumbre es la clase para comprender el estrés, si los estresores son nocivos. Está respaldado por los trabajos de Maickel, Nash y Krishnan. Mucho del trabajo sobre estrés y alcoholismo se ha basado en el hecho que experimentos destinados a establecer alcoholismo en ratas, induce dicha enfermedad cuando la aplicación del estresor nocivo tiene un horario irregular. Trabajos muy recientes al respecto de la teoría del estrés han postulado que éste logre establecerse sin la necesidad de receptores neurocerebrales del CRF. Estimulaciones de receptores de tipo genético han sido postulados entre otras cosas. Los trabajos muy recientes

de Miczeck (1989, 1995, 1999, 2000, 2001, 2002) han indicado que existen relaciones entre violencia social, alcoholismo, drogadicción, expresión genética y estrés. Los trabajos de Miczeck son fundamentales para comprender el nuevo giro en el campo de estrés. Trabajos recientes han indicado que la adicción a la cocaína y el estrés están ligados (2004).

Los trabajos de Vollenweider han abierto una nueva puerta al trabajo sobre esquizofrenia y estrés. Algunos autores modernos postulan que el estrés es una enfermedad adictiva, pues conlleva la adicción neurocerebral del organismo al segmento de la molécula del ACTH. La relación entre el estrés y la esquizofrenia han sido discutidas en un trabajo en Science por el grupo de Yale (Amy Arnstein et al) en el 2005. Así mismo McEwen y Seeman han propuesto la teoría de la sobrecarga alostática. Alostosis está orientado a establecer el número de habituaciones factibles o sostenibles en el hipocampo. Un sobrepaso de dicho nivel conlleva sobrecarga y “desgaste orgánico”. La teoría es original de Sterling y Eyer.

Nuevas orientaciones han sido prestadas de modelos económico (capital social), la psicología (hecho Robin Hood) y la antropología (eficiencia colectiva). Más el presente año Ursin acaba de presentar un nuevo modelo teórico al respecto del estrés que busca mejorar el entendimiento al establecer una teoría de tipo más conductual-cognitiva. La teoría de Ursin sí establece que elementos de disonancia cognitiva establecen pulsiones de estresamiento en un organismo y acepta la incertidumbre como posible estado de variabilidad del distrés. Los últimos quince años han también buscado el establecer una teoría psicosocial del estrés. Esto conlleva nuevas vertientes de interpretación al respecto del fenómeno. El autor actualmente escribe un trabajo que indica la posibilidad de

que el estrés como distrés es una enfermedad adictiva y epidémica de tipo social. El trabajo de Ursin es del 2005, y promete ser muy importante como teoría del distrés y del estrés simultáneamente. Mucho trabajo de Quirce et al ha estado orientado a estudiar la relación entre la nutrición y las respuestas distresantes.

¿El sexo influye en la relación de pareja?

Yosahandi Alcalá; Psicóloga Clínica; Sexóloga Educadora, Colaboradora desde Guatemala.

El sexo y la pareja, son dos temas que generalmente van de la mano. Y además de relacionarlos, creemos que para que uno exista el otro debe estar implícito. Nos cuesta creer que se deben o pueden separar. El sexo debería ser tomado como el extra de la relación, como una parte, no como el todo, y menos como pilar importante para la relación de pareja.

La buena relación en pareja se compone de pilares, que tienen que ver más con el sentirme bien con la pareja, el sentir el “tú me importas”, y demostrarlo. En el área sexual también se maneja como un todo, no como un complemento de todo lo que compone la relación de pareja.

Los pilares para que la relación funcione, depende de la edad de la pareja, el tiempo que lleve juntos, los intereses en común, las prioridades de vida, pero sobretodo el cómo en pareja se comunica estas áreas. Como siempre la comunicación llega a ser el punto clave para que la relación pueda avanzar, y se pueda establecer como una “pareja”.

Si tomamos como punto clave la edad, nos podemos dar cuenta que el sexo puede ser importante en el inicio de la relación, así como también un pilar básico para poder seguir en la relación. Pero a esta edad no se cuenta con la responsabilidad para fortalecer otros pilares básicos, como es la comunicación, el respeto y la empatía. Mientras pasa el tiempo en la relación, y se forma una relación estable, se van cambiando las prioridades, ya la parte física llega a ser menos, y es más el poder hablar y el tener metas en común.

