

DESCRIPCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO

FORMULARIO

| TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO | | | |
|--|-----------------|-------------------|-----------|
| AJUSTE DIÁDICO Y SEXUALIDAD EN HOMBRES CON DISFUNCIÓN SEXUAL ERÉCTIL DE ORIGEN ORGÁNICO – ESTUDIO DE CASO. | | | |
| SUBTÍTULO, SI LO TIENE | | | |
| | | | |
| AUTOR O AUTORES | | | |
| Apellidos Completos | | Nombres Completos | |
| Garcés Arenas | | Andrea Viviana | |
| Gómez Cobos | | Constanza | |
| Pino Robledo | | Santiago | |
| DIRECTOR (ES) TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO | | | |
| Apellidos Completos | | Nombres Completos | |
| Novoa Gómez | | Mónica María | |
| | | | |
| | | | |
| FACULTAD | | | |
| Psicología | | | |
| PROGRAMA ACADÉMICO | | | |
| Tipo de programa (seleccione con "x") | | | |
| Pregrado | Especialización | Maestría | Doctorado |
| X | | | |
| Nombre del programa académico | | | |
| Psicología | | | |
| Nombres y apellidos del director del programa académico | | | |

| Martín Emilio Gáfaró | | | | | | |
|--|---|------------------------------|---------|-------|--------------------------|------------|
| TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: | | | | | | |
| Psicólogo | | | | | | |
| PREMIO O DISTINCIÓN <i>(En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial):</i> | | | | | | |
| | | | | | | |
| CIUDAD | AÑO DE PRESENTACIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO | | | | NÚMERO DE PÁGINAS | |
| Bogotá | 2013 | | | | 134 | |
| TIPO DE ILUSTRACIONES (seleccione con "x") | | | | | | |
| Dibujos | Pinturas | Tablas, gráficos y diagramas | Planos | Mapas | Fotografías | Partituras |
| | | X | | | | |
| SOFTWARE REQUERIDO O ESPECIALIZADO PARA LA LECTURA DEL DOCUMENTO | | | | | | |
| <p>Nota: En caso de que el software (programa especializado requerido) no se encuentre licenciado por la Universidad a través de la Biblioteca (previa consulta al estudiante), el texto de la Tesis o Trabajo de Grado quedará solamente en formato PDF.</p> | | | | | | |
| | | | | | | |
| MATERIAL ACOMPAÑANTE | | | | | | |
| TIPO | DURACIÓN (minutos) | CANTIDAD | FORMATO | | | |
| | | | CD | DVD | Otro ¿Cuál? | |
| Vídeo | | | | | | |
| Audio | | | | | | |
| Multimedia | | | | | | |
| Producción electrónica | | | | | | |
| Otro Cuál? | | | | | | |
| DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL E INGLÉS | | | | | | |
| <p>Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. <i>(En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Sección de Desarrollo de Colecciones de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J en el correo biblioteca@javeriana.edu.co, donde se les orientará).</i></p> | | | | | | |

| ESPAÑOL | INGLÉS |
|---|--------------------------------|
| Pareja (PN 1499) | Couple (PN 1499) |
| Sexualidad (PN 1403) | Sexuality (PN 1403) |
| Disfunción eréctil (PN 1348) | Erectile dysfunction (PN 1348) |
| Ajuste diádico (PN 763) | Marital adjustment (PN 763) |
| <p align="center">RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS</p> <p align="center">(Máximo 250 palabras - 1530 caracteres)</p> | |
| <p><i>Resumen</i></p> <p>El presente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar el ajuste marital y la sexualidad de dos hombres con diagnóstico de disfunción sexual eréctil (DSE) de origen orgánico y sus parejas. Con este fin, se aplicaron cinco instrumentos tipo cuestionarios (<i>EAD, ISS, SEAR, IFSF</i> y <i>SHIM</i>), así como entrevistas a profundidad realizadas para completar la información de interés. Los resultados muestran que el nivel de ajuste marital, especialmente en términos de la comunicación afectiva previa al problema de DSE de origen orgánico es un factor que se relaciona de manera importante con la satisfacción sexual y el ajuste de la pareja.</p> <p><i>Abstract</i></p> <p>This following research's aim is to identify sexual difficulties that are related to the condition of organic erectile dysfunction in two male cases to characterize marital adjustment with their female couples. Therefore, five different questionnaire-type instruments were be applied (<i>EAD, ISS, SEAR, IFSF</i> and <i>SHIM</i>) as well as profound interviews to complete the obtained information. Results show that previous history of affective communication in erectile dysfunction is an important factor of sexual satisfaction and marital adjustment in couples.</p> | |

AJUSTE DIÁDICO Y SEXUALIDAD EN HOMBRES CON DISFUNCIÓN SEXUAL
ERÉCTIL DE ORIGEN ORGÁNICO – ESTUDIO DE CASO

Pontificia Universidad Javeriana- Facultad de Psicología

Andrea Viviana Garcés Arenas, Constanza Gómez Cobos y Santiago Pino Robledo

Novoa Gómez, Mónica.¹

Trabajo de Grado

Febrero 2013

¹ Directora del Trabajo de Grado

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| <u>0. RESUMEN.....</u> | <u>10</u> |
| <u>1. INTRODUCCIÓN.....</u> | <u>11</u> |
| <u>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....</u> | <u>12</u> |
| <u>1.2 FUNDAMENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA.....</u> | <u>15</u> |
| <u> 1.2.1 Sexualidad y Función Sexual.....</u> | <u>15</u> |
| <u> 1.2.2 Género y Autoimagen.....</u> | <u>18</u> |
| <u> 1.2.3 Disfunción Sexual Masculina.....</u> | <u>20</u> |
| <u> 1.2.4 Disfunción Sexual Eréctil de etiología orgánica.....</u> | <u>23</u> |
| <u> 1.2.5 Disfunción Sexual Eréctil y Pareja.....</u> | <u>25</u> |
| <u> 1.2.6 Ajuste, comunicación, pareja y satisfacción sexual.....</u> | <u>28</u> |
| <u> 1.2.7 Intervenciones en la disfunción sexual eréctil.....</u> | <u>33</u> |
| <u> 1.2.7.1 Tratamiento médico para la DSE.....</u> | <u>33</u> |
| <u> 1.2.7.2 Tratamiento psicológico para la DSE.....</u> | <u>34</u> |
| <u> 1.2.8 Política de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia.....</u> | <u>37</u> |
| <u> 1.2.9 Instrumentos de medición.....</u> | <u>39</u> |
| <u> 1.2.9.1 Escala de Ajuste Diádico (EAD).....</u> | <u>39</u> |
| <u> 1.2.9.2 Índice de Insatisfacción Sexual (ISS).....</u> | <u>39</u> |
| <u> 1.2.9.3 Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).....</u> | <u>40</u> |
| <u> 1.2.9.4 Encuesta Sexual Health Inventory for Men (SHIM).....</u> | <u>41</u> |

| | |
|---|----|
| 1.2.9.5 Cuestionario de Autoestima y Relaciones; Self-Esteem and Relationship Questionnaire (SEAR)..... | 41 |
| 1.2.9.6 Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory ó Frecuencia y Aceptabilidad del Inventario de Comportamiento de Parejas..... | 41 |
| 1.3 OBJETIVOS..... | 42 |
| 1.3.1 Objetivo General..... | 42 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos..... | 42 |
| 2.0 MÉTODO..... | 43 |
| 2.1 Diseño..... | 43 |
| 2.2 Participantes..... | 43 |
| 2.3 Instrumentos..... | 44 |
| 2.3.1 Entrevista a Profundidad..... | 44 |
| 2.3.2 Escala de Ajuste Diádico (EAD)..... | 44 |
| 2.3.3 Índice de Insatisfacción Sexual (ISS)..... | 45 |
| 2.3.4 Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)..... | 45 |
| 2.3.5 Sexual Health Inventory for Men (SHIM)..... | 46 |
| 2.3.6 Cuestionario de Autoestima y Relaciones; Self-Esteem and Relationship Questionnaire (SEAR)..... | 46 |
| 2.4 Procedimiento..... | 47 |
| 2.5 Consideraciones éticas..... | 48 |
| 3.0 ANÁLISIS DE RESULTADOS..... | 49 |
| 3.1 Caso I..... | 49 |

| | |
|--|-----------|
| <u>3.1.1 Entrevista.....</u> | <u>49</u> |
| <u>3.1.2 Escalas.....</u> | <u>59</u> |
| <u>3.2 Caso II.....</u> | <u>61</u> |
| <u>3.2.1 Entrevista.....</u> | <u>61</u> |
| <u>3.2.2 Escalas.....</u> | <u>67</u> |
| <u>4.0 Discusión.....</u> | <u>74</u> |
| <u>5.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u> | <u>82</u> |
| <u>6.0 ANEXOS.....</u> | <u>89</u> |

AJUSTE DIÁDICO Y SEXUALIDAD EN HOMBRES CON DISFUNCIÓN SEXUAL ERÉCTIL DE ORIGEN ORGÁNICO – ESTUDIO DE CASO

Garcés Arenas, Andrea Viviana, Gómez Cobos, Constanza y Pino Robledo, Santiago.

PALABRAS CLAVES: Palabras Clave: Pareja (PN 1499), Sexualidad (PN 1403), disfunción eréctil (PN 1348) y Ajuste diádico (PN 763).

DESCRIPCIÓN:

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar el ajuste diádico y la sexualidad de dos hombres con diagnóstico de disfunción sexual eréctil (DSE) de origen orgánico y sus parejas. Con este fin, se aplicaron cinco instrumentos tipo cuestionarios (EAD, IISS, SEAR, IFSF y SHIM), así como entrevistas a profundidad realizadas para completar la información de interés. Los resultados muestran que el nivel de ajuste diádico, especialmente en términos de la comunicación afectiva previa al problema de DSE de origen orgánico, es un factor que se relaciona de manera importante con la satisfacción sexual y el ajuste de la pareja.

FUENTES:

Se revisaron fuentes nacionales e internacionales, de las cuales 82 fueron artículos de revistas indexadas y tres libros, entre los años 1966 a 2011.

FUNDAMENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA:

La sexualidad como actividad humana está constituida por componentes biológicos, psicológicos y socioculturales (Alzate, 1997), relacionados con la satisfacción de necesidades como placer, mantenimiento de vínculos y reproducción (Masters & Jhonson, 1966). Según Alzate (1997) la disfunción sexual (DS) se define como la carencia o deficiencia de alguna de las fases de la función erótica. A partir de esto existen dos tipos de DS: Menores y Mayores (Alzate, 1997, Useche, 2005), las cuales pueden ser atribuidas a TX orgánicos, psicológicos o a factores sociales (Sobczak, 2009 y Frank, Noyon, Hofling, Heidenreich, 2010). Por otra parte una vida sexual satisfactoria es un componente fundamental para lograr una buena calidad de vida (Greenstein, Abramov, Matzkin y Chen 2006). En los hombres la satisfacción se pierde en el momento en el que surgen problemas sexuales, tales como la anorgasmia (Segraves, 2009), la eyaculación precoz (McMahon et al., 2004; Gregory y Broderick, 2006), el deseo sexual hipoactivo (Bravo, Corres, Blum y Careño, 2009) y la disfunción sexual eréctil (DSE) (Romero y Licea, 2000, Ardila, 2002).

La DSE se caracteriza por la incapacidad para tener o mantener una erección que permita una relación sexual satisfactoria para una o ambas partes de la pareja (Romero y Licea, 2000; Ardila, 2002), produciendo un impacto en la interacción sexual y relación de la misma. Cuando es de etiología orgánica puede generar desajuste en la relación debido al bajo nivel de satisfacción percibido por las mujeres (Althof, et al., Feldman et al., Latini et al., McCabe y Matic, Swindle et al., Tomlinson y Wright, citados por Conaglen, 2008). Se ha encontrado que la DSE genera un impacto en la Autoestima (Cappellieri et al., 1999 y 2005), la percepción de masculinidad (McCabe y Matic, 2007) y la calidad de vida (Fisher et al. citados por Conaglen, 2008).

Por otra parte, el ajuste de pareja se define como el nivel de satisfacción que refiere tener cada miembro de la pareja en cuanto a intereses, objetivos, valores y puntos de vista (Graham et al. 2000, citados por Novoa et al., 2003). Estudios realizados muestran que la falta de ajuste puede generar implicaciones personales y de pareja como depresión (Kurdek, 1998), ansiedad (McLeod, 1994) y problemas de salud en general (Prigerson, Maciejewski y Rosenheck, 1999). Es importante el rol de la pareja, ya que impacta tanto en el afrontamiento de la enfermedad como en la adhesión al tratamiento (Montorsi y Althof, 2004 citados por Conaglen et al., 2008). Las parejas mujeres reconocen los efectos negativos de la DSE en ellas mismas (autoestima), sus parejas y en la relación (Althof, Cappelleri et al., Feldman et al., Latini et al., Matic y McCabe, Swindle et al., Tomlinson y Wright, citados por Conaglen, 2008).

METODOLOGÍA:

Diseño mixto de tipo paralelo que combina metodologías cuali y cuantitativas con un reporte único, en el cual se realizó una comparación de resultados cuantitativos con cualitativos. En el estudio participaron 2 hombres con diagnóstico de disfunción eréctil de etiología orgánica con nivel socioeconómico medio-alto y un nivel de escolaridad alto. Se aplicaron cinco instrumentos tipo cuestionarios (*EAD, IISS, SEAR, IFSF y SHIM*), así como entrevistas a profundidad realizadas con cada participante y su pareja de forma simultánea.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Los resultados muestran que el nivel de ajuste marital, especialmente en términos de la comunicación afectiva previa al problema de DSE de origen orgánico, es un factor que se relaciona de manera importante con la satisfacción sexual. Ya que se considera que si las parejas están sólidamente relacionadas, el diagnóstico no las afecta de la misma manera, a diferencia de las parejas en las que se presentan conflictos previos a éste, en los cuales aumentan la vulnerabilidad y se favorece el desajuste marital. Lo cual se corrobora con los planteamientos de Martínez et al. (1998) al respecto.

La comunicación efectiva aparece como la herramienta que va a establecer una nueva forma de expresar intimidad y a la vez, de mantener la relación de pareja, facilitando la adaptación de los dos miembros cuando se presenta la disfunción sexual (Badr y Taylor, 2009).

En cuanto al autoconcepto y autorreferenciación en los participantes se concluye que la concepción de un rol masculino rígido, en los participantes con componentes machistas, se asocia con la presencia de sentimientos de inseguridad en los cambios asociados a la DSE.

Es necesario mencionar que a pesar de que un estudio de la DENSA para América Latina estima que en Colombia el nivel de población con disfunción eréctil en hombres mayores de 40 años es del 53% (Robayo et al., 2009), fue difícil conseguir una cantidad de población considerable, lo cual se atribuye a la dificultad en el acceso a este tipo de población, así como al tabú que representa la disfunción sexual en nuestro país.

Las conclusiones no pueden ser tomadas como generalidades debido a la falta de una muestra representativa, por lo cual se recomienda realizar estudios que evalúen el ajuste de pareja y la disfunción sexual eréctil con el fin de establecer conclusiones que contribuyan a la creación de protocolos de intervención a nivel clínico.

ABSTRACT

Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Psicología, Febrero de 2013

AJUSTE DIÁDICO Y SEXUALIDAD EN HOMBRES CON DISFUNCIÓN SEXUAL
ERÉCTIL DE ORIGEN ORGÁNICO – ESTUDIO DE CASO.

Garcés Arenas, Andrea Viviana, Gómez Cobos, Constanza y Pino Robledo, Santiago.

*Novoa Gómez, Mónica.²

Key words: couple (1499), sexuality (1403), erectile dysfunction (1348), and marital adjustment (763).

This following research's aim is to identify sexual difficulties that are related to the condition of organic erectile dysfunction in two male cases to characterize marital adjustment with their female couples. Therefore, five different questionnaire-type instruments were be applied (*EAD*, *ISS*, *SEAR*, *IFSF* and *SHIM*) as well as profound interviews to complete the obtained information. Results show that previous history of affective communication in erectile dysfunction is an important factor of sexual satisfaction and marital adjustment in couples.

² Directora del Trabajo de Grado. Profesora de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana.

AJUSTE DIÁDICO Y SEXUALIDAD EN HOMBRES CON DISFUNCIÓN SEXUAL
ERÉCTIL DE ORIGEN ORGÁNICO – ESTUDIO DE CASO

Trabajo de Grado

Garcés Arenas, Andrea Viviana, Gómez Cobos, Constanza y Pino Robledo, Santiago.

Novoa Gómez, Mónica.³

Noviembre de 2012

Pontificia Universidad Javeriana - Facultad de Psicología

³ Directora y coautora

0. Resumen

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar el ajuste marital y la sexualidad de dos hombres con diagnóstico de disfunción sexual eréctil (DSE) de origen orgánico y sus parejas. Con este fin, se aplicaron cinco instrumentos tipo cuestionarios (*EAD*, *ISS*, *SEAR*, *IFSF* y *SHIM*), así como entrevistas a profundidad realizadas para completar la información de interés. Los resultados muestran que el nivel de ajuste marital, especialmente en términos de la comunicación afectiva previa al problema de DSE de origen orgánico es un factor que se relaciona de manera importante con la satisfacción sexual y el ajuste de la pareja.

Palabras Clave: Pareja (PN 1499), Sexualidad (PN 1403), disfunción eréctil (PN 1348) y Ajuste diádico (PN 763).

Abstract

This following research's aim is to identify sexual difficulties that are related to the condition of organic erectile dysfunction in two male cases to characterize marital adjustment with their female couples. Therefore, five different questionnaire-type instruments were be applied (*EAD*, *ISS*, *SEAR*, *IFSF* and *SHIM*) as well as profound interviews to complete the obtained information. Results show that previous history of affective communication in erectile dysfunction is an important factor of sexual satisfaction and marital adjustment in couples.

Key words: couple, sexuality, erectile dysfunction, and marital adjustment

1. Introducción

El presente trabajo de grado propone investigar sobre la sexualidad y ajuste marital en parejas en la cual uno de sus miembros presenta disfunción sexual eréctil (DSE) de origen orgánico, tema que ha sido elegido tras la revisión de la literatura científica y del que se ha encontrado limitada investigación para Colombia y Latinoamérica. Ésta señala la importancia del tema ya que tiene en cuenta el impacto de la disfunción eréctil en el individuo, en cuanto conlleva a un cambio en las diferentes e interdependientes dimensiones que lo componen y que hacen parte de la complejidad que enmarca la sexualidad humana: lo biológico, lo psicológico, lo social y lo educativo, generando un importante cambio en la calidad de vida y la sensación de bienestar (Álvarez-Gayou, 2011).

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho y dado que el interés por investigar el impacto de la disfunción sexual no radica exclusivamente en el individuo que la padece sino también en su pareja y en la manera en la que se ha visto afectada su relación, en la presente investigación resulta necesario hacer referencia a temas que involucran a los dos miembros de la pareja en cuanto se refiere a los componentes que aportan a la adaptación a la enfermedad, funcionamiento de la relación y al bienestar de los dos. Para lo cual se aplicaron cinco instrumentos tipo cuestionarios (*EAD, ISS, SEAR, IFSF y SHIM*), así como entrevistas a profundidad realizadas para completar la información de interés.

En este orden de ideas, el documento está organizado de forma que el lector encuentra en la primera parte el planteamiento del problema y la justificación de la investigación, posteriormente se encuentra el apartado con la fundamentación bibliográfica, en el cual se detallan y analizan las investigaciones y conceptualizaciones reportadas en literatura especializada sobre las categorías de análisis, tales como datos sociodemográficos, enfermedad y tratamientos, autoconocimiento y autoreferencia, aceptación de cambios asociados, relación de pareja, comunicación, sexualidad y expectativas de los procesos terapéuticos. En un tercer punto se detallan los objetivos de la investigación y más adelante la estrategia metodológica planteada para alcanzarlos. Finalmente, se presentan los análisis de datos, la discusión de resultados y las referencias completas de los documentos y artículos consultados.

En el apartado de anexos se incluyen los consentimientos informados, así como los instrumentos que se utilizaron en esta investigación.

1.1 Planteamiento del problema y Justificación

La sexualidad como actividad humana está constituida por componentes de tipo psicológico, biológico y sociocultural. Este tema influye en la vida de los seres humanos en tanto se relaciona con la satisfacción de una necesidad de placer, mantenimiento de vínculos y reproducción, lo cual ha sido planteado por las teorías clásicas de la sexualidad por autores como Masters & Jhonson (1966) y complementada por autores como Alzate (1997) y Useche (2005), quienes hacen una crítica al reduccionismo biológico del modelo médico, proponiendo lo psicológico y relacional, como elementos cruciales en el desarrollo de la sexualidad humana, en la cual la función erótica se concibe como un factor psicológico esencial y en la que los aspectos sociales, económicos y culturales también tienen un papel sumamente importante.

Según Greenstein, Abramov, Matzkin y Chen (2006), para muchos sujetos una vida sexual satisfactoria es un componente fundamental para lograr una buena calidad de vida. De acuerdo con investigaciones recientes sobre sexualidad, las disfunciones sexuales son alteraciones comunes tanto en hombres como en mujeres (Sobczak, 2009 y Frank, Noyon, Hofling, Heidenreich, 2010), asociadas entre otros a trastornos psicológicos o psiquiátricos y a etiologías biológicas, que afectan la respuesta sexual del individuo.

En los hombres, investigaciones reportadas en la literatura científica señalan que dicha satisfacción se pierde en el momento en el que surgen problemas sexuales, causados por alteraciones de etiología biológica y/o psicológica tales como la disfunción sexual eréctil (Romero y Licea, 2000; Ardila, 2002), la anorgasmia (Segraves, 2009), la eyaculación precoz (McMahon, Abdo, Incrocci, Perelman, Rowlans, Waldinger y Cheng Xin, 2004; Gregory y Broderick, 2006) y el deseo sexual hipoactivo (Bravo, Corres, Blum y Careño, 2009).

Teniendo en cuenta que la disfunción sexual eréctil (DSE) se caracteriza por la incapacidad para tener o mantener una erección que permita una relación sexual satisfactoria para una o ambas partes de la pareja, una de las esferas del individuo que se puede ver mayormente afectada es la interacción sexual y por ende la relación de pareja, en la cual por sus características funcionales causa un gran impacto (Romero y Licea, 2000; Ardila, 2002). En cuanto a la DSE de etiología orgánica como en el caso de problemas metabólicos, la literatura reporta que puede generar desajuste en la relación de pareja, debido al bajo nivel de satisfacción percibido por las mujeres (Althof, Cappelleri y cols.; Feldman y cols.; Latini y cols.; McCabe y Matic, Swindle y cols.; Tomlinson y Wright, citados por Conaglen, 2008), y adicionalmente al

impacto que la disfunción tiene en la autoestima (Cappelleri y cols., 1999; Cappelleri y cols., 2005) y la percepción de masculinidad (McCabe y Matic, 2007), generando un impacto negativo en la calidad de vida (Fisher, Rosen, Eardley, Sand, y Goldstein, citado por Conaglen y cols., 2008; McCabe y Matic, 2007).

A partir del reconocimiento de la actividad sexual como fundamental en la vida humana, se han creado políticas que protegen las diferentes dimensiones de la sexualidad, siendo ésta un criterio para definir la calidad de vida. Al respecto, en Colombia la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003) ha establecido como uno de los objetivos, en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, lograr que los estereotipos y valores culturales que no favorezcan el desarrollo integral del individuo y su salud, como el machismo (Sánchez, Carreño, Martínez y Aldana, 2002), la exclusión, la violencia sexual, entre otros, sean reducidos para lograr que la sexualidad sea parte natural de la totalidad del ser humano. De igual manera, estas políticas buscan promover una mejor comunicación en las redes sociales de los individuos, ya que es importante contar con el apoyo de las personas tanto de la familia y amigos, como de la pareja, especialmente en situaciones difíciles o particulares para lograr crear actitudes y comportamientos de progreso que posibiliten vivir una vida sexual sana (Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003).

Para este efecto las políticas de salud sexual y reproductiva en Colombia buscan implementar mejoras en el sistema de salud en cuanto a la prevención y al tratamiento de enfermedades que puedan afectar la calidad de vida sexual. Ahora bien, la disfunción sexual eréctil (DSE) de etiología metabólica está asociada según López, Sosa y Labrousse (2007) a un conjunto de factores de riesgo lípidicos y no lípidicos que pueden aparecer de forma secuencial o simultánea en una persona como consecuencia de la resistencia a la insulina, cuyo origen puede ser genético o ambiental generalmente asociado a la inactividad física y a los malos hábitos alimenticios. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se debe tener al menos uno de los siguientes parámetros para el diagnóstico del síndrome metabólico: la intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, síndrome de ovarios poliquísticos, hígado graso no alcohólico. En Colombia se especula que la prevalencia de este síndrome es alta, ya que un estudio realizado por Ashner y colaboradores en 2002, indican que la prevalencia del síndrome metabólico en este país es del 33% (Pinzón, Serrano, Díaz, Mantilla, Velasco, Martínez, Millán, Acevedo, Moreno, 2007), por lo cual se han realizado estudios sobre

el tema en los que se recomienda realizar investigaciones sobre los efectos del síndrome metabólico, ya que afirman que en nuestro país se desconoce bastante sobre el tema (Navarro y Vargas, 2007; Villegas, Botero, Arango, Arias y Toro, 2003).

Dicho síndrome está asociado con la DSE, ya que se han encontrado estudios en los cuales se han relacionado enfermedades como la diabetes mellitus y la DSE (Romero & Licea, 2000; Costanzo, Knoblovits, Rey, Gueglio, Layus, Litwak, 2008), los cuales tienen efectos como síntomas depresivos, ansiedad, pánico y olvidos, que son comunes y pueden tener un papel importante en la disfunción (Awad, Salem, Gadalla, Abou El Wafa & Mohamed, 2010), también se ha encontrado que estos hombres experimentan muy bajo nivel de satisfacción sexual en comparación a los hombres que no padecen DSE (Fugl-Meyer, Lodnert y Branholm y Fugl-Meyer, 1997). Por otra parte, estudios han mostrado la necesidad de tener en cuenta el contexto relacional y social para el tratamiento y adherencia a éste (Althof y Wieder, 2004).

A propósito, Montorsi y Althof (2004), citados por Conaglen et al. (2008) sostienen que el rol de la pareja es un factor fundamental que impacta tanto en el afrontamiento de la enfermedad como en la adhesión y continuación del tratamiento. Por otro lado, al igual que los hombres (Althof, Cappelleri y cols; Feldman y cols.; Latini y cols; Matic y McCabe; Swindle y cols.; Tomlinson y Wright, citados por Conaglen, 2008), las parejas mujeres reconocen los efectos negativos de la disfunción eréctil en ellas mismas, en sus parejas y en la relación. De este modo, en las mujeres también disminuye la autoestima, sobre todo cuando las interacciones con su pareja son negativas y según ellas vulneran su condición de mujer.

Se considera que teniendo en cuenta los estudios mencionados anteriormente, se evidencia la necesidad de indagar acerca de los hombres con DSE de etiología orgánica, en relación con el ajuste de pareja y la satisfacción sexual de los mismos ya que no se han encontrado estudios sobre el tema en población colombiana. De esta forma, la presente investigación se convierte en un aporte importante a los pocos estudios sobre DSE y síndrome metabólico y la gran cantidad de personas que la padecen en nuestro país.

Asimismo, este estudio es pertinente para la psicología, en la medida en que al indagar sobre la sexualidad y el ajuste diádico en parejas en las cuales uno de sus miembros sufre enfermedad crónica, se puede realizar un aporte a la construcción de nuevos métodos de intervención y comprensión acerca de las concepciones que tiene la pareja alrededor de la enfermedad y su influencia en la dinámica relacional, en la satisfacción sexual de cada uno de los

miembros y sus repercusiones en la función erótica. En este sentido, el presente estudio también aporta a la interdisciplinariedad en cuanto cuenta con la participación de médicos urólogos, interesados en aportar una mirada diferente de la sexualidad, las disfunciones sexuales y la pareja, lo cual reafirma la sexualidad humana como un área de estudio influenciada por aspectos de tipo psicológico, biológico y socio-cultural.

Por lo anterior resulta pertinente el estudio de la disfunción sexual eréctil de etiología metabólica y el impacto que tiene en la pareja y en la relación, por lo que la pregunta orientadora de la investigación es ¿Cómo se caracteriza el ajuste marital y la satisfacción sexual en hombres con diagnóstico de disfunción eréctil de origen orgánico?

El presente estudio cumple con los parámetros de investigación planteados en la misión de la Pontificia Universidad Javeriana (1992), ya que busca un trabajo interdisciplinario para el desarrollo de respuestas ante una problemática social como lo aborda la investigación. Adicional a esto, cumple con los criterios éticos de la ley 1090 del psicólogo (2000), la cual exige el debido consentimiento de los participantes (Ver anexo c.), se garantiza la confidencialidad de los participantes, y se les ofrece el acceso a un proceso psicoterapéutico en caso de ser necesario; lo anterior con el fin de contribuir al bienestar de los participantes. Finalmente, con el fin de evaluar la calidad científica y ética del proyecto y la competencia de los investigadores para su realización, la presente investigación recibió la aprobación del Comité de Investigaciones y Ética Institucional (CIEI) de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y Hospital Universitario San Ignacio (HUSI).

1.2 Fundamentación Bibliográfica

1.2.1 Sexualidad y Función sexual

La sexualidad es una actividad humana, que proviene de la interacción entre factores biológicos y socioculturales, en los cuales se plantean dos funciones principales, la primera función de la sexualidad humana es la reproducción y está muy relacionada con el factor biológico (Alzate, 1997), función que es de origen filogenético y es compartida con otros animales. La segunda función es la placentera o erótica, la cual tiene una mayor relación con el factor sociocultural. Esta función erótica es definida por Alzate (1997) citando a Zwang (1978) como la búsqueda consciente del placer sexual, siendo la culminación evolutiva de la sexualidad.

Según esta autora, la función sexual o erótica se realiza de dos modos: el erótico o primario y el reproductor o secundario, los cuales se presentan en dos planos. El primer plano es el plano que se denomina mental, psíquico o central y el segundo es el plano corporal, somático o periférico; de estos se generan activaciones comportamentales que están relacionadas entre sí, y que pueden describirse en fases conocidas como las cinco fases del ejercicio erótico: la apetitiva, la relacional, la estimulatoria, la excitatoria y la orgásmica. Cuando se presenta esta activación conductual con una intención reproductiva, se habla de una sexta fase denominada reproductora (Alzate, 1997).

Ahora bien, estas fases de la función sexual han sido abordadas por autores clásicos de la sexología como Masters y Johnson (1966), quienes postularon cuatro fases del ciclo de excitación correspondientes a excitación, meseta, orgasmo y resolución, o por Kaplan (1978; 1985) quien formuló solo tres fases correspondientes al deseo, la excitación y el orgasmo. A partir de estas fases del ciclo de la respuesta sexual, los autores postularon un modelo de la respuesta sexual (Masters & Johnson, 1966; Kaplan, 1974; Kaplan 1979), el cual hasta nuestros días hace parte de la fundamentación de los problemas sexuales en el manual diagnóstico de la Asociación Psicológica Americana -APA en el DSM-IV-TR- (2002). En este modelo los planos de la función sexual se presentan de una forma que para Alzate (1997) sería “reduccionista periférica”, debido a que incluyen dentro de la categoría de somatofisiológicas, es decir del plano periférico, expresiones que están directamente relacionadas con los aspectos del plano psicológico, con lo cual se corre el riesgo de dejar de lado la función sexual en el ser humano, motivo por el cual diversos autores han criticado los modelos de respuesta sexual propuestos por los autores antes mencionados. De tal forma que las principales críticas hechas a este modelo de tipo médico se centran en el reduccionismo somatofisiológico, que minimiza los aspectos relacionales, socioeconómicos y culturales, además de la universalización de la respuesta sexual que ha dado un rango de “normalidad”, donde la sexualidad se vuelve objeto de la ciencia y desde el modelo médico se adquieren concepciones sobre la forma en la que se deberían dar las relaciones de tipo sexual, generando patrones de normalidad y anormalidad, sin tomar en cuenta las diferencias individuales y las distintas formas de conductas sexuales que no tienen como objetivo la reproducción y que no implican el coito (Useche, 2005; Tiefer, Hall, Tavriz, 2000; Alcántara y Amuchástegui, 2004).

Es debido a lo anterior que Alzate (1977) reformula el modelo de la respuesta sexual y postula la función erótica como fundamental en la sexualidad humana, dando así una perspectiva desde el construccionismo social, en el cual se toman aspectos como el cultural, político y mercantilista dando una nueva perspectiva al modelo de estudio de la sexualidad humana y las problemáticas alrededor de ésta (Useche, 2005). Este nuevo modelo ha generado el replanteamiento de los problemas sexuales definidos en el DSM-IV-TR, y ha dado pie para que se presente una nueva forma de clasificar los problemas sexuales, en donde se tienen en cuenta factores como el género, la clase social, la etnia y la orientación sexual, clasificándolos en cuatro grupos: Problemas sexuales debidos a factores económicos, políticos o socioculturales; problemas sexuales relacionados con la pareja o la relación; problemas sexuales debidos a factores psicológicos y problemas sexuales debidos a factores médicos (Tiefer, 1991; Tiefer, 2001).

Ahora bien, las fases de la función erótica planteadas por Alzate (1997) parten de la percepción de lo apetitivo, que como éste afirma, es un fenómeno complejo que involucra el impulso, la motivación y la activación, en virtud de las cuales el ser humano ejerce la función sexual de forma consciente y erótica. Esta fase apetitiva se caracteriza por tener un origen biológico aunque interactúan factores socioculturales, lo que explica las diferencias individuales y las variaciones en función de diversas circunstancias. Esta fase es previa a la fase relacional excepto cuando se presenta una conducta masturbatoria, en la cual se pasa directamente a la estimulación y al orgasmo. En cuanto a la fase relacional, ésta consiste en que la persona motivada por el apetito sexual oriente a la búsqueda de una pareja, siguiendo patrones sociales en cuanto al cortejo, a las diferencias de género y la influencia que tiene la cultura sobre estas dinámicas de interacción y sus correspondientes concepciones (Alzate, 1997). En relación con el aspecto de género, teoría e investigaciones sobre la sexualidad, muestran diferentes actitudes y conductas sexuales en hombres y mujeres, pues según Zebrack, Foley, Wittmann y Leonard (2010), las mujeres tienden a moverse dentro de un marco cognitivo de ser deseadas, mientras los hombres se mueven en un marco cognitivo de preguntarse acerca de lo que desean, lo que demuestra la importancia de los aspectos culturales y sociales en la función erótica (Useche, 2005).

Tras lo anterior se da la fase estimulatoria, consistente en un estímulo sexual que al ser percibido en el plano psicológico o en el somático, genera excitación sexual o una respuesta

sexual que se da en los órganos sexuales. En esta fase se presentan dos etapas, las cuales consisten en la interacción corporal del sujeto con el objeto sexual, en donde luego de la fase relacional se presentan comportamientos de estimulación entre la pareja; y la estimulación somatosexual generalmente de tipo táctil en las zonas erógenas (Alzate, 1997; Useche, 2001). Es de gran importancia resaltar la posibilidad de la estimulación psicosexual, la cual se genera en centros cerebrales y que se presenta en forma de imágenes, fantasías, sueños eróticos, los cuales tienen efectos sobre el deseo sexual. Ahora bien, la fase excitatoria se caracteriza por procesos presentados en los planos psicológico y somático que la autora define como una percepción subjetiva generada a partir de las sensaciones placenteras que produce la estimulación sexual (Alzate, 1997). No obstante, es importante aclarar que se puede presentar una respuesta somática en ausencia de excitación sexual, así como se puede presentar excitación sexual sin una respuesta somática como en el caso de la disfunción eréctil (Alzate, 1997). La última fase de la función erótica es la orgásmica, la cual consiste, en palabras de Alzate (1997), en "la percepción subjetiva de la culminación placentera de la excitación sexual" (p.79). Es de gran importancia reconocer que aunque se presenten fenómenos somatofisiológicos en el orgasmo, sobre todo en el hombre, éstos son en primera instancia de carácter psicológico (Alzate, 1997).

Ahora bien, las disfunciones sexuales se caracterizan por la carencia o deficiencia en alguno de los planos de las fases de la función erótica, definidas anteriormente. Cabe aclarar que estas disfunciones se presentan en mayor medida en la función erótica que involucra a una pareja que en la función autoerótica (Alzate, 1997). En cuanto a las disfunciones ha habido diversas investigaciones que muestran que existen dos tipos de disfunciones o problemas sexuales, las que se han considerado menores por deberse a problemas de educación, derivadas de experiencias y las relativas a condiciones del contexto sociocultural, y las mayores por deberse a problemas en los planos psicológicos, somáticos o mixtos. Los problemas sexuales mayores también involucran aspectos educativos según lo refieren Alzate (1997) y Useche (2005).

1.2.2 Género y Autoimagen

La concepción de género es una construcción que proviene de la sociedad y de la cultura, asignando características biológicas, sociales, físicas, económicas, psicológicas, eróticas, políticas y culturales a cada individuo según su sexo, es decir, es la expresión de feminidad o masculinidad en cuanto a las reglas y normas que la sociedad impone con respecto a estos roles.

De esta forma, Sánchez, Carreño, Martínez y Aldana (2002), definen el rol masculino de forma instrumental, y está asociado con la búsqueda de dominio, la agresividad, el orden, la razón, la objetividad, entre otros. Si este rol se asume rígidamente, el hombre llega a restringir sus emociones y sentimientos y a buscar principalmente relaciones basadas en el control y el poder para lograr mantener su autoridad. Según los autores anteriormente citados, en ocasiones extremas también se encuentra el culto a la virilidad o lo que refiere como machismo, caso en el que los hombres se pueden mostrar arrogantes e incluso exageradamente agresivos. Muchas veces el machismo se muestra también como la gran capacidad para tener hijos y la potencia sexual.

Por su parte, el rol femenino está más orientado hacia los sentimientos y la expresión de los mismos, la pasividad, la protección y la crianza. Si este rol es asumido de forma rígida, se llega al poco respeto por sí misma, debido a la extrema sumisión, considerando el matrimonio, el cuidado del hogar y la crianza de los hijos como su única meta posiblemente dejando de lado otras posibilidades de elección, su independencia y su autosuficiencia. Contrastando con el machismo, en la mujer los casos extremos de expresión de este rol conllevan a la dependencia, el conformismo y una exagerada sumisión que muestra una actitud de tolerancia al sufrimiento, la cual es exhibida en vez de ser evitada (Hardy y Jiménez, 2001, Sánchez et al.2002)

Por otro lado, la escuela cognitiva plantea que se siguen una serie de libretos según el rol que se ocupa. En el caso del varón, éstos hacen referencia a la satisfacción total de la pareja como un deber, sin importar el contexto emocional o erótico, a que el tamaño y la firmeza del pene interfieren en la satisfacción de la mujer, que el hombre siempre debe estar listo para tener sexo y que con la edad los hombres van perdiendo potencia, entre otros (Rubio, Díaz, Foullieux, 1997).

Así mismo, Rubio et al.(1997) plantean que la cultura ha creado una doble moral hacia la sexualidad femenina en tanto la mujer es bien vista si es asexual y tiene poco interés en la actividad erótica, mientras que la mujer que goza libremente de su sexualidad se asocia con un comportamiento negativo. De esta forma, muchos de los trastornos sexuales femeninos tienen un alto componente psicológico influenciado por la gran represión que proviene de la cultura.

Hardy y Jiménez (2001) plantean que la construcción del género se da desde el nacimiento a partir de la escogencia de los padres o cuidadores de los accesorios del bebé, los juegos, la ropa, etc. También juegan un rol en su formación la educación, los medios, y en

general la sociedad, impregnándole desde pequeño a los niños los juegos de competencia y a las niñas juegos que tienen que ver con el cuidado de los hijos y del hogar. Así, según el peso cultural, el varón va aprendiendo a suprimir los sentimientos y las emociones, y los genitales, la erección, la penetración y la virilidad se convierten en centrales durante la relación sexual, mientras que las niñas se vuelven menos independientes en sus relaciones tanto económica como socialmente, y asumen el rol de madres y cuidadoras.

De esta forma, hay muchos factores que incidirían en que una persona se llegue a sentir menos estable y así menos masculino o femenino; es el caso de la enfermedad crónica, en la cual las personas creen que el tratamiento o la misma enfermedad influyen negativamente en su desempeño sexual. Esto puede afectar la valoración que el individuo hace de sí mismo, lo cual puede incluso alargar o agravar los síntomas fisiológicos (Saíz, Zábala, 2000). Aguilar (s. f.) afirma según Zavala y Whetsell (2007) que las enfermedades crónicas son estresores que influyen en la autopercepción de la persona y de esta forma afectan su autoconcepto en tanto su emocionalidad, psicología y sus comportamientos se modifican para reajustarse y readaptarse a la nueva condición de enfermedad. De esta forma, los autores afirman que las limitaciones físicas repercuten en el autoestima y en el desarrollo de las actividades que pueda realizar la persona y en sus hábitos incluyendo los hábitos sexuales y a su vez genera sentimientos de minusvalía e inseguridad (Zavala et al., 2007)

Otro factor importante que influye en la autopercepción de la sexualidad tanto en los hombres como en las mujeres, es la obesidad, en tanto las personas que no están satisfechas con su cuerpo les cuesta más encontrar pareja y llevar una vida sexual plena, ya que no piensan que otra persona los pueda encontrar atractivos. Pero también hay razones relativas a la misma condición, pues incluso en casos graves de obesidad se encuentran personas a quienes se les dificulta la actividad sexual y se agotan muy rápido, tienen problemas hormonales a causa del gran exceso de peso, o les cuesta excitarse porque en el caso de los hombres, no alcanzan a ver su pene. Dentro de este grupo entra también la disfunción eréctil debida a complicaciones metabólicas que serán referenciadas más adelante en este escrito (Sapetti, 2007).

1.2.3 Disfunción sexual masculina

En la disfunción sexual masculina se presentan cuatro alteraciones: el deseo sexual hipoactivo; la eyaculación precoz; la anorgasmia y la disfunción eréctil. En primer lugar el deseo

sexual hipoactivo se presenta cuando hay una disminución en las fantasías y deseo sexual de manera recurrente y persistente. Esta disfunción sexual suele estar asociada a factores psicológicos y relacionales que pueden manifestarse en el componente subjetivo y en la interacción con otros. Se considera que esta disfunción no se debe a causas médicas (Bravo; Corres; Blum; Careño, 2009). A partir de lo anterior, estudios de Basson (2005) han mostrado los factores que influyen en el deseo sexual hipoactivo, los cuales son “los incentivos o motivaciones para buscar la respuesta sexual, que es fundamental la duración e intimidad emocional en su relación, las habilidades sexuales, el tipo de estimulación y el contexto” (Bravo; Corres; Blum; Careño, 2009, p. 46).

Sin embargo se presenta un malestar de tipo psicológico como consecuencia de dicha alteración como sumisión frente a la pareja, disminución de conductas dirigidas hacia una meta que sean reflexivas y autoafirmantes, y la expresión de los afectos. También Bravo; Corres; Blum; Careño (2009), encontraron que había una relación significativa entre el deseo sexual hipoactivo y la relación de pareja, ya que las relaciones de poder pueden estar relacionadas con la sumisión frente a la pareja como una forma de distanciamiento emocional de tipo pasivo agresivo.

Ahora bien, en cuanto a la eyaculación precoz, ésta ha sido definida por la American Urological Association (AUA) en el 2004 como la eyaculación que ocurre antes de lo deseado, ya sea previo o posterior a la penetración; lo que genera descontento en uno o ambos miembros de la pareja. Es importante tener en cuenta que esta definición aplica cuando la pareja no padece ningún otro tipo de disfunción sexual (Gregory & Broderick, 2006). Etiológicamente, la eyaculación precoz se clasifica en varios subtipos dependiendo de la historia de desarrollo y de las características de la respuesta (McMahon, Abdo, Incrocci, Perelman, Rowland, Waldinger, Cheng Xin, 2004). Así, la eyaculación precoz adquirida se relaciona con una etiología psicológica, donde la terapia comportamental es la más adecuada con la terapia de pareja (ibid, 2004). Por su parte la eyaculación precoz global se relaciona con una etiología orgánica, siendo el tratamiento con fármacos el más adecuado (ibid, 2004). A diferencia de otras disfunciones sexuales, no se han establecido de forma clara cuáles son las causas para esta alteración, ya que se presenta en hombres de todas las edades, siendo la disfunción sexual más común en el mundo pues se presenta entre el 20 y 30 % de los hombres (McMahon y cols, 2004; Gregory & Broderick, 2006). Por otra parte se han realizado estudios en los cuales se relaciona la

eyaculación precoz con la anorgasmia masculina, encontrando que debido a la relación entre eyaculación y orgasmo en el ciclo de la respuesta sexual, las disfunciones eyaculatorias pueden ser causadas por la alteración de cualquiera de estos factores (McMahon y cols, 2004).

Según el DSM IV- TR (2002) la anorgasmia o las alteraciones orgásmicas masculinas se definen como el retraso constante o la incapacidad para tener un orgasmo seguido de una fase normal de excitación sexual. Se ha encontrado que la etiología de esta disfunción sexual se debe a factores orgánicos relacionados con alteraciones neurológicas, farmacológicas y factores psicogénicos relacionados con el estado psicológico de la persona durante la relación sexual y las dinámicas sexuales (Segraves, 2009). A partir de la dificultad en el estudio de las alteraciones orgásmicas masculinas y su estrecha relación con las disfunciones eyaculatorias, se recomienda renombrar las alteraciones orgásmicas masculinas con el término eyaculación retrasada (Segraves, 2009). Frente a lo propuesto por Segraves (2009) el psiquiatra Kevan Wylie y el urólogo David Ralph en sus comentarios frente al artículo, han refutado esta postura afirmando que existe una diferencia entre el orgasmo y la eyaculación, siendo posible el orgasmo en ausencia de ésta.

Ahora bien, la disfunción sexual eréctil (DSE) consiste en un trastorno progresivo de alta prevalencia que se caracteriza por no tener la capacidad necesaria para lograr y/o mantener una erección que permita llevar a cabo un acto sexual de manera agradable y placentera, como mínimo en el 50 % de las relaciones sexuales durante un período de 3 meses, afectando de manera importante la calidad de vida de quien la padece (Romero y Licea, 2000; Ardila, 2002). Se estima que en America Latina el nivel de población con disfunción eréctil es del 53% (Robayo, García, Herney y Carbonell, 2009).

Este trastorno puede ser clasificado según dos condiciones: el compromiso funcional (grado de severidad de la disfunción: leve, moderada, severa) y la etiología, según la cual la DSE se categoriza en: orgánica cuando se debe a lesiones vasculares, neurológicas, hormonales y cavernosas; psicógena cuando se debe a una inhibición central del mecanismo eréctil en ausencia de un daño fisiológico, lo que indica una relación con el ámbito psicosocial en cuanto a la presencia de estresores psicológicos, que pueden generar comorbilidad con otro tipo de trastornos como los sexuales y los psiquiátricos; y mixtas cuando se debe a factores orgánicos y psicógenos (Romero y Licea, 2000; Ardila, 2002).

En cuanto a la categoría orgánica, las principales alteraciones relacionadas con la DSE consisten en: alteraciones cardiovasculares como hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, enfermedad de los espacios sinusoidales; alteraciones neuronales como lesiones de la médula espinal, esclerosis múltiple, Alzheimer, lesiones del lóbulo frontal anterior; alteraciones peneanas como prostatectomía radical, resección transuretral de la próstata, enfermedad de Peyronie; anormalidades endocrinas como hipogonadismo, hiperprolactinemia, hipotiroidismo e hipertiroidismo; por último las alteraciones metabólicas como diabetes, insuficiencia renal crónica e insuficiencia hepática (Ardila, 2002; Romero y Licea, 2000).

Dentro de la categoría psicógena, la DSE puede ser de tipo generalizado o situacional. La primera se relaciona con la alteración e inhibición del deseo sexual, que en ocasiones puede estar relacionada con el envejecimiento; mientras que la situacional se refiere tanto a lo relacionado con la falta de deseo hacia la pareja, como lo relacionado con el acto sexual (ansiedad) y el estrés psicológico relacionado con trastornos psiquiátricos como la depresión severa (Ardila, 2002; Romero y Licea, 2000).

Algunos de los factores asociados a la DSE son el abuso de sustancias psicoactivas; la ingesta de fármacos psiquiátricos y antihipertensivos; hormonas, agentes antiinflamatorios no esteroideos, la obesidad y malos hábitos (Romero y Licea, 2000; Ardila, 2002). Según estudios realizados la incidencia de este trastorno está relacionado con la edad, demostrando que los hombres entre los 60 y los 70 años, tienen mayor riesgo de padecer una DSE, que aquellos hombres que están en la década de los 40 (Ardila, 2002). Lo anterior se debe a que la DSE suele ser más común con el pasar de los años; sin embargo es un problema que puede emerger en cualquier momento de la adultez, afectando sobre todo a los hombres que se encuentran alrededor de los 50 años (Moore, Strauss, Herman y Donatucci, 2003). Además porque es alrededor de la adultez media que empiezan a aparecer enfermedades asociadas con esta disfunción.

1.2.4 Disfunción Sexual Eréctil de etiología orgánica

El síndrome metabólico (SM), ha sido catalogado como un conjunto de factores de riesgo lípidicos y no lípidicos que pueden aparecer de forma secuencial o simultánea en una persona como consecuencia de la resistencia a la insulina cuyo origen puede ser genético o ambiental generalmente asociado a la inactividad física y a los malos hábitos alimenticios (López, Sosa,

Labrousse, 2007). Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, citado por López et al., 2007) se debe tener al menos uno de los siguientes parámetros para el diagnóstico del SM: la intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, síndrome de ovarios poliquísticos, hígado graso no alcohólico. Por su parte el NCEP ATP III (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III) en el 2011 consideró que el SM genera mayor riesgo cardiovascular (Valenzuela, Maíz, Margozzini, Ferreccio, Rigotti, Olea, Arteaga, 2003). También se ha debatido sobre la presencia en todos los casos de SM de resistencia insulínica (ibid, 2003).

Gran parte de la población masculina que padece una enfermedad conocida como diabetes mellitus presenta DSE durante su evolución (Romero et al., 2000). Según Romero et al. (2000), la diabetes es una causa orgánica de la DSE y se asocia con el uso de medicamentos y el abuso de sustancias psicoactivas (Benet y Melman, 1995), siendo un aspecto importante el factor farmacológico en las causas de la DSE. En cuanto a la disfunción sexual con etiología vasculogénica, la diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades endocrino-metabólicas con las que la disfunción eréctil suele estar mayormente relacionada (Costanzo y cols, 2008).

Un estudio reciente ha mostrado una correlación entre el control de la glicemia y la DSE en la diabetes (Awad et al., 2010), mostrando que puede haber una relación inversamente proporcional entre el control de la glicemia y la DSE causada por la diabetes tipo dos. Frente a esto los autores recomiendan continuar con investigaciones de tipo longitudinal en las cuales se haga un seguimiento trimestral de la glicemia para establecer si con esto se podría contrarrestar la DSE (ibid, 2010). Ahora bien, en cuanto a los efectos que puede tener la DSE asociada con diabetes se ha encontrado que puede presentarse síntomas depresivos, ansiedad, pánico y olvidos, los cuales son comunes y pueden tener un papel importante en la disfunción DSE (ibid, 2010).

En cuanto a la satisfacción sexual y calidad de vida de los hombres que padecen DSE, se ha encontrado que estos hombres experimentan un muy bajo nivel de satisfacción sexual en comparación los hombres que no padecen DSE (Fugl-Meyer et al., 1997). También se ha encontrado que los hombres con DSE reportan los niveles más bajos de satisfacción sexual en comparación con otros hombres con disfunciones sexuales o sin ellas (Panser, Rhodes, Girman, Guess, Chute & Oesterling, 1995).

En Colombia, las estadísticas presentadas por Ashner y colaboradores en 2002, indican que la prevalencia del síndrome metabólico en este país, es del 33% utilizando los criterios de medición establecidos por la ATP (Adult Treatment Panel). Así mismo, un estudio posterior realizado en Antioquia en el año 2004 mostró que el 33.9% de la población de esta región sufre de síndrome metabólico, de los cuales la mayoría son hombres. (Pinzón, et al., 2007)

1.2.5 Disfunción Sexual Eréctil y Pareja

En cuanto a las investigaciones realizadas en los últimos años sobre la DSE, se ha hecho particular énfasis en los efectos físicos, en la calidad de vida (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane y McKinlay; Althof y Latini, citados por Conaglen et al., 2008) en la autoestima (Cappelleri, Althof, Siegel, Stecher, Tseng & Duttgupta, 2005) en el impacto negativo en la masculinidad, en su satisfacción sexual (McCabe, et al., 2007) y en las relaciones interpersonales en las cuales ha surgido un particular interés por la perspectiva y las consecuencias que la pareja mujer tiene por la enfermedad.

Estudios han mostrado que en ocasiones se presentan problemas de pareja en relación con el tratamiento (Conaglen; Williamson y Conaglen, 2009), esto es atribuido a causas como la necesidad de ajuste sobre la carencia de encuentros íntimos durante el tiempo en que se presentó la DSE (Althof, 2002; Kingsberg, 2002); las dificultades sexuales que no son normales para la edad de las parejas de las personas con DSE (Fugl-Meyer y Fugl-Meyer, 2002); mujeres que pueden ser menos entusiastas en cuanto a la reactivación de la capacidad sexual de sus parejas debido a que esto aumenta sus problemas sexuales (Cayan, Bozlu, Canpolat, y Akbay, 2004). A partir de esto se ha propuesto incluir a las parejas en el contexto clínico del DSE con el fin de informarlas acerca de las posibles intervenciones y sus características para así poder mejorar la calidad del tratamiento y con esto disminuir los problemas sexuales (Dean, et al., 2007).

En los resultados de la investigación realizada por Conaglen y col (2008), la mujer se preocupa por tratar de disminuir las interacciones íntimas con el fin de minimizar el estrés que su pareja pueda sentir. Por otro lado, la mayoría de las mujeres lamentan la disminución de los momentos de intimidad sexual, sin embargo se preocupan más por la pérdida de las funciones que ha tenido su pareja, que por la ausencia de penetración.

Según Greenstein, Abramov, Matzkin y Chen (2006), para muchas personas, una vida sexual satisfactoria es un componente fundamental para lograr una buena calidad de vida. Dicha

satisfacción se pierde en el momento en el que surgen problemas sexuales, los cuales afectan la relación de pareja, ya que impactan también la calidad de vida de las mujeres. La pareja mujer experimenta menos frecuencia en la actividad sexual y menores niveles de satisfacción sexual cuando la pareja tiene disfunción eréctil (Fisher, Rosen, Eardley, Sand, y Goldstein, citados por Conaglen y cols, 2008; McCabe y Matic, 2007).

En el estudio realizado por Greenstein et al.(2006), en el que se aplicó el Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W), el 55% de las mujeres parejas de hombres con disfunción eréctil de etiología mixta (62 mujeres de un total de 113), reportaron tener al menos uno de los diferentes tipos de disfunción sexual femenina (DSF), tales como anorgasmia, disminución del deseo sexual, disminución de la excitación sexual, dispareunia y vaginismo, mientras que el 64% reportó tener más de un tipo de disfunción. La relevancia de los anteriores resultados radica en que la DSF se convierte en un elemento negativo que afecta el éxito que pueda llegar a tener el tratamiento de la disfunción eréctil de la pareja. Por otra parte se reveló que el 91% (103) de los hombres asistieron al urólogo por iniciativa de sus parejas de las cuales el 64 % (40 mujeres) esperaban ser cuestionadas acerca de su disfunción. Montorsi y Althof (2004), citados por Conaglen et al. (2008) sostienen que el rol de la pareja es un factor fundamental que impacta tanto en el afrontamiento de la enfermedad como en adhesión y continuación del tratamiento.

En la literatura revisada se hace referencia a estudios realizados con mujeres (Conaglen, ibid, 2008) en los que se reportó que hay mujeres que se ven como la causa de la disfunción, explicándola como el resultado de que ya no son atractivas para sus parejas. Por otro lado, otras sostienen que la disfunción impacta en la relación alterando la actividad sexual, reduciendo la frecuencia del coito. Sin embargo, en pocas parejas se obtuvo que la ingesta de fármacos permite tener relaciones sexuales más satisfactorias a comparación de las que la pareja tenía antes de que se presentara la disfunción. No obstante, hubo mujeres que reportaron que los medicamentos no llenaron sus expectativas así que ajustaron su actividad sexual para que se diera de manera tal que no hubiera penetración. Algunas mujeres reportaron haber probado nuevas estrategias para tratar que sus parejas tuvieran mejores erecciones, tales como buscar nuevos lugares para tener sexo, vestirse de forma seductora y desnudarse eróticamente, estrategias que generaron diferentes experiencias, a partir de las cuales hubo mujeres que reportaron que sus esfuerzos no tenían ninguna influencia en la situación de su pareja. Por su parte, la masturbación para algunas

se convirtió en la solución de sus dificultades sexuales, de todas formas la mayoría de las mujeres asegura haberse adaptado a la enfermedad acomodándose a las dificultades de su pareja y manteniendo una buena comunicación (ibid, 2008). Sin embargo se presenta dificultad por parte de la pareja de aceptar la disminución drástica de las relaciones sexuales, lo que aporta al deterioro de la relación (McCabe y Matic, 2007).

Al igual que los hombres, las parejas mujeres reconocen los efectos negativos de la disfunción eréctil en ellas mismas, en sus parejas y en la relación. Su autoestima disminuye sobre todo cuando las interacciones con su pareja son negativas y según ellas vulneran su condición de mujer (Althof; Cappelleri, et al.; Feldman, y et al.; Matic y McCabe; Swindle et al.; Tomlinson y Wright, citados por Conaglen, 2008).

En lo que respecta a los hombres, se ha encontrado que la reducción en los encuentros íntimos puede afectar su satisfacción con su relación de pareja (Bokhour, Clark, Inui, Silliman, y Talcott, 2001; McCabe, 1999; Pontin, Porter, y Mcdonagh, 2002). A pesar de lo anterior McCabe y Matic (2007) ha citado un estudio de Simkins-Bullock, Wildman, Bullock and Sugrue (1992) en el cual se utilizó el cuestionario de atribución sobre la disfunción sexual y la Escala de Ajuste Diádico (EAD) para evaluar la relación entre el ajuste diádico, las atribuciones por la responsabilidad y las atribuciones por la etiología de la disfunción eréctil, en el cual no se reporta una relación entre el ajuste marital y disfunción sexual en hombres con DSE. Por su parte, un estudio de Dunn, Croft and Hackett (1999) en el cual se desarrolló y envió un cuestionario sobre problemas de salud y problemas sociales a 4000 personas entre los 18 y 75 años, y también se utilizó The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD Scale) para evaluar la relación entre los problemas sexuales y los sociales, psicológicos y de la salud, tampoco reporta relación entre estos.

En relación con la pareja en la que hay hombres con DSE, se han encontrado pocos estudios en los cuales se ha mostrado que ellas tienen un nivel de satisfacción bajo en comparación con las parejas de hombres que no la presentan (Cayan, Bozlu, Canpolat, y Akbay, 2004). Recientes investigaciones han encontrado que los hombres con DSE presentan un mayor impacto negativo que sus parejas, donde la baja autoestima y calidad de vida sexual están presentes, mientras sus parejas reportan bajos niveles de satisfacción sexual (McCabe y Matic, 2007).

Los resultados de los estudios arrojan que las parejas han manifestado deseos de ayudar con el tratamiento de la DSE, lo cual implica que se tome en cuenta la relación de pareja y los factores psicosociales relacionados con esta. Esto genera una perspectiva del tratamiento de la DSE en la cual tener en cuenta el contexto relacional y psicosocial de los pacientes puede ayudar a que los tratamientos sean más efectivos y generen una mayor adherencia por parte de los hombres que la padecen (Althof y Wieder, 2004).

1.2.6 Ajuste, Comunicación, Pareja y Satisfacción Sexual

El ajuste diádico es definido como “el reporte subjetivo de los miembros de la pareja en cuanto al nivel de satisfacción con la relación en el compartimiento de intereses, objetivos, valores y puntos de vista” (Graham, Fisher, Crawford, Fitzpatrick, Bina, 2000, citados por, Novoa, Cruz, Rojas y Wilde 2003, p. 171). Según Cáceres (1966) citado por Novoa et al., el consenso, la cohesión, la satisfacción y la expresión de afecto pueden ser consideradas como áreas a tener en cuenta en la relación de la pareja al momento de evaluar su ajuste.

Según Doss y Christensen (2006), el ajuste diádico se puede definir a través cuatro subcategorías, de las cuales dos se consideran positivas y dos, negativas. Entre las positivas se encuentra la Afectividad, fundamentada en los componentes de Intimidad Verbal, Intimidad Física y Actividad Sexual; la segunda subcategoría comprendida entre las positivas es la de Cercanía, compuesta por Decisiones Financieras, Tiempo Compartido, Confianza, Crianza de los Hijos, Actividades Sociales, Apoyo, Soluciones Intentadas y Tareas del hogar. Asimismo, la primera subcategoría negativa, de Exigencias, se fundamenta en el Abuso Verbal, las Críticas y el Control y Autoritarismo; como segunda subcategoría negativa se encuentra la Violación, definida como la falta de respeto, en la cual se encuentran la Infidelidad, Deshonestidad, Comportamientos Adictivos, Abuso Físico, Invasión de Privacidad e Incumplimiento de Acuerdos. Estas subcategorías que fundamentan la categoría de Ajuste Diádico se basan en el trabajo investigativo de Doss y Christensen (2006), quienes obtuvieron estos ítems a partir de la validación de la prueba FAPBI (Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory ó Frecuencia y Aceptabilidad del Inventario de Comportamiento de Parejas) realizada a 6925 parejas en total. Los autores (2006) realizaron este estudio basados en la categoría de Aceptación, la cual es el principal componente de la Terapia Comportamental Integrativa de

Pareja (Integrative Behavioral Couple Therapy), usada por los mismos autores para medir las percepciones de los individuos sobre su relación de pareja.

Según Martínez y Ballesteros de Valderrama (1998), la comunicación es el medio más adecuado y de mayor eficacia que permite a los seres humanos establecer relaciones y realizar intercambios de experiencias, puntos de vista, creencias y sentimientos, permitiendo así el proceso de socialización, a la vez que permite determinar la naturaleza de dichas relaciones. A su vez, las autoras sostienen que de los elementos básicos de la comunicación como son el emisor, el receptor y el mensaje, existen otros elementos que cumplen un papel fundamental en el intercambio de la información como los filtros, los pensamientos y vivencias previas lo cuales median de manera constante en la comunicación provocando la transformación del mensaje, en muchos casos haciendo que este no coincida con la intención, las intenciones u objetivos de la comunicación, y el impacto o el producto/impresión que causa el mensaje en el receptor.

De este modo, transmitir un mensaje es el motor del proceso de comunicación, crear un impacto en el receptor es el fin; lo que indica que comunicarse va más allá de sólo hablar, ya que la expresión verbal consiste en la acción que permite transmitir un mensaje por medio del cual, el emisor da a conocer una intención que el receptor tiene la posibilidad de corroborar. En este orden de ideas, la comunicación es el proceso en el que se da un intercambio de información influenciado por diferentes procesos cognoscitivos, cuyo propósito es crear un efecto en la persona o en el grupo de personas a quien se dirige (Martínez, et al., 1998).

Es importante tener en cuenta que para tener una comunicación efectiva, en la que exista concordancia entre la intención y el mensaje, y entre el mensaje y el comportamiento (lo que se dice y lo que se hace), es necesario desarrollar una serie de habilidades que permitan al individuo interactuar adecuadamente con los demás en las diversas situaciones que se le puedan llegar a presentar. Para esto entonces el mensaje debe ser transmitido de manera clara, lo que significa que el emisor debe hacer explícitas las intenciones, pensamientos y sentimientos asociados; además de cerciorarse de que el receptor haya tenido el impacto conforme a la intención. Sin embargo el receptor también debe contar con ciertas habilidades para una comunicación exitosa tales como una escucha activa que permita validar el mensaje y respetar los turnos de la conversación (ibid., 1998).

En cuanto a la comunicación en la relación de pareja, la comunicación afectiva cobra un papel de gran relevancia en cuanto a que es una forma de satisfacer las diferentes necesidades emocionales y de motivar a cada uno de sus integrantes a mantener la relación (ibid., 1998).

En lo que tiene que ver con la comunicación en la pareja, Martínez et al. (1998) sostienen que los patrones de comunicación se forman desde los primeros momentos de la relación y por lo general suelen establecerse y permanecer constantes a lo largo de ésta. De este modo, la dificultad en modificar los patrones establecidos da cuenta de la importancia de que dichos patrones de comunicación sean construidos adecuadamente desde etapas como el noviazgo, ya que en la convivencia, la comunicación se convierte en un proceso determinante tanto en la solución de conflictos, en el manejo y evaluación de las diferentes situaciones, como en la satisfacción de necesidades afectivas.

Lograr patrones adecuados de comunicación genera un mayor grado de satisfacción y éxito en la relación, lo que beneficia de gran manera tanto a la relación como a cada uno de los que la integran, pues no hay que dejar de lado que la comunicación es un elemento de la relación que tiene importantes implicaciones en las diferentes áreas que la componen, como por ejemplo la sexual (ibid, 1998).

De acuerdo con lo anterior, Litzinger y Coop (2005) proponen que la comunicación puede ser considerada como un componente central en la satisfacción marital, a su vez, la satisfacción sexual cumple un rol relevante en la creación y mantenimiento de un matrimonio feliz. En este sentido la comunicación y satisfacción sexual predicen la satisfacción marital. De este modo, la carencia de recursos y habilidades para la comunicación contribuyen a una mala regulación de las emociones y a conductas evitativas que alejen a los integrantes de la pareja de una situación de conflicto. Sin embargo, los autores plantean que la comunicación no es un componente exclusivo que determine la satisfacción marital, el hecho que por ejemplo hayan estudios que demuestren que los esposos resuelven mejor un problema cuando interactúan con un extraño que con la pareja, sugiere que hay un componente adicional a la falta de destrezas para la comunicación que impide que la pareja resuelva de manera efectiva el problema. En concordancia con lo anterior, Gordon et al. (1999) citados por Litzinger et al.(2005) sostienen que las parejas siguen estándares y creencias acerca de cómo “debe ser” la relación, lo que demuestra también que la comunicación no es lo único que determina la felicidad marital, sino

que la relación entre la comunicación y el ajuste marital se puede ver afectada por otros factores que dependen del contexto de la pareja.

Entre dichos factores se encuentra la satisfacción sexual, la cual se plantea como un importante componente del bienestar del individuo, ya que estudios han revelado que la satisfacción sexual mejora el autoestima, incrementa la disposición para afrontar diferentes eventos y en general contribuye a una vida satisfactoria; satisfacción en las relaciones, a nivel emocional y sentimientos generales de felicidad (Stephenson y Sullivan, 2009).

De este modo, la satisfacción sexual, la percepción de la satisfacción sexual de la pareja, y la frecuencia del coito influyen de manera significativa en el funcionamiento y felicidad de la pareja, siendo uno de los componentes que afectan en mayor medida la satisfacción marital (Litzinger et al., 2005).

De acuerdo con lo anterior, cuando en la relación de pareja se presentan problemas de disfunción sexual y se ve afectado el desarrollo satisfactorio de las funciones y por ende de los encuentros sexuales, la comunicación efectiva aparece como la herramienta que va a establecer una nueva forma de expresar intimidad y a la vez, de mantener la relación de pareja y facilitar la adaptación de los dos miembros cuando se presenta alguna disfunción sexual (Badr y Taylor, 2009).

Según Novoa, Cruz, Rojas y Winz (2003), los síntomas sexuales que se presentan en pacientes con enfermedad crónica tienen un gran impacto en el funcionamiento emocional de la persona, haciendo de esta el área con mayor afectación. Es por esto que al existir un desajuste en la satisfacción y en la expresión de afecto, surgen dificultades en la forma de manifestar los sentimientos, lo que lleva a una carencia comunicativa, originada principalmente por sentimientos de vergüenza, incomodidad, inferioridad, desasosiego y frustración, resultado del cambio en el funcionamiento sexual.

De este modo, la carencia de una comunicación asertiva o eficaz tiene como consecuencia que se deriven conductas alternas que por lo general suelen ser de índole evitativa, que en el mediano plazo alteran de forma desfavorable los niveles de satisfacción marital. Es por esto que en las parejas se presenta una gran tendencia por evitar discutir acerca de todo aquello que esté relacionado con la disfunción, ya que es un tema que crea tensión entre las parejas. Por su parte las parejas que logran tener una comunicación abierta del tema (En inglés *mutual constructive communication*) reportan mayores niveles de satisfacción marital; en cambio, en las parejas en las

que se da una comunicación en la que uno de los miembros de la pareja presiona al otro para hablar del problema y el otro se pone a la defensiva (En inglés *demand withdraw communication*), se reporta bajos niveles de satisfacción marital (Badr, et al, 2009).

De acuerdo con Tan, Waldman, Bostick (2002) las disfunciones sexuales son causa de sentimientos y emociones que crean inseguridad en los dos miembros de la pareja, lo que explica las conductas evitativas de ambos. Por parte de quien no sufre la disfunción, se intenta “considerar” a la pareja, tratando de eliminar cualquier tipo de presión hacia quien la padece, evitando a su vez demostraciones de afecto. Sin embargo, estas conductas “bien intencionadas” pueden llegar a ser mal interpretadas por el paciente al sentir que demuestran desinterés, disgusto o rechazo, lo que genera tensiones que se pueden convertir en conflictos, particularmente en parejas que antes de ser diagnosticada la enfermedad tenían problemas.

Por lo anterior Martínez et al. (1998) afirman que es importante tener en cuenta que cada uno de los integrantes de la pareja debe ser sensible a los cambios que se presentan a lo largo de la relación. No solamente para identificar y manifestar los cambios y a la vez determinar cómo estos afectan en sus propias necesidades, sino para aprender a descubrir y aceptar los cambios de su pareja y los de la relación.

Para lograr lo anteriormente dicho es importante retomar que una comunicación adecuada (asertiva y eficaz) que para Martínez et al. (1998) requiere la expresión clara de los sentimientos tanto positivos como negativos, del malestar y del motivo de dicho inconformismo, si es necesario se debe describir la situación y resaltar los comportamientos indeseados y que causaron disgusto o resaltando todo lo contrario; se propone darle a conocer a la otra persona cuál es el comportamiento que espera de ella en futuras situaciones similares, con el fin de que el otro se percate del error y conozca y entienda los sentimientos de su pareja.

La DSE y la infelicidad conyugal están frecuentemente asociadas. Es importante tener en cuenta que cuando las parejas están sólidamente relacionadas, el diagnóstico de la disfunción no las afecta ni las erosiona de la misma forma, como cuando existen conflictos previos, los cuales aumentan la vulnerabilidad y favorecen el desajuste marital (Litzinger, et al., 2005)

1.2.7 Intervenciones en la disfunción sexual eréctil

1.2.7.1 Tratamiento médico para la DSE

Ahora bien respecto al tratamiento empleado en la DSE, se ha propuesto dividirlo en tres etapas denominadas líneas de manejo (Ardila, 2002). Dentro de la primera línea de manejo se encuentra la terapia sexual, esta tiene un origen psicogénico en la cual se plantea una terapia dirigida a la pareja, la ansiedad, comunicación, el deseo sexual, la educación del placer y técnicas de estimulación sexual, teniendo en cuenta la motivación y haciendo seguimiento. En esta etapa se puede combinar la terapia sexual con el tratamiento farmacológico (ibid, 2002). También se presenta la terapia oral dentro de esta línea de manejo, caracterizándose por la ingesta de andrógenos que aumentan los niveles de testosterona. Esto es usado principalmente en hombres mayores de cuarenta años, ya que a partir de esta edad los niveles de testosterona empiezan a descender. En algunas ocasiones se utiliza testosterona cuando la persona tiene hipogonadismo, lo cual beneficia otros aspectos como el estado anímico y la fuerza muscular. Los efectos secundarios de la ingesta de los anteriores es generalmente la irritación y dermatitis. En la terapia oral se utiliza el Sildenafil o comúnmente llamado Viagra, el cual es el medicamento más eficaz actualmente, ya que en el 70% de los casos es exitoso. Los efectos secundarios más comunes son cefalea, cambios visuales transitorios y dispepsia. Otros medicamentos como Yohimbina, Fentolamina y Trazadone tienen resultados exitosos en la DSE de etiología psicogénica, pero menores en la orgánica (ibid, 2002).

La segunda línea de manejo, se caracteriza por ser un tratamiento transuretral e intracavernoso. En este tratamiento se aplican compuestos como el Aprostadil, el cual es el único aprobado por la FDA (U.S. Food and Drugs Administration) para ser usado por vía intracavernosa, ya que genera resultados en el 70% de los casos, permitiendo una erección durante 30-60 minutos. Sus efectos colaterales incluyen dolor peneano, fibrosis en el sitio de la inyección, hipotensión y priapismo (ibid, 2002). También se utilizan Papaverina, Fentolamina, Polipéptido intestinal vasoactivo. Para aquellos hombres que no pueden utilizar Sildenafil o vasodilatadores intracavernosos o transuretrales se utiliza el dispositivo de vacío, el cual consiste en crear un vacío alrededor del pene para hacer que la sangre llegue a este y permita la erección. Este dispositivo es rentable y tiene resultados en el 70% de los casos, su efecto colateral principal son las petequias o vasos capilares lesionados (ibid, 2002).

La tercera y última línea de manejo es la intervención quirúrgica, dentro las cuales puede presentarse la cirugía vascular, caracterizada por una intervención con el fin de restaurar el flujo vascular o inhibir el retorno venoso. Esta intervención se realiza cuando los hombres tienen DSE a causa de un trauma pélvico o perineal (ibid, 2002). Por último se presenta el implante de prótesis, el cual es considerado como el último recurso, ya que es costoso y puede presentar fallas mecánicas o infecciones. En la actualidad se presentan adelantos genéticos para el tratamiento de DSE (ibid, 2002).

1.2.7.2 Tratamiento psicológico para la DSE

Se han encontrado pocos estudios en los cuales se aborda el tema de la intervención psicológica en la DSE. Rosen, et al. (2006) realizaron un estudio prospectivo que tenía como objetivo determinar la importancia de los factores psicológicos e interpersonales en la predicción y finalización del tratamiento farmacológico, así como determinar el efecto del tratamiento en el funcionamiento de la relación y los cambios en la pareja. Para esto seleccionaron 69 hombres con DSE entre los 21 y 70 años de edad y sus parejas durante el tratamiento farmacológico con sildenafil. Tanto a la pareja como al hombre se les aplicó una batería de pruebas psicológicas, sobre sexualidad y su relación de pareja como línea de base de este estudio en la cual se utilizaron las escalas Diadic Adjustment Scale (DAS), Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS), Sexual Inhibition Scale/Sexual Excitation Scale (SIS/SES), The Subjective Variables Specific to Sex (SVSS), Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction (EDITS), Brief Index of Sexual Function for Women (BISF-W), International Index of Erectile Function (IIEF). Se definió el término tratamiento finalizado a partir de los siguientes factores: problemas en la función eréctil, el resultado del deseo y satisfacción sexual, tratamiento exitoso y satisfacción con el tratamiento. Por otro lado se definieron los potenciales predictores psicosociales a partir de los siguientes factores: características socio-demográficas, estado psicológico y variables de ajuste, variables en la sexualidad y factores relacionales.

Los resultados muestran un nivel alto de ajuste psicológico y relacional exitoso del tratamiento. Se encontró una línea estable en los puntajes de depresión y ansiedad, así como en los puntajes de las relaciones de pareja y el ajuste. En cuanto al tratamiento con sildenafil se encontró que causa mejoras en la función eréctil y en la función orgásmica, el deseo sexual, satisfacción con la actividad sexual y la satisfacción sexual. También se encontró que la línea de

base de ansiedad puede predecir la eficacia del tratamiento con sildenafil, ya que los sujetos con niveles altos de ansiedad y expectativas negativas muestran un menor grado de respuesta con la terapia farmacológica con sildenafil. Por otro lado la excitación o inhibición sexual no fue un predictor de la eficacia del tratamiento. Se encontraron relaciones entre los cambios positivos del tratamiento y las mejoras en el deseo sexual y sobre todo en la satisfacción sexual, por otro lado el ajuste de pareja de base no se consideró como una forma de predecir la función eréctil o la satisfacción sexual luego del tratamiento pero fue un buen predictor de los cambios en la actividad sexual y el deseo.

Otros estudios como el de Jeffrey y Ford (2006) tratan sobre la utilización de la terapia centrada en soluciones como una forma de intervenir desde la psicología en la DSE y las relaciones de pareja. La terapia se desarrolló a partir del postulado de hablar con el cliente de su vida enfocada hacia el futuro en la cual no se nombrara la enfermedad como parte de ese futuro, lo cual según los autores (2006) haría que el cliente viera la posibilidad del cambio como un hecho. Esta terapia solo se emplea en los casos en los cuales el cliente no ve la enfermedad como algo manejable y existe la posibilidad de cambio. Dentro de este modelo de intervención se utilizan técnicas como la pregunta milagro y las escalas a partir de las cuales se pretende darle al paciente herramientas para el establecimiento de metas y progresivamente llegar al estado deseado. Se realizó una intervención a una pareja casada que estaba entre los 50 años de edad, en la cual el hombre presentaba DSE. Se encontró que la terapia fue efectiva para la pareja y el estudio concluyó que la terapia es efectiva pero que se deben realizar investigaciones con el fin de perfeccionar este método terapéutico en la DSE.

Gambescia, Sendak & Weeks (2009) realizaron una investigación sobre la intervención intersistémica en la DSE en la cual se proponían establecer la etiología, el impacto de la DSE y el tratamiento apropiado para la misma. Para esto Gambescia et al. (2009) proponen establecer la etiología de la enfermedad desde la historia médica, la historia sexual, la historia relacional y de ajuste, así como la historia psicológica de los pacientes con el fin de establecer el diagnóstico adecuado para dichas características. De esta forma Gambescia et al. (2009) hace una revisión de algunas estrategias terapéuticas utilizadas para dicha enfermedad en relación con la pareja. En primer lugar se encuentra la terapia con reestructuración cognitiva, la cual se propone generar en la pareja nuevas formas de pensar la sexualidad, explorando otras posibilidades de sentir placer mutuo (McCarthy & Fucito, 2005). También se habla de la reestructuración en los pensamientos

negativos que se tienen entre los miembros de la pareja como consecuencia de la enfermedad, de tal forma que se puedan estructurar de una forma diferente con lo cual se mejore el ajuste de la pareja. En segundo lugar se encuentra la terapia basada en mejorar las habilidades comunicativas, la cual se encarga de proporcionar a la pareja herramientas para poder comunicar los aspectos negativos que se presentan debido a sus dificultades en la sexualidad, de tal forma que la pareja adapte este modelo de comunicación para discutir los temas de su sexualidad que puedan ser vergonzosos, irritantes o que causen temor, ya que es posible que las fallas de comunicación hagan más difícil la DSE. En tercer lugar encontramos la terapia basada en la corrección de malas atribuciones o mal entendidos (Correct Misattributions) la cual tiene como fin intervenir en los problemas de comunicación que tiene la pareja en cuanto a las atribuciones incorrectas que pueden darse principalmente en las parejas, quienes pueden asumir la disminución en la actividad sexual como falta de atracción hacia la pareja, de tal forma que el terapeuta ayude a resolver dichos mal entendidos con respecto a la DSE. En cuarto lugar la terapia con la promoción de un pensamiento sistémico, el cual se caracteriza por generar discusiones en la pareja sobre la forma en que la DSE está afectando la relación con el fin de generar reflexiones sobre la relación entre la enfermedad y otros problemas de la pareja que no habían tenido en cuenta. En quinto lugar se encuentra la terapia sobre expectativas realistas ajenas, la cual se caracteriza por evaluar cuál ha sido la historia del funcionamiento sexual y dirigir la terapia hacia las expectativas sobre cómo quiere que sea el funcionamiento sexual teniendo en cuenta las características de la enfermedad. En sexto lugar se encuentra la terapia basada en corregir mitos sobre la sexualidad donde se desmienten pensamientos culturales sobre la sexualidad. En séptimo lugar se encuentra la terapia enfocada en la reducción de la ansiedad, en la cual se realizan actividades para la reducción de la ansiedad en los momentos relacionados con la actividad sexual, así como proporcionar un repertorio de conductas sexuales que le ayuden a la pareja a estructurar nuevas formas de relación. En octavo lugar la terapia basada en asignación de tareas se caracteriza por la asignación a la pareja de tareas para la casa, las cuales pueden ser de *enfocarse en las sensaciones* donde se realizan ejercicios sexuales de reconocimiento de sensaciones, gustos con el fin de liberar la ansiedad, generar una exploración y búsqueda de aspectos eróticos en la pareja con el compromiso de no llegar hasta el coito, ya que puede implicar temores y pensamientos negativos que afecten el proceso. Estas tareas tienen un proceso en el cual se va aumentando el nivel con el fin de llegar a un coito satisfactorio para

la pareja, el proceso de la terapia será distinto en cada caso. También puede darse la tarea de *empezar-parar* la cual se caracteriza por realizar una estimulación al pene con el fin de generar una erección y luego hacer que esta disminuya, luego de hacer este ejercicio varias veces se empodera al hombre dándole confianza, autocontrol y así se preparan para el coito.

Como conclusión de esta revisión los Gambescia et al, (2009) recomiendan seguir investigando en la búsqueda de intervenciones efectivas para la DSE, así como la importancia de realizar un proceso terapéutico interdisciplinar con el fin de generar resultados efectivos.

1.2.8 Política de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia

Con respecto a la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) (2003) en Colombia, ésta va directamente de la mano con la calidad de vida, es decir, con un bienestar general en cuanto a lo mental, lo social y lo físico, especificando que no sólo incluye el buen funcionamiento y la falta de enfermedad. Así mismo, el bienestar sexual incluye tomar en cuenta los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), es decir, a la toma libre de decisiones, el derecho a una relación libre de violencia, relaciones libres de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (ETS), la posibilidad de obtener información, entre otros. Éstos son tenidos en cuenta como parte de los derechos humanos fundamentales.

Esta nueva política se propuso en Colombia en el 2003, para el mejoramiento de la SSR y el cumplimiento de los DSR, de acuerdo con lo planteado por la OMS sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y la Mujer (1995), así como también incluye otras políticas internacionales y nacionales planteadas en conferencias mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, teniendo en cuenta que la SSR abarca una gran parte y varios aspectos de la vida de cada individuo, así como su incumplimiento representa la penalización jurídica.

De esta forma, se proponen ciertas metas a cumplir acerca de la SSR en Colombia, tales como la reducción del embarazo no deseado, una mejora en el cubrimiento de los servicios de salud que incluye la detección temprana de enfermedades y el tratamiento para las ETS y SIDA, así como la mejora en los cuidados respectivos del embarazo y el parto, información más amplia acerca de los temas de SSR incluyendo la información acerca de la planificación familiar y por último una mejora en la detección y en la atención en casos de violencia doméstica y sexual en el país. De esta forma, el objetivo final es la promoción de los DSR, haciendo especial énfasis en la

población vulnerable como los adolescentes y teniendo en cuenta las minorías étnicas, los adultos mayores y las diferentes orientaciones sexuales, en donde también se promueva la prevención de enfermedades, la mejor atención del sistema de salud, y la reducción de comportamientos de riesgo y de esta forma la prevención de epidemias de ETS y de VIH/SIDA.

Frente a la constitución colombiana los DSR incluyen el derecho a la vida en casos de embarazos riesgosos y comportamientos peligrosos, no sufrir discriminación, independientemente del género, etnia u orientación sexual, entre otros, es decir, cumplir la igualdad y el derecho a tener integridad, es decir, a poder llevar una sexualidad libre de violaciones y acosos.

En Colombia se muestra la importancia de la implementación y el esparcimiento de los DSR, a partir de indicadores sociales tales como la poca escolarización, la pobreza, el desplazamiento, la baja cobertura de los sistemas de salud, los comportamientos de riesgo y la corta edad de inicio de las relaciones sexuales, así como también la reducción de estereotipos y valores culturales acerca de la sexualidad que no siempre favorecen al desarrollo integral del individuo o a la salud. Es pertinente mencionar que se espera, además de la mejora en la calidad de la prestación de servicios de salud, se deben tener en cuenta la confidencialidad, y la buena formación tanto en las habilidades médicas y clínicas del personal, como en las habilidades humanas y de trato de los mismos, así como promover una mejor comunicación en las redes sociales de los individuos, ya que es importante contar con el apoyo de las personas alrededor, tanto de la familia y amigos, como de la pareja, en situaciones difíciles o particulares para lograr crear actitudes y comportamientos de progreso y vivir una vida sexual sana (Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003).

En Colombia cada región tiene diferencias específicas en políticas propias según las necesidades y el contexto. En Bogotá específicamente, se hace énfasis en temas como la autonomía en cuanto a la libertad en la toma de las decisiones, la equidad como el reconocimiento de las diferencias existentes y los imaginarios socialmente construidos, a partir de los cuales se forman preferencias, ideales, valores que generan significados culturales. También se habla de diferentes dimensiones de la sexualidad, tales como la dimensión del placer, la dimensión afectiva, la comunicacional (incluyendo el diálogo), la de la procreación y la ética. (Proyecto de autonomía – Salud sexual y reproductiva con enfoque promocional de calidad de

vida y salud documento guía para la formulación de proyectos y planes (Alcaldía Mayor de Bogotá D. C., Secretaría de Salud, 2007).

1.2.9 Instrumentos de medición

1.2.9.1 Escala de Ajuste Diádico (EAD)

La Escala de Ajuste Diádico (EAD) (Spanier, 1976) es uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la calidad y el ajuste de la pareja. Esta escala se desarrolló como una escala multidimensional, aplicable al matrimonio y a otro tipo de parejas, ofreciendo una puntuación global en ajuste diádico y en cuatro subescalas: Consenso, Satisfacción, Cohesión y Expresión de afectos, los cuales pueden aplicarse de forma separada sin perder confiabilidad y validez (Spanier, 1976, 1988; Spanier y Thompson, 1982). El ajuste diádico según Santos, Vallejo y Sierra (2009) citando a (Spanier, 1976) es un proceso que depende de algunos factores como las diferencias problemáticas de la pareja, las tensiones interpersonales, la satisfacción y cohesión diádica y el consenso en aspectos importantes para el funcionamiento de la pareja. La falta de ajuste puede generar implicaciones personales y de pareja como depresión, ansiedad (Vallejo y Sierra, 2009) y problemas de salud en general (Prigerson, Maciejewski y Rosenheck, 1999). Por su parte Santos, Vallejo y Sierra (2009) generaron una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico (EAD) (Spanier, 1976) para población española, la cual reduce el número de ítems (32) de la versión original de Spanier (1976) a 13 ítems de la versión breve dirigida población española que mantienen la confiabilidad y validez de la escala. Al final del estudio Santos y cols (2009) recomiendan hacer estudios que repliquen la escala original y la versión abreviada, debido a la poca investigación que hay en España con relación a la EAD.

1.2.9.2 Índice de Insatisfacción Sexual (ISS)

Según Moral (2009) citando los estudios de Hudson (1982) expone que el ISS tiene una buena validez discriminativa al clasificar correctamente al 80% de la pareja con o sin problemas sexuales, resultando la correlación biserial-puntual entre la escala y la pertenencia o no al grupo con problemas sexuales de .76. Una puntuación mayor a 30 sugiere insatisfacción sexual, y una puntuación mayor a 70, una experiencia severa de estrés con la posibilidad de violencia sexual.

En cuanto a la medición de la satisfacción sexual se han desarrollado diversos enfoques. En primer lugar están las medidas que conciben el constructo como una ausencia de

insatisfacción sin distinguir factores, contando con pocos reactivos, de 1 a 4, como las escalas de Farley y Davis (1980), Davidson y Hoffman (1986); Ah-Song, Bergen y Schumm (1995), o con un mayor número de elementos, como las escalas de LoPiccolo y Steger (1974), Derogatis y Melisaratos (1979), Hudson, Harrison y Crosscup (1981), entre otras. Muchos de estos instrumentos forman parte de inventarios más amplios de funcionamiento sexual (Moral, 2009). En segundo lugar, se han creado medidas multidimensionales, como las de Lawrence y Byers (1995), Álvarez-Gayou, Honold y Millán (2005), Meston y Trapnell (2005), entre otras, las cuales tienen en cuenta dimensiones como Agrado, afecto, deseo, comunicación, compatibilidad, preocupación por la relación y respeto (Moral, 2009).

Moral (2009) al revisar los estudios de satisfacción sexual, observó un mayor uso de las medidas unidimensionales y de aquéllas con más de un reactivo. Precisamente, una de las más empleadas es el Índice de Satisfacción Sexual (ISS) de Hudson (1982). Esta escala cuenta con 25 reactivos y se concibió como una medida breve y global de desacuerdo sexual. Fue desarrollada desde la experiencia clínica de los autores y refleja quejas comunes en los clientes sobre el componente sexual de su relación. Presenta alta consistencia interna y validez discriminativa Moral citando los estudios de Hudson (1982). Este instrumento ha sido validado al español para población española con altos índices de consistencia interna de 0,89 . Los autores recomiendan hacer una revisión del ítem 13 ya que no presenta propiedades psicométricas apropiadas para la versión en español ni en portugués (Santos, et al., 2009).

1.2.9.3 Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)

El índice de función sexual femenina (IFSF) es un instrumento desarrollado por Rosen, et al. (2000), con el fin de evaluar la función sexual femenina a partir de la definición de sexualidad propuesta por el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions (Basson, et al., 2000) en el cual se reconocen los aspectos tanto biológicos como fisiológicos, en los cuales se tienen en cuenta las cuatro categorías propuestas por la APA: 1. Trastornos del deseo; 2. trastornos de la excitación; 3. falla orgásmica; y 4. dolor sexual (American Psychiatric Association, 1994), pero además agregó dos nuevas categorías, las cuales son: la lubricación y la satisfacción (Blümel, et al., 2004). Este instrumento fue validado y traducido a población chilena por Blümel et al. (2004) quienes mostraron que el instrumento

IFSF tenía unas propiedades psicométricas adecuadas para evaluación de mujeres en diferentes etapas de la vida, siendo $>0,70$ la consistencia interna.

1.2.9.4 Encuesta Sexual Health Inventory for Men (SHIM)

La encuesta SHIM es un instrumento validado al castellano, utilizado en el diagnóstico de la disfunción eréctil (citado por Martínez y Moreno, 2004 de Cappelleri, et al, 1999). Esta escala consta de 5 preguntas que evalúan la función eréctil. Según Martínez et al. (2004) la encuesta SHIM es de gran utilidad para la evaluación exacta del fenómeno de la disfunción eréctil, así como mostró ser un instrumento confiable para el seguimiento de pacientes que han estado expuestos a tratamientos médicos.

1.2.9.5 Cuestionario de Autoestima y Relaciones; Self-Esteem and Relationship Questionnaire (SEAR)

Rejas et al. (2005) se encargaron del trabajo de validación de esta escala de la lengua inglesa al español. Los investigadores (2005) afirman que este cuestionario se utiliza para la investigación y con fines clínicos en España. La versión española de este cuestionario SEAR (anexo d), está diseñada para medir factores psicosociales en personas con disfunción eréctil a partir de 14 ítems de preguntas con 5 posibles respuestas entre las cuales los participantes deben escoger la que más se acerque a su situación (durante las últimas cuatro semanas). Los diferentes ítems evalúan dos dimensiones: las Relaciones Sexuales (ítems 1 a 8) y la Autoconfianza (ítems 9 a 14); dentro de esta segunda dimensión se encuentran a su vez dos subdimensiones: Autoestima (ítems 9 a 12) y Relaciones en General (ítems 13 y 14) los cuales se evalúan. El cuestionario a su vez evalúa el grado de satisfacción del participante con respecto a su función eréctil (Rejas et al., 2005).

1.2.9.6 Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory ó Frecuencia y Aceptabilidad del Inventario de Comportamiento de Parejas.

Doss y Christensen (2006), validaron la prueba FAPBI (Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory ó Frecuencia y Aceptabilidad del Inventario de Comportamiento de Parejas) a partir de la aplicación del mismo a 6925 parejas. Los autores (2006) realizaron este estudio basados en la categoría de Aceptación, la cual es el principal componente de la Terapia

Comportamental Integrativa de Pareja (Integrative Behavioral Couple Therapy), usada por los mismos autores para medir las percepciones de los individuos sobre su relación de pareja.

Según Doss y Christensen (2006), el ajuste diádico se puede definir a través cuatro subcategorías, de las cuales dos se consideran positivas y dos, negativas. Entre las positivas se encuentra la Afectividad, fundamentada en los componentes de Intimidad Verbal, Intimidad Física y Actividad Sexual; la segunda subcategoría comprendida entre las positivas es la de Cercanía, compuesta por Decisiones Financieras, Tiempo Compartido, Confianza, Crianza de los Hijos, Actividades Sociales, Apoyo, Soluciones Intentadas y Tareas del hogar. Asimismo, la primera subcategoría negativa, de Exigencias, se fundamenta en el Abuso Verbal, las Críticas y el Control y Autoritarismo; como segunda subcategoría negativa se encuentra la Violación, definida como la falta de respeto, en la cual se encuentran la Infidelidad, Deshonestidad, Comportamientos Adictivos, Abuso Físico, Invasión de Privacidad e Incumplimiento de Acuerdos. Dichas categorías fueron utilizadas para el análisis del Ajuste diádico en los participantes entrevistados.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar el ajuste marital y la sexualidad de dos hombres con diagnóstico de disfunción eréctil de origen orgánico y sus parejas.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar el ajuste marital de hombres con DSE de origen orgánico, evaluando el peso explicativo que tienen los diferentes componentes del ajuste en la satisfacción sexual.
- Conocer el impacto que la DSE tiene en el ajuste marital de hombres y sus parejas.
- Identificar la relación entre la satisfacción sexual y su relación con la DSE y la forma en que el ajuste marital puede relacionarse con ella.

2.0 Método

2.1 Diseño

Estudio descriptivo de casos, que combina metodologías de evaluación y análisis cuali y cuantitativas, cuyo propósito es aportar a la comprensión de un problema escasamente documentado en la literatura (Stake, 1999). En cuanto a la parte cualitativa se realizó un análisis temático de las narrativas recogidas en las entrevistas con base en las categorías de análisis establecidas previamente. Por otra parte, a nivel cuantitativo se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones recogidas por medio de las escalas.

2.2 Participantes

Los participantes cumplen los siguientes criterios de inclusión: Hombres que hayan sido diagnosticados con disfunción sexual eréctil, con una relación de pareja estable al menos por 6 meses previos al diagnóstico de la enfermedad, cuyas edades se encuentren en el rango de <20 o <70 años, que no presenten una historia de enfermedad, desorden mental severo o comorbilidades asociadas con trastornos psiquiátricos, síndrome orgánico cerebral, o algún tipo de discapacidad física o daño permanente ni significativo déficit sensorial, que no hayan padecido cáncer de próstata previo, que no haya presentado algún tipo de consumo de sustancias psicoactivas y que actualmente no asista a un proceso psicoterapéutico en el que se trabaje el tema de sexualidad y de pareja. Asimismo fueron evaluadas sus parejas para poder determinar el ajuste marital que se dé entre ellas.

En cuanto a los participantes del estudio, el participante 1 es un hombre de 51 años con un nivel educativo alto (Especialización), con una relación de 21 años de casado y tres hijos, perteneciente a un nivel socioeconómico alto, tiene diagnóstico reciente de disfunción sexual eréctil de etiología orgánica y con antecedentes de hígado graso no alcohólico. Este asiste solo tanto a la realización de la entrevista, como a la aplicación de las escalas. Por otra parte el participante 2 es un hombre de 58 años de edad, con un nivel de estudios de pregrado, tiene una relación de 29 años de casado y tres hijos, pertenece a un nivel socioeconómico medio-alto, con diagnóstico reciente de disfunción sexual eréctil de etiología orgánica y con antecedentes de prostatitis. Acude a la entrevista con su pareja, así como a la aplicación de las escalas.

2.3 Instrumentos

2.3.1 Entrevista a Profundidad

“La entrevista en profundidad es un constructo comunicativo y no un simple registro de discursos que ‘hablan al sujeto’. El discurso aparece, pues, como respuesta a una interrogación difundida en una situación dual y conversacional, con su presencia y participación, cada uno de los interlocutores (entrevistador y entrevistado) co-construye en cada instante ese discurso” (Valles, 1999, p.195). Las categorías a analizar por medio de éste instrumento fueron Enfermedad y Tratamientos (Cambios asociados, Conocimientos y Creencias, Expectativas), Autoconocimiento y Autorreferencia (Descripciones personales y físicas, Parámetros sociales de referencia, Rol de hombre y de mujer) y Ajuste de pareja (Positivas (Afectividad y Cercanía) Negativas (Exigencias y Falta de respeto) (ver anexo i). La duración de las entrevistas fue de una hora y media aproximadamente y se realizaron en los consultorios particulares de los urólogos que colaboraron en esta investigación, lo que favoreció a que se generara un ambiente de confianza. Cabe resaltar que durante el desarrollo de la entrevista, los médicos no estuvieron presentes, asegurando la confidencialidad de la información.

A partir de la literatura revisada y los objetivos de la investigación, se crearon las categorías anteriormente mencionadas con el fin de evaluar las categorías principales (Ajuste de pareja, Sexualidad y Enfermedad).

2.3.2 Escala de Ajuste Diádico (EAD)

La Escala de Ajuste Diádico (EAD) (Spanier, 1976) es uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la calidad y el ajuste de la pareja (anexo d). Este instrumento se desarrolló como una escala multidimensional, aplicable al matrimonio y a otro tipo de parejas, ofreciendo una puntuación global en ajuste diádico a partir de 32 ítems divididos en cuatro subescalas: Consenso, Satisfacción, Cohesión y Expresión de afectos (Spanier, 1976, 1988; Spanier y Thompson, 1982). Según Santos, Vallejo, y Sierra, (2009) citando estudios psicométricos de Busby, Christensen, Crane y Larson, (1995); Carey, Spector, Lantinga y Krauss, (1993); Graham et al., 2006; Kurdek, (1992); Spanier, (1976) y Spanier y Thompson, (1982) en los cuales se ha mostrado que la EAD posee una adecuada fiabilidad de consistencia interna con valores que oscilan entre 0,50 y 0,96, tanto para la escala global como para las distintas subescalas. Según Santos y cols., (2009) los resultados de fiabilidad test-retest y

dos mitades de la escala EAD muestran valores superiores a 0,75 y 0,79, respectivamente a partir de los estudios de Busby y cols., 1995; Carey y cols., 1993. Ha sido utilizada en diversos estudios con población colombiana, como el de Novoa y cols, 2003, mostrando adecuados valores de confiabilidad.

2.3.3 *Índice de Insatisfacción Sexual (IISS)*

El índice de Insatisfacción Sexual (Index of Sexual Satisfaction, ISS) de Hudson (1982) (anexo e). Debido a que los reactivos se puntúan en sentido negativo, cuanto más alta es la puntuación, se refleja menor disfrute o satisfacción con la sexualidad en la pareja; de ahí que se ha denominado a la escala “de insatisfacción sexual” (Moral, 2009). El rango de puntuación original de cada reactivo es de 0 a 4, con dos puntos en cada polaridad y uno intermedio. La escala está integrada por 25 elementos, así el rango potencial de la escala va de 0 a 100. La mitad de elementos están redactados en sentido de satisfacción para controlar el sesgo hacia la aquiescencia (1, 2, 3, 9, 10, 12, 16, 17, 19, 21, 22 y 23), por lo que se debe invertir su puntuación. En el presente estudio se emplea un recorrido por reactivo de 1 a 7, con 3 puntos en cada polaridad y uno intermedio. Así, el rango potencial de la escala varía de 25 a 175. Para reducir la puntuación al recorrido original se debe proceder de la siguiente manera: primero, restando 25 a la puntuación total; segundo, multiplicando por 2, y por último, dividiendo entre 3 (Moral, 2009). Según Santos, et al. (2009) el ISS cuenta con una fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) que oscila entre 0,86 y 0,95 (Butzer y Campbell, 2008; Davies y cols., 1999; Hudson et al., 1981; Vieira, Pechorro y Diniz, 2008) y con una fiabilidad test-retest igual a 0,93 tras una semana de intervalo (Hudson y cols., 1981). Aunque este instrumento ha sido validado al español con población española (Santos et al.2009), no se encuentran estudios en población colombiana en los cuales se utilice éste. Por lo anterior, se realizará un proceso de validación por medio de jueces para adaptar el instrumento a población colombiana.

2.3.4 *Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)*

El índice de Función Sexual Femenina (IFSF) es un instrumento desarrollado por Rosen, et al. (2000) (anexo g), éste está conformado por 19 preguntas agrupadas en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones de respuesta, en donde se asigna un puntaje que va de 0 a 5. Para dar el resultado final se multiplica

el puntaje de cada dominio por un factor y el resultado final es la suma de los dominios. Se concluye que a mayor puntaje mejor sexualidad presenta la mujer (Blümel, et al., 2004).

2.3.5 Sexual Health Inventory for Men (SHIM)

La encuesta SHIM es un instrumento validado que es utilizado en el diagnóstico de la disfunción eréctil (citado por Martínez y Moreno, 2004 de Cappelleri, et al., 1999). Esta escala consta de 5 preguntas que evalúan la función eréctil (anexo h) con puntajes que van desde 1 hasta 25, de esta forma se considera que no hay presencia de disfunción eréctil cuando puntúa entre 22 y 25, una disfunción leve cuando puntúa entre 17 y 21, una disfunción entre leve y moderada cuando puntúa entre 12 y 16, una disfunción moderada cuando puntúa entre 8 y 11 y por último una disfunción severa cuando puntúa entre 1 y 7 (Martínez y Moreno, 2004).

2.3.6 Cuestionario de Autoestima y Relaciones; Self-Esteem and Relationship Questionnaire (SEAR)

Rejas, et al. (2005) se encargaron del trabajo de validación de esta escala de la lengua inglesa al español. Los investigadores (2005) afirman que este cuestionario se utiliza para la investigación y con fines clínicos en España. La versión española de este cuestionario SEAR (anexo f), está diseñada para medir factores psicosociales en personas con disfunción eréctil a partir de 14 ítems de preguntas con 5 posibles respuestas entre las cuales los participantes deben escoger la que más se acerque a su situación (durante las últimas cuatro semanