

Disfunción sexual masculina y su relación con el rol de género y asertividad

CLAUDIA SÁNCHEZ-BRAVO,^a JORGE CARREÑO-MELÉNDEZ,^a
SUSANA MARTÍNEZ-RAMÍREZ,^a EVANGELINA ALDANA-CALVA^a

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación entre la presencia de disfunciones sexuales, valorando el rol de género y asertividad, en hombres.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, diseño no experimental y comparativo. Se utilizó el Cuestionario de Sexualidad Versión Hombres (Morales, et al. 1998), el Inventory of Masculinity-Femininity (Lara, 1993) y la Escala Multidimensional de Asertividad (Flores, 1994).

Resultados: Se formaron dos grupos: 222 hombres sin disfunciones y 141 con disfunciones. Los resultados mostraron un porcentaje total de 38.8% de hombres con disfunciones sexuales. Se encontraron diferencias significativas en masculinidad y femineidad con un puntaje mayor en el grupo sin disfunciones sexuales; en sumisión, el puntaje fue mayor en el grupo con disfunciones sexuales. No se encontraron diferencias en asertividad.

Conclusión: La sumisión en el varón está asociada a las disfunciones sexuales masculinas, masculinidad y femineidad están asociadas a una respuesta sexual sin problemas.

PALABRAS GUÍA: *Disfunción sexual masculina, género, asertividad.*

INTRODUCCIÓN

El estudio de las disfunciones sexuales masculinas es de suma importancia, pues al dirigir la investigación en torno a la sexualidad humana y sus trastornos, sólo a la parte femenina, la exploración de este fenómeno estaría incompleta. Sobre la base de la observación clínica se diseñó un plan de trabajo a largo plazo en el Departamento de Psicología

del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), institución de tercer nivel de atención, centrado en una serie de investigaciones con pacientes y sus cónyuges que padecen problemas relacionados con la reproducción para generar modelos terapéuticos que permitan un abordaje más específico.¹

La prevalencia de disfunciones sexuales, en la población que atiende el INPer, es alarmante: 52% de la población femenina presenta una o más disfunciones sexuales, en tanto 38.8% de los cónyuges (población masculina) presentaron una o más disfunciones sexuales.²⁻³

Sexualidad humana

La sexualidad es un aspecto involucrado en el desarrollo de la vida humana que permite

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

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: finorales@buzón.main.conacyt.mx

Recibido: 23 de julio de 2002.

Aceptado: 18 de octubre de 2002.



interactuar con los semejantes de múltiples formas, comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales que forman parte permanente del individuo. Álvarez-Gayou⁴ afirma al respecto que la sexualidad es todo aquello que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que pertenecemos.

Fue a partir de los estudios de Masters y Johnson⁵ en la década de 1960 que se intensificaron las investigaciones sobre la sexualidad, basadas principalmente en encuestas hechas desde los años cincuenta, como las realizadas por Kinsey.⁵ Estos científicos introdujeron la idea de que existe un ciclo de respuesta sexual humana, compuesto por cuatro fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.⁵ Este modelo de comportamiento facilita la comprensión de los cambios fisiológicos y anatómicos que se producen en uno y otro sexos durante la actividad sexual, modelo invaluable para comprender la fisiología de las disfunciones y determinar estrategias terapéuticas.

En el aspecto específico de la respuesta sexual existen, no obstante, alteraciones no deseables que causan malestar en las personas e impiden una sexualidad plena y satisfactoria: las disfunciones sexuales. Rubio y Díaz (1994)⁶ las definen como una serie de síndromes en los 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.

Disfunciones sexuales masculinas

La definición para cada disfunción sexual masculina es la propuesta por el DSM-IV (1995)⁷ (agregándose además, la *Disritmia*, propuesta por Álvarez-Gayou 1986),⁴ éstas son: a) *deseo sexual hipoactivo*: caracterizada por ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y del deseo de actividad sexual, de manera persistente y recurrente; b) *trastorno por aversión al sexo*: que es la aversión y evitación activa del contacto sexual genital con la pareja; c) *trastorno de la erección en el varón*: es la incapacidad, persistente o recurrente, que tiene el individuo para obtener y mantener una erección adecuada hasta el final de la

actividad sexual; d) *trastorno orgásmico masculino*: es una disfunción sexual caracterizada por la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación adecuada; e) *eyaculación precoz*: es la aparición de un orgasmo y eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante, o poco tiempo después de la penetración y antes de que el sujeto lo desee; f) *dispareunia*: consiste en el dolor experimentado en los genitales durante el coito, aunque puede aparecer antes o después de la relación sexual (DSM-IV, 1995);⁷ g) *disritmia*: consiste en el incremento de la actividad sexual en uno de los miembros de la pareja, manifestada por la insatisfacción que provoca en el otro miembro de la pareja, que el otro desee, o no, demasiado las relaciones sexuales.⁵

