

---

---

## SATISFACCIÓN MARITAL: LA CONDUCTA DE PAREJA COMO SOPORTE SOCIAL

Héctor A. Lamas Rojas\*  
Universidad de San Martín de Porres

### Resumen

Se estudia la relación de pareja en tanto compromiso que se sustenta en que ambas partes muestren y mantengan sentimientos positivos el uno frente al otro, los cuales sean reforzados a su vez por sentimientos, vínculos y estructuras estables; la satisfacción marital como soporte social, a partir de un concepto de salud centrado en la personalidad y las relaciones sociales.

**Palabras claves:** Conducta de pareja, satisfacción marital, soporte social.

---

### Abstract

*In this review we study the couple's relation, this relation is based on wich both of them show and support positive feeling: One in front of the other; these feeling are reinforced by feeling, bond and firm structures; the marital satisfaction as a social support, leaving from health concept centered in the personality and social relations.*

**Key words:** Marital satisfaction, social support, couple's behavior.

---

En las últimas décadas se ha observado una tendencia a una mayor liberalización de los comportamientos y actitudes sexuales en el mundo occidental. Así, en relación a la masturbación se detecta un aumento importante de esta actividad entre las chicas, aunque entre los chicos las tasas de masturbación se han mantenido, siendo, no obstante, esta conducta más frecuente entre los varones. Algo parecido ocurre en relación con las conductas heterosexuales que suelen ser cada vez más frecuentes y precoces.

Según datos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar(ENDES) 1991-1992 (INEI 1992): El

número medio ideal de hijos para todas las mujeres en edad fértil(15 a 49 años) es de 2.5. El número de hijos deseados es mayor en la selva(2.8) particularmente en Loreto(3.1), entre quienes habitan el área rural(2.7) y en la mujeres sin educación(3.0).El 64% de las mujeres actualmente unidas (excluyendo las mujeres esterilizadas, que constituyen el 7.9%) no desea tener más hijos y el 12.8% quisiera postergar el parto siguiente más de dos años. Entre 1987 y 1991, el 33.2% de los nacimientos ocurrieron cuando las madres no deseaban tener más hijos y el 23.3% cuando todavía no eran esperados. Es decir, el 56.5% de los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta no fueron deseados.

---

\* Doctor en Psicología, Director de la Sección de Post-Grado de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad de San Martín de Porres.  
E-mail: psicología @ fccsmp.edu.pe

El 1.2% de las niñas de 12 a 14 años son madres y el 46.6% de ellas son madres solteras; asimismo, el 11.2% de las adolescentes de 15-19 años son madres y el 21.2% de ellas son solteras (Censo de 1993).

El 47.3% de las madres de 15-19 años manifestaron que tuvieron hijos sin desearlo, el 35.2% hubiera preferido tenerlo después y el 12.1% de ellas no querían tener hijos.

Según una Encuesta de Rádda Barnen realizada en Lima, Callao, Arequipa, Trujillo, Piura, Huancayo, Pucallpa, Ayacucho e Iquitos, que recogió la opinión de 687 adolescentes entre los 11 y los 17 años, sólo la mitad de ellos (49%) recibía información eventual de sus profesores sobre el tema de la sexualidad (Encuesta Rádda Barnen, 1995. Expreso, Lima 5-7-95).

En una encuesta realizada entre 200 estudiantes de ambos sexos, los muchachos manifestaron tener miedo, sobre todo a la muerte y al futuro: "a no ser alguien en la vida", "a terminar el colegio", «a no tener trabajo», "a perder". Las respuestas de las chicas fueron mucho más numerosas y muy diferentes a las de los muchachos. El conjunto de menciones aludía a sensaciones de inseguridad. Destacaban el miedo a la soledad, a los peligros fuera del hogar y sobre todo, a las agresiones sexuales. También ocupaban lugar importante la desconfianza a relaciones personales (traición, engaño) y el miedo a los padres.