Otro punto a tomar en cuenta es que si la pareja se establece solo para tener relaciones, y se deja a un lado el hablar o compartir otras áreas, puede que no funcione o dure lo suficiente, ya que el ser humano también necesita el poder hablar, compartir y sentir cariño, no solo la necesidad física es básico.

Para componer una buena relación de pareja, el puede ver que el sexo no está del todo incluido. El sexo debe ser como un extra que se lleva en la pareja, un complemento. Aunque es muy cierto que si la pareja esta bien, la relación sexual será buena; pero si la relación de pareja esta mal o tiene problemas, donde primero se ve reflejada es en el área sexual. Se ve reflejado, porque ahí es donde la pareja esta mas vulnerable y donde salen los verdaderos problemas, que pueden surgir a nivel individual, como pueden ser las inseguridades o miedos, y las de pareja, como es la mala comunicación o falta de respeto.

Hay elementos que son necesarios para no caer en la rutina sexual, que podrían estar en los otros pilares. Como lo es la creatividad y la información. Mientras en pareja, nos informamos sobre como tener una buena relación sexual, y le agrega creatividad en cada encuentro, esto será mucho más satisfactorio para ambos.

Lo importante en toda relación de pareja, es no quedarse callados, no dejar pasar mal entendidos, en ninguna de las áreas. Porque con algo que se deje pasar, se vuelve un pequeño mal entendido, que con el tiempo es un enorme problema.

Alteraciones del Deseo Sexual y el uso de Anticonceptivos Hormonales.

Dr. Robert Ferreto Vargas.

Médico – Cirujano, Máster en Sexología, Orientación y Terapia Sexual, Miembro Titular de la Asociación Mundial de Sexología Médica. Coordinador del Instituto Médico y Sexológico Integral Fuente de Salud.

1. INTRODUCCIÓN.

El bajo deseo sexual es una alteración cada vez más frecuente, los diferentes estudios a lo largo de la historia han demostrado que el bajo deseo sexual se ha convertido en una de las alteraciones que más consultas ha provocado en el campo de la Sexología, además de esto en cuanto al sexo (características físicas que son determinadas por la genética de cada persona y permite que se ubiquen desde el punto de vista reproductivo como Masculino ó Femenino) es el Femenino el cual se ve mayormente afectado, desde el punto de vista médico podemos afirmar que los métodos anticonceptivos hormonales comercializados en la actualidad presentan una gran influencia en el descenso del deseo sexual en algunas mujeres.

2. DEFINICIÓN DE DESEO SEXUAL.

La definición según el Manual Diagnóstico en Sexología (MDS III) “Es una condición natural e innata del individuo, inherente y latente al Proceso de la Función Sexual esta condición va a estar determinada por factores externos o internos, denominados inductores que activan, mantienen o desactivan (inhiben) el Proceso de la Función Sexual”.

2.1 COMPONENTES DEL DESEO SEXUAL.

Dentro de los componentes del Deseo sexual tenemos una base neurofisiológica, una disposición emocional/afectiva y cognitiva, inductores eficaces de sensaciones y sentimientos

sexuales, además podemos afirmar que el deseo sexual se activa ante una respuesta a estimulación interna ó ante un estímulo externo.

2.1.1 CASOS PRÁCTICOS PARA COMPRENDER LOS COMPONENTES DEL DESEO SEXUAL.

1) El individuo de repente “siente ganas” o sea se le activó la Función Sexual. Posiblemente producto de una estimulación interna, la cual puede o no ser concientizada por la persona. Ejemplo: Picos hormonales, evocaciones involuntarias, fabricación de fantasías sexuales.

2) La persona no “tiene ganas”, un estímulo externo puede activar la Función Sexual. No había deseo sexual y una actividad casual lo activó. Ejemplo: Visualización de una persona desnuda o vestida de forma seductora.

3) El individuo “tiene ganas”, busca ejercer la función sexual y durante la misma “se enfría”. Posiblemente por la aparición de un estímulo interno y/o externo que la inhibió. Ejemplo: Durante el ejercicio de la función sexual un miembro de la pareja llama por otro nombre a su compañero/a, la aparición de un dolor agudo o utilización de expresiones groseras.

4) A la persona le “dan ganas” o “pierde las ganas” frente a una persona o situación específica. La Función Sexual se activa frente a un tipo determinado de administrador sexual o se desactiva frente a un repelente sexual determinado. Ejemplo: María cada vez que ve a Pedro siente estimulación sexual. Ramiro cada vez que hace el ejercicio de la función sexual con Alejandra se desactiva debido al olor característico de la axila de ella.