Rol de género

Como se mencionó al principio, el rol de género y la asertividad son dos posibles factores asociados a la presencia de las disfunciones sexuales. El género alude a una construcción sociocultural que resalta aspectos psicosociales, es el conjunto de cualidades biológicas, físicas, sociales, económicas, psicológicas, eróticas, políticas y culturales asignadas a los individuos según el sexo.⁸ Para Masters, Johnson y Kolodny (1995)⁵ el término se refiere a la expresión de la masculinidad o femineidad de un individuo a tenor de las reglas establecidas por la sociedad. No muy lejos de coincidir con estas definiciones, Lara (1993)⁹ sostiene que el rol de género se refiere a las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para hombres y mujeres, es decir, a la expresión de la masculinidad y la femineidad de un sujeto, de acuerdo con las reglas establecidas por la sociedad.

En la época contemporánea también hay descripciones sobre los distintos roles; las características masculinas son las denominadas instrumentales, o sea que están dirigidas a una acción básicamente orientada a metas, con agresividad, búsqueda de dominio, autoafirmación, reflexión, razón, respeto por el orden, abstracción y objetividad. La adopción rígida del rol masculino lleva a los hombres a

restringir sus expresiones emocionales, con dificultades en el manejo de sus sentimientos, y llegan, incluso, a no permitir que los demás se expresen. Basan sus relaciones principalmente en el control, el poder y la competencia, para tratar de mantener a los demás bajo su control; mantienen su autoridad a toda costa.

Los rasgos femeninos están descritos como las características denominadas de relación, necesidad de involucrarse con los demás, no tanto con las ideas, orientados hacia los sentimientos y la abstracción, pasivas, dóciles, expresivas, protectoras, orientadas a la crianza. Cuando hay un apego excesivo a su rol, puede haber poca conciencia respecto de ella misma, con poca capacidad de expresar lo que quiere para que la entiendan, y tienen generalmente como únicas metas el matrimonio y la maternidad, pues lo consideran su destino, sin posibilidades de elegir, ya que está limitada en su independencia, su poder de decisión y su autosuficiencia.

En cuanto al cuestionamiento de cómo influyen estas características negativamente en distintas áreas, entre ellas el desarrollo de la sexualidad, algunas forman parte de la masculinidad y la femineidad, e incluso, son socialmente aceptadas, aunque poco deseables: el machismo en el hombre y la sumisión o síndrome de la mujer sufrida en la mujer (Lara, 1991).¹⁰

El machismo se puede describir como el culto a la virilidad, lo cual se traduce en una exagerada agresividad, arrogancia e incluso agresión sexual hacia las mujeres, con la necesidad de tener siempre la razón, ya que consideran, incluso, las opiniones diferentes como una declaración de enemistad; el macho se muestra inflexible, terco e intransigente, es relevante la demostración de la potencia sexual, su masculinidad y su capacidad para tener hijos, provocándoles mucha ansiedad al fallar en alguno de estos aspectos. Es común el sometimiento a la esposa, impidiéndole que tenga contacto con otros hombres, y con constantes relaciones extramaritales, hablador, egoísta, avaro y hostil. En cuanto a la sumisión se observa una necesidad exagerada por demostrar su gran fuerza, con actitudes de

abnegación y tolerancia al sufrimiento (el cual no evitan, sino que lo exhiben) muestran dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez frente al varón.¹¹

