UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

Tesis para Licenciatura en Psicología

Funcionamiento sexual y Bienestar psicológico en mujeres con y sin hijos

TESISTA

Delfina Laura Cerávolo

TUTOR

Dr. Andrés Fernando López Pell

Septiembre 2014

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGIA Y RELACIONES HUMANAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

DEFENSA DE TESIS

Dictamen

_____

Nota

_____

Jurados:

_____

_____

_____

Fecha _____

El trabajo profundo se parece mucho a la excitación sexual. Comienza de cero, se acelera en altiplanos, se vuelve sostenido e intenso. Si los altiplanos son interrumpidos de golpe (imagina un ruido fuerte e inesperado), deberás comenzar todo de nuevo.

Clarissa Pinkola Estés en “Mujeres que corren con los lobos”

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que colaboraron en este trabajo de investigación.

A mis padres y hermanos, por su confianza y por su apoyo en las situaciones difíciles que se presentaron a lo largo de mi carrera.

A Santiago, por darle color a mi vida y saber comprender mis estados de ánimo durante este proceso.

A mi tutor, el Dr. Andrés López Pell, por quien siento profunda admiración, por su confianza, enseñanza, su paciencia y tiempo ante cada una de mis (más de una vez repentinas) dudas sobre este trabajo.

A todos ellos, ¡Muchas gracias!

Postergación de la Maternidad: Funcionamiento Sexual y Bienestar Psicológico

Delfina L. Cerávolo

Resumen

Durante muchos años la sexualidad fue para la mujer un factor exclusivamente relacionado con la reproducción, siendo éste el único componente valorado de la vida sexual femenina. A partir de una serie de cambios, que se dieron durante los últimos años, se reposicionó a la mujer en la sociedad mediante su incorporación al trabajo remunerado. El consiguiente desarrollo profesional y la posibilidad de planificar la concepción cobraron relevancia en el disfrute de la sexualidad. Actualmente se percibe que muchas mujeres posponen la maternidad hacia edades avanzadas, convirtiéndose éste en uno de los tantos objetivos por cumplir en la vida. Para conocer la relación de la postergación de la maternidad con el funcionamiento sexual femenino y el bienestar psicológico, en este trabajo se describieron y compararon éstas variables en una muestra conformada por mujeres universitarias de 25 a 35 años con hijos y sin hijos. Se desarrolló el estudio administrando la Escala de Bienestar Psicológico (Casullo, 2002) y el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (Sánchez, Borrás, Pérez, Gómez, Aznar & Caballero 2004). Los resultados arrojaron datos significativos sobre el bienestar psicológico, presentando valores más altos en el grupo de mujeres que no postergaron la maternidad. De los doce dominios que comprenden el funcionamiento sexual solo se encontró una mayor puntuación en “Iniciativa sexual” en las mujeres que si postergaron la maternidad.

Palabras clave: Sexualidad femenina, funcionamiento sexual femenino, bienestar psicológico, postergación de la maternidad.

Postponement of Maternity: Sexual Functioning and Psychological Well-Being

Delfina L. Cerávolo

Abstract

For many years sexuality was a factor for women exclusively related to reproduction, which is the only component of female sexuality valued life. From a series of changes that occurred during the last years, it repositioned women in society through its incorporation into paid work. The resulting professional development and the ability to plan conception gained prominence in the enjoyment of sexuality. Currently it is perceived that many women delay childbearing to older ages, making it one of the many goals to fulfill in life. To understand the relationship of the postponement of motherhood with female sexual functioning and psychological well-being, in this paper we described and compared these variables in a sample of college women made up 25 to 35 years with and without children. Administering the study Psychological Wellbeing Scale (Casullo, 2002) and the Sexual Function Questionnaire for Women (Sánchez, Borrás, Pérez, Gómez, Aznar & Caballero 2004) was developed. The results showed significant data on the psychological well-being, the highest values in the group of women who delayed childbearing. Of the twelve domains comprising only sexual functioning was found higher scores on "sexual Initiative" in women that if they delayed motherhood.

Key words: Female sexuality, sexual satisfaction, psychological well-being, postponing motherhood.

ÍNDICE GENERAL

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

- 0 -

AGRADECIMIENTOS - 3 -

RESUMEN - 4 -

CAPÍTULO I - 8 -

INTRODUCCIÓN - 9 -

CAPÍTULO II - 12 -

MARCO TEÓRICO - 13 -

2.1 Acerca de la maternidad y su postergación - 13 -
2.2 Sexualidad femenina - 18 -
2.2.1 Satisfacción Sexual Femenina - 21 -
2.3 Bienestar psicológico - 23 -

CAPÍTULO III - 27 -

METODOLOGÍA - 28 -

3.1 Objetivos - 28 -
3.2 Hipótesis - 28 -
3.3 Justificación y relevancia - 28 -
3.4 Tipo de estudio o diseño - 29 -
3.5 Población - 29 -
3.6 Muestra - 30 -
3.7 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos - 30 -
3.8 Procedimiento - 31 -

CAPÍTULO IV - 32 -

RESULTADOS - 33 -

4.1 Escala FSM - 33 -
4.2 Escala BIEPS-A - 35 -
4.3 Descripción y análisis de variables sociodemográficas - 35 -

CAPÍTULO V - 48 -

DISCUSIÓN - 49 -

CAPÍTULO VI - 51 -

CONCLUSIONES - 52 -

BIBLIOGRAFÍA - 54 -

ANEXOS - 61 -

6.1 Instrumento de recolección de los datos - 62 -

CAPÍTULO I

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo la sexualidad fue para la mujer un factor relacionado exclusivamente con la actividad reproductiva, siendo el único componente que ésta podía valorar de su vida sexual. A partir de una serie de cambios que se dieron durante los últimos años, cuyas bases pueden remontarse originalmente en los primeros movimientos de lucha por la liberación femenina, se fue dando lugar a un reposicionamiento de la mujer en la sociedad con su incorporación al trabajo remunerado, el consiguiente desarrollo profesional y la posibilidad de planificar la concepción. Es así como cobra relevancia el ejercicio y goce libre de la sexualidad femenina (Caldiz, 1996).

En los tiempos que corren, la anticoncepción se convierte en la herramienta indispensable para evitar el embarazo no deseado. Se ha pasado de la idea de progreso familiar, al individual; de la meta indiscutida de la maternidad a la posibilidad de optar concientemente por la misma. De esta manera, la mujer intenta ubicarse en un plano bastante similar al del hombre, anhelando obtener nuevos posicionamientos en los ámbitos político, económico, social e intelectual, dejando de ser su único objetivo el matrimonio y la crianza de los hijos.

No obstante, la naturaleza de la especie limita a la mujer en su plan de ser madre, siendo que a partir de los 35 años se produce una disminución del potencial reproductivo de los óvulos, decayendo la fertilidad significativamente a los 37 años (Chavez, 2007).

Si bien en nuestro país el mandato social de la maternidad continúa fuertemente vigente, aparece claramente la postergación de la misma, calculándose que el 15% de los bebes nacen de mujeres mayores de 35 años (Oizerovich, 2005). Si se piensa una presión social para con las mujeres correspondiente a explotar su potencial, intentando obtener una igualdad con el hombre y cumplir con las expectativas de éxito profesional y económico y que esto las lleve a posponer hoy en día la maternidad hacia edades avanzadas, siendo que aún hoy en día el fantasma de la maternidad resulta difícil de eludir, cabe preguntarse si este hecho tiene incidencia en el bienestar psicológico y en

el funcionamiento sexual de aquellas mujeres que han optado por posponer su maternidad en función de desarrollar una carrera profesional.

En la revisión de los antecedentes relacionados con la temática se ha encontrado bibliografía contradictoria y no se han hallado estudios previos que den cuenta de la influencia que tiene el tener o no hijos en el funcionamiento sexual y/o bienestar psicológico, no obstante si se halló sobre cuáles son los motivos o representaciones que las mujeres que aún no poseen hijos tienen sobre la maternidad. Hofenaar, Van Balen y Hermanns (2010) sostienen que el impacto de la maternidad sobre el bienestar psicológico no se encuentra bien comprendido.

Según Montilva (2008) existe evidencia de que la población femenina con estudios superiores presenta un patrón de reproducción menor al resto de la población. Esta autora ha llevado a cabo un estudio de carácter cualitativo cuya muestra fue conformada por mujeres profesionales sin hijos residentes de las ciudades de Caracas y Santiago de Chile, con el propósito de conocer los motivos por los cuales las mujeres profesionales jóvenes postergan su maternidad. Los resultados mostraron que estas mujeres consideran que la tenencia de hijos, si bien delimita un antes y un después en sus vidas, conforma uno de los tantos objetivos por alcanzar en la vida, cuya realización depende de haber logrado un desarrollo profesional y una maduración emocional previos. A pesar de estos resultados, la autora ha hallado un gran desconcierto al momento de proyectar la compatibilización del trabajo y la crianza de los mismos (Montilva, 2008). En función de su desenvolvimiento como individuos, actualmente las mujeres cuentan con mayores posibilidades de desarrollar roles y metas personales, hecho que difiere con la tradicional consideración acerca de su deber como madres y esposas.

Siguiendo la misma línea de investigación, pero desde una perspectiva conceptual diferente, Paterna, Yago y Martínez (2004) realizaron un estudio en la ciudad de Murcia, España, a partir de una muestra conformada por 90 mujeres empleadas sin hijos, cuyo interés fue examinar cuales son las ideas que se tienen sobre la maternidad. Los autores tuvieron exclusivamente en cuenta la importancia de la palabra como el medio a través del cual se manifiestan los mitos, creencias e idealización de la maternidad y el placer que produce tener hijos. Los resultados mostraron que las mujeres, a pesar de aún no haber sido madres, otorgaban gran importancia y valoraban e idealizaban la

experiencia de la maternidad, asociándola a conceptos en su totalidad positivos (e.g., amor, cariño, alegría, satisfacción), creyendo conocer cuales eran los pros y contras de su no maternidad y manteniendo altas expectativas debido a lo que supone ser madre según los estereotipos culturalmente establecidos. Estos hallazgos se encontraron concordantes con sus pensamientos acerca de que es el rol maternal el que define la identidad del género femenino en su desarrollo en la sociedad. Esta investigación se basó en el concepto de identidad de género, entendido como una valoración mediante la cual una persona se autodefine como hombre o mujer teniendo en cuenta el patrón cultural y comportamental históricamente establecido para cada una de las categorías sexuales.

Entendiendo también que la sexualidad es un aspecto central en la calidad de vida de la mujer y en su bienestar, sería de especial importancia indagar acerca de su funcionamiento en la postergación de la maternidad de manera de identificar posibles disfunciones sexuales y la recuperación de las mismas mediante intervenciones.

El objetivo de este trabajo es investigar la existencia de relaciones entre el funcionamiento sexual y bienestar psicológico entre mujeres universitarias que han sido madres y aquellas que no, estudiantes de carreras universitarias.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Acerca de la maternidad y su postergación

Los anticonceptivos orales introdujeron una revolución en el control de la natalidad en el siglo XX, haciendo que las mujeres administren a su antojo su fertilidad (Varas Cortés, 2010). Esta situación ha tenido impacto no solo en el aspecto biológico, sino también en la dimensión moral, subjetiva y social de la mujer dado que derivó en una confrontación de dos conjeturas, a saber, que la mujer puede procrear y, además, que anhela hacerlo. Fue a partir de los años sesenta que el hombre comenzó a liberarse de la responsabilidad en el tema de la anticoncepción y la mujer a aventurarse en su sexualidad sin miedo al embarazo no deseado, modificando su comportamiento sexual y poniendo punto final a la díada sexualidad – reproducción (Sícaro, 2008).

Junto con la aparición de la píldora anticonceptiva y el dispositivo intrauterino medicado nació en EE.UU el feminismo radical, cuyo primordial objetivo fue cuestionar los principios freudianos acerca de la feminidad y la condición de normalidad de la mujer, pasiva y masoquista (Marcús, 2006). Dentro de esta línea de pensamiento, Chodorow (1984) cuestiona con firmeza la posición bológicamente determinada de la mujer-madre, sosteniendo que es el rol maternal el que define principalmente la vida de la mujer y no la maternidad biológica en sí. Este movimiento junto con otras propuestas feministas surgidas hasta una década más tarde (e.g. Firestone, 1971; Friedan, 1963; Mitchell, 1971; Ortner, 1974; Rich, 1976), pugnaron por separar a la mujer de la figura materna, dando lugar a que ésta pueda lograr una autonomía propia (Palomar Verea, 2005). Poco a poco se ha podido ir explicitando de mejor manera el ejercicio de la sexualidad femenina placentera de una netamente reproductiva, abriendo la puerta a una nueva perspectiva “no procreadora” del rol de la mujer en la sociedad. Desde ese entonces, ambiciones económicas, profesionales y laborales comenzaron a tener mayor incidencia en el proyecto de vida de la mujer del siglo XXI.

Es frecuente que en el discurso femenino el ejercicio de la maternidad aparezca como una vocación natural (Sícaro, 2008). Ello se debe a que el imaginario mujer – madre alude a la tierra fecunda, fructífera. De allí que la

función materna vinculada a la naturaleza, quedara constituida como un proceso natural. Varios autores (Fuller, 1995; Marcús, 2006; Palomar Verea, 2005; Sícaro, 2008 & Szasz, 2004) proponen desnaturalizar el concepto, aludiendo al carácter cultural de la maternidad. Si bien en nuestra sociedad la maternidad funciona como el principal organizador de la vida de la mujer, existe una diferencia entre las distintas clases sociales en cuanto al momento para ser madre o el número de hijos, siendo que mientras en los estratos sociales más bajos las jóvenes continúan concibiendo a edades tempranas, las mujeres de clase media y alta retrasan la maternidad en función de mayores aspiraciones sociales, educativas y laborales (Sícaro, 2008).