5) La persona realiza el ejercicio de la función sexual sin tomar en cuenta las “ganas”. Funciona de forma automática. Ejemplo: Trabajadoras se-

xuales, cumplimiento del débito matrimonial.

2.2 CLASIFICACIÓN DEL DESEO SEXUAL.

La Clasificación del deseo sexual como condición natural es explicada por el Manual Diagnóstico en Sexología (MDS III) en los siguientes grupos:

- Deseo Sexual Alto: Se refiere a la activación de la Función Sexual diaria hasta cuatro días.
- Deseo Sexual Medio o Moderado: Se refiere a la activación de la Función Sexual de cinco a nueve días.
- Deseo Sexual Bajo: Se refiere a la activación de la Función Sexual de diez a catorce días.

3. CLASIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL DESEO SEXUAL.

Esta clasificación de las Alteraciones del deseo sexual según el Manual Diagnóstico en Sexología (MDS III) está Caracterizada por una alteración en los factores (inductores) intrínsecos y/o extrínsecos que la determinan. Entre ellos se observan:

- Ausencia de la Cualidad o Deseo Sexual Ausente.
- Hipoactividad de la Cualidad o Deseo Sexual Hipoactivo.
- Hiperactividad de la Cualidad o Deseo Sexual Hiperactivo.
- Desactivación de la Cualidad o Deseo Sexual Desactivado.

3.1 DEFINICIÓN DEL DESEO SEXUAL HIPOACTIVO.

La definición se presenta como "Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente (el juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo que afectan su actividad sexual). El trastorno provoca malestar acusa-

3.2 ESPECIFICACIONES DEL DSH.

Se puede distinguir entre deseo sexual hipoactivo generalizado, o la falta general de apetito sexual y deseo sexual hipoactivo selectivo, en el que la falta de interés o deseo sexual está restringida a una (s) persona (s) pero no a otra (s), o un tipo de actividad sexual (el coito) pero no otro (la masturbación). También hay que diferenciar entre D.S.H. primario (cuando la falta de deseo ha estado siempre presente) o D.S.H. secundario (cuando la falta de interés sexual se ha desarrollado con posterioridad).

Especificar tipo: 1) De toda la vida
2) Adquirido

Especificar tipo: 1) General
2) Situacional

Especificar: 1) Debido a factores psicológicos.
2) Debido a factores orgánicos.
3) Debido a factores combinados.

3.3 CAUSAS DEL DSH.

Como causas más importantes del D.S.H. podemos mencionar:

1. Causas orgánicas: trastornos endocrinos, diabetes, insuficiencia renal.
2. Consumo de ciertas sustancias: fármacos antihipertensivos, psicotrópicos, opiáceos, alcohol, antidepresivos.
3. Causas psicológicas o psicosociales: estados depresivos, baja autoestima, ansiedad, miedo a las relaciones sexuales, a la pérdida de intimidad, embarazo.
4. Dificultades en la relación de pareja: situaciones precipitantes de carácter aver-sivo y relacionadas con el sexo (violaciones, embarazos no deseados, desengaños).
5. Disfunción sexual: es frecuente que una

persona con disfunción sexual (Disfunción Eréctil) acabe desarrollando DSH.

3.3.1 LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y EL DESEO SEXUAL.

La anterior explicación sobre el deseo sexual, sus componentes y sus causas fue para tener una plataforma clara sobre el tema y así comprender la relación del deseo sexual y el uso de anticonceptivos hormonales en la mujer, los componentes hormonales de este tipo de anticonceptivos inhiben la producción natural de andrógenos como la testosterona ya que estos tienen un efecto anti-androgénico. Esta hormona (Testosterona) es el principal inductor interno para la activación del deseo sexual y está más elevada en los hombres por una cuestión natural lo cual no quiere decir que por tener mayor cantidad de testosterona va a tener mayor deseo sexual el Hombre que la Mujer, ya que las mujeres se ven más beneficiadas de este efecto con menos cantidad de testosterona por la sensibilidad femenina a esta hormona.

Desde la Universidad de Boston se investigó el efecto de la píldora anticonceptiva en el deseo sexual. La investigación se hizo basándose en una sustancia llamada globulina ligadora de testosterona (SHBG). Descubrieron que la píldora hace que se produzca SHBG en exceso y eso afecta a la testosterona libre ya que la testosterona libre es la que responsable de activar el deseo sexual. En los análisis de sangre se vio que las mujeres que tomaban la píldora tenían niveles muy bajos de testosterona libre y cuatro veces más de SHBG que las mujeres que nunca habían utilizado un anticonceptivo hormonal.