Asertividad

La asertividad es una respuesta que permitirá al sujeto hacer valer sus derechos de manera directa, sin dañar a los otros, ni a sí mismo. De ahí que Salmurri (1991)¹² sostenga a la asertividad como aquella habilidad personal que permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Flores (1994),¹³ después de realizar un estudio sobre la asertividad en la población mexicana, elabora una definición que la explica, de manera más completa, como la habilidad verbal de expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones, tanto positivas como negativas, así como también el establecimiento de límites de manera honesta y oportuna, respetándose a sí mismo como individuo y a los demás durante la interacción social. Esta definición aporta el conocimiento de que la asertividad no es un rasgo que se encuentre aislado de la personalidad, sino que interactúa dentro de una situación o contexto sociocultural determinado. Flores (1994)¹³ proporciona la clasificación de algunos comportamientos ligados a la presencia o ausencia de la asertividad y que son: a) *asertividad indirecta*: es la carencia de habilidades para poder tener enfrentamientos directos con otras personas, lo que lleva a expresar las opiniones, necesidades y sentimientos por medio de recursos tales como cartas, teléfono, terceras personas y otros que permiten mantener una distancia entre un sujeto y otro; b) *asertividad en situaciones cotidianas*: es la habilidad que tiene el sujeto de poder hacer valer sus derechos en diferentes situaciones de la vida cotidiana, principalmente con personas desconocidas y, en algunas ocasiones, con familiares y amigos; c) *no asertividad*: es la carencia total de habilidades para expresar opiniones, necesidades y sentimientos, de hacer valer derechos, de decir "no", o de negarse a realizar alguna actividad.



En algunos estudios, los autores han concluido que las mujeres que presentan una asertividad alta se ven favorecidas en el ámbito sexual, pues tienen menos prejuicios respecto a la virginidad y a la actividad sexual, y también una alta satisfacción sexual.¹⁴ Smith (1983)¹⁵ refiere que el hecho de mostrarse asertivo con una pareja sexual, no sólo puede contribuir a eliminar la dificultad sexual, sino también a ayudar a resolver los problemas de la convivencia que están en el origen de ciertas dificultades sexuales.

La problemática anterior motivó la presente investigación, dirigida a estudiar algunos factores asociados a la presencia de disfunciones sexuales, como el rol de género con sus cuatro dimensiones: masculinidad, femineidad, sumisión y machismo, en espera de encontrar asociación entre machismo y sumisión (que son las características negativas de masculinidad y sumisión) y la presencia de disfunciones sexuales en el hombre, así como la asertividad en sus tres dimensiones: asertividad indirecta, asertividad en situaciones cotidianas y no asertividad. Se espera encontrar asociación entre la presencia de disfunciones sexuales y la no asertividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se tomó una muestra representativa de las parejas de las pacientes que acuden al Instituto Nacional de Perinatología para su atención médica, de 363 pacientes que fueron capturados en un proceso de selección por cuota; quedaron divididos en dos grupos: el grupo 1 incluyó pacientes que no presentaron disfunción sexual; el grupo 2, fueron sujetos que presentaron una o más disfunciones sexuales.

Fue un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, con un diseño no experimental, comparativo, de una sola muestra dividida en dos grupos y de observaciones independientes. En cuanto a los criterios de inclusión, los sujetos de estudio debían ser parejas de las pacientes, con una edad entre los 25 y los 45 años, con educación mínima de primaria, para la comprensión 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 tuvieran algún tipo de enfermedad orgánica que pudiera condicionar las disfunciones sexuales, como síndromes endocrinos, neurológicos, cardíopatías, problemas vasculares e infecciones genitales, lo cual fue detectado por medio del cuestionario de sexualidad versión hombres.¹⁶

Para la descripción de la muestra se registraron variables sociodemográficas como: nivel socioeconómico, edad, años de relación con la actual pareja, escolaridad y ocupación. El registro de las disfunciones sexuales se hizo de acuerdo con la clasificación que presenta el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV⁷: deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, trastorno de la erección en el varón, trastorno orgásmico masculino, eyaculación precoz, disparesunia y disritmia.⁴ Para la clasificación de los grupos y el tipo de disfunción sexual o disfunciones presentadas, así como para la exploración de su vida sexual, se utilizó el Cuestionario de Sexualidad, Versión para Hombres.¹⁶ El rol de género se midió mediante el Inventario de Masculinidad y Femineidad.¹⁷ La asertividad se midió mediante la Escala Multidimensional de Asertividad.¹³ En cuanto al análisis estadístico se utilizaron medidas de resumen para la descripción de la muestra y de las variables sociodemográficas. En cuanto al rol de género y asertividad se aplicó la prueba t de Student, para ver la existencia de diferencias significativas; el análisis estadístico se trabajó en el programa SPSS para Windows versión 10.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan en dos partes, en la primera se describen los resultados de las variables sociodemográficas y en la segunda los resultados de la comparación entre los grupos con las variables medidas con los instrumentos.

