

Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital.

Un estudio comparativo

CLAUDIA SÁNCHEZ BRAVO,^b FRANCISCO MORALES CARMONA,^a DIANA PIMENTEL NIETO,^b
JORGE CARREÑO MELÉNDEZ,^b GABRIEL GUERRA RIVERA^c

RESUMEN

Introducción: Este trabajo tuvo el propósito de encontrar diferencias en dos grupos de hombres, uno sin disfunciones sexuales y otro con disfunciones sexuales, valorando la comunicación marital y el estilo de comunicación.

Metodología: Se formaron dos grupos: 222 sin disfunciones y 141 con disfunciones. Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, diseño no experimental, comparativo de una sola muestra dividida en dos grupos de observaciones independientes.

Se utilizó el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, et al, 1998) y las escalas de Comunicación y Estilo de Comunicación Marital (Nina E, 1991).

Resultados: Los resultados mostraron como disfunciones más frecuentes: la disritmia, la eyaculación precoz y el deseo sexual hipoactivo. Se encontraron diferencias significativas en cinco áreas de la comunicación y el resultado global, teniendo un menor nivel de comunicación el grupo con disfunciones sexuales. En los estilos de comunicación hubo diferencias en varios de ellos.

Conclusiones: Algunas dimensiones de la comunicación marital (sentimientos, emociones y disgustos; familia extendida; el tema de los hijos; el trabajo y la relación marital), así como la percepción de un estilo reservado de sí mismo y de un estilo violento y negativo de la pareja, se asociaron con una mayor presencia de disfunciones sexuales masculinas.

PALABRAS GUÍA: *Disfunción sexual masculina, comunicación marital, estilo de comunicación.*

INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con la vida sexual, desde el sustrato biológico hasta el psicosocial,

son piedra angular de la salud mental y su abordaje tiene que surgir como producto final de la investigación clínica.

El estudio de la sexualidad humana en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) constituye un área de continua investigación, especialmente en el Departamento de Psicología. Gracias a estas investigaciones se ha establecido una línea de abordaje terapéutico que se apoya en autores clásicos como Masters y Johnson y Helen Kaplan, además de que busca adaptarse a las características particulares de la población mexicana.¹⁻³

Como parte de las experiencias terapéuticas y de las investigaciones, se ha detectado en la

^a Jefe del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología.

^b Psicólogos adscritos al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología.

^c Psicólogo tesista.

Correspondencia:

Psic. Claudia Sánchez Bravo, Depto. de Psicología, Instituto Nacional de Perinatología, Montes Urales 800, Lomas Virreyes, México, D.F., México 11000; Teléfono 55 20 90 00 ext 147; correo electrónico: fmorales@buzón.main.conacyt.mx

Recibido: 13 de diciembre de 2001

Aceptado: 24 de enero de 2002

población femenina estudiada una prevalencia de 52% de disfunciones sexuales, así como con un promedio de 2.25 disfunciones por mujer.⁴⁻⁶

Debido a que el INPer atiende problemas que giran alrededor de la reproducción y la atención básica es dirigida a mujeres, la mayoría de las investigaciones se han realizado en la población femenina. No obstante ello, y ante lo imprescindible que resulta conocer a la pareja, se han iniciado una serie de estudios en la población de varones (parejas de las pacientes que asisten al INPer).

Este trabajo tiene el propósito de encontrar diferencias en dos grupos de hombres: Uno sin disfunciones sexuales y otro con disfunciones sexuales, valorando algunos aspectos que se considera puedan estar asociados con la presencia de dichas disfunciones, tales como la comunicación marital y el estilo de comunicación.

La importancia que tienen los estudios de la sexualidad humana resulta de reconocer que es un área fundamental en la salud integral del individuo, como lo refiere la Organización Mundial de la Salud,⁷ quien establece que la salud sexual es parte de la salud mental, y su estudio es un requisito indispensable para el desarrollo de la salud mental del individuo.