El término género es definido por Tubert (1991) como una categoría que ubica a una persona en un determinado lugar en la sociedad, el cual se vale de un orden y un patrón comportamental previamente estipulado. El concepto de Individuación se utiliza para explicar el fenómeno que ocurre cuando el ser humano se desliga de su rol de género tradicional en pos de construirse una existencia propia a través de la inserción en el mercado laboral y educativo, en detrimento de las relaciones familiares y amorosas (Beck & Beck, 2001).

Según Fuller (1995), una de las creencias más enraizadas en el pensamiento occidental acerca de la diferencia entre los géneros recae en que la mujer es la responsable de la crianza y mayor parte del desarrollo social de sus hijos. Para esta autora, la idea de la maternidad difiere según el momento histórico y la cultura de pertenencia, y los orígenes de su sacralización tienen relación con el tipo de familia que desde el siglo XVII hasta el siglo XIX inclusive, asignaba a la mujer un rol de desempeño exclusivo en la esfera doméstica y al hombre en el mundo del trabajo y la vida pública, complementándose mutuamente. A aquella “señora” se la concebía dentro de un marco de pasividad sexual, puesto que una sexualidad con un mayor rol protagónico era para las mujeres de clase baja (Sícaro, 2008).

Fuller, en su desarrollo teórico sobre el imaginario social actual acerca de la maternidad, distingue cuatro tipos de ideas que tienen las mujeres: por un lado están aquellas que piensan que desarrollar una carrera profesional es primordial junto con el hecho de poder compartir actividades domésticas con su pareja, más allá de que finalmente son ellas quienes las ejecutan; por otro lado están aquellas que consideran que trabajan para enriquecer el presupuesto familiar, viviendo así con dificultad su maternidad; aquellas que creen que el

trabajo es una actividad a llevar a cabo siempre y cuando no interfiera con su maternidad; y finalmente están las mujeres que no ven posible una conciliación entre desarrollar una actividad fuera del hogar con el cuidado de sus hijos. La autora concluye que la tenencia de hijos se ubica de manera central en la vida de las mujeres, no obstante ello existe actualmente un número considerable que proyecta otros objetivos en la vida junto con la maternidad (Fuller, 1995).

Para Paolmar Verea (2005), la maternidad consiste en un constructo cultural multideterminado, descrito y delimitado por disposiciones que derivan de los requisitos de un grupo social particular y en un momento específico de su historia. Para esta autora, dentro de este fenómeno tiene especial relevancia las prácticas y discursos que son fuente y efecto del imaginario del rol de género, que se transforma a medida que también lo hace el contexto. Para ampliar esta idea alude al concepto de maternalismo utilizado hace un siglo atrás como característico del género femenino en su actuación social, refiriéndose a su predisposición innata al cuidado ajeno y facilidad de empatía que la destina inevitablemente a ser madre. Si bien toda mujer se plantea la maternidad en algún momento de su vida, hoy ya no se habla tanto de este concepto sino de la importancia de la función materna. Además, se cuestiona que este deber sea tarea exclusiva de la mujer (Palomar Verea, 2004).

Marcús (2006) propone hablar de “maternidades” en lugar de maternidad, dado que dentro de los sectores populares puede encontrarse una gran heterogeneidad resultante de la combinación de varios factores, a saber, la espacialidad contextual en la que se encuentran, el lugar de origen y la generación a la que pertenecen. No obstante esto, Mancini (2004) sostiene que el mandato dominante de la maternidad atañe a toda mujer, sea cual sea su clase social de pertenencia.

Ahora bien, cabe preguntarse cuál es la influencia que tiene la maternidad sobre el bienestar psicológico de las mujeres. La revisión de la bibliografía sobre el tema resulta algo contradictoria (Hoffenaar, Van Balen & Hermanns, 2010). Thoits (1983) encontró que a mayor cantidad de funciones que una mujer desempeña en su cotidianeidad, menor es su nivel de sufrimiento psicológico. Siguiendo la misma línea, Crosby (1991), por su parte concluyó que cuanto más papeles ejercen, son menos propensas a la depresión que otras mujeres. Brown y Harris (1978) y Kandel, Davies y Raveis (1985), al comparar mujeres empleadas con hijos y mujeres desempleadas sin

hijos, descubrieron que las madres que trabajaban contaban con mayor apoyo social y eso las hacía menos susceptibles al estrés y a la fatiga. Barnett y Baruch (1985) encontraron mayores niveles de bienestar subjetivo en mujeres casadas con hijos que trabajaban fuera de sus casas, que aquellas mujeres desempleadas sin niños. Reid y Hardy (1999) señalaron que los resultados positivos resultantes de la combinación de la maternidad y el estudio se vinculaban a una mejoría de la autoestima, a un fortalecimiento de la identidad, a la formación de redes de apoyo y a un mejor acceso a los materiales y recursos sociales. Según estos autores, estos factores pueden eclipsar cualquier negativa resultante de la combinación de las múltiples funciones desarrolladas.

De manera contraria a lo anteriormente expuesto, ser madre puede no ser una experiencia positiva para todas las mujeres, debido a que éstas deben adaptarse a una serie de cambios físicos, emocionales y sociales durante la transición a la maternidad (Harwood, McLean & Durkin, 2007). Las investigaciones indican que un grupo considerable de mujeres no consiguen lidiar contra los retos asociados a la maternidad (Cowan y Cowan, 1995). Por su parte, Oates, Lewis Hall y Anderson (2005) explicaron que existe también gran potencialidad para desarrollar un nivel de bienestar negativo resultante de la combinación del ejercicio de la maternidad y el desarrollo de una carrera profesional. Los autores explicaron este hecho a partir del concepto de conflicto inter-rol, consistente en una tensión interna derivada de las metas aparentemente contradictorias del estudio de una carrera y el ejercicio de la maternidad. Este conflicto ha sido demostrado en numerosos estudios (e.g Coverman, 1989; Greenglass, 1985; Krause & Geyer-Pestello, 1985; Laster, 2002; Phanco, 2004 en Oates et al, 2008) y se ha relacionado con una disminución del sentido del bienestar subjetivo, incluyendo síntomas de depresión, ansiedad, ira, estrés, culpa y otras autoevaluaciones negativas (Oates et al, 2008). Barnett y Hyde (2001) criticaron esta postura sosteniendo que son varios los factores que contribuyen a la cuestión de si el desarrollo de múltiples roles tendría resultados beneficiosos para las mujeres, entre ellos, que el hecho de desempeñar varias funciones le brinda a la mujer la oportunidad de tener mayores posibilidades de éxito, mejora la comunicación y la calidad del vínculo marital mediante el intercambio de experiencias con el cónyuge; que el impacto del desarrollo de múltiples funciones en el bienestar

de la mujer parece estar moderado por un efecto consistente en que el estrés o fracaso en una de las funciones se ve balanceado por la satisfacción o el éxito en otra; por último señalaron que factores como el ingreso económico extra y la oportunidad de formar lazos sociales en el lugar de trabajo o estudio median en la relación en cuestión.

Hoffenaar, Van Balen y Hermanns (2010), sostienen que el estudio del impacto que tiene la transición a la maternidad en el bienestar psicológico de la mujer aún no está bien entendido debido principalmente a tres razones: en primer lugar, la literatura resulta inconsistente, debido a que los estudios que analizan el bienestar psicológico del período de postparto en comparación con los niveles prenatales han arrojado resultados mixtos, siendo que mientras algunas investigaciones han demostrado un patrón de puntuaciones de depresión mayores después del nacimiento del niño (Matthey, Barnett, Ungerer & Waters, 2000, en Hoffenaar et al, 2010), otras no han encontrado cambios en el nivel de síntomas depresivos o prevalencia de las tasas de depresión (Eberhard-Gran, Tambs, Opjordsmoen, Skrondal & Eskild, 2004; Josefsson, Berg, Nordin & Sydsjo, 2006; Salmela-Aro, Aunola, Saisto, Halmesmaki & Nurmi, 2006, en Hoffenaar et al, 2010); en segundo lugar, gran parte de las investigaciones se han centrado en un solo aspecto del bienestar, a saber, el afecto negativo (ansiedad y depresión), y esta condición puede alterar las conclusiones de manera significativa. Por último, los autores mencionan que la medición del bienestar en las mujeres luego de la maternidad resulta dificultoso debido a que la mayoría de los esfuerzos de experimentación se han desarrollado mediante la comparación de las medias de grupo en distintos puntos de tiempo, ignorando en gran medida las diferencias de cada persona en el proceso de adaptación a los cambios que están asociados a la maternidad. Con respecto a este último punto, los autores mencionan el Principio de Acentuación, definido por Graber y Brooks-Gunn (1996, en Hoffenaar et al, 2010) como aquel que establece que los comportamientos se vuelven mas extremos en los momentos de desafío, dado que los individuos responden a estas situaciones de acuerdo a su patrón preestablecido, siendo que mientras para algunas mujeres el reto de la maternidad puede fortalecer sus habilidades de afrontamiento y cambiar su vida de forma positiva, para otras el mismo desafío puede hacer que las mismas herramientas resulten inadecuadas, provocando malestar y disfunción.

2.2 Sexualidad femenina

La sexualidad humana ha sido valorada a partir de múltiples discursos (Amuchástegui & Rodríguez, 2005 y Szazs, 2004). La religión cristiana y la medicina de occidente han considerado históricamente a la sexualidad como un impulso esencial cuya manifestación precisa de autocontrol y límites por parte de la sociedad, cuya práctica difiere entre los hombres y las mujeres y su ejercicio correcto es aquel que se lleva a cabo entre personas de diferente sexo, adultas y en unión conyugal. No obstante, el discurso científico se ha diferenciado de la religión al caracterizar al impulso sexual como natural y universal y además, por haber dado gran importancia al hecho de que las personas contaran con información acerca del funcionamiento fisiológico de los genitales, argumentando que si la sexualidad era conocida y practicada por todos, aportaría al bienestar humano (Parker & Gagnon, 1995). El surgimiento del psicoanálisis a principios del siglo XX reforzó los enfoques medicalizados de la sexualidad, entendiéndola como una exteriorización de una poderosa pulsión de procedencia biológica (Szasz, 2004). Freud (1931) realizó aportaciones teóricas acerca de como se desarrolla la mujer a partir de una disposición bisexual infantil. La articulación de este devenir con su elaboración del Complejo de Edipo lo llevó a constatar la desigualdad entre los sexos con respecto a su resolución a través del complejo de Castración. Para Freud, la conclusión de esta problemática (la falta de pene) en la mujer se realiza por la vía de la maternidad.

Del discurso científico acerca de la sexualidad deriva otra visión denominada esencialista, para la cual la sexualidad posee el fin único de la reproducción y define la identidad de género, de modo que la sensación de pertenencia a la categoría femenino o masculino sería natural y estaría basada en la genitalidad (Amuchástegui & Rodríguez, 2005).

Hacia finales del siglo XX surge un enfoque que considera a la sexualidad como socialmente construida, consistiendo la misma en un conjunto de relaciones que varían histórica y culturalmente, de manera que una práctica, un deseo, un placer o una fantasía se transforma en sexual a medida en que el imaginario social así lo establece (Amuchástegui & Rodríguez, 2005). La construcción social y cultural de lo femenino y lo masculino se destaca como una clasificación que da origen a la percepción de las prácticas sexuales: lo

masculino se encuentra asociado a ideas de actividad con un predominio de amor-pasión, pudiendo el hombre llevar a cabo ejercicios eróticos sin la intervención de sentimientos amorosos; por el contrario, lo femenino está ligado a la pasividad y al ejercicio del amor romántico (Loyola, 1998; Moya Morales, 1984).

A menudo suelen confundirse los términos sexualidad y genitalidad (Groisman, Rabinovich & Imberti, 1999). Mientras la sexualidad, conformada por aspectos biológicos, psicológicos y sociales, es un impulso vital que se manifiesta de manera conjunta con las emociones y los sentimientos, al mismo tiempo que involucra al cuerpo y el contacto corporal, la genitalidad es solo una de las múltiples manifestaciones de la sexualidad, acotada única y exclusivamente al contacto genital, al ejercicio de la función generadora. Lo genital es sexual, pero la sexualidad excede la genitalidad, constituyendo así una función básica del ser humano que abarca factores fisiológicos, emocionales y cognitivos, íntimamente relacionada con la salud y la calidad de vida de la persona (Arrington, Cofrancesco & Wu, 2004; Frohlich & Meston, 2002; McCabe & Cummins, 1998; Taleporos & McCabe, 2002; Ventegodt, 1998).

Blümel, Binfa, Cataldo, Carrasco, Izaguirre y Sarrá (2004) afirman que la sexualidad juega un rol central en la calidad de vida de la mujer y se ve reflejada en su grado de bienestar físico, psicológico y social.

A nivel físico, el funcionamiento sexual humano advierte una compleja articulación de los sistemas nervioso, vascular y endócrino. Masters, Johnson y Kolondy (1985) fueron los primeros en estudiar la fisiología de la respuesta sexual, estableciendo un modelo que consta de cuatro fases:

1) Fase de deseo o apetencia, etapa en la cual la presencia de fantasías sexuales motivan la aparición del deseo que conlleva a la búsqueda de situaciones sexuales y se corresponde con las ganas o necesidad de actividad sexual.

2) Fase de excitación o vascular, la cual consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y se acompaña de dos tipos de respuestas fisiológicas (i.e., genital y extragenital). Desde el punto de vista genital, se manifiestan fenómenos de tipo sanguíneo (vascular) y aumento de la tensión muscular. Las modificaciones más importantes en la mujer son la

vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos. A nivel extragenital, se produce la miotonía, que es una contracción de los músculos de todo el cuerpo, los senos aumentan su tamaño, como también la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el ritmo respiratorio.