### 1. Sexualidad y rol de género

Las pautas de género imponen a los varones modelos de masculinidad que además de perjudicar a las mujeres les restan a ellos mismos posibilidades de desarrollar todas sus capacidades y potencialidades como seres humanos. Así, "mientras que muchas características asociadas con la masculinidad son rasgos valiosos, como por ejemplo, la fuerza, la audacia, la racionalidad y el deseo sexual; la exacerbación de estos rasgos en la norma masculina y la exclusión de otros (asociados con la femineidad) son opresivos y destructivos".

Investigaciones realizadas desde las ciencias sociales muestran que son las mujeres de sectores medios, particularmente las profesionales y las más jóvenes, quienes cuestionan en mayor medida los referentes tradicionales de femineidad. La novedad en los sectores medios, como señala Norma Füller (1993), es la resignificación de los modelos tradicionales de femineidad y su convivencia con nuevas formas de "ser mujer". Así, sigue siendo central la sobrevaloración de la maternidad, pero con una menor dosis de sacrificio y un mayor interés por la realización individual. De otra parte, los estereotipos de la mujer madre, ama de casa, figura decorativa, femme fatale u objeto sexual, coexisten con los de la mujer moderna, la liberada, la profesional o la política.

En el caso de los hombres, si bien ha perdido legitimidad el discurso que sostenía el dominio o la superioridad del hombre sobre la mujer, ello no parece haber traído consigo cambios significativos en el comportamiento real de los varones y en la construcción de nuevos modelos de ser hombre.

Los atributos y roles que identificamos como masculinos (o femeninos) son construidos socialmente y varían según las matrices culturales, la edad o el nivel socioeconómico de las personas. La masculinidad puede adquirir, además, distintos significados para un hombre, según la etapa de la vida en que se encuentre o de acuerdo a la clase de relación que establezca con la mujeres (si es su enamorada, su esposa, su amante o una relación pasajera) o a los «tipos» de mujer con los que se vincule (en su percepción "de su casa" o "fácil").

### 2. Comportamiento y actitudes sexuales

Durante la adolescencia, la masculinidad puede ser definida principalmente en función del comportamiento sexual, mientras que en la adultez lo central puede desplazarse hacia el éxito en el trabajo o la paternidad. Un hombre puede ser tierno y protector con su esposa y seductor e irresponsable con la amante.

El fantasma de la homosexualidad en la socialización de los varones haría más difícil repensar roles y modelos de identidad excluyentes y polares.

La necesidad de diferenciarse de lo femenino se convierte en un rígido mandato que restringe y sanciona, y limita la expresión de afectos hacia otros hombres, con exigencias de pruebas de lo que se entiende es un comportamiento masculino (“demuestra que eres hombre”, “pelea como hombre”, “aguanta como hombre”).

Cuando a algunas mujeres se les critica por no ser muy “femeninas”, es poco frecuente que por ello se dude de su identidad sexual. Entre los varones, no ser bien “masculino” equivale generalmente a ser tildado de homosexual.

Los estereotipos sobre la sexualidad masculina se asocian mayormente a la penetración, la conquista y el rendimiento. Sin embargo, la aparición del SIDA y los cambios en la cultura sexual femenina estarían contribuyendo a disminuir la presión por la iniciación sexual de los varones jóvenes, así como por la exhibición de una sexualidad muy activa por parte de estos.

Entre los jóvenes universitarios entrevistados por Ponce y La Rosa(1995), uno de cada seis de los que se habían iniciado sexualmente lo hizo por presión de familiares y/o amigos, mientras que en el caso de sus pares mujeres ninguna admitió haberlo hecho por esta razón.

La presión por la iniciación sexual está asociada con el significativo porcentaje(40%) de varones-incluso más alto que entre sus padres- que según este mismo estudio tuvieron su primera relación sexual con prostitutas. Más de la cuarta parte de ellos lo hizo por presión de familiares o amigos, y sólo para el 20% se trató de una experiencia agradable.