La investigación en este terreno se enfrenta a diversos obstáculos, que son necesarios tomar en cuenta:

a) *La diversidad del concepto.* El concepto de sexualidad es una abstracción de ciertas realidades percibidas, que se ha ido conformando de diversas maneras a lo largo de la historia, por lo que las formulaciones científicas han variado también consecuentemente. El término sexualidad es el resultado de la conceptualización de lo que un grupo social en particular entiende; de ahí que en diferentes culturas y clases sociales, la sexualidad sea vista y vivida de diferentes maneras;

b) *La especificidad de la ciencia.* A pesar de que la sexualidad se manifiesta en todas las etapas de la vida del individuo, su estudio científico requiere de la elección de un nivel determinado de medición.^{8,9}

La delimitación y clasificación de las disfunciones sexuales parte del estudio de la respuesta sexual humana, que en la década de 1960 realizaron, principalmente, Masters y Johnson, quienes

analizaron por primera vez la respuesta sexual humana y clasificaron sus disfunciones. Asimismo, sostuvieron la hipótesis de que para entender la sexualidad humana era necesario el estudio de cómo se comporta el ciclo de la respuesta sexual humana, ciclo que dividieron en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Esta estructura es una forma esquemática de conceptualizar fenómenos fisiológicos para facilitar su estudio, pues el paso de una fase a otra no se observa con claridad, porque hay variaciones de un individuo a otro. A la capacidad de la respuesta sexual en un ser humano se le denomina estímulo sexual efectivo (ESE).¹

La definición de estas fases llevó a describir y delimitar las disfunciones sexuales inherentes, aunque no están siempre presentes en la sexualidad humana. Cuando la función sexual es verdaderamente normal (a veces la disfunción se confunde con normalidad) no causa preocupación alguna, pues el individuo ni siquiera piensa en ello, pero cuando la función sexual se convierte en un problema de cualquier tipo, es fuente de angustia y frustración que genera una sensación de malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales.² Otras aportaciones importantes se encuentran en los trabajos de la psiquiatra Helen Kaplan,³ quien se ha ocupado extensamente de los trastornos sexuales a través de terapias con una combinación integrada, esto es, la combinación racional de interacciones sexuales estructuradas sistemáticamente para resolver problemas sexuales específicos y, de ser necesario, con sesiones psicoterapéuticas que intentan modificar los impedimentos intrapsíquicos inconscientes que se oponen al funcionamiento sexual.

Para un buen y correcto diagnóstico, primero, es necesaria la definición y clasificación de las disfunciones sexuales. Rubio y Díaz las definen como “una serie de síndromes en la que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social, y que se presentan en forma persistente y recurrente.” El mismo autor propone la presencia de cuatro características presentes en todas las disfunciones sexuales: i) son procesos de naturaleza erótica, donde la calidad placentera de estas vivencias, así como las construcciones mentales alrededor de ella están disminuidas; ii) son procesos que se



consideran indeseables; *iii*) son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas, y *iv*) se presentan en forma de síndromes (grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares), no así de las causas que las provocan, además de que las disfunciones pueden aparecer en una o más fases de la respuesta sexual humana.⁹

La American Psychiatric Association, en la versión del DSM-IV, define que las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.¹⁰

La presencia de disfunciones sexuales conlleva a cuestionar las causas que las provocan. Así, el estudio de los factores asociados es necesario para generar modelos de atención, producto de la investigación. Entre estos factores, la comunicación marital y el estilo de comunicación son considerados como relevantes en la conducta humana, pues abarcan la observación y el estudio de aspectos que van más allá de los procesos internos, dado que son manifestaciones observables de cómo se establecen las relaciones entre los individuos. En este sentido, Musitu señala que la comunicación es uno de los fenómenos más genuinamente humanos.¹¹ Así, para el psicólogo, el estudio y la sistematización de estas manifestaciones observables entre los individuos explican, en gran medida, la conducta humana. En otras palabras, estas manifestaciones se dan a través de la comunicación y ésta tiene un efecto sobre la conducta, pudiéndose observar en las diferentes formas de las relaciones interpersonales, incluyendo las relaciones de mayor intimidad, como lo es: la relación de pareja.