3) Fase orgásmica o muscular, caracterizada en la mujer por la contracción rítmica involuntaria de los músculos perineales, perivaginales y del útero. El cuello uterino se abre, luego las contracciones se extienden a toda la pelvis provocando un placer intenso. Es el punto culminante del placer sexual y la eliminación de la tensión sexual.

4) Fase de resolución, etapa caracterizada por una sensación de relajación muscular y de bienestar general, en la que casi todos los órganos y tejidos femeninos regresan a su estado de reposo.

Estas aportaciones teóricas fueron fundamentales para la aplicación clínica, dado que de las mismas surgieron los diagnósticos de las disfunciones sexuales. Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de estas fases. La Asociación Psiquiátrica Americana -APA- (2002) caracteriza a las disfunciones sexuales como una alteración del deseo sexual, cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y la provocación de malestar y problemas interpersonales, agrupándolas en cuatro tipos: 1. Trastornos del deseo sexual; 2. Trastornos de la excitación sexual; 3. Trastornos del orgasmo; y 4. Trastornos sexuales por dolor. Esta clasificación sólo atañe a aspectos psicológicos de la conducta sexual (Blümel et al, 2004). Basson, Berman, Burnett, Derogatis, Ferguson, Fourcroy, et al (2000), en su Report of the International consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications, desarrollaron una nueva clasificación, manteniendo las cuatro áreas básicas y agregando dos más, a saber: lubricación y satisfacción.

Las disfunciones sexuales, en el DSM-IV-Tr de la APA (2002), pueden presentarse durante toda la vida o desarrollarse luego de un período de funcionamiento normal. Además pueden clasificarse según surjan en todas las situaciones sexuales o bien ser circunstanciales. Torres (2010) sostiene al respecto que al ser la sexualidad humana una práctica cultural y mítica, muchas de las disfunciones sexuales femeninas se desarrollan debido a la

imposición de desempeñarse según una lógica masculina, hecho que impide la vivencia sexual de la mujer de una manera libre. Este autor relaciona la patología del deseo sexual con el mandato de la maternidad, debido a que "se pone en juego una dicotomía difícil de resolver para la mujer en donde queda prisionera de aquello que ilusoriamente la liberó: su maternidad" (p. 120).

Kaplan (1974) desarrolló una teoría multicausal de los trastornos sexuales en los diferentes niveles intrapsíquico, interpersonal y conductual, considerando la intervención de cuatro factores en el desarrollo de los mismos: Información equivocada o ignorancia respecto a la interacción sexual y social; sentimientos de culpa y ansiedad inconscientes en relación al sexo; ansiedad de ejecución como la causa más frecuente de los trastornos orgásmicos; y falta de comunicación en la pareja.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992) aquellas personas cuyos pensamientos, actitudes y comportamientos que van de la mano con un ejercicio liberal de la sexualidad, es decir, aquellas personas con menos miedos, culpas o demás factores que afecten la vida sexual, son quienes tienen mayores posibilidades de alcanzar una sexualidad más saludable (Álvarez, Honold & Millán, 2005). El bienestar sexual puede ser definido como la evaluación cognitiva y emocional de la vida sexual de un individuo (Oberg, Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2002).

2.2.1 Satisfacción Sexual Femenina

Bridges, Lease y Ellison (2004) afirman que la satisfacción sexual es un componente subjetivo y psicológico más que importante en la experiencia sexual de la mujer, cuya naturaleza y vinculación con variables de tipo cognitivas y de experiencia subjetiva ha sido poco investigada, a diferencia de otras cuestiones de la sexualidad femenina centradas principalmente en comportamientos sexuales específicos, como por ejemplo la actividad coital, o los cambios fisiológicos que ocurren durante la respuesta sexual.

Se entiende por satisfacción sexual la sensación subjetiva de bienestar, ajuste y agrado de la actividad sexual (e.g., Briñez Horta, 2003; Carrobles, Gámez Guadix, & Almendros, 2010; Dupin & Hédon, 2001; Lawrence & Byers, 1995). Concordantes con esta línea de pensamiento se encuentran investigadores que sostienen que la satisfacción sexual consiste en la

respuesta afectiva que surge de las valoraciones que realiza el individuo de la relación sexual, a partir de la percepción del cumplimiento de las necesidades y expectativas propias y de la pareja (e.g., Byers, Demmons & Lawrance, 1998; Hurlbert & Apt, 1994; Offman & Matheson, 2005).

La satisfacción sexual suele diferenciarse en física y erótica, remitiendo a la interacción erótica agradable y a la alegría por la estabilidad de la relación, respectivamente (Haavio-Mannila & Kontula, 1977).

Por su parte, Caldiz (1996) sugiere que una respuesta sexual satisfactoria depende exclusivamente de tres factores: 1. Tener un cuerpo sano; 2. La capacidad de libertad para percibir y actuar sentimientos eróticos; y 3. Obtener estimulación adecuada. La falta de estimulación adecuada, para esta autora, es la causa más frecuente de la mayoría de las dificultades sexuales de las mujeres.

Parish, Luo, Stolzenberg, Laumann, Farrer y Pan (2007) mencionan en sus aportaciones teóricas cinco aspectos que pueden influir en la satisfacción sexual: 1. prácticas sexuales, como la utilización de diversas técnicas sexuales o la frecuencia del intercambio coital, etc.; 2. factores socio-emocionales del vínculo con la pareja; 3. conocimientos, actitud y valores hacia la sexualidad, siendo que una gran incidencia religiosa, conductas sexuales conservadoras y precaria información sobre la sexualidad se encuentran asociados a una baja satisfacción sexual; 4. salud física y vitalidad; y 5. barreras ambientales, como la ausencia de intimidad. Por su parte, Barlow, Sakheim y Beck (1983), Basson (2001), Beggs, Calhoum y Wolchick (1987), Labrador y Crespo (2001) y Minnen y Kampman (2000), agregan los estados emocionales, como la ansiedad y la depresión, entre los factores que poseen incidencia sobre la satisfacción sexual.

Acuña y Cevallos (2005) hallaron una corelación significativa entre un mayor nivel académico y un mayor índice de satisfacción sexual.

Parece razonable considerar que el funcionamiento, la satisfacción y la salud sexual podrían estar vinculados con el bienestar psicológico y subjetivo (Levin, 2007). En este sentido, diversos estudios han advertido de la existencia de una relación entre el deterioro del funcionamiento y la satisfacción sexual y la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y malestar psicológico general (Arrington, Cofrancesco & Wu, 2004; Frohlich & Meston, 2002). Sin embargo, no se ha encontrado ningún estudio realizado hasta la fecha que haya

examinado la posible relación entre el bienestar psicológico y el funcionamiento y la satisfacción sexual en mujeres, en muestras no clínicas.

2.3 Bienestar psicológico

La curiosidad por la buena calidad de vida, el sentirse bien y la satisfacción con la vida es de larga data, para los filósofos griegos consistía en la virtud. Sin embargo, aunque la preocupación teórica por el tema es arcaica, recién en las últimas décadas del siglo XXI se ha convertido en objeto de interés científico para la psicología (Diener & Suh, 2000).

El concepto de bienestar psicológico surge dentro del marco de la Psicología Positiva, corriente cuyo objetivo es investigar acerca de los efectos que tienen en la vida de las personas sus virtudes y fortalezas (Casullo, 2002). Originalmente, el concepto se encontraba ligado a la idea de felicidad, cuestión filosófica relacionada a la pregunta sobre cuál era el bien supremo y las vías correctas para su obtención (Castro Solano, 2010). Las primeras revisiones del constructo bienestar psicológico las realizaría Wilson (1967) quien, centrándose mayormente en aspectos externos, argumentaba que la persona feliz era aquella que gozaba de juventud, buena salud, educación y salario, sencillas aspiraciones y una alta autoestima, extrovertida, optimista, libre, religiosa, casada, de cualquier sexo y poseía moral de trabajo y una gran variedad de niveles de inteligencia. A partir de Wilson, según Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), las investigaciones sobre el bienestar psicológico han ido evolucionando, desde una etapa en la que estuvieron centradas en su vinculación con variables sociodemográficas, hasta la actualidad, en donde el punto clave se centra en un intento por comprender aquellos procesos subjetivos individuales que subyacen al bienestar (Casullo, 2002).

Diener (1994) caracteriza las definiciones del bienestar existentes en la literatura sobre el tema a partir de tres componentes: un carácter subjetivo, que recae sobre la experiencia personal; una dimensión global, dado que comprende una evaluación desde todas las áreas de la vida de una persona; y una consideración positiva, porque su esencia excede la ausencia de agentes negativos. Este autor sostiene, además, que el bienestar subjetivo posee factores duraderos e inestables conjuntamente, argumentando que si bien es

estable a lo largo del tiempo, puede sufrir alteraciones ocasionales en función de los afectos predominantes.

Castro Solano (2010) menciona 5 modelos teóricos del bienestar, a saber:

1. Las teorías universalistas o télicas que consideran que el bienestar es obtenido a medida que se alcanzan los objetivos que se plantean en la vida.
2. Las situacionales proponen que aquellas personas que transcurren con mayor frecuencia experiencias vitales positivas, son quienes poseen un mayor nivel de bienestar.
3. Las personológicas afirman que el bienestar se encuentra fijado en las variables de la personalidad, y que las personas que poseen alta extraversión y bajo neuroticismo son las que poseen mayor felicidad.
4. Las de la adaptación sostienen que el bienestar es poco variable y que los acontecimientos vitales poseen escasa influencia en el grado de bienestar a largo plazo, resaltando la importancia del punto de anclaje, es decir, la adaptación por retorno al nivel de bienestar previo (set point).
5. Por último están las de las discrepancias, las cuales consideran que son más felices aquellas personas que mantienen una relación apropiada entre sus aspiraciones y sus logros.

Se reconoce una diferencia entre dos tipos de bienestar, a saber el hedónico y el eudaimónico. Ambos términos hacen referencia a dos antiguas orientaciones filosóficas y pueden entenderse como vías para llegar a la felicidad. El hedónico es conocido en la psicología moderna como bienestar subjetivo y fue definido por Kahneman y Schkade (1999 citados en Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009) como “la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo” (p. 17). Castro Solano (2010) sostiene que una persona es más feliz porque ha experimentado mayor cantidad de emociones positivas que negativas. Por el contrario, el bienestar eudaimónico hace hincapié en la forma plena de vivir y la realización de los potenciales más humanos (Vázquez et al., 2009). Castro Solano (2010) afirma que esta corriente se encuentra más ligada a la calidad de los vínculos, los proyectos

personales y el significado vital. Desde esta perspectiva, al bienestar se lo ha de llamar psicológico, para diferenciarlo del subjetivo de la corriente hedonista. Según Vázquez et al. (2009), las personas que presentan bienestar eudaimónico son aquellas que: se sienten bien conformes consigo mismas más allá de reconocer sus propias limitaciones (autoaceptación), han podido crear y establecer buenas relaciones con los demás (relaciones positivas con los otros), facilitan un ambiente que les permite satisfacer sus necesidades y deseos (control ambiental), han desarrollado un claro sentido de libertad personal e individualidad (autonomía), han hallado un justificativo que unifica sus esfuerzos y desafíos (propósito en la vida), aprenden y desarrollan sus capacidades continuamente (crecimiento personal).

Ryff (1995) critica los estudios clásicos llevados a cabo sobre la satisfacción, los cuales consideran el bienestar psicológico como la ausencia de malestar o de trastornos psicológicos y omiten las teorías sobre la autorrealización, el ciclo vital, el funcionamiento mental óptimo y el significado vital. Esta autora entiende al bienestar psicológico como el resultado de una evaluación valorativa por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido, y da cuenta de su multidimensionalidad al identificar seis dimensiones que lo componen: 1) una evaluación positiva de uno mismo; 2) la aptitud de manejar efectivamente el ambiente y la vida propia; 3) la posesión de vínculos personales fuertes e importantes; 4) la valoración acerca de que la vida posee sentido y coherencia; 5) la sensación de crecimiento personal a lo largo de la vida; y 6) el sentido de autodeterminación.

A pesar de un debate prolongado durante mucho tiempo, hoy existe un consenso acerca de que el bienestar psicológico:

- Tendría una dimensión subjetiva básica y general;
- Estaría compuesto por dos aspectos: uno centrado en las cuestiones emocionales (afecto positivo y negativo) y otro en los componentes cognitivos (el procesamiento de la información que las personas llevan a cabo para evaluar como les va en la vida, en concordancia con el sentido de su existencia personal).

Casullo (2002) agrega a lo anterior una tercera dimensión, la vincular. Estos tres aspectos se relacionan con la dimensión subjetiva.

En base a lo anteriormente expuesto, se considera que el bienestar psicológico excede la categoría popular de felicidad, y tendría que ver con una evaluación subjetiva del resultado obtenido con una determinada manera de haber transcurrido por la vida, vinculado con la aceptación de uno mismo, y acorde al establecimiento de un sentido de desarrollo personal y vínculos positivos con los otros (Casullo, 2002).

CAPÍTULO III

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo general

- Investigar la existencia de relaciones entre el funcionamiento sexual y bienestar psicológico entre mujeres universitarias que han sido madres y aquellas que lo postergaron, haciendo carreras universitarias.

3.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a la muestra, según variables sociodemográficas, a saber: edad, nivel educativo, estado civil, situación laboral, convivientes y realización de actividad asociada al bienestar.
- Describir el funcionamiento sexual de mujeres universitarias con y sin hijos.
- Identificar el nivel de bienestar psicológico de mujeres universitarias con y sin hijos.
- Comparar el funcionamiento sexual y bienestar psicológico entre mujeres universitarias con y sin hijos.

3.2 Hipótesis

La hipótesis general que guía este trabajo es que el no tener hijos disminuye el bienestar psicológico y casi no tiene incidencia en el funcionamiento sexual.