Otro estereotipo, que parece tener vigencia entre varones y mujeres de diversas edades y niveles socioeconómicos, es el que hace de la sexualidad masculina una fuerza irrefrenable, instintiva, «animal» y no necesariamente ligada con el afecto.

De acuerdo con la investigación de María Ragúz (1995), para los hombres lo más importante en la definición de lo masculino es el dominio en la sociedad (autoridad, poder, “hacen lo que quieren”),

asociado con la fuerza física, la rudeza y la agresividad( “toscos”, “salvajes”). La violencia masculina relacionada con el dominio tiene condenables manifestaciones en la violación sexual, la violencia doméstica ( contra mujeres y niños) y la violencia contra los varones homosexuales( Yon Leau,1996).

### 3. Relación de pareja

Entre las definiciones más citadas sobre el compromiso en las relaciones, Kelley (1983) postula que éste se refiere al nivel de adherencia duradera hacia una pareja, la cual se basa en factores de mantenimiento constantes conformados en parte por amor, y en parte por condiciones externas estables que mantienen a una relación junta, sin importar si tienen sentimientos positivos hacia alguien o no. Una relación cimentada sólo en sentimientos positivos es vulnerable a la inestabilidad del futuro, en contraste, una relación que depende fundamentalmente de las obligaciones y las presiones impuestas externamente puede carecer de satisfacción (Levinger, 1965). Por tanto un compromiso de pareja fuerte y mutuo se sustenta en que ambas partes de la misma muestren y mantengan sentimientos positivos el uno frente al otro, los cuales sean reforzados a su vez por sentimientos, vínculos y estructuras estables.

El modelo de atracción- barrera (Levinger, 1965,1976), se deriva de la concepción de fuerzas psicológicas, impulsoras e inhibitoras propuesta por K. Lewin (1951). Dichas fuerzas activamente proyectan o impiden la locomoción de una persona para que se traslade a través de su espacio vital. Las fuerzas positivas( atracciones), fomentan el movimiento hacia una actividad, hacia una persona, o hacia una relación; las fuerzas negativas ( repulsión), fomentan la huida o la evitación. Las fuerzas restrictivas consisten de obstáculos o barreras que impiden que una persona se pueda salir de una región psicológica: estas barreras incluyen los sentimientos de obligación de estar en una relación, o las sanciones sociales contra el abandono a la pareja.

De acuerdo con el modelo, un compromiso fuerte en una relación particular, significa que la resultante de las atracciones y las barreras (costos terminales) exceden de modo consistente a los resulta-

dos terminales accesibles en la mejor de las relaciones alternativas (Levinger, 1965,1976). O, de acuerdo con la definición de Kelley (1983), para que una relación de pareja sea estable, el grado promedio en el cual los pros de la relación, son superiores a los contras, debe de ser amplio y relativo a la variabilidad de esta diferencia(Levinger,1996).

Al examinar la serie corta de estudios publicada a finales del decenio de 1960, parece claro que la divulgación de la comunicación en el matrimonio y la satisfacción con esta estructura social están relacionados. Sin embargo, la evidencia más reciente demuestra que la alta divulgación de la comunicación podría no ser ni necesaria o benéfica para algunos tipos de parejas estables (Fitzpatrick,1987) y en algunos casos podría ser una señal de alejamiento e incluso de un posible rompimiento de la relación (Baxter,1987). En general, y a pesar de lo anterior, a través de dos décadas de estudios con parejas canadienses(Burke, Weis y Harrison, 1976) y de Florida (Hendrick,1981), de todos los niveles socioeconómicos(Jorgensen et al,1980) y con y sin hijos (Karz, Goldston, Cohen y Stucker,1963) se mantiene la relación positiva entre satisfacción y divulgación de la comunicación( Archer,1996).