Pick y Andrade, realizaron el constructo de comunicación marital para la pareja mexicana, mostrando que era una variable multidimensional.¹² También Nina,¹³ en otro estudio de comunicación marital en población mexicana, encontró seis dimensiones de comunicación e intercambio de información en las parejas: *1) Sentimientos, emociones y disgustos (SENDI)*: Se refiere a externar los sentimientos y emociones propios del cónyuge, así como lo que le disgusta de la interacción con su pareja y lo que le da vergüenza; *2) Familia extendida*

(FAM): Se refiere a la información que se da sobre la familia del cónyuge y sobre su propia familia, sobre su influencia en la relación de pareja y la manera de interactuar con ellos; *3) Vida sexual (SEX)*: Se refiere a la información sobre la actividad sexual que lleva a cabo la pareja, su satisfacción y molestia; *4) Hijos (HIJOS)*: Se refiere a la información sobre el cuidado y educación de los hijos, así como las reglas que se les impone y las responsabilidades sobre ellos; *5) Relación marital (RELMART)*: Se refiere a los aspectos generales en la interacción de la pareja, al tiempo dedicado al cónyuge y a la relación, lo que se piensa del otro; *6) Trabajo (TRABJ)*: Se refiere a la información sobre el trabajo fuera del hogar que cada cónyuge desempeña. Además del resultado global (COMARITO). Analizar el contenido de la comunicación en la pareja permite identificar sus carencias y sus recursos, así como crear técnicas de abordaje cuando la comunicación sea deficiente. Dentro de la comunicación en la pareja hay un elemento crucial para su buen funcionamiento: El estilo de comunicación. En este sentido, no sólo es importante que la pareja se comunique, sino la forma como lo hace. Desde luego, hay parejas que tienen mucha comunicación, pero que sólo sirve para generar más conflictos o para complicar aún más la situación marital disfuncional.

Nina¹³ también estudia y describe en población mexicana varios estilos de comunicación en la pareja: *1) Positivo*: Cuando alguno de los miembros de la pareja tiene una actitud abierta, quiere escuchar al otro tratando de comprenderlo, dándose intercambios, tanto de información como de ideas, con una expresión amable, educada y afectuosa; *2) Negativo*: Cuando alguno de los miembros de la pareja es conflictivo, rebuscado y confuso ante situaciones de conflicto o desacuerdo, se desemboca en una comunicación inadecuada; *3) Reservado*: Cuando alguno de los cónyuges es poco expresivo al comunicarse crea barreras en el proceso asumiendo un rol pasivo, lo que desfavorece la comunicación; *4) Violento*: Cuando la comunicación de la pareja se percibe como hostil, los cónyuges se mueven en situaciones de conflicto, de agresión verbal o física, afectándose irremediamente la relación y propiciando la ruptura; la violencia puede ser consecuencia de sentimientos anteriores o de resentimientos

presentes y decepción. Asimismo, Hawkins y Weinsberg consideran que el estilo de comunicación se refiere a la forma como el mensaje se da entre los cónyuges, más que al contenido de la misma, refleja la calidad de la relación marital y puede ayudar a mantener de forma estable la relación conyugal.¹⁴

En cuanto a la comunicación marital, el estilo de comunicación y su relación con la vida sexual satisfactoria, Purnine y Carey encontraron que el ajuste sexual está íntimamente ligado a la comunicación positiva de la pareja, que tiene que ver con entendimiento mutuo y la capacidad para llegar a acuerdos.¹⁵

El propósito de este trabajo es detectar y comparar algunos factores de riesgo que puedan asociarse a la presencia de disfunciones sexuales, así como verificar la existencia de diferencias entre los grupos estudiados.

De ahí surge la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera se relacionan los aspectos de comunicación marital y el estilo de comunicación, con la presencia de disfunciones sexuales masculinas? Para una institución como el INPer que atiende problemas asociados con la reproducción, es importante evaluar los aspectos patológicos relacionados con la sexualidad por las repercusiones que se dan en la pareja y en la familia.