3.3 Justificación y relevancia

El buceo bibliográfico sobre la postergación de la maternidad ha presentado las principales teorías sobre los motivos que impulsan a las mujeres a esta decisión y los riesgos que ello conlleva para la salud; no así sobre cual es el impacto que tiene este fenómeno. Se entiende que indagar la relación entre la postergación de la maternidad, el funcionamiento sexual femenino y el bienestar psicológico aporta a una comprensión de las mujeres que desarrollan un estilo de vida universitario y profesional, postergando la

maternidad, o bien asumiendo ambos roles. Se aspira con este trabajo a aportar conocimientos para atender los desafíos que emergen de las nuevas y complejas condiciones de vida de las mujeres. Asimismo también sería de interés que se puedan desarrollar estrategias de intervención individual o grupal para aquellas mujeres que encuentren dificultades a la hora de planificar la maternidad y a integrarlo con su desarrollo profesional.

3.4 Tipo de estudio o diseño

Se realizó un estudio comparativo, de diseño no experimental transversal con un abordaje cuantitativo.

3.5 Población

La población estuvo constituida por mujeres de la Provincia de Buenos Aires, entre 25 y 35 años:

1. Con hijos
2. Sin hijos

La unidad de análisis sería cada una de estas personas que cumpliera con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Que acepte participar de la investigación.
- Que tenga una edad comprendida entre 25 y 55 años.
- Que haya tenido actividad sexual durante las últimas cuatro semanas.
- Que se encuentre cursando una carrera universitaria.

Criterios de exclusión:

- Que no cumpla con alguno de los criterios de inclusión.
- Que no acepte participar de la investigación.
- Que posea antecedentes psiquiátricos o neurológicos.

3.6 Muestra

Se tomó una muestra no probabilística intencional, compuesta por 64 mujeres estudiantes de carreras universitarias de 20 a 35 años, de las cuales 32 tenían hijos y 32 no.

3.7 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Se utilizó un cuestionario autoadministrado compuesto por:

- **Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM)** (Sánchez, Pérez, Gómez, Aznar & Caballero 2004): Es un cuestionario autoadministrable que consta de 14 preguntas cerradas con 5 opciones de respuesta en escala Likert de 5 valores, a los que se puede optar solo por una de las alternativas. Estas 14 preguntas se integran en los siguientes dominios: 1) Deseo; 2) Excitación; 3) Lubricación; 4) Orgasmo; 5) Problemas con la penetración vaginal; 6) Ansiedad anticipatoria; 7) Iniciativa sexual; 8) Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja; 9) Capacidad para disfrutar con la actividad sexual; 10) Satisfacción con su vida sexual en general; 11) Actividad sexual sin penetración vaginal; 12) Frecuencia de actividad sexual; y 13) Existencias o no de pareja sexual. Las preguntas de los dominios descriptivos no tienen un valor cuantitativo y dan cuenta de la frecuencia sexual, existencia de pareja y otras cuestiones esenciales para el diagnóstico de disfunciones sexuales en la mujer. Para diagnosticar una disfunción sexual solo se contabilizan los seis primeros dominios. Aplicable a mujeres con actividad sexual en pareja o individual, sea cual sea su orientación sexual, evalúa las diferentes fases de respuesta, la iniciativa y el grado de comunicación. Recoge datos descriptivos acerca del desempeño y explora la existencia de disfunciones sexuales. El mismo ha presentado valores de confiabilidad muy buenos (i.e., Alfa de Cronbach de 0,89).

- **Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A)** (Casullo, 2002): evalúa la autopercepción del bienestar psicológico en adultos desde una perspectiva multidimensional. Consta de 13 ítems agrupados en 4 dimensiones: 1) Vínculos (calidad de las relaciones personales); 2) Proyectos (metas y propósitos en la vida); 3) Autonomía (capacidad de

actuar de modo independiente); y 4) Control/Aceptación de sí mismo (sensación de autocompetencia y bienestar con uno mismo), que puntúan en una escala Likert con 3 opciones de respuesta (1. De acuerdo; 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo; y 3. En desacuerdo), de las cuales se obtiene un puntaje total que es la suma de los puntos asignados a cada ítem. Las puntuaciones por debajo del percentil 25 subrayan la existencia de un bajo bienestar psicológico que compromete varias áreas de la vida de la persona. Las superiores al percentil 50 o 75 indican un bienestar promedio o alto, señalando que el sujeto se siente, en términos generales, satisfecho o muy satisfecho con su vida. La misma ha presentado valores de confiabilidad muy buenos (i.e., Alfa de Cronbach de 0.70).

- **Cuestionario de variables sociodemográficas** construido ad hoc para el presente estudio.

Los instrumentos se presentan en el Anexo.

3.8 Procedimiento

En función de describir el funcionamiento sexual femenino se utilizó el cuestionario FSM (Sánchez et al, 2004) y para medir los niveles de bienestar psicológico la escala BIEPS-A (Casullo, 2002).

Para la administración del instrumento de recolección de datos se acudió a diferentes universidades y se procedió a verificar en primer lugar que las mujeres que fueran a completar los cuestionarios cumplieran con el requisito de haber tenido actividad sexual durante las últimas cuatro semanas, variable que habilita a realizar el cuestionario FSM. La aplicación del protocolo se realizó de forma individual. Al ser del tipo autadministrado, permitió que los evaluados no contaran con la intervención del evaluador, con la única excepción de que surgiera alguna duda con respecto a las preguntas. El instrumento fue entregado junto con un sobre blanco y pegamento con el propósito de mantener el anonimato y la confidencialidad.

A cada protocolo se le asignó un número para el posterior procesamiento y análisis de la información.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

Con el propósito de estudiar la relación entre las mujeres que tienen o no hijos entre los 25 y 35 años de edad, y la función sexual de la mujer evaluada a partir de la escala FSM y el Bienestar Psicológico, evaluado a partir de la escala BIEPS-A, se realizó un análisis de diferencias de medias, empleando el estadístico t de Student.

En los apartados que se presentan a continuación pueden observarse la relación con la escala FSM en principio y a continuación con la BIEPS-A.

Por último, se ha decidido ampliar los objetivos de esta tesis efectuándose un análisis más abarcativo de los resultados obtenidos, para ser tenidos en cuenta en futuras investigaciones. Al final de este capítulo se pueden encontrar estos datos ampliatorios.

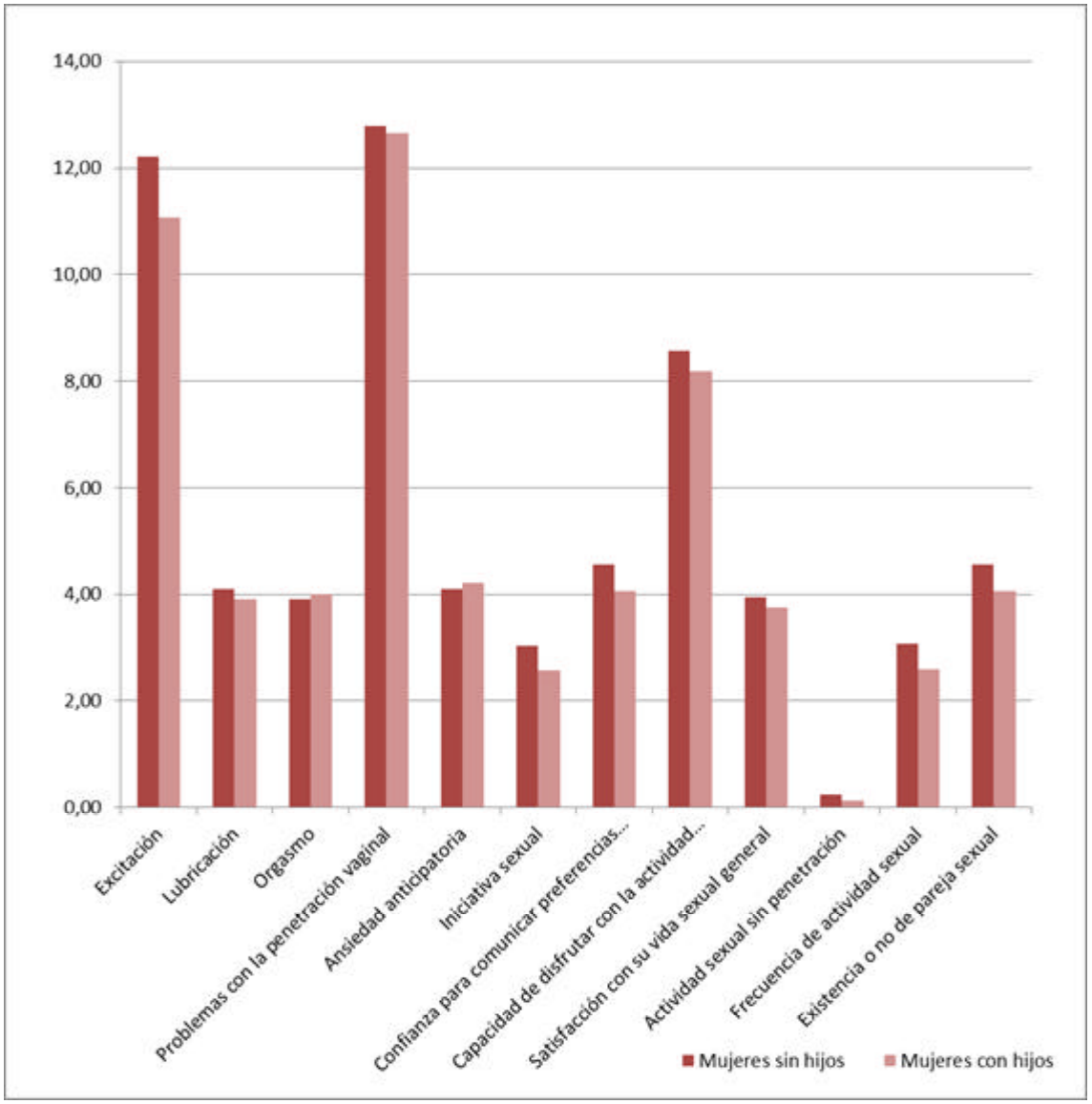
4.1 Escala FSM

El análisis realizado a partir de la prueba estadística de t de Student muestra que las mujeres con y sin hijos se diferencian significativamente en la iniciativa sexual $t_{(62)} = 2.50$, $p < .05$. De acuerdo con este resultado las mujeres que han postergado la maternidad estarían mostrando una puntuación significativamente mayor en comparación las madres.

En la tabla, sombreado, y en la figura que se presentan a continuación pueden observarse los estadísticos descriptivos, y los valores de la prueba t de Student con su significación.

	Mujeres sin hijos		Mujeres con hijos		$t_{(62)}$	*P*
	M	DE	M	D		
Excitación	12.22	2.04	11.06	2.72	1.921	.059
Lubricación	4.09	1.09	3.91	1.09	0.689	.493
Orgasmo	3.91	1.09	4.00	0.95	0.367	.715
Problemas con la penetración vaginal	12.78	2.01	12.66	2.07	0.245	.807
Ansiedad anticipatoria	4.09	1.03	4.22	1.01	0.491	.625

Iniciativa sexual	3.03	0.59	2.56	0.88	2.501	.015
Confianza para comunicar preferencias sexuales	4.56	1.08	4.06	1.29	1.681	.098
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	8.56	1.48	8.19	1.75	.926	.358
Satisfacción con su vida sexual general	3.94	0.98	3.75	0.95	0.776	.441
Actividad sexual sin penetración	.25	0.98	0.13	0.55	0.626	.533
Frecuencia de actividad sexual	3.06	1.22	2.59	1.10	1.615	.111
Existencia o no de pareja sexual	4.56	1.08	4.06	1.29	1.681	.098

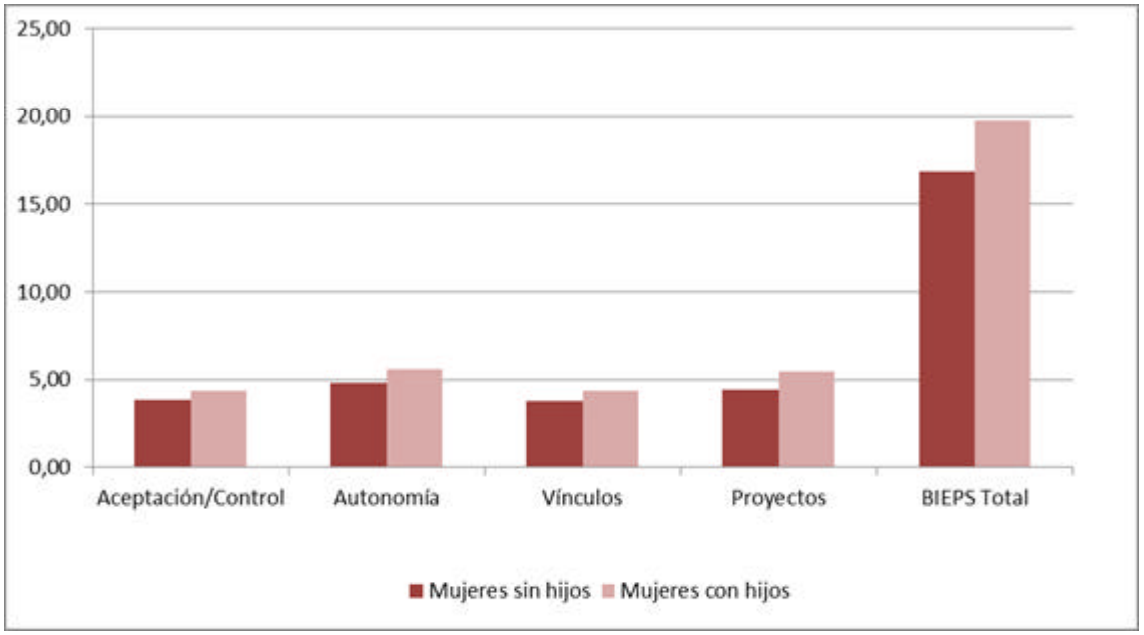


4.2 Escala BIEPS-A

Los resultados obtenidos de la escala BIEPS-A muestran diferencias significativas entre las mujeres sin hijos y con hijos en las variables de Autonomía $t_{(62)} = 2.06$, $p < .05$., Proyectos $t_{(62)} = 3.55$, $p < .01$., y Puntaje total del BIEPS-A $t_{(62)} = 3.41$, $p < .01$. En todos los casos, las madres muestran un puntaje significativamente mayor que las mujeres sin hijos.