La muestra total se constituyó con 363 sujetos, que fueron divididos en dos grupos, el grupo 1 se conformó con 222 sujetos sin disfunción sexual y el grupo 2, con 141 sujetos con disfunción sexual, que tuvieron un total de 209 disfunciones, lo que equivale a un

promedio de 1.5 alteraciones por paciente. El análisis de las variables sociodemográficas permitió encontrar algunos datos expuestos en la tabla 1.

Respecto a la distribución de las disfunciones sexuales masculinas, en el grupo 2 se encontró que las tres más frecuentes fueron: la disritmia, con 78 casos (55.3%); la eyaculación precoz, con 60 casos (42.5%); y el deseo sexual hipoactivo, con 43 casos (30.5%); las demás fueron trastorno de la erección, con 20 casos (14.2%); el trastorno orgásmico, con siete casos (.05%); la dispareunia, con un caso y la aversión al sexo, con ningún caso. Se puede afirmar que el promedio de disfunciones sexuales es de 1.48 disfunciones por hombre de los que presentan disfunción, lo que nos da el porcentaje total de 38.8% de hombres con alguna disfunción.

Análisis de los resultados de los instrumentos de medición

En los resultados de la Escala de Masculinidad y Femineidad se presentan los resultados de las cuatro funciones que valora masculinidad, femineidad, machismo y sumisión (Tabla 2).

Se encontró que en las variables masculinidad, femineidad y sumisión, existen diferencias significativas entre un grupo y otro, sin embargo, en las dos primeras se observa un mayor nivel en el grupo sin disfunciones sexuales, observando lo contrario en la escala de sumisión, donde hay un nivel mayor en el grupo con disfunciones sexuales. En la escala machismo, los resultados indican que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro.

Escala multidimensional de asertividad

Al analizar los resultados obtenidos en esta escala se encuentra que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro en ninguna de las tres dimensiones de la escala (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Con respecto a las variables sociodemográficas analizadas, ambos grupos tuvieron un promedio de 32 años de edad; el estado civil en ambos grupos en su mayoría fueron casados; la escolaridad tampoco resultó ser una variable con diferencias significativas, pues los años de estudio promedio en ambos grupos se

Tabla 1
Descripción por grupo de las variables sociodemográficas

Variable	Sin disfunciones sexuales	Con disfunciones sexuales
Edad promedio (años)	32.5	32.9
Casados	79%	88%
Unión libre	21%	12%
Religión católica	70%	76%
Nivel de escolaridad (años)	12.1	11.6
Relación de pareja (promedio)	6.3	7.4

Tabla 2
Descripción de la Escala de Masculinidad y Femineidad Inventory IMAFE (Rol de Género)

Variables	Grupo 1 sin disfunción sexual Media ± DE	Grupo 2 con disfunción sexual Media ± DE	Valor t	Significancia
Masculinidad	4.99 ± 0.87	4.69 ± 0.97	2.71	0.007
Femineidad	5.22 ± 0.86	4.84 ± 0.92	3.43	0.001
Machismo	3.00 ± 0.87	2.96 ± 0.85	0.394	0.694
Sumisión	2.32 ± 0.75	2.52 ± 0.77	-2.15	0.033



Tabla 3
Descripción de escala multidimensional de asertividad y sus tres dimensiones

Variables	Grupo 1	Grupo 2	Valor <i>t</i>	Significancia
	sin disfunción sexual	con disfunción sexual		
	Media ± DE	Media ± DE		
Asertividad indirecta	2.28 ± 0.46	2.30 ± 0.49	-0.37	0.715
Asertividad en situaciones cotidianas	3.97 ± 0.57	3.95 ± 0.44	0.28	0.778
No asertividad	2.41 ± 0.58	2.52 ± 0.63	-1.42	0.156

situaron entre los 11 y los 12 años, lo que indica que ambos grupos poseen el nivel medio superior de estudio. En relación con la variable años de relación de pareja, tampoco se encontraron diferencias significativas; el promedio se situó entre los seis y los siete años de relación. La religión predominante en la muestra y en cada grupo fue la católica.