Mediante el conocimiento de la población masculina, se complementa la línea de investigación y se obtiene además información sobre aspectos fuertemente asociados a las disfunciones sexuales que, en un futuro próximo, puedan promover e implementar programas de atención y prevención de acuerdo con la población mexicana, evitándose así el uso indiscriminado de técnicas y métodos validados en poblaciones diferentes.

METODOLOGÍA

Diseño: Fue un estudio de población, descriptivo, comparativo, transversal, retrospectivo y correlacional, con un diseño no experimental, exposfaco, de una sola muestra dividida en dos grupos y de observaciones independientes. En cuanto a los criterios de inclusión, los sujetos de estudio fueron las parejas de las pacientes que ingresaron al INPer para su atención, con una edad entre los 25 y 45 años, con educación

primaria, necesaria para un mejor entendimiento de los instrumentos, con una relación de pareja de por lo menos un año y que no tuvieran un diagnóstico de retardo mental o trastorno psicótico, también se excluyeron aquellos pacientes que tuvieron algún tipo de enfermedad orgánica que pudiera condicionar las disfunciones sexuales, tales como: síndromes neurológicos, endocrinos, cardiopatías, problemas vasculares, así como infecciones genitales.

Participantes. Se tomó una muestra representativa de las parejas de las pacientes que acuden al INPer para su atención médica, en algún aspecto relacionado con la reproducción, obtenida por medio del programa *Sample* para el cálculo de muestras. Se capturó una sola muestra no probabilística, con un procedimiento de selección por cuota y de observaciones independientes hasta cubrir la cuota fijada. Los sujetos se seleccionaron e integraron a la muestra después del estudio socioeconómico elaborado a la esposa (paciente) por el departamento de Trabajo Social, asimismo, los sujetos debieron cubrir todos los criterios de inclusión. La muestra quedó constituida por 363 sujetos, los cuales quedaron divididos en dos grupos: El grupo 1 que incluyó a los sujetos que no presentaron disfunción sexual y que fueron 222, y el grupo 2, que fueron los sujetos que presentaron una o más disfunciones sexuales y que fueron 141, lo cual se determinó por la presencia o ausencia de disfunción sexual, medida por las respuestas afirmativas en el Cuestionario de Sexualidad Versión para Hombres en la exploración de disfunciones sexuales.¹⁶

En cuanto a los factores medidos, la comunicación marital se define como “el contenido y cantidad de información que un cónyuge expresa al otro”, y se midió mediante la Escala de Comunicación Marital (COMARI). Asimismo, el estilo de comunicación se define como “aquello que le da forma al significado literal de la información que se esté brindando” y se midió mediante la Escala de Estilo de Comunicación (ECOM).¹³

Las unidades de observación para detectar las disfunciones sexuales, fueron cada una de las respuestas que los sujetos proporcionaron al Cuestionario de Sexualidad,¹⁶ así como todas y cada una de las categorías de la disfunción sexual,



las cuales se definen según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,¹⁰ y fueron: Deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, trastorno de la erección, trastorno orgásmico masculino, eyaculación precoz, dispareunia y disritmia, este último definido por Álvarez-Gayou.¹⁷

Los instrumentos utilizados fueron: *Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres*.¹⁶ Diseñado con la finalidad de explorar la psicosexualidad masculina mediante una entrevista con ventajas técnicas prácticas, para un modelo de abordaje capaz de reducir la posibilidad de emitir juicios de valor. Este cuestionario consta de 90 preguntas y fue diseñado en el INPer, para obtener información clara y precisa sobre aspectos de la vida sexual del sujeto. Se trata de un cuestionario elaborado en un formato donde el informante reporta sus respuestas al entrevistador, con una duración aproximada de una hora. Lleva un orden sistemático con una secuencia que va de lo superficial a lo profundo, de lo sano a lo patológico, hasta llegar a la exploración de la sexualidad, y de la presencia o no, de disfunciones sexuales. Este cuestionario es una adaptación de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF) elaborada por Souza *et al*, y cuya validación fue realizada en la clínica Marina Nacional del ISSSTE.¹⁸