En la tabla y la figura que se presenta a continuación pueden observarse los estadísticos descriptivos de la escala BIEPS para ambos grupos, y los valores de la prueba t de Student.

	Mujeres sin hijos		Mujeres con hijos		$t_{(62)}$	*P*
	M	*DE*	*M*	*DE*		
Aceptación/Control	3.88	1.07	4.34	1.18	1.664	.101
Autonomía	4.78	1.24	5.56	1.76	2.055	.044
Vínculos	3.78	1.01	4.34	1.29	1.948	.056
Proyectos	4.44	0.84	5.47	1.41	3.547	.001
BIEPS Total	16.88	2.38	19.72	4.07	3.410	.001



4.3 Descripción y análisis de variables sociodemográficas

A continuación se describen los grupos respecto de las variables sociodemográficas evaluadas. En primer lugar se analizan las variables de

perfil cuantitativo, a partir de la media (*M*) y desvío estándar (*DE*), y en segundo lugar a las variables cualitativas, a partir de su frecuencia y porcentajes.

El analizar las variables de Edad, Antigüedad laboral e Incidencia religiosa, no se muestran diferencias significativas entre los grupos en estas variables.

A continuación se presenta la tabla correspondiente.

	Mujeres sin hijos		Mujeres con hijos	
	M	*DE*	*M*	*DE*
Edad	29.19	3.53	29.28	4.12
Antigüedad laboral	7.49	4.00	7.76	3.73
Incidencia Religiosa	2.34	1.07	2.81	1.19

Al estudiar la relación, mediante el análisis de correlación producto momento de Pearson, entre estas variables y el resto de las variables estudiadas se observa una correlación significativa y positiva entre la Incidencia religiosa y la ansiedad anticipatoria $r = .25$, $p < .05$. Esto indica que las mujeres con mayor incidencia religiosa, presentan mayor ansiedad anticipatoria.

A continuación se presenta la tabla de correlaciones entre las variables.

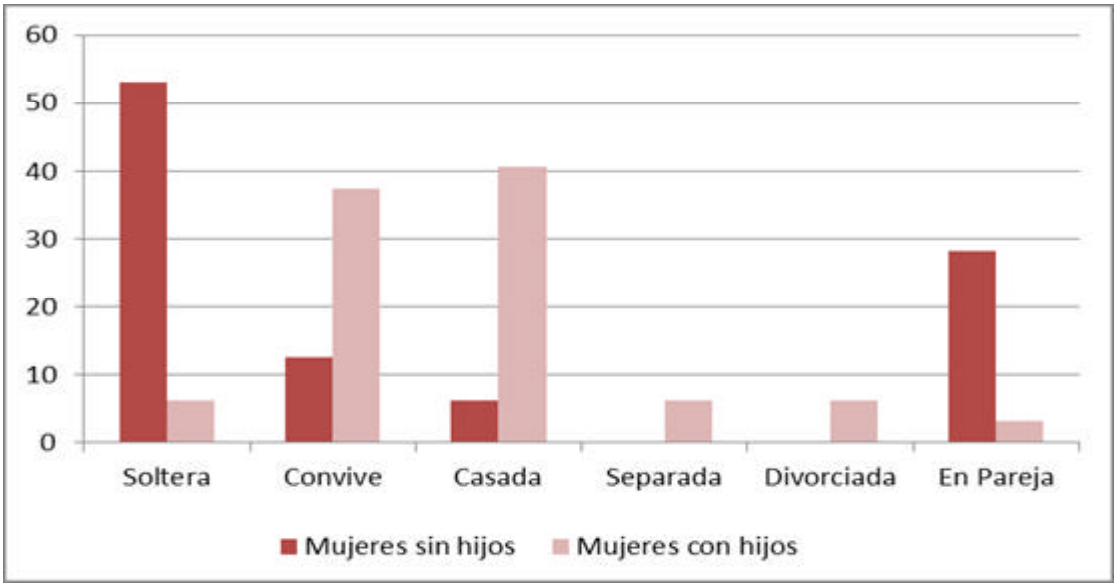
	Edad	Antigüedad laboral	Incidencia religiosa
Deseo	-.060	.184	-.111
Excitación	-.063	.089	-.105
Lubricación	.147	.043	-.070
Orgasmo	.028	-.261	.147
Problemas con la penetración vaginal	-.091	.008	.188
Ansiedad anticipatoria	-.141	-.042	.252*
Iniciativa sexual	-.035	.117	-.091
Confianza para comunicar preferencias sexuales	-.086	-.165	-.091
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	-.049	-.246	.132
Satisfacción con su vida sexual general	-.022	-.062	.097
Actividad sexual sin penetración	.092	-.268	-.068
Frecuencia de actividad sexual	-.068	.032	-.105
Existencia o no de pareja sexual	-.086	-.165	-.091
Aceptación/Control	.008	.058	-.204
Autonomía	-.132	-.018	.078
Vínculos	-.089	-.065	.127

Proyectos	.069	.088	-.010
BIEPS Total	-.059	.025	.008

4.3.1 Estado Civil

A continuación se analiza la variable de Estado Civil, respecto de esta variable no se observan diferencias significativas entre las madres y las mujeres sin hijos $?^2_{(1)} = .06$, $p = .81$. En la tabla que aparece a continuación pueden observarse los estadísticos descriptivos.

	Mujeres sin hijos		Mujeres con hijos	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soltera	17	53	2	6
Convive	4	13	12	38
Casada	2	6	13	41
Separada	0	0	2	6
Divorciada	0	0	2	6
En Pareja	9	28	1	3
Total	32	100	32	100



Para estudiar la relación entre el Estado civil y las variables de interés se procedió a realizar un análisis de varianza según el Modelo ANOVA de factor fijo y de medidas independientes. Al llevar el análisis se observan diferencias significativas por el Estado Civil de las mujeres en Deseo $F_{(5, 58)} = 3.69$, $p < .05$,

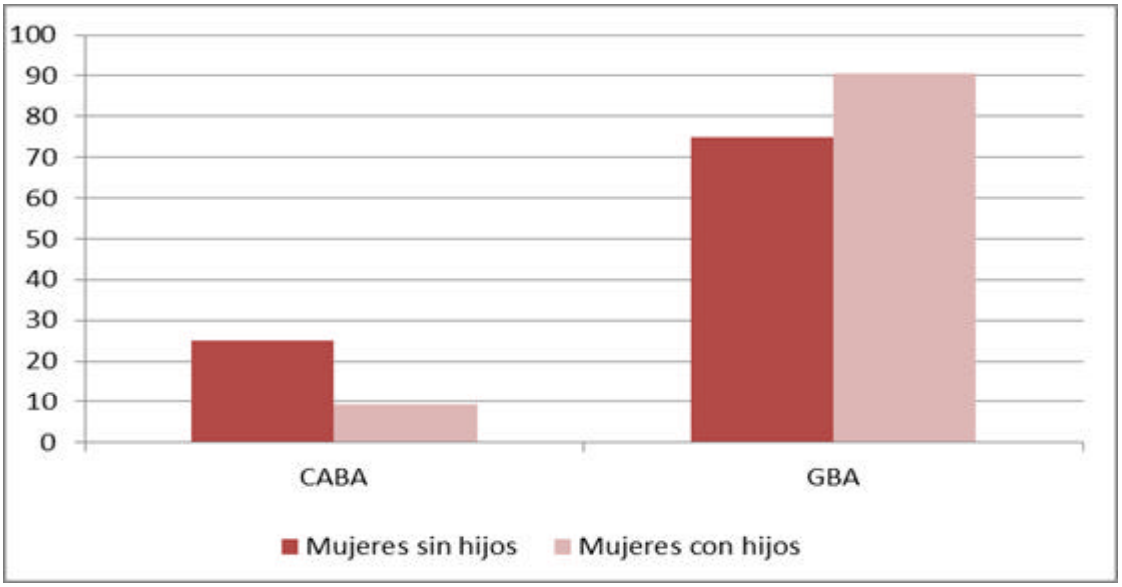
Problemas con la penetración Vaginal $F_{(5, 58)} = 2.90$, $p < .05$, Ansiedad anticipatoria $F_{(5, 58)} = 5.58$, $p < .01$, Iniciativa sexual $F_{(5, 58)} = 4.94$, $p < .01$. Con respecto al Deseo, el análisis post-hoc, utilizando la prueba de contraste de Bonferroni, se encontraron diferencias significativas ($p < .05$) entre las mujeres solteras y las casadas, a favor de las mujeres solteras. Respecto de Problemas con la penetración Vaginal, el análisis post-hoc muestra diferencias entre las mujeres divorciadas y las mujeres en pareja, donde las mujeres divorciadas presentan un puntaje menor en comparación con las mujeres en pareja. En relación con la Ansiedad anticipatoria, se observan diferencias entre las mujeres divorciadas ($p < .05$) y las mujeres que conviven, están casadas, y en pareja, siendo que las mujeres divorciadas obtienen puntajes significativamente menores que el resto. Con respecto a la Iniciativa sexual las mujeres separadas se diferencias significativamente del resto de las mujeres ($p < .01$), al presentar un puntaje significativamente menor en comparación con el resto.

	Soltera		Convive		Casada		Separada		Divorciada		En pareja	
	M	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*
Deseo	11.68	1.67	11.00	1.93	9.53	2.36	7.50	0.71	12.50	0.71	10.60	1.71
Excitación	12.37	2.03	11.88	2.39	10.33	3.02	9.00	1.41	13.00	0.00	12.10	1.97
Lubricación	4.11	0.99	4.06	1.06	3.80	1.08	2.50	0.71	5.00	0.00	4.10	1.29
Orgasmo	3.84	1.12	4.00	0.97	3.93	0.96	3.00	1.41	4.00	1.41	4.30	0.95
Problemas con la penetración vaginal	12.00	2.11	13.06	2.26	13.33	1.50	11.00	0.00	9.50	3.54	13.60	0.84
Ansiedad anticipatoria	3.63	1.01	4.38	0.89	4.47	0.83	4.00	1.41	2.00	0.00	4.80	0.42
Iniciativa sexual	2.84	0.50	2.69	0.70	2.67	0.90	1.00	0.00	4.00	0.00	3.20	0.63
Confianza para comunicar preferencias sexuales	4.47	1.22	4.44	0.96	4.00	1.13	4.00	2.83	5.50	0.71	4.10	1.45
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	8.42	1.54	8.19	1.94	8.33	1.35	6.50	2.12	8.00	2.83	9.10	1.29
Satisfacción con su vida sexual general	3.74	0.93	4.13	0.89	3.93	0.59	2.50	0.71	2.50	2.12	4.00	1.15
Actividad sexual sin penetración	0.42	1.26	0.00	0.00	0.07	0.26	0.00	0.00	1.50	2.12	0.00	0.00
Frecuencia de actividad sexual	2.68	1.06	2.81	1.05	3.00	1.41	2.00	0.00	2.00	1.41	3.20	1.32
Existencia o no de pareja sexual	4.47	1.22	4.44	0.96	4.00	1.13	4.00	2.83	5.50	0.71	4.10	1.45
Aceptación/Control	4.00	1.15	4.50	1.15	3.80	1.01	5.00	2.83	5.00	1.41	3.80	0.79
Autonomía	4.74	1.05	5.69	1.62	5.20	1.86	7.50	2.12	4.00	1.41	4.90	1.37
Vínculos	3.68	0.95	4.56	1.59	4.27	0.96	4.00	1.41	3.50	0.71	3.80	1.03
Proyectos	4.68	1.16	5.13	1.36	5.27	1.39	6.50	2.12	5.00	1.41	4.40	0.70
BIEPS Total	17.11	2.33	19.88	4.33	18.53	3.40	23.00	8.49	17.50	0.71	16.90	2.85

4.3.2 Zona de Residencia

Al analizar la variable zona de residencia, como se observa en la tabla con los porcentajes, no hay diferencias entre las mujeres con y sin hijos respecto de su zona de pertenencia $?^2_{(1)} = 1.76$, $p = .19$.

	Mujeres sin hijos		Mujeres con hijos	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
CABA	8	25	3	9
GBA	24	75	29	91
Total	32	100	32	100



Al estudiar la relación entre la zona de residencia y las variables de interés, como se observa en la tabla, no se hayan diferencias significativas, salvo en Vínculos $F_{(1, 62)} = 4.95$, $p < .05$, Proyectos $F_{(1, 62)} = 5.27$, $p < .05$, y puntaje BIEPS total $F_{(1, 62)} = 5.31$, $p < .05$. Para los tres casos, las mujeres que viven en el Gran Buenos Aires obtienen puntajes mayores en estos índices que las mujeres que viven en la Ciudad de Buenos Aires.