En cuanto al rol de género, los resultados de cada escala indican que en la escala de masculinidad se encontraron diferencias altamente significativas entre un grupo y otro, con los puntajes más altos en el grupo sin disfunciones sexuales; es decir, que los varones participantes de este grupo tienen una autoimagen del rol masculino, mejor a la del grupo con disfunciones sexuales, lo que corrobora la afirmación de Bustos (1994)⁸ respecto a que los sujetos con puntajes altos en masculinidad poseen características de pragmatismo y adaptación. En la escala de femineidad, los resultados fueron similares a la escala anterior, pues se encontraron diferencias significativas entre un grupo y otro, pero los mayores puntajes se encuentran en el grupo sin disfunciones sexuales. Es decir, que los puntajes más bajos de masculinidad y femineidad están altamente asociados con la presencia de disfunciones sexuales.

Esto concuerda y confirma el estudio llevado a cabo por Flores (1994)¹³ en el que concluye que las escalas masculina y femenina tuvieron una tendencia a estar moderadamente correlacionadas, a pesar de las diferencias en su contenido conceptual. Parece que su similitud se debe a la naturaleza positiva o socialmente deseable de las dos escalas. En cuanto a la

escala de machismo, no se encontraron diferencias significativas entre un grupo y otro, por lo que puede afirmarse que no hay relación entre la presencia o no de estas características y las disfunciones sexuales. Con respecto a la escala de sumisión, se encontraron diferencias significativas que indican que en el grupo con disfunciones sexuales hay una autopercepción mayor que la del grupo sin disfunciones sexuales de sumisión, es decir, el grupo con disfunciones se ven a sí mismos sumisos, lo que se traduce en conductas tales como abnegación, dependencia, conformismo y timidez,⁹ lo cual está asociado significativamente a la presencia de disfunciones sexuales.

En cuanto al estudio de la asertividad y sus tres dimensiones (asertividad indirecta, asertividad en situaciones cotidianas y no asertividad) no se encontraron diferencias significativas entre un grupo y otro. Ambos grupos arrojaron los mayores puntajes en la dimensión de la asertividad en situaciones cotidianas, es decir, en aquella que les permite expresar deseos, creencias, necesidades y opiniones.¹³ Esto permite afirmar que la población estudiada posee rasgos positivos de asertividad, independientemente de tener o no disfunciones sexuales. En segundo lugar, recurren (en menor medida) a la no asertividad y, finalmente, a la asertividad indirecta. Estos resultados permiten afirmar que la asertividad, en todas sus dimensiones, no es un aspecto que esté asociado directamente a la presencia o ausencia de disfunciones sexuales en la población estudiada; esto se asocia a lo que Fahner (1983) encontró en un estudio de

disfunciones sexuales, del cual concluye que la no asertividad no es un síntoma de problemas sexuales.

CONCLUSIONES

La presencia de disfunción sexual en el hombre es un síntoma de peso para poder definir que el hombre y/o la pareja necesita atención psicológica.

Las disfunciones más frecuentes encontradas en este estudio fueron la disritmia y la eyaculación precoz. La primera, descrita por Álvarez Gayou (1986),⁴ como una disfunción que involucra inevitablemente a ambas partes de la pareja, pues consiste en la insatisfacción de uno de los miembros de la pareja, debido a que el otro desea demasiado, o no desea las relaciones sexuales, y, la segunda, descrita por Kaplan (1990),¹⁸ donde refiere que la ansiedad puede dificultar la respuesta sexual por el temor al fracaso o a la demanda de rendimiento sexual.

En cuanto a rol de género, la masculinidad y la femineidad son características que no están asociadas a la presencia de disfunciones sexuales, son las características positivas en donde no se da un apego excesivo a estos roles y que son necesarias para el desarrollo sexual en el varón. En cambio, las características de sumisión están altamente relacionadas con la presencia de disfunciones sexuales masculinas, no obstante, la presencia de las características

de machismo no se asociaron a la presencia de disfunciones sexuales.

En cuanto a la asertividad, ésta no es un factor ligado a problemas sexuales, algunos autores como Bourne (1995)¹⁹ refieren que sumisión y no asertividad son conductas iguales. Podemos analizar e hipotetizar que, por los resultados de este estudio, la asertividad está más ligada a la conducta social y la sumisión a la conducta íntima.

Sugerencias

Es importante abarcar otros aspectos que puedan estar relacionados con las disfunciones sexuales y con la disfuncionalidad de la pareja para fortalecer modelos de atención más eficaces y de menor tiempo para el abordaje de los conflictos de pareja. Los planes de tratamiento deben ser cada vez más precisos dentro de este campo y ser producto de la investigación.

El hacer comparaciones en cuanto a los resultados entre las disfunciones sexuales femeninas y masculinas será de utilidad, pues esto esclarecerá algunos problemas en cuanto a diferencias y similitudes de género, para establecer modelos que no sean producto de creencias o mitos acerca del funcionamiento humano con respecto a su vida sexual y de pareja, y así poder detectar cuáles son los factores que afectan la sexualidad femenina y masculina.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this work, was to find differences in two groups of men, one without sexual dysfunctions and another with sexual dysfunctions, valuing the gender role and assertivity.

Material and methods: We took two groups: 222 men without dysfunctions and 141 with dysfunctions. This was a descriptive study, transverse, retrospective, non experimental and comparative. We used the Questionnaire of Sexuality Version Men (Morales et al, 1998), the Masculinity-femaleness Inventory (Lara 1993) and the Multidimensional Scale of Assertivity (Flores, 1994).

Results: The results showed a total percentage of 38.8% of men with sexual dysfunctions. We find significant differences in masculinity and femaleness with a bigger score in the group without sexual dysfunctions; in submission, the score was bigger in the group with sexual dysfunctions. In assertivity they were not differences.

Conclusion: The submission in the male is associated to the masculine sexual dysfunctions, masculinity and femaleness they are associated to a sexual answer without problems.

KEY WORDS: *Masculine sexual dysfunction, gender, assertivity.*

REFERENCIAS

1. 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.
2. Sánchez C, Morales F, González G, Souza M, Romo C. Prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina. Psicopatología 1997; 17: 174-8.
3. Sánchez C, Morales F, Pimentel D, Carreño J, Guerra G. Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital: Un estudio comparativo. Perinatol Reprod Hum 2002; 16: 16-25.
4. Álvarez-Gayou, J. Sexoterapia Integral. México, Interamericana; 1986.
5. Masters W, Johnson V, Kolondy R. La sexualidad humana. Vols. 1-3, 13. Barcelona: Ed. Grijalbo; 1995.
6. Rubio E, Díaz J. Las disfunciones sexuales. En: CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana. Tomo 3. México: Miguel Ángel Porruá; 1994, p. 203-46.
7. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM IV) Madrid: Masson; 1995.
8. Bustos O. La formación del género: El impacto de la socialización a través de la educación. En: CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana. Tomo 1. México: Miguel Ángel Porruá; 1994: 267-98.
9. Lara, A. Masculinidad, feminidad y salud mental. Aspectos no deseables de los roles de género y vulnerabilidad. 1er. Congreso Internacional de Psicología y Salud. Memorias. México, 1993.
10. Lara A. Masculinidad, femineidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. Salud Mental 1991; 14: 12-18.
11. Stevens E. Machismo and mariandismo. Society 1973; 10: 57-63.
12. Salmurri F. Asertividad, 1991. Disponible en: www.geocities.com/HotSprings/Villa/4551/asertividad.html. [Online]. 14K.
13. Flores M. Asertividad: Conceptualización, medición y su relación con otras variables. Tesis doctoral. México: UNAM Facultad de Psicología; 1994.
14. Hulbert D, Apt C, Rabehl S. Key variables to understanding female sexual satisfac-

- tion; an examination of women in nondis-
tressed marriages. *J Sex Marital Ther* 1993;
19: 154-65.
15. Smith M. Cuando digo no, me siento cul-
pable. México: Grijalbo; 1983.
16. Morales FA, Pimentel D, Aranda C. Sexuali-
dad en pacientes con cáncer ginecológico.
Perinatol Reprod Hum 1998; 12: 17-8.
17. Lara A. *Inventario de masculinidad y
femineidad*. México: El Manual Moderno;
1993.
18. Kaplan H. *La nueva terapia sexual*. México:
Alianza Editorial; 1990.
19. Bourne J. *The anxiety and phobia work-
book*. 2^a. Ed. USA: New Harbinger Publi-
cations; 1995.