La Escala de Comunicación Marital (COMARI): Elaborada para medir la cantidad de información que expresa un cónyuge al otro, sobre los temas presentados mediante una escala tipo Likert.¹³ Las dimensiones finales con las que quedó construida la escala fueron: 1) sentimientos, emociones y disgustos (sendi); 2) familia extendida (fam); 3) vida sexual (sexo); 4) hijos (hijo); 5) trabajo (trabj), y 6) relación marital (rema). Para cada reactivo existen cinco opciones de respuesta, que van del 1 al 5, las cuales consideran que la cantidad de información expresada por el sujeto es demasiada, cuando la mediana es mayor de 4; regular, cuando es de 2 a 4; y poca información cuando es menor a 2. Al final, la escala estuvo constituida por 86 reactivos.

La Escala de Estilo de Comunicación (ECOM): Realizada para medir la forma en que un cónyuge (varón) se comunica con su pareja (mujer) y la forma en que percibe cómo su pareja se comunica con él. Consta de dos partes: la primera es la del

estilo de comunicación que el cónyuge cree tener, con 23 reactivos que miden cuatro dimensiones (positivo, violento, negativo y reservado); la segunda parte es el estilo de comunicación que percibe el cónyuge en su pareja, con 25 reactivos que miden las mismas cuatro dimensiones de la primera parte. Para cada reactivo existen en general cinco opciones de respuesta, que van de 1 a 5, también de tipo Likert.¹³

Procedimiento: La investigación y captura de la muestra se realizó en el Departamento de Psicología del INPer, con la colaboración de los departamentos de Trabajo Social y Consulta Externa. La captura de la muestra se llevó a cabo mediante el siguiente procedimiento: A cada sujeto que cumplió con los criterios de inclusión y luego del estudio socioeconómico practicado en Trabajo Social a la paciente (esposa), se le citó en el Departamento de Psicología. Primero y antes de cualquier aplicación, se les dio a conocer la carta de consentimiento que el Comité de Ética establece como requisito para poder realizar la investigación.

Luego de obtener el consentimiento de los participantes, se aplicó el Cuestionario de Sexualidad y los instrumentos. Se realizó un procedimiento de contrabalanceo cambiando el orden de los mismos para evitar un sesgo en los resultados. Tanto la aplicación del cuestionario como de los instrumentos, se realizaron en los cubículos del servicio y en una sola sesión. Asimismo, los instrumentos se invalidaron si en uno de ellos hubiera tres o más reactivos sin contestar. En cuanto al procedimiento estadístico, se realizaron pruebas de estadística paramétrica para encontrar las diferencias entre los grupos.

RESULTADOS

De los resultados obtenidos se presentan, primero, el análisis descriptivo de la población, habiéndose aplicado medidas de tendencia central, asimismo, se analizaron las variables sociodemográficas. Posteriormente se analizaron los resultados obtenidos de las variables medidas con los instrumentos para lo cual se aplicó la prueba *t de Student*, para encontrar diferencias entre un grupo y otro. El trabajo se realizó en el programa estadístico *SPSS para Windows, versión 10*.

Análisis descriptivo de la población. La muestra estuvo constituida por 363 sujetos, 222 del grupo 1, sin

disfunción sexual y 141 del grupo 2, con disfunción sexual. Las edades fluctuaron entre los 25 y los 45 años, con un promedio para el grupo 1 de 32.2 años y de 32.7 para el grupo 2. En cuanto al estado civil, en el grupo 1 la muestra se distribuyó con 78% de hombres casados y 20% en unión libre, mientras en el grupo 2, los hombres casados, fue de 85% y 13% en unión libre. En ambos grupos la religión predominante fue católica, con 74% en el grupo sin disfunción sexual, y 79% en el grupo con disfunción sexual, distribuyéndose el resto en distintas religiones para ambos grupos. En cuanto a los años de escolaridad, se tuvo un promedio de 11.6 años en el grupo 1 y también de 11.6 años en el grupo 2. En relación con la ocupación, tanto en el grupo 1 como en el grupo 2, la mayoría de los sujetos eran empleados, 30% y 31%, respectivamente; el resto de la muestra tuvieron diversas ocupaciones teniendo el segundo lugar el de comerciantes con 15% para el grupo 1 y 19% para el grupo 2. Asimismo, el promedio de relación de pareja para el grupo 1 y para el grupo 2 fue de 6.0 y de 6.9 años, respectivamente.