Además hay un dato preocupante y es que estos niveles tardan mucho tiempo en volver a la normalidad. La misma investigación afirma que las mujeres que dejaron la píldora tenían 4 meses después casi

el doble de SHBG de lo recomendado.

Por otro lado, otros efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales también puede afectar al deseo por otras causas, por ejemplo, disminuye la lubricación vaginal y eso hace que los coitos puedan ser dolorosos y, por lo tanto, no apetecer el contacto sexual.

Es muy importante tener estos datos en cuenta para buscar causas de la falta de deseo sexual en la mujer, es importante recordar que los cambios en la activación del deseo sexual también deben de tomarse en cuenta por ejemplo una persona con una activación diaria de su deseo sexual y luego por algún motivo su activación pasa a ser cada 7 días debemos de buscar la causa de ese cambio en la activación de su deseo sexual, cabe destacar que las mujeres que presentan esta alteración generalmente experimentan un cambio que no logran explicar con su relación de pareja ya que en muchos casos la relación de pareja no presenta ninguna disfuncionabilidad pero aún así la mujer no siente deseo sexual aunque su pareja trate de activar ese deseo sexual, en algunos casos la mujer tiene afectada también su capacidad orgásmica.

4. REFERENCIAS.

Alvarez-Gayou, Juan Luis (1986) Sexotografía Integral. EditorialManual Moderno

Boeree, G.; Gautier, R: Teorías de la personalidad: Sigmund Freud.

First, M.(2001): DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.EditorialMasson.

Kaplan, Helen Singer (1979) Trastornos del Deseo Sexual. Editorial Grijalbo

Masters y Johnson (1978) Respuesta Sexual Humana. Editorial Intermédica.

Masters y Johnson (1974) El Vínculo del Placer. Editorial Grijalbo

OMS: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. (CIE-10).

Academia Internacional de Sexología Médica, Asociación Mundial de Sexología Médica, Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (2012). Manual Diagnóstico en Sexología Tercera Edición. Editorial CIPV

Factores Relacionales Implicados En La Calidad De Vida

Lic. Galo Guerra Vargas. Psicólogo Modificador de Conducta, Sexólogo; Director del Instituto Conductual de Costa Rica, y Docente Universitario

Introducción.

Hoy en día uno de los temas o frases que se repite con mayor frecuencia en medios de comunicación masivos, así como en las conversaciones cotidianas es la frase de “calidad de vida”. Esta frase viene acuñada por parte de la definición de la Organización Mundial de la Salud, que establece que la salud es el adecuado desarrollo y equilibrio de una persona tanto en el plano físico, emocional, laboral y psicológico.

El concepto entonces de calidad de vida es posible abarcarlo, cuando se entiende que hay que desarrollar varias áreas y no solamente una. El error común que cometen muchas personas, revistas, psicólogos, médicos, psiquiatras y demás fuentes de información, es creer que la calidad de vida hace referencia a un tema asociado a la concreción de metas propias de una etapa de desarrollo, como lo puede ser el ejemplo de la categoría de Erickson en el adulto productivo, al creer que su realización es simplemente “ser productivo”. Como aclaración a este respecto, no es intención del autor demeritar los estudios de Erik Erickson, pues hasta la fecha corresponden a los estudios de desarrollo de ciclo vital más completos que se han documentado; es más bien la interpretación errónea de los profesionales y público en general que se deriva de un entendimiento ligero y apresurado de la teoría.

Como resultante de la combinación de

una ideología social capitalista, y en exceso funcionalista, las personas terminan concentrándose en una de las áreas implicadas en la calidad de vida, y creyendo que si se desarrolla ampliamente una de ellas, se logra equilibrar el resto. Por ejemplo hay personas que sacrifican a la familia en pro de alcanzar un mejor estatus social gracias al trabajo. Mucho trabajo, más dinero, mejor calidad. Este parece ser el pensamiento de estas personas.

En otros casos hay personas que sacrifican a los amigos o familiares en aras de sostener una relación de pareja, que termina por ser absorbente, demandante y aunque por lapso de tiempo puede ser gratificante, la verdad es que a la larga termina por perder ese sabor agradable.

Conceptualización.

La calidad de vida debe ser entendida no como la cantidad, precio o calidad de cosas que se posea; o actividades sociales en las que se encuentre inmersa la persona. La calidad de vida es un delicado equilibrio entre siete factores de relaciones tanto intra como interpersonales. Dichas áreas son: la relación consigo mismo, con amigos, familia, ocupación, pareja, intereses y sexualidad.