Para conocer el tipo de interacción que puede darse entre dos personas, es necesario explorar las fases que atraviesa una relación interpersonal. Levinger y Snoek (1972), distinguen tres fases de las relaciones: a) conciencia, b) contacto superficial y c) mutualidad. A nivel de conciencia una persona observa a otra y la atracción que experimentan se basa en rasgos aparentes, en el contacto superficial las personas están en interacción y viven los efectos de la misma y, en la mutualidad existe mucha autodivulgación concerniente a los sentimientos personales, se expresa y comparte información sobre el bienestar de ambos miembros y se crean normas para la pareja; se asumen responsabilidades para proteger y mejorar la relación y se eleva el compromiso emocional.

De acuerdo con Triandis (1977), el nivel de mutualidad es el más importante en la determinación de las conductas de pareja.

Al analizar en particular la relación de pareja, han surgido una serie de criterios que indican cómo se inicia y desarrolla la atracción. Numerosas investigaciones relatan la importancia de las características físicas de la pareja (Berscheik & Walster,1974); Miller & Rivenbak,1970); la similitud de intereses, opiniones y actitudes (González, Davis, Loney, Likens & Jungras,1983); la complementariedad (Reiss,1980;Wagner,1975); la personalidad del o de la compañero(a) (Tesser y Brodie, 1971); los sentimientos de afecto o amor que describe sentir la persona (Swap y Rubin, 1983; Nadelsticher,1986); los niveles de satisfacción y comunicación existentes en la relación (Nina Estrella,1986); la reacción ante la interacción de la pareja (Diaz Loving,1986), y la satisfacción marital (Pick de Weiss & Andrade,1988)

#### 4. Satisfacción marital y soporte social

Tomando en cuenta las investigaciones planteadas, queda claro que la atracción es un factor determinante en el éxito de la interacción de dos personas e influye en los patrones de asociación, comunicación e interacción que ocurren entre los individuos (Secord & Backman,1964). Por lo anterior se hace imprescindible estudiar la influencia de ésta en la satisfacción con la relación de pareja, la cual, a su vez, es un indicador de la estabilidad y la felicidad de una relación marital (Hicks & Platt,1970).

La conceptualización y medición de la satisfacción marital ha sufrido modificaciones a través del tiempo. Originalmente se definió como la evaluación global y subjetiva que se hace del cónyuge (Blood & Wolfe,1960) con base en la medición de aspectos específicos de la vida matrimonial (Burr,1970)- En contraposición a esta postura, a partir del decenio de 1970 se propone para su evaluación la elaboración de escalas multidimensionales (Marini, 1976; Spanier,1976) y se inicia el énfasis en aspectos específicos tales como comunicación (Bienvenu,1970), etapas del ciclo marital, tradicionalismo y congruencia de los roles (Chadwick,1976), características de la personalidad y ajuste en la pareja. Al inicio de la década de 1980 se comenzó a definirla como una actitud donde se intenta medir «la percepción que tiene el sujeto de su propio matri-

monio a lo largo de un continuo favorecedor en un momento específico y no el estado presente del matrimonio en sí mismo (Reyes, 1996).

A nivel de la salud y la enfermedad física, las mujeres presentan una mayor longevidad y una mortalidad menor. Sin embargo, los síntomas de trastornos psíquicos son generalmente más frecuentes entre las mujeres. Las diferencias más importantes son la frecuencia de crisis nerviosas, las cefaleas, la inercia, el insomnio y los desmayos.

Gove y Tudor(1979) han postulado que el bajo status y el rol difuso de esposa y ama de casa serían un factor facilitante de sintomatología. Si bien algunas investigaciones confirman esto, otras muestran que la mujer independientemente de su status marital, tiene más síntomas que los hombres (Fox, 1980).

Un segundo elemento importante del rol de la mujer es que facilita la expresividad. En efecto, a nivel cultural, las mujeres pueden ser más expresivas que los hombres, lo que hace que puedan quejarse más abierta y directamente (Corral, 1983).

La sociedad se considera generadora de demandas estresantes para el individuo y de coacciones a las formas en que éste las afronta. El entorno social, ya sea estructural o cultural, afecta a una persona, pero en ello se requiere siempre la referencia a la mediación psicológica de cómo se evalúe y afronte.

El estrés, el afrontamiento y sus resultados adaptativos deben ser considerados en el contexto de las relaciones del individuo con la sociedad. El estrés se origina como consecuencia de discrepancias entre el individuo y las identidades sociales.

El sistema social origina demandas y recursos para el individuo. Las demandas sociales, o expectativas normalizadas sobre la conducta, pueden influir sobre los pensamientos, sentimientos y actos de un individuo, pero no son necesariamente fuentes de estrés; éste aparece sólo cuando tales demandas crean conflictos, son ambiguas o constituyen una sobrecarga.

Situado dentro del sistema social, se da una yuxtaposición de identidades individuales y sociales que crea, inevitablemente, cierto grado de confusión entre el individuo y las partes del sistema social e incluso pueden crear conflictos en el sujeto. Por lo que el estrés debe ser entendido como el resultado de conflictos entre estas relaciones aparecidas a lo largo de la vida. Las consecuencias de tales conflictos son expresadas en términos de moral (en el sentido de bienestar), de funcionamiento social (o laboral) y de salud del organismo.

Las demandas sociales hacen referencia a los modelos normativos de expectativas sobre la conducta, que no tiene necesariamente que ser fuente de estrés. Lo será en caso de conflicto: cuando una demanda social que satisfecha viola algún valor fuertemente incorporado; ambigüedad: cuando el individuo no sabe con claridad qué es lo que se está esperando o bien, sobrecarga: en relación a los recursos del individuo.

Aún más, el estrés debe ser considerado en términos de relaciones problemáticas continuadas- lo que llamamos problemas cotidianos, por ejemplo los que se dan en una relación de tensión e insatisfacción con la pareja- que, a la larga, pueden ser realmente más importantes que los acontecimientos mayores. En todo caso, para que aparezca estrés a causa de los roles sociales, las variables de la estructura social deben interactuarse con las características de la personalidad del individuo.

Investigaciones epidemiológicas han confirmado que las tasas de depresión son más altas en ciertos grupos étnicos- negros e hispanohablantes en USA-. Esta diferencia desaparece cuando se controla el status socioeconómico, en otros términos, las diferencias étnicas pueden ser explicadas por las posiciones de clases bajas asociadas a estos grupos (Aneshensel et al, 1983). Estas mismas investigaciones muestran que las mujeres de grupos étnicos en posiciones sociales bajas tienen tasas de depresión más altas. Por ende, la clase social y el sexo son factores de vulnerabilidad, evidentemente.

Psicológicamente, los sucesos estresantes son aquellos que se perciben como amenazas al bienestar físico o psíquico (Krantz et al,1985).

A otro nivel, se entiende por sucesos vitales aquellas experiencias objetivas de cambio vital, que exigen un reajuste de la conducta del sujeto, ya que interrumpen o amenazan con obstaculizar las actividades usuales de éste (Thoits, 1983). Implicar un cambio y un esfuerzo de adaptación, estaba asociado a la aparición de síntomas, la evidencia existente señala que sólo los sucesos negativos juegan un rol facilitador de los trastornos psíquicos y físicos (Monroe et al, 1983). La investigación de Brown y Harris (1978) encontró que en las 3-4 semanas previas a la aparición de una crisis depresiva se producía una «aglomeración» o una serie de sucesos negativos muy próximos temporalmente. Es decir, hay una asociación entre sucesos severos- indeseables, incontrollables e imprevisibles, amenazantes de manera permanente- «aglomerados» temporalmente y trastornos psicológicos- en particular depresivos.

La investigación de Brown sobre una muestra representativa de mujeres de barrio londinense de Camberwell mostró que existía una media de tres sucesos vitales importantes por año para las mujeres. Los sucesos vitales severos constituían menos de un quinto del total de sucesos o acontecimientos de cambios vitales. Un 80% de las mujeres depresivas habían sufrido un suceso vital severo. En el caso de las mujeres diagnosticadas como depresivas, los sucesos vitales severos, constituían el 50% del total. Además de estos sucesos severos negativos, generalmente de pérdida, se tomaron en cuenta las dificultades mayores( que duraban dos años o más, que eran marcadamente displacenteras e insanas). Estos sucesos de vida y dificultades se consideraron factores microsociales provocantes de depresión.

En las clases inferiores no hay únicamente más estrés, sino que hay un nivel más elevado de síntomas en relación con un estrés similar. Hay de hecho un efecto de interacción entre clase y sucesos severos. Según Kessler (1985), los sujetos de clases bajas están más habituados a enfrentar sucesos negativos, y aunque sus recursos limitados hagan que en promedio éstos les provoquen más problemas, los sujetos responden menos con trastornos extremos. Lo inverso ocurriría para las clases altas y medias (Liem y Liem, 1984).

Un factor que explicaría esta vulnerabilidad al estrés sería que las clases bajas y las mujeres tendrían menos recursos sociales y un menor soporte social para enfrentar los sucesos de vida estresantes.

El término «apoyo social» se refiere a la existencia o cantidad de relaciones sociales en general o de un tipo particular( matrimonio, amistad o pertenencia a organizaciones sociales). Asumimos esta perspectiva de análisis, nos referimos a las relaciones sociales de un tipo particular con las que cuenta un determinado individuo y que contribuirán a su ausencia de aislamiento y, consecuentemente, a una adecuada integración social.

Según Fernández Ballesteros (1987), la existencia de relaciones sociales constituye el nivel básico del análisis de apoyo social. Aún más, como algunos autores han sugerido la mera existencia de las relaciones tiene más consecuencias positivas para la salud que la estructura o funciones que caracterizan estos contactos. Sin embargo, el elemento fundamental no es la mera inserción objetiva en una red social densa, sino la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material. La falta de contacto y de apoyo social de los sujetos parece ser un factor que tiene papel directo de facilitador de síntomas. Se ha encontrado correlaciones significativas entre el número de contactos sociales, la satisfacción con éstos, la depresión y la ansiedad. Además de un rol directo, la falta de soporte social jugaría un rol indirecto, de exacerbación de los efectos de los sucesos de vida negativos. Al contrario, una fuerte red de soporte social permitiría mitigar y controlar el impacto del estrés. De todas las relaciones, el matrimonio es el más consistentemente relacionado con la salud. Durkheim ya puso de manifiesto el beneficio que para la salud mental supone este tipo de relación. Diversos estudios han destacado la mayor incidencia de trastornos psicológicos y peor salud en individuos no casados.

La investigación de Brown et al (1978) confirma como el elemento microsocioal mediador en la depresión al grado de soporte o integración social. Eran las mujeres más aisladas, sin trabajo externo, sin confidente o relación satisfactoria con un hom-

bre y que están confinadas en su casa con tres o más hijos pequeños, las que más presentaban depresión. Se presentaba un 4% de descompensaciones en los casos en que había un confidente que apoyaba al sujeto y un 38% cuando no lo había.

Los resultados de siete investigaciones similares mostraron que el 37% de los sujetos que sufrían sucesos de vida severos y no tenían relaciones de intimidad se deprimían contra el 14% que sufrían resultados de vida severos, pero contaban con una relación de intimidad.

Otras investigaciones han confirmado que es el hecho de no tener confidentes, amigos o compañeros/as en quien confiar, el déficit de soporte social el que está asociado a la presencia de síntomas (Turner, 1983).

Las redes sociales estarían cumpliendo el rol de amortiguar el impacto que los eventos estresantes tienen sobre la persona, a través de las siguientes funciones (Caplan, 1974):

- Dan retroalimentación acerca de la situación provocadora de estrés.
- Ayudan a movilizar sus recursos y a manejar sus emociones
- Comparten sus tareas
- Proporcionan ayuda material en la situación de crisis
- Proporcionan información relevante.

La red social personal cumple, además, con otras importantes funciones, tales como la de posibilitar la inserción social de la persona, proceso básico para el desarrollo de su identidad, no sólo en situaciones de crisis. Cada punto de la red es irremplazable y, a la vez, es depositaria de la historia personal, de una parte de la propia identidad, de la retroalimentación social y del cuidado de la salud (Sluski, 1990).

Cobb (1976) indicó que las personas tienen apoyo social cuando: 1) son cuidadas y queridas; 2)

son estimadas y evaluadas; y 3) pertenecen a una red de comunicación y obligación mutua. El apoyo social ejercería una función de amortiguamiento ante las tensiones naturales de la vida y de cierto modo protegen del impacto que esas tensiones pueden tener sobre la salud. Sin embargo, aún persiste indefinición en la caracterización de qué tipo de vínculos afectivos deben ser caracterizados como fuente de apoyo y de cuál es la influencia que sobre esos vínculos tienen circunstancias sociales más generales, como por ejemplo, los valores morales de la sociedad en su conjunto (Díaz y Morales, 1990). En todo caso, son los recursos de apoyo social, la inserción en un grupo social que comporta expectativas y valores, los patrones habituales de comportamiento orientados preferentemente hacia el involucramiento de metas diversas a la hostilidad y a la competitividad, etc y los que deben ser considerados fundamentales en una perspectiva general y sintetizadora, en el marco de una teoría centrada en la personalidad y las relaciones sociales.

## REFERENCIAS

- Archer, R (1996). "Fomentar y divulgar la comunicación en parejas matrimoniales: ¿es mejor dar o recibir?" *Revista Psicología Contemporánea* 3 (I), 48-53.
- Costa, M y Serrat, C (1985). *Terapia de parejas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández Ballesteros, R (1987). *El ambiente. Análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Füller, N (1993). *Dilemas de la femineidad: mujeres de clase media en el Perú*. Lima: PUCP.
- Kogan, L (1992). *Masculinidad/femineidad: estereotipos de género en el sector socioeconómico alto de Lima*. Tesis, Lima: PUCP
- León, O y Montero, I (1993). *Diseño de investigaciones*. Madrid: Mc Graw Hill-Interamericana.
- Levinger, G (1996). "¿Comportarse en una relación?: el papel del deber, la atracción y las barreras" *Re-*

vista Psicología Contemporánea 3 (1), 30-39.

Morales, F (1997). Introducción al estudio de la Psicología de la Salud. Sonora: UniSon.

Oliva, A y cols (1997). "Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia" Revista Infancia y Aprendizaje, 77, 19-34.

Páez, D (1986). Salud mental y factores psicosociales. Madrid: Fundamentos.

Ponce, A y La Rosa (1995). Nuestra sexualidad: mis abuelos, mis padres y yo. Construcciones sociales de la sexualidad en tres grupos generacionales. Lima: PUCP.

Ragúz, M (1995). Construcciones sociales y psicológicas de mujer, hombre: Femeidad, masculinidad y género en diversos grupos poblacionales. Lima: PUCP

Reyes, I (1996). "La satisfacción marital en una cultura tradicional". Revista Psicología Interamericana 3 (1), 40-47.

Rivera, S (1996). "Lo bueno y lo malo, lo real y lo ideal: evaluando a la pareja" Revista Psicología Contemporánea. 3 (1), 82-89.

Tovar, T (1995). "Pero el beso...; Eso sí que no!" Revista Quehacer 96, 54-65.

Yon Leau, C (1996). "Que cosa es ser hombre...; Crisis de la masculinidad?" Revista Quehacer 101, 77-90.

Wilson, P; Spence, S y Kavanagh, D (1995). Técnicas de entrevista clínica. Barcelona: Martínez Roca

Valois, R y Kammermann, S (1995). Su sexualidad: Una autoevaluación. Santa Fé de Bogota: Mc Graw Hill-Interamericana.