Respecto de la distribución de las disfunciones sexuales, véase la tabla 1.

En este grupo se registraron en total 209 disfunciones, es decir, que hubo un promedio de 1.48 disfunciones por sujeto.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

En los resultados de la Escala de Comunicación Marital (COMARI) se compararon las seis dimensiones que componen la escala, además del

resultado global. Luego se analizó la Escala de Estilo de Comunicación (ECOM), con sus ocho dimensiones (cuatro con relación a sí mismo [cónyuge]) y las mismas cuatro en relación con la paciente.

1. Escala de Comunicación Marital

En primer lugar se presentan los resultados de la Escala (COMARI) analizando el resultado global (COMARITO) y sus seis dimensiones (Tabla 2).

En el análisis de esta escala encontramos que en cinco de las dimensiones y el resultado global, los resultados indican que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_i), por lo que se puede afirmar que existen diferencias significativas entre un grupo y otro, observándose un nivel mayor de comunicación en estas dimensiones en el grupo sin disfunción sexual. En la dimensión sexo (SEX) no se encontraron diferencias significativas por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

2. Escala de Estilo de Comunicación

En segundo lugar, los resultados de la escala (ECOM), con sus ocho dimensiones, cuatro para el cónyuge (varón) y cuatro para la pareja (mujer), encontramos que en los estilos cónyuge reservado, pareja violento, y pareja negativo, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_i), por lo que se puede afirmar que existen diferencias significativas entre un grupo y otro con respecto a estos estilos de la escala ECOM, observándose asimismo un mayor nivel de estos estilos en el grupo con disfunción sexual. En el

Tabla 1
Distribución de las disfunciones sexuales en el grupo 2 (141 sujetos)

Característica	Número de casos	Porcentaje
1. Deseo sexual hipoactivo	43	20.6
2. Aversión al sexo	0	0.0
3. Trastorno de erección	20	9.6
4. Trastorno orgásmico masculino	7	3.3
5. Eyaculación precoz	60	28.7
6. Dispareunia	1	0.5
7. Disritmia	78	37.3
TOTAL	209	100



Tabla 2
Descripción de la Escala de Comunicación Marital y sus seis dimensiones

Variables	Grupo 1 sin disfunción sexual		Grupo 2 con disfunción sexual		Valor t	sig.
	Media	DE	Media	DE		
COMARITO	3.030	0.756	2.747	0.801	3.357	0.001
SENDI	2.822	0.898	2.612	0.897	2.164	0.031
FAM	2.924	0.931	2.619	0.965	2.969	0.003
SEX	2.991	1.008	2.839	0.962	1.444	0.150
HIJOS	2.912	1.159	2.597	1.109	2.590	0.010
RELMART	3.702	0.742	3.346	1.944	2.079	0.039
TRABJ	2.980	1.008	2.773	0.968	1.959	0.051

estilo positivo de comunicación, tanto del cónyuge como de la pareja, también se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), pudiéndose afirmar que existen diferencias significativas, pero con un mayor nivel de este estilo de comunicación en el grupo sin disfunciones sexuales; en cuanto a los estilos del cónyuge violento, cónyuge negativo y pareja reservado, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna (Tabla 3).