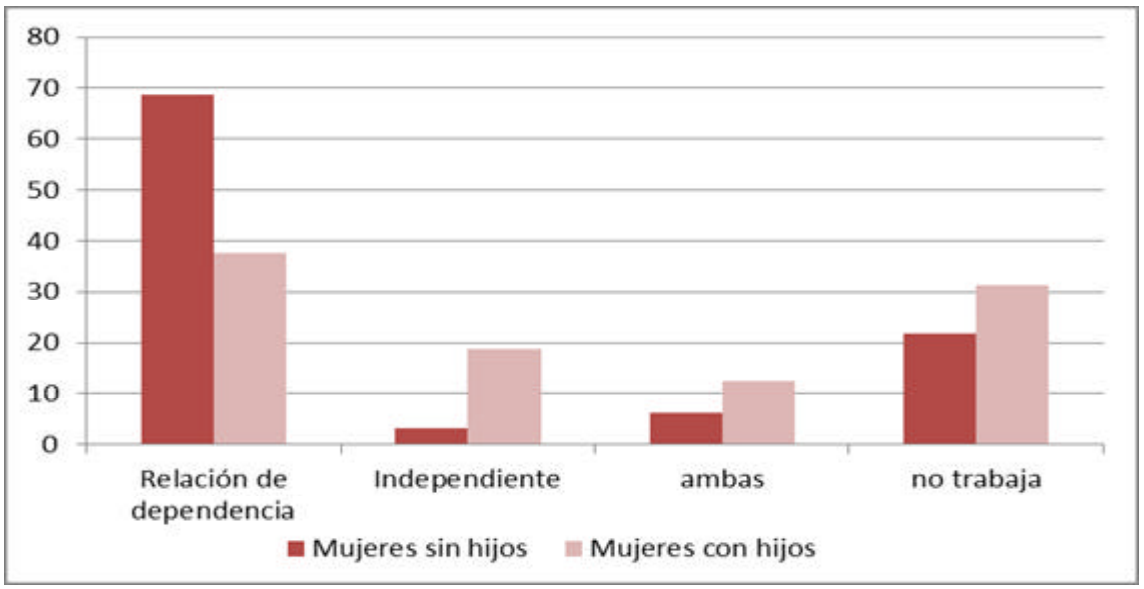
	CABA		GBA	
	M	*DE*	*M*	*DE*
Deseo	11.55	2.25	10.57	2.05
Excitación	12.73	2.28	11.42	2.45

Lubricación	4.27	1.01	3.94	1.10
Orgasmo	4.09	0.94	3.92	1.03
Problemas con la penetración vaginal	13.55	1.21	12.55	2.13
Ansiedad anticipatoria	4.36	0.81	4.11	1.05
Iniciativa sexual	3.00	0.63	2.75	0.81
Confianza para comunicar preferencias sexuales	4.45	1.29	4.28	1.20
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	8.91	1.14	8.26	1.69
Satisfacción con su vida sexual general	3.82	0.98	3.85	0.97
Actividad sexual sin penetración	0.00	0.00	0.23	0.87
Frecuencia de actividad sexual	3.00	1.18	2.79	1.18
Existencia o no de pareja sexual	4.45	1.29	4.28	1.20
Aceptación/Control	4.00	1.10	4.13	1.16
Autonomía	4.55	0.93	5.30	1.64
Vínculos	3.36	0.50	4.21	1.23
Proyectos	4.18	0.98	5.11	1.27
BIEPS Total	16.09	2.21	18.75	3.68

4.3.4 Tipo de Trabajo

Al analizar el tipo de trabajo de las mujeres en la muestra, el análisis realizado no muestra diferencias entre ambos grupos de mujeres respecto del trabajo $?^2_{(1)} = 2.97$, $p = .09$. En la tabla y la figura que aparecen a continuación pueden observarse los porcentajes para cada grupo.

	Mujeres sin hijos		Mujeres con hijos	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Relación de dependencia	22	69	12	38
Independiente	1	3	6	19
Ambas	2	6	4	13
no trabaja	7	22	10	31
Total	32	100	32	100



Al analizar la relación entre el trabajo y el resto de las variables foco de estudio, no se observan diferencias significativas, salvo para la variable Frecuencia de la actividad sexual $F_{(3, 60)} = 3.14$, $p < .05$ y Aceptación/Control $F_{(3, 60)} = 3.24$, $p < .05$. Respecto de la Frecuencia de la actividad sexual, la mujeres que están en relación de dependencia presentan un puntaje significativamente mayor en comparación con las mujeres sin trabajo ($p < .05$). Con respecto a Aceptación/Control, las mujeres que no trabajan presentan puntajes significativamente mayores en comparación con las mujeres que trabajan en relación de dependencia y de forma independiente ($p < .05$).

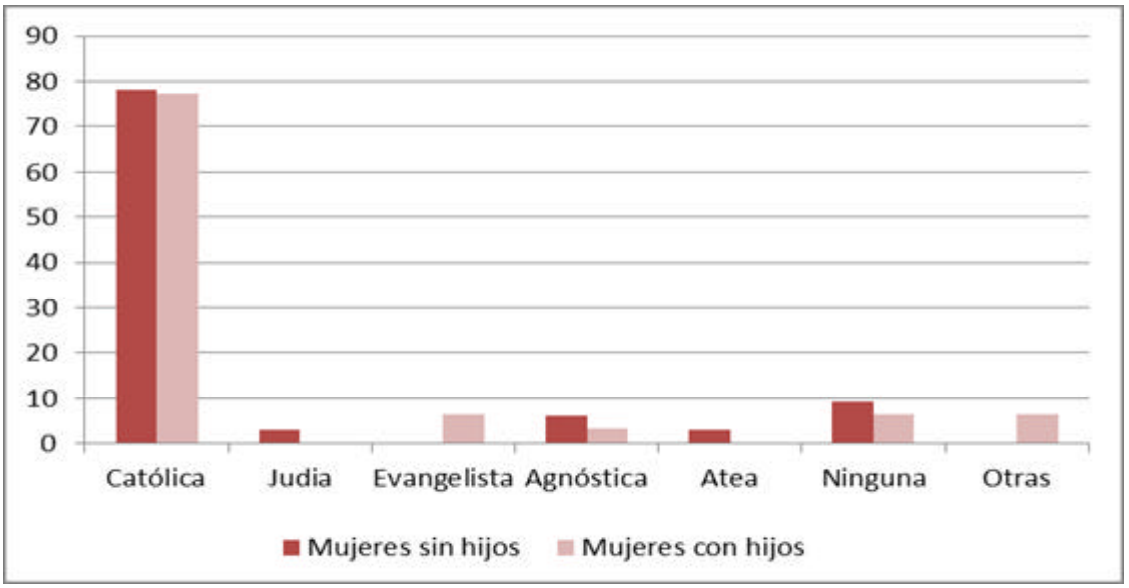
	Rel. de Dependencia		Independientes		Ambas		No Trabaja	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Deseo	11.29	1.85	10.71	1.80	10.83	1.83	9.59	2.45
Excitación	12.21	2.03	11.86	2.48	10.83	2.64	10.71	3.00
Lubricación	4.18	1.09	4.00	1.15	3.83	1.17	3.71	1.05
Orgasmo	3.91	1.11	3.71	0.95	4.67	0.52	3.88	0.93
Problemas con la penetración vaginal	12.56	2.03	12.57	3.26	13.17	0.75	12.94	1.82
Ansiedad anticipatoria	3.94	1.07	4.29	1.25	4.50	0.84	4.41	0.80
Iniciativa sexual	3.00	0.74	2.71	0.95	2.50	0.55	2.53	0.80
Confianza para comunicar preferencias sexuales	4.47	1.16	4.71	0.76	4.17	0.75	3.88	1.50
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	8.47	1.58	7.71	2.06	9.33	0.82	8.12	1.65
Satisfacción con su vida sexual general	3.97	0.83	3.43	1.27	4.00	0.63	3.71	1.16
Actividad sexual sin penetración	0.24	0.96	0.43	1.13	0.17	0.41	0.00	0.00
Frecuencia de actividad sexual	3.15	1.10	2.57	0.98	3.17	1.72	2.18	0.95

Existencia o no de pareja sexual	4.47	1.16	4.71	0.76	4.17	0.75	3.88	1.50
Aceptación/Control	3.82	1.00	3.71	0.76	4.33	1.51	4.76	1.20
Autonomía	4.97	1.42	5.00	2.08	5.33	1.37	5.59	1.70
Vínculos	3.91	1.03	3.86	1.21	4.17	1.17	4.41	1.46
Proyectos	4.62	0.92	5.71	1.38	5.17	1.60	5.24	1.56
BIEPS Total	17.32	2.73	18.29	4.19	19.00	3.35	20.00	4.53

4.3.5 Creencia Religiosa

Al analizar el tipo de Creencia religiosa entre los grupos de mujeres, se observa que no difieren entre los diferentes tipos de creencias $?^2_{(1)} = 0.09$, $p = .77$. En la tabla que se presenta a continuación se puede observar la proporción de cada creencia religiosa en la muestra de mujeres.

	Mujeres sin hijos		Mujeres con hijos	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Católica	25	78	24	77.4
Judía	1	3	0	0
Evangelista	0	0	2	6.5
Agnóstica	2	6	1	3.2
Atea	1	3	0	0
Ninguna	3	9	2	6.5
Otras	0	0	2	6.5
Total	32	100	31	100.0



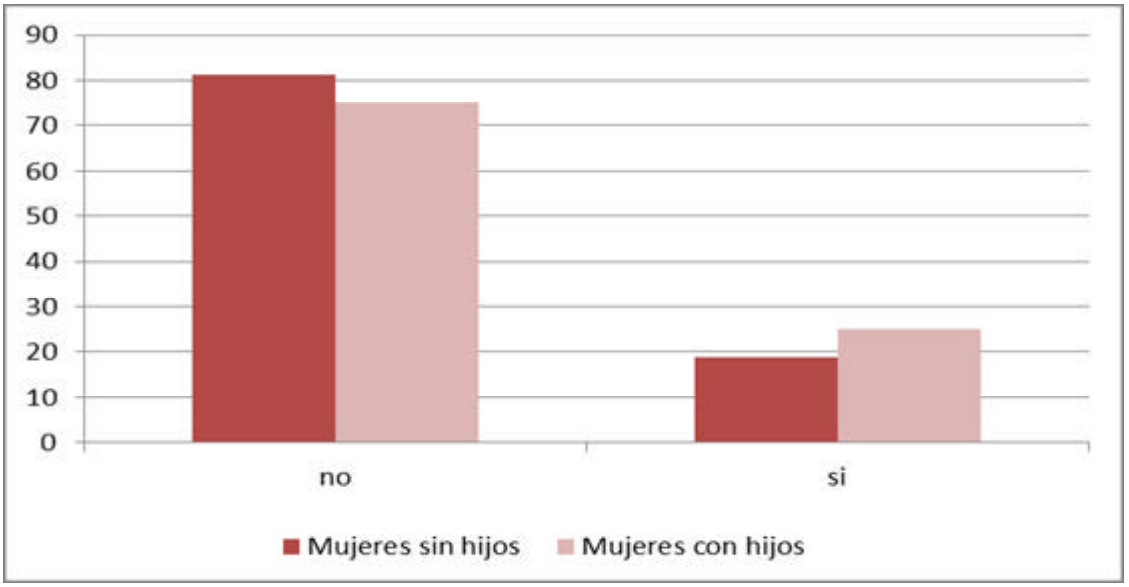
Al estudiar la relación entre las Creencias religiosas y las variables de interés analizadas, se observan diferencias significativas entre las creencias en Autonomía $F_{(6, 56)} = 2.96$, $p < .05$. Al llevar a cabo el análisis post-hoc se observa que las mujeres católicas presentan un puntaje mayor de autonomía con respecto a las Agnósticas ($p < .05$), siendo esta la única diferencia encontrada entre las creencias.

	Católica		Judía		Evangelista		Agnóstica		Atea		Ninguna		Otras	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Deseo	10.92	2.09	12.00	.	8.00	1.41	10.67	2.31	11.00	.	9.20	2.17	11.50	2.12
Excitación	11.57	2.30	13.00	.	9.50	2.12	12.00	3.00	15.00	.	11.00	3.67	12.50	3.54
Lubricación	3.90	1.10	5.00	.	4.00	1.41	3.67	1.53	5.00	.	4.40	0.89	4.50	0.71
Orgasmo	3.90	1.05	4.00	.	5.00	0.00	3.33	1.53	4.00	.	4.20	0.84	4.50	0.71
Problemas con la penetración vaginal	12.57	2.10	14.00	.	12.50	0.71	12.33	2.89	14.00	.	13.40	1.52	15.00	0.00
Ansiedad anticipatoria	4.10	1.07	4.00	.	4.50	0.71	4.33	1.15	5.00	.	4.00	1.00	5.00	0.00
niciativa sexual	2.84	0.75	3.00	.	2.50	0.71	2.67	1.53	3.00	.	2.20	0.84	3.00	0.00
Confianza para comunicar preferencias sexuales	4.41	1.15	5.00	.	2.00	1.41	5.00	0.00	5.00	.	3.40	1.34	4.50	0.71
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	8.35	1.61	9.00	.	9.50	0.71	7.33	3.06	8.00	.	8.60	1.67	9.00	1.41
Satisfacción con su vida sexual general	3.84	1.07	4.00	.	4.00	0.00	3.33	0.58	4.00	.	3.80	0.45	4.50	0.71
Actividad sexual sin penetración	0.22	0.90	0.00	.	0.50	0.71	0.00	0.00	0.00	.	0.00	0.00	0.00	0.00
Frecuencia de actividad sexual	2.76	1.13	5.00	.	1.50	0.71	3.33	1.53	3.00	.	3.00	1.22	2.50	0.71
Existencia o no de pareja sexual	4.41	1.15	5.00	.	2.00	1.41	5.00	0.00	5.00	.	3.40	1.34	4.50	0.71
Aceptación/Control	4.10	1.07	6.00	.	4.00	1.41	3.00	0.00	5.00	.	4.60	1.82	4.00	1.41
Autonomía	5.18	1.52	6.00	.	5.50	0.71	3.33	0.58	6.00	.	4.40	0.89	8.50	0.71
Vínculos	4.06	1.20	3.00	.	3.50	0.71	3.33	0.58	4.00	.	4.20	1.30	6.00	0.00
Proyectos	5.04	1.37	5.00	.	4.50	0.71	4.00	0.00	4.00	.	5.00	1.00	5.50	0.71
BIEPS Total	18.39	3.70	20.00	.	17.50	0.71	13.67	1.15	19.00	.	18.20	2.28	24.00	0.00

4.3.6 Medicación

Al analizar la variable de toma de medicación, en principio, se observa que no hay diferencias entre ambos grupos de mujeres $?^2_{(1)} = 0.09$, $p = .76$. Esto implica que es la misma la proporción de mujeres que toma medicación en un grupo, como en el otro. Las frecuencias y porcentajes pueden observarse en la tabla que aparece a continuación y en la figura posterior.

	Mujeres sin hijos		Mujeres con hijos	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No	26	81	24	75
Si	6	19	8	25
Total	32	100	32	100



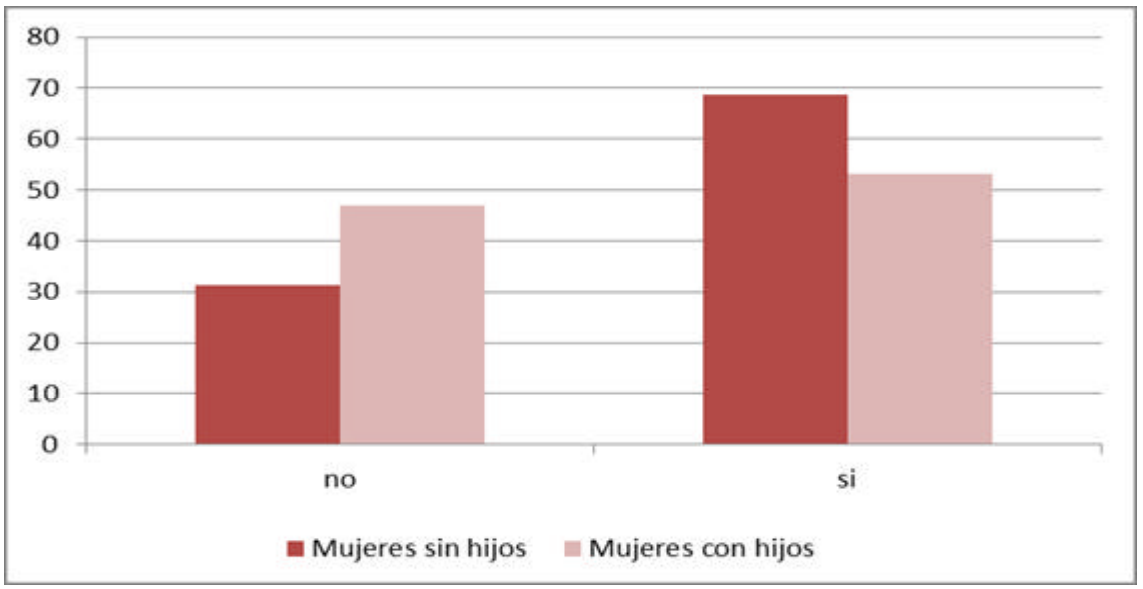
Al analizar la relación entre la toma de medicación y las variables de interés se observan diferencias significativas entre aquellas que toman o no medicación y la frecuencia de actividad sexual $F_{(1, 62)} = 6.35$, $p < .05$. El análisis muestra que las mujeres que toman medicación tienen una puntuación mayor en la frecuencia de la actividad sexual en comparación con las mujeres que no toman medicación. En la tabla que se presenta a continuación pueden observarse los estadísticos descriptivos de la toma de medicación y el resto de las variables.

	No toman medicación		Si toman medicación	
	M	DE	M	DE
Deseo	10.90	2.08	10.14	2.14
Excitación	11.76	2.47	11.21	2.46
Lubricación	3.96	1.09	4.14	1.10
Orgasmo	3.88	1.00	4.21	1.05
Problemas con la penetración vaginal	12.78	1.87	12.50	2.59
Ansiedad anticipatoria	4.16	1.02	4.14	1.03
Iniciativa sexual	2.86	0.76	2.57	0.85
Confianza para comunicar preferencias sexuales	4.24	1.22	4.57	1.16
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	8.30	1.53	8.64	1.95
Satisfacción con su vida sexual general	3.80	0.95	4.00	1.04
Actividad sexual sin penetración	0.10	0.58	0.50	1.29
Frecuencia de actividad sexual	2.64	1.06	3.50	1.34
Existencia o no de pareja sexual	4.24	1.22	4.57	1.16
Aceptación/Control	4.12	1.08	4.07	1.38
Autonomía	5.24	1.44	4.93	1.98
Vínculos	4.14	1.20	3.79	1.12
Proyectos	5.08	1.35	4.50	0.76
BIEPS Total	18.58	3.70	17.29	3.15

4.3.7 Actividad Asociada al Bienestar

Al analizar la presencia de actividades asociadas al bienestar, se observa en principio, que ambos grupos de mujeres no se diferencian en la presencia de estas actividades $?^2_{(1)} = 1.05$, $p = .31$. En la tabla que se presenta a continuación pueden observarse las frecuencias y porcentajes, como también en la figura siguiente.

	Mujeres sin hijos		Mujeres con hijos	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No	10	31	15	47
Si	22	69	17	53
Total	32	100	32	100



Al analizar la relación entre la presencia de Actividades Asociadas al Bienestar con las variables de interés, se observa que las mujeres que realizan actividades de bienestar presentan puntajes mayores en comparación con las mujeres que no realizan estas actividades en Excitación $F_{(1, 62)} = 6.35$, $p < .05$, Lubricación $F_{(1, 62)} = 6.35$, $p < .05$ e Iniciativa sexual. En cambio las mujeres que no realizan actividades asociadas al bienestar presentan puntajes mayores en comparación a las mujeres que realizan actividades en Vínculos $F_{(1, 62)} = 6.35$, $p < .05$ y puntaje total del BIEPS $F_{(1, 62)} = 6.35$, $p < .05$.

En la tabla que aparece a continuación pueden observarse los estadísticos descriptivos para cada grupo en las variables de interés.

	No realizan actividad		Si realizan actividad	
	M	DE	M	DE
Deseo	10.52	2.16	10.87	2.08
Excitación	10.88	2.40	12.13	2.40
Lubricación	3.52	0.92	4.31	1.08
Orgasmo	3.84	0.94	4.03	1.06
Problemas con la penetración vaginal	12.44	2.04	12.90	2.02
Ansiedad anticipatoria	4.12	1.05	4.18	1.00
Iniciativa sexual	2.52	0.82	2.97	0.71
Confianza para comunicar preferencias sexuales	4.16	1.34	4.41	1.12
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	7.96	1.70	8.64	1.53
Satisfacción con su vida sexual general	3.64	0.99	3.97	0.93
Actividad sexual sin penetración	0.20	0.82	0.18	0.79
Frecuencia de actividad sexual	2.60	1.04	2.97	1.25

Existencia o no de pareja sexual	4.16	1.34	4.41	1.12
Aceptación/Control	4.28	1.21	4.00	1.10
Autonomía	5.60	1.44	4.90	1.59
Vínculos	4.48	1.36	3.79	0.98
Proyectos	5.32	1.44	4.72	1.10
BIEPS Total	19.68	4.33	17.41	2.77

CAPÍTULO V

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

En este apartado se pretende realizar una articulación de los resultados obtenidos con la hipótesis formulada, a saber, que la postergación de la maternidad tiene influencia sobre el funcionamiento sexual y el bienestar psicológico de aquellas mujeres que han optado por el desarrollo de una carrera universitaria. También se expondrán y discutirán los autores que coinciden con los resultados obtenidos así como los que difieren, para finalmente centrarnos en las limitaciones que esta investigación posee y posibles propuestas para el futuro.

En primer lugar no se pudo establecer un vínculo con la postergación de la maternidad y el funcionamiento sexual femenino general. Del total de los 12 dominios que conforman la escala FSM, solo "Iniciativa sexual" ha arrojado una diferencia significativa a favor de las mujeres que han postergado la maternidad. Si bien no se ha encontrado literatura científica que apoye esta idea, se infiere que esta actitud activa hacia la búsqueda de relaciones sexuales por parte de las mujeres que aún no han tenido hijos, podría estar basada en una búsqueda instintiva de tenerlos. Por otro lado, podría también entenderse la baja iniciativa sexual por parte de las madres estudiantes, si se tienen en cuenta los aportes de Parish, Luo, Stolzenberg, Laumann, Farrer y Pan (2007), quienes mencionaron las barreras ambientales, como por ejemplo la ausencia de intimidad, como uno de los aspectos que pueden influir en la satisfacción, y por ende, también en la iniciativa sexual. Esta cuestión solo sería válida para aquellas madres que no lograran configurar una delimitación clara de los espacios y momentos de intimidad con la pareja.

En segundo lugar, en relación con la influencia de la postergación de la maternidad sobre el bienestar psicológico, la hipótesis planteada ha sido confirmada. Los datos obtenidos a partir de la escala BIEPS-A han arrojado valores más altos en las mujeres con hijos. Estos resultados coinciden con los aportes de Barnett y Baruch (1985), Crosby (1991), Reid y Hardy (1985) y Thoits (1983), quienes establecieron que las mujeres obtienen menor sufrimiento psicológico o son menos propensas a la depresión en función de desarrollar mayor cantidad de roles en su cotidianeidad, debido a que esta

situación produce un aumento de la autoestima, un fortalecimiento de la identidad, la formación de redes de apoyo y un mejor acceso a los materiales y recursos sociales.

Los hallazgos encontrados en relación con el bienestar psicológico se encuentran en disonancia con Oates, Lewis Hall y Anderson (2005), quienes describieron una gran potencialidad para desarrollar un nivel de bienestar negativo resultante de la combinación del ejercicio de la maternidad y el desarrollo de una carrera profesional, debido al concepto de conflicto inter-rol, una tensión interna derivada de las metas aparentemente contradictorias del estudio de una carrera y el ejercicio de la maternidad.

Es necesario aclarar que los resultados de este estudio han de ser considerados a la luz de una serie de limitaciones que deberían ser tenidas en cuenta en el diseño de futuros trabajos.

El diseño de esta investigación es de corte transversal por lo que debemos ser cautelosos a la hora de establecer relaciones causales. En este sentido, los resultados indican la existencia de una relación entre las variables estudiadas, más que la direccionalidad de las mismas.

Además, la presente investigación ha sido acotada a un tipo de mujeres, y, si bien permite cierto aislamiento de las variables, no es la generalidad. Debemos ser poco pretenciosos en la posibilidad de generalizar los datos obtenidos, debido a la limitación de la muestra. Sería interesante a futuro poder replicar con diferentes muestras o con otras variables de interés a modo de determinar si los resultados hallados coinciden o son replicables por otros investigadores.

Otra limitación podría encontrarse en la escasa experiencia en investigación de la autora de esta tesis, hecho que pudo haber introducido algún sesgo en el desarrollo de la misma.

Queda para futuras investigaciones la labor de continuar profundizando acerca del papel de la postergación de la maternidad sobre éstas y otras variables del complejo funcionamiento de la psique femenina.

CAPÍTULO VI

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha expuesto una revisión histórica sobre el cambio que ha sufrido en la mujer su relación con la maternidad, como así también el desarrollo de los conceptos de sexualidad, satisfacción sexual, bienestar psicológico, y el rol que éstos poseen en la calidad de vida de la mujer.

Debido a la literatura discordante y los escasos antecedentes acerca de la influencia que posee la tenencia o no de hijos en mujeres estudiantes de carreras universitarias, sobre su funcionamiento sexual y bienestar psicológico, es que el presente trabajo tuvo como objetivo investigar la existencia de dichas relaciones.

Para alcanzarlo se realizó un estudio comparativo entre dos grupos conformados por mujeres con y sin hijos, de entre 25 y 35 años, a quienes se les administró una batería compuesta por el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) (Sánchez, Pérez, Gómez, Aznar & Caballero 2004), la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A) (Casullo, 2002) y el Cuestionario de variables sociodemográficas construido ad hoc.

Los resultados han presentado valores más altos de bienestar psicológico en el grupo de mujeres que no postergaron la maternidad, y una mayor Iniciativa sexual en las mujeres que no poseen hijos. Los mismos no deben ser considerados dentro de una lógica causal direccional, sino más bien como indicadores de una relación entre las variables estudiadas, al mismo tiempo que no corresponde generalizarlos debido a estar la muestra limitada a un tipo de mujeres. Esta cuestión abre la puerta a futuras investigaciones que se propongan objetar los resultados obtenidos a partir de diferentes muestras o variables de interés.

Los aportes que aquí se presentaron han estado dirigidos a colaborar aunque sea con un mínimo de información que brinde un acercamiento a la comprensión de los retos que emergen de las nuevas y complejas condiciones de vida de la mujer moderna, quien, según Mancini (2004) no escapa aún en los tiempos que corren al mandato de la maternidad, y debe afrontar una sociedad que multiplica sus exigencias. También se espera que los resultados

obtenidos sirvan para desarrollar estrategias de intervención individual o grupal para aquellas mujeres que encuentren dificultades a la hora de planificar la maternidad y la integración de ésta con su desarrollo profesional.

Queda para futuras investigaciones la labor de continuar profundizando acerca del papel de la postergación de la maternidad sobre éstas y otras variables del complejo funcionamiento de la psique femenina.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, A. & Cevallos, M. (2005). Estudios sobre algunos aspectos del comportamiento sexual masculino. *Revista urología colombiana, 14*, 93-100

Álvarez, J., Honold, J. & Millán, P. (2005). ¿Qué hace una buena relación sexual?: percepción de un grupo de hombres y mujeres mexicanos y diseño de una escala autoaplicable para la evaluación de la satisfacción sexual. *Archivos hispanoamericanos se sexología, 11*, 91-110

Amuchástegui, A. & Rodríguez, Y. (2005). *La sexualidad ¿invención histórica?* Extraído el 08 Mayo, 2012 de http://www.dgespe.sep.gob.mx/sites/default/files/genero/PDF/LECTURAS/S_01_05_La%20Sexualidad.pdf)

Arrington, R., Cofrancesco, J. & Wu, A.W. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 13*(10), 1643-1658

Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM–IV–TR)*. Madrid: Masson.

Barlow, D., Sakheim, D. & Beck, J. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of abnormal psychology, 92*, 49-54

Barnett, R. & Baruch, G. (1985). Women's involvement in multiple roles and psychological distress. *Journal of personality and social psychology, 49*, 135-145

Barnett, R. & Hyde, J. (2001). Women, men, work and family: An expansionist theory. *American psychologist, 56*, 781-796

Basson, R. (2001). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of sex and marital theraphy, 27*, 395-403

Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis L., Ferguson D., Fourcroy J., et al. (2000). Report of the International consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. http://www.jurology.com/article/S0022-5347(05)67828-7/abstract - article-footnote-1#article-footnote-1http://www.jurology.com/article/S0022-5347(05)67829-9/abstract*The Journal of Urology, 163*(3), 888-893

Beck, U. & Beck, E. (2001). *El normal caos del amor.* Barcelona: Paidós.

Beggs, V., Calhoum, L. & Wolchick, S. (1987). Sexual anxiety and female sexual arousal: A comparison of sexual during sexual anxiety stimuli and sexual pleasure stimuli. *Archives of sexual behavior, 16*, 311-319

Blümel, J.E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H. & Sarrá, S. (2004). Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 69*(2), 118-125

Bridges, S.K., Lease, S.H. & Ellison, C.R. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Immplications for counselor education and training. *Journal of Counseling and Development, 82*(2), 158-166

Briñez Horta, J.A. (2003). La satisfacción de la relación de pareja y el consumo de sustancias psico-activas en mujeres jóvenes embarazadas. *Acta Colombiana de Psicología, 3*(9), 17-38

Brown, G. & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women.* New York, NY: Free Press.

Byers, E., Demmons, S. & Lawrance, K. (1998). Sexual satisfaction with dating relationships: A test of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of social and personal relationships, 15*, 257-267

Caldiz, L. (1996). *Viviendo nuestra sexualidad (7ª Reimpresión)*. Buenos Aires: Troquel.

Carrobles, J.A., Gámez Guadix, M. & Almendros, C. (2010). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología, 27*(1), 27-34

Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.

Casullo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.

Chavez, V. (2007, julio 08). ¿Profesional o mamá? Riesgos de postergar la maternidad. Extraído el 08 de julio de 2007 de http://www.infobae.com/notas/nota.php?Idx=324016&IdxSeccion=1

Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad.* Barcelona: Gedisa.

Cowan, C. & Cowan, P. (1995). Interventions toe ase the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations, 44*(4), 412-423

Crosby, F. (1991). *Juggling: The unexpected advantages of balancing career and home for women and their families*. New York, NY: Free Press.

Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social indicators research, 31*, 103-157

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302

Diener, E., & Suh, E.M. (2000). *Culture and subjective well-being.* Cambridge, MA: MIT Press.

Dupin, P. & Hédon, F. (2001). *La sexualidad femenina*. México DF: Siglo veintiuno editores.

Firestone, S. (1971). *The dialectics of sex: The care for feminist revolution.* Nueva York, NY: Bantam.

Freud, S. (1931). Sobre la sexualidad femenina. Obras completas. Vol XXI. Buenos Ares: Amorrortu (1976).

Friedan, B. (1963). *The feminine mystique.* Nueva York, NY: Norton.

Frohlich, P. & Meston, C. (2002). Sexual functioning and self-reported depresive symptoms among college women. *Journal of Sex Research, 39*(4), 231-325

Groisman, C., Rabinovich, J. & Imberti, J. (1999). *El desafío de la sexualidad. Creencias, saberes, sentimientos*. Buenos Aires: Sudamericana.

Haavio-Manilla, E. & Kontula, O. (1977). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of sexual behavior, 26*, 399-418

Harwood, K., McLean, N. & Durkin, K. (2007). First-time mother's expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Developmental psychology, 43*(1), 1-12

Hoffenaar, P., Van Balen, F. & Hermanns, J. (2010). The Impact of Having a Baby on the Level and Content of Women's Well-Being. *Soc Indic Res, 97*(2), 279-295

Hurlbert, D.F. & Apt, C. (1994). Female sexual desire, response, and behavior. *Behavior Modification, 18*(4), 488-504

Kandel, D., Davies, M. & Raveis, V. (1985). The stressfulness of daily social roles for women. *Journal of health and social behavior, 26*, 64-78

http://www.jurology.com/article/S0022-5347(05)67828-7/abstract - article-footnote-1#article-footnote-1http://www.jurology.com/article/S0022-5347(05)67829-9/abstractKaplan, H.S. (1974). *The new sex theraphy: active treatment of sexual dysfunctions*. Oxford, England: Bruner/Mazel.

Labrador, F. & Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicotherma, 13*, 428-441

Lawrence, K. & Byers, E.S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal relationships, 2*(4), 267-285

Levin, R.J. (2007). Sexual activity, health and well-being. The beneficial roles of coitus and masturbation. *Sexual and Relationship Theraphy, 22*(1), 135-148

Loyola, M. (1998). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ.

Mancini, I. (2004, mayo). *Modelos de maternidad entre las jóvenes de los sectores medios de Buenos Aires.* Ponencia presentada en el VII Congreso Argentino de Antropología Social, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Masters, W., Johnson, V. & Kolondy, R. (1985). *La sexualidad humana*. Bogotá: Grijalbo.

Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista argentina de sociología, 7*, 99-118

McCabe, M.P. & Cummins, R.A. (1998). Sexuality and quality of life among young people. *Adolescence, 33*(132), 761-773

McLanahan, S. & Adams, J. (1989). The effects of children on adults' psychological well-being: 1957-1976. *Social Forces*, *68*(1), 124-46

Minnen, A. & Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and relationship, 1*, 47-57

Mitchell, J. (1971). *Women's estate.* Nueva York, NY: Random House.

Montilva, M. (2008). Postergación de la maternidad de mujeres profesionales jóvenes en dos metrópolis latinoamericanas. *Utopía y Praxis Latinoamericana, 41*(13), 69-79

Moya Morales, M. (1984). Los Roles Sexuales. *Gazeta de Antropología, 3*(8), 57-61

Oates, K., Hall, M. & Anderson, T. (2005). Calling and conflict: A qualitative exploration of interrole conflict and the sanctification of work in Christian mothers in academia. *Journal of psychology and theology, 33*, 210-223

Oberg, K., Fugl-Meyer, K. & Fugl-Meyer, A. (2002). On sexual well-being in sexually abused Swedish women: Epidemiological aspects. *Sexual and relationship theraphy, 17*, 329-341

Offman, A. & Matheson, K. (2005). Sexual compatibility and sexual functioning in intimate relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 14*(12), 31-39

Oizerovich, S. (2005, mayo). El libro de la salud sexual, reproductiva y la procreación responsable en la Argentina. Mesa Redonda realizada en la *Feria del Libro*, la Rural.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, España: Visor.

Ortner, S. (1974). Is female to male as nature is to culture? En Zimbalist, M., Rosaldo, Z. & Lamphere, L. (Eds.), *Woman, culture and society* (pp. 67-87). Stanford: Stanford University Press.

Palomar Verea, C. (2005). Maternidad: Historia y cultura. *Revista de estudios de género La Ventana*, *22*, 35-67

Parish, W., Luo, Y., Stolzenberg, R., Laumann, E., Farrer, G. & Pan, S. (2007). Sexual practices and sexual satisfaction: A population based study of Chinese urban adults. *Archives of sexual behavior, 36*, 5-20

Parker, R. & Gagnon, J. (1995). *Conceiving Sexuality: approaches to sex-research in a postmodern world.* London & New York: Routledge.

Reid, J. & Hardy, M. (1999). Multiple roles and well-being among midlife women: Testing role strain and role enhacement theories. *The journals of gerontology, 54*(6), 329-338

Rich, A. (1976). *Of woman born.* Nueva York, NY: Norton.

Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, *4*(4), 99-104

Sánchez, F., Pérez, M., Borrás, J.J., Gómez, O., Aznar, J. & Caballero, A. (2004). Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Atención Primaria, 34*(6), 286-292

Szasz, I. (2004). El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades. En Cáceres, C., Frasca, T., Pecheny, M. & Terto, V. (Eds.), *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate* (pp. 65-75). Lima: UPCH.

Taleporos, G. & McCabe, M.P. (2002). The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sexuality and Disability, 20*(3), 177-183

Thoits, P. (1983). Multiple identities ans psychological well-beig: A reformulation and test of the social isolation hypoothesis. *American sociological review, 48*, 174-187

Torres, C. (2010). Conceptos generales para aproximarnos a la comprensión del tema de la sexualidad femenina. *Rev Obstet Ginecol Hosp Dr. Luis Tisné Brousse 5*(2), 99-100

Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología.* Madrid: Siglo XXI.

Varas Cortés, J. (2010). Anticoncepción hormonal oral: La revolución silenciosa. *Rev Obstet Ginecol Hosp Dr. Luis Tisné Brousse 5*(2), 99-100

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 5*, 15-28

Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior, 27*(3), 295-307

Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin, 67*(4), 294-306

ANEXOS

6.1 Instrumento de recolección de los datos

Soy alumna de 5º año de psicología de la Universidad Abierta Interamericana. Me encuentro realizando una investigación sobre sexualidad y bienestar psicológico. Por favor le pido que lea con cuidado y responda lo más honestamente posible. Todos los datos recabados serán anónimos. Desde ya muchas gracias.

¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?

(La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.)

Sí No

*Si la respuesta es **"Sí"** responda las siguientes preguntas marcando, en cada pregunta, solo una casilla.*

1. Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes) relacionadas con actividades sexuales?

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre - Siempre

2. Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido pensamientos ó deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre - Siempre

3. Durante las últimas 4 semanas ¿le ha resultado fácil excitarse sexualmente?

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre - Siempre

4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de "ponerse en marcha", deseo de "avanzar más" en la actividad sexual.

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre – Siempre

5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?
Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre – Siempre

6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?
Casi siempre-siempre
A menudo
A veces
Raramente
Nunca

7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto) ¿podía realizarse con facilidad? *No debe contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b*
Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre – Siempre

7b: Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas *Responda esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).*
Por sentir dolor
Por miedo a la penetración
Por falta de interés para la penetración vaginal
No tener pareja sexual
Incapacidad para la penetración por parte de su pareja

8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad?
Casi siempre-siempre
A menudo
A veces
Raramente
Nunca

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?
Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre – Siempre

10. En las últimas 4 semanas ¿cuantas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona?
El término "con otra persona" se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.
Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre - Siempre

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?
Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre – Siempre
No tengo pareja

12. Durante las últimas 4 semanas ¿cuantas veces ha tenido actividad sexual?
1-2 veces
De 3 a 4 veces
De 5 a 8 veces
De 9 a 12 veces
Más de 12 veces

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?
Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre - Siempre

14. En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?
Muy insatisfecha
Bastante insatisfecha
Ni satisfecha ni insatisfecha
Bastante satisfecha
Muy satisfecha

A continuación, le pido que lea con atención las siguientes frases. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: Estoy de acuerdo; Ni de acuerdo ni en desacuerdo; Estoy en desacuerdo. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta con una cruz en uno de los tres espacios.

	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
1. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida			
2. Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo			
3. Me importa pensar qué haré en el futuro			
4. Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas			
5. Generalmente le caigo bien a la gente			
6. Siento que podré lograr las metas que me proponga			
7. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito			
8. Creo que en general me llevo bien con la gente			
9. En general hago lo que quiero, soy poco influenciable			
10. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida			
11. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar			
12. Puedo tomar decisiones sin dudar mucho			
13. Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias			

Datos sociodemográficos

Edad: _____

Estado civil:

1. Soltero/a ☐
2. Convive/Pareja de hecho ☐
3. Casado/a ☐
4. Separado/a ☐
5. Divorciado/a ☐
6. Viudo/a ☐
7. En pareja ☐

¿Tiene hijos?

1. No ☐ 2. Si ☐ **Indique cuántos:** _____

Zona de residencia: (indique con una cruz la opción que corresponda)

1. Ciudad de Buenos Aires ☐ Indicar barrio: _____
2. Gran Buenos Aires (Conurbano) ☐ Indicar localidad: _____

¿Con quién vive? (Indique con una cruz)

1. Solo/a ☐
2. Con Pareja ☐
3. Con Pareja e hijos ☐
4. Otros ☐ (Indique con quién o quiénes): _____

¿Trabaja?: No ☐ Sí ☐ **Indique con una cruz:**

1. En relación de Dependencia ☐
2. De manera Independiente ☐
3. Ambos ☐
4. No trabaja ☐

Remuneración que percibe por su trabajo en forma mensual (en pesos):

1. Hasta 1.000 ☐
2. De 1.000 a 2.000 ☐
3. De 2.000 a 3.000 ☐
4. De 3.000 a 5.000 ☐
5. De 5.000 a 10.000 ☐
6. Más de 10.000 ☐

¿Cuántos años hace que trabaja? Indique número _____

¿Cree en alguna religión?

1. Católica ☐
2. Judía ☐
3. Protestante ☐
4. Evangelista ☐
5. Agnóstica desconoce lo divino) ☐
6. Atea (no cree en la existencia de Dios) ☐
7. Ninguna ☐
8. Otra ☐ Indique cuál: _____

Pensando en la respuesta que contestó anteriormente, ¿qué importancia tiene en su vida?

1. Nada importante ☐
2. Poco importante ☐
3. Algo importante ☐
4. Muy importante ☐

¿Toma alguna medicación?

1. No ☐ 2. Si ☐ **Indique cuál: _____**

¿Realiza alguna actividad que asocia con su bienestar? (Indique con una cruz)

1. No ☐ 2. Si ☐ Indique cuál: _____

¡MUCHAS GRACIAS POR COLABORAR!