Relación con Sí Mismo: implica que el individuo se dedique calidad y cantidad de tiempo para sí mismo, dedicándolo al ocio y la recreación. Además requiere que la persona sienta que es el centro de su propia vida y no que su vida gira en torno a otra área, siendo entonces dueño de su propio tiempo, sus decisiones y sus prioridades; lo que conlleva a una apropiado autoconcepto y a la autoaceptación incondicional. Para lograr alcanzarla se debe estar en un alto grado de contacto con los “reforzadores intrínsecos” y particulares de ese individuo, y poseer un alto grado de autoconocimiento que facilite el autocontrol.

Relación con Amigos: dado que los seres humanos son seres sociales, el contacto con terceros es fundamental para el apropiado desarrollo y equilibrio personal. Las amistades son parte fundamental en la vida de cualquier individuo, y son personas a las que se les frecuenta para recrearse y tener espacios lúdicos, para tertuliar, intercambiar impresiones, opiniones, apoyo emocional y se basa en un intercambio recíproco de intereses comunes, y su vínculo fundamental es la lealtad y la intimidad afectiva.

Relación con Familia: la que incluye tanto a la familia de procedencia (núcleo donde se ha nacido) como a la extensa (familiares adquiridos producto de otra relación, como lo son los cuñados, sobrinos, suegros, etc.). Los vínculos familiares son vínculos primarios y esenciales para el desarrollo del esquema cognitivo de afiliación e involucramiento en la vida de otras personas. Genera la sensación de protección hacia otros y de refugio para sí mismo, y fortalece la capacidad de desdoblarse sobre el sí mismo e involucrarse profundamente en la vida de otra persona a partir de la empatía.

Relación con la Ocupación: que puede ser el estudio de una persona, o bien su trabajo. Implica un involucramiento apropiado, efectivo y satisfactorio con esa dedicación particular a la que el individuo se ocupa. Genera deseo de crecimiento y motivación hacia la realización personal dentro del contexto ocupacional. Implica el desarrollo de motivación intrínseca por la labor que se desempeña.

Relación con la Pareja: relación que se desarrolla al lado de otra persona, con la que se establece un vínculo afectivo fuerte, se basa en el compañerismo, altruismo, intercambio recíproco de emociones, el respeto, el desapego y la libertad. Para ello se debe estar individualmente en equilibrio, para lograr luego compartir al lado de la otra persona.

Relación con Intereses: son las actividades recreativas o de pasatiempo que un individuo posee de forma particular, y que pueden ser de carácter intelectual, como la lectura de libros de manera recreacional (no incluye la lectura por motivos de estudio) por ejemplo; o bien actividades de descanso intelectual, como la colección de monedas, escribir poesía, o llevar un curso de música. La característica es que se desarrolla bajo un entorno de esparcimiento y no es una actividad que se realice bajo la presión de una evaluación, pues está destinada totalmente al descanso intelectual.

Relación con la Sexualidad: la sexualidad es un área inherente al ser humano y que por tanto merece un desarrollo exclusivo. Por tradición social ésta área se ha asociado exclusivamente a la relación de pareja y de ser posible matrimonial. Sin embargo, cada persona tiene el derecho a explorar su propia sexualidad, conocerla, vivirla y desarrollarla

de manera satisfactoria, indistintamente de si se encuentra en una relación de pareja o no. Conlleva la autoexploración, y el autoconocimiento de la erótica personal, de los estímulos sexuales efectivos particulares, el autoconcepto, y las expresiones comportamentales de la sexualidad que caracterizan al individuo.

Relación entre las Siete Áreas.

La idea fundamental de este modelo de siete áreas, consiste en que una persona desarrolle un balance entre cada una de ellas, para lo cual debe dedicar tiempo tanto en calidad como en cantidad a cada una de ellas, todo ello dentro de un marco de duración que no exceda los siete días. Es decir, en un lapso de una semana, un individuo debe tener relación con sus siete esferas de calidad de vida.

Cuando una persona deja de relacionarse con algún área, el peso en valía emocional y en satisfacción suele recargarse –erróneamente- sobre alguna de las otras esferas de la calidad de vida, haciendo que ésta sea más pesada en su obligación satisfactoria y por ende las cogniciones, conductas y emociones se tornan más rígidas e inflexibles, ante la expectativa personal de plenitud y equilibrio que el individuo demanda de la misma. Es decir, si en el caso de una relación de pareja, uno de los miembros recarga sobre la pareja el tiempo y satisfacción que corresponde al área de amigos y familia, pues ha disminuido sustancialmente el círculo de amistades y el contacto con familiares, las expectativas de felicidad se acrecientan en su pareja, tornándose una relación incómoda dados los altos niveles de exigencia que este error conlleva. La esfera de pareja en este ejemplo, se ve obligada a satisfacer y suplir no solo su cuota individual, sino que además debe cubrir cuotas de dos esferas más.

De igual manera se puede entender por ejemplo la situación en la que el individuo se decanta abiertamente a favor del trabajo, razón por la cual el círculo de amistades se ve seriamente reducido, las relaciones familiares merman, y por ende la relación de pareja se afecta. Ésta persona tenderá a esperar que el surgimiento laboral logre dar un alto nivel de satisfacción intrapersonal, que ésta esfera esta en incapacidad de cubrir por sí sola, lo que eventualmente deriva en fatiga crónica laboral, niveles de distress pronunciados, y afectaciones emocionales tales como la ansiedad y la depresión.

Otro problema frecuente es que la persona sustituya el espacio central del “Sí Mismo” cediéndole totalmente el espacio a otra esfera. Por ejemplo si en el centro de las esferas se posiciona la esfera de “Intereses”, se convierte en el eje de la vida las actividades recreativas y de esparcimiento, dando como resultado un hedonismo carente de mayores responsabilidades para consigo mismo, la vida, y demás personas que le rodeen. Éste resultado se ve reflejado en el adolescente que se dedica únicamente a la colección de caricaturas de manga o a los videojuegos, sin tener responsabilidades académicas o sin importarle cumplirlas; mientras que a su vez, no acata deberes domésticos, irrespeta a sus padres y por ende a los límites que se imponen; y su círculo de amistades o pareja gira en torno a su “interés” ya sea el animé o el videojuego. Este es solamente un ejemplo.

Manejo Apropiado de las Siete Áreas.

Cuando el individuo es capaz de mantenerse a sí mismo en el centro de su vida y por ende de su calidad de vida, tiene entonces la posibilidad de ejercer un control más apro-

piado de las áreas que deben girar en torno a su persona.

El hecho de que alrededor del sí mismo giren otras seis esferas, implica que a cada una de ellas se le debe asignar una cantidad de tiempo que resulte gratificante, al punto de que se conviertan en reforzadores intrínsecos.

La cantidad de tiempo que se asigna a cada una de ellas, varía de persona a persona, razón por la cual no existe una medida ni una media exacta que se pueda proponer como ideal. Por esta razón, cada individuo debe experimentar cuál es el mínimo necesario para cada una de las esferas que en su cognición y en su emoción generen satisfacción.

Para proponer un ejemplo, se puede pensar en una persona que trabaja 9 horas diarias, lo que implica Ocupación: 9 horas. Suponiendo que esta persona duerme un promedio de 8 horas al día, se han consumido ya 17 horas de un día de 24, lo que deja un restante de 7 horas para intentar satisfacer alguna otra área en ese día. Supóngase que de esas 7 horas se restan 2 horas más en transporte al trabajo, siguen quedando 5 horas disponibles en ese día. Esta persona podría dedicar ese mismo día una hora a lectura recreativa lo que hace que Intereses lleve asignada 1 hora. Las otras 4 horas, si es que la persona es casada, perfectamente puede ser distribuida entre Pareja, y Familia si es que hay hijos. Ése fue un único día de una semana.

Resulta imposible satisfacer las siete esferas en un único día, pues basados en el ejemplo anterior en ese día no se tuvo contacto con amigos, familia extensa o de proveniencia, con el sexo, o con sí mismo. Precisamente por esta razón, es que el modelo lo que propone es que sea una relación desarrollada

en el lapso de una semana, pues esto facilita que a lo largo de los siete días, se puedan ir distribuyendo en cuotas pequeñas de tiempo, de forma tal que sea una meta realizable y que no implique un alto nivel de desgaste para poder ser cumplida.

Referencias.

- Maslow, A. (1971) La amplitud potencial de la Naturaleza Humana. Editorial Trillas.
- Skinner, B.F. (1977) Sobre el Conductismo. Editorial Fontanella.
- Skinner, B.F. (1970) Ciencia y Conducta Humana. Editorial Fontanella.
- Skinner, B.F. (1972) Más allá de la Libertad y la Dignidad . Editorial Fontanella.