DISCUSIÓN

En cuanto a los resultados descritos, se encontró que los grupos quedaron conformados con 141 sujetos con disfunciones sexuales y 222 sin disfunciones sexuales. La distribución de las variables sociodemográficas fue bastante similar en los dos grupos, no encontrando diferencias significativas en ninguna de ellas. Con respecto a las disfunciones sexuales, las que se presentaron con mayor frecuencia fueron: La disritmia con 78 casos, la eyaculación precoz con 60 casos y el deseo sexual hipoactivo con 43 casos, con un total de 209 disfunciones, lo que equivale a 1.48 disfunciones por sujeto y a un porcentaje de 38.8% en la población total estudiada. Es importante destacar que la disfunción sexual más frecuente, (la disritmia), es una disfunción que incluye a ambos miembros de la pareja y que se genera en la su interior; en cuanto a la eyaculación precoz, ésta es una disfunción que tiene que ver con un pobre

desarrollo de la sexualidad y con una escasa información; si ésta es detectada y manejada a tiempo será una disfunción sexual de buen pronóstico. En cuanto al deseo sexual hipoactivo, se requiere de una exploración clínica más amplia para ver con qué problemática se asocia y poder plantear un manejo eficaz.

En relación con las variables estudiadas en la comunicación marital, se encontraron diferencias significativas en cinco dimensiones: Sentimientos, emociones y disgustos; familia extendida, hijos; relación marital y trabajo, así como en el puntaje global. Se observó un menor nivel de comunicación en el grupo con disfunciones sexuales. Ello indica que las parejas que tienen disfunción sexual mantienen una comunicación marital, en términos generales, pobre, lo que puede reflejar un deterioro global de la relación de pareja, donde el síntoma disfunción sexual es un indicador de peso. Esto corrobora lo que Masters, Johnson y Kolondy¹ subrayan al afirmar que la comunicación en la pareja es fundamental para que se pueda mantener, pues mediante ésta se puede tener un intercambio de información y tener una clara percepción del otro. Llama la atención que la dimensión de la comunicación acerca del sexo no resultó significativa, o sea que el hablar de sexo no fue un interventor para la presencia o no de disfunciones sexuales. Surge el cuestionamiento si esto se debió a que en esta área, la comunicación fue en un nivel superficial sin profundizar y sin tratar de encontrar alternativas de solución cuando hubo un problema sexual.

Tabla 3
Descripción de la Escala de Estilo de Comunicación Marital

Variables	Grupo 1 sin disfunción sexual		Grupo 2 con disfunción sexual		Valor t	Valor p
	Media	DE	Media	DE		
Estilo cónyuge positivo (varón)	4.041	0.668	3.821	0.717	2.918	0.004
Estilo cónyuge violento	2.315	0.856	2.489	0.890	-1.843	0.066
Estilo cónyuge negativo	2.225	1.234	2.357	0.737	-1.277	0.203
Estilo cónyuge reservado	1.871	0.796	2.265	0.891	-4.267	0.000
Estilo pareja positivo (mujer)	3.978	0.703	3.534	0.817	5.329	0.000
Estilo pareja violento	2.604	0.698	2.936	0.809	-4.008	0.000
Estilo pareja negativo	2.125	0.705	2.309	0.822	-2.188	0.030
Estilo pareja reservado	1.888	0.878	2.052	0.824	-1.803	0.072

En el segundo grupo de variables se analizó el estilo de comunicación y sus ocho dimensiones. Los resultados en la comparación de los grupos arrojaron diferencias significativas. En el estilo del cónyuge positivo y el estilo de la pareja positivo, el resultado fue el esperado, pues esta función fue de mayor nivel en el grupo sin disfunción sexual. En cuanto a los demás estilos de comunicación en los que se encontraron diferencias con un predominio de un estilo determinado, se puede afirmar que un estilo reservado en el cónyuge implica una limitante para el buen ejercicio de la sexualidad, pues hablaría de su temor a ser más activo y manifestar sus inquietudes o problemas. En cuanto a la percepción de su pareja, el estilo violento y negativo resultó con predominio en el grupo con disfunción sexual, lo que significa que este estilo se erige en una barrera para sí mismo y para el funcionamiento de su vida sexual.

En conclusión, la presencia de disfunción sexual en el hombre, un síntoma de peso para poder

definir que la pareja necesita atención psicológica. Un buen nivel de comunicación marital en la mayoría de las dimensiones es un indicador del buen funcionamiento. El estilo positivo de comunicación percibido en sí mismo, como en su pareja es un indicador de buen funcionamiento sexual. Tanto la percepción de un estilo reservado de sí mismo, como la percepción de un estilo violento y negativo de la pareja, se asociaron a una mayor presencia de disfunciones sexuales masculinas.

Por último, es posible hablar de un modelo de detección de disfuncionalidad para generar programas de atención más focalizados para el abordaje del conflicto, que trabajen las distintas áreas de conflicto detectadas para, después o de manera complementaria, brindar terapia sexual. Es importante dentro de una línea de investigación futura la comparación de género sobre estos mismos aspectos.



ABSTRACT

Introduction: The purpose of this study was to observe differences between two groups of men: One with sexual dysfunctions and other one without, measuring marital communication and communication style.

Metodology: There were 222 without sexual dysfunctions and 141 with dysfunctions. This is a descriptive study, transversal, retrospective, with no experimental design, comparative of a single sample divided in two groups, with independent observations.

It was used the sexuality questionnaire for men (Morales, et al, 1998) and the scales of Communication and Style of Marital Communication (Nina E, 1991).

Results: The results showed that most frequent dysfunctions are sexual dysrhythm, precocious ejaculation and hypoactive sexual desire. There were significant differences in five areas of communication. In the global result the group with sexual dysfunctions had less efficient level of communication. There were several differences in the communication styles.

Conclusion: Some dimensions of the marital communication (feeling, emotions and displeasures; entended family; the topic of the children; the work and the marital relationship), as well as the perception of a self reserved style and the couple's violent and negative style, they associated with a high presence of masculine sexual dysfunctions.

Key words: *Masculine sexual dysfunction, marital communication, communication style.*

REFERENCIAS

1. Masters W, Johnson V, Kolondy R. La sexualidad humana. (Vols. 1-3) (13 ed.). Barcelona: Grijalbo; 1995.
2. Masters W, Johnson V, Kolondy R. EROS: Los mundos de la sexualidad. Barcelona: Grijalbo; 1996.
3. Kaplan H. La nueva terapia sexual. México: Alianza Editorial; 1990.
4. Sánchez C, Morales F, González G, Souza M, Romo C. Prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina. *Psicopatología* 1997; 17: 174-8.
5. Sánchez C, Carreño J, González G, González G. Autoconcepto y satisfacción marital en mujeres con disfunción sexual. *Perinatol Reprod Hum* 1997; 11: 190-7.
6. González G, Sánchez C, Morales F, Díaz R, Valdez A. Niveles de ansiedad y depresión en mujeres con y sin disfunción sexual: Estudio Comparativo. *Rev Mex Psicol* 1999; 16: 17-23.
7. Souza M. Dinámica y evolución de la vida en pareja. México: El Manual Moderno; 1996.
8. Rubio E. Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: CONAPO (Ed.) *Antología de la sexualidad humana*. México: Miguel Ángel Porrúa, 1994, tomo 1, p. 17-46.
9. Rubio E, Díaz J. Las disfunciones sexuales. En: CONAPO (Ed.) *Antología de la sexualidad humana*. México: Miguel Ángel Porrúa, 1994: 203-46.
10. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). Madrid: Masson; 1995.
11. Musitu G. Psicología de la comunicación humana. Buenos Aires: Lumen; 1993
12. Pick S, Andrade P. Escala de comunicación personal marital: su desarrollo y validación. *Rev Psicol Soc Pers* 1987; 3: 39-49.
13. Nina E. Comunicación marital y estilo de comunicación. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1991.
14. Hawkins J, Weisberg C, Ray D. Marital communication style and social class. *J Marri Fam* 1997; 39: 479-9.
15. Purnine D, Carey M. Interpersonal communication and sexual adjustment: The roles of

- understanding and agreement. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 1017-25.
16. Morales F, Pimentel D, Aranda C. Sexualidad en pacientes con cáncer ginecológico. *Perinatol Reprod Hum* 1998; 12: 17-8.
17. Álvarez-Gayou J. *Sexoterapia integral*. México: Interamericana, 1986.
18. Souza M, Cárdenas J, Montero MC, Mendoza L. Historia clínica de la sexualidad femenina. *Gin y Obst Mex* 1987; 55: 277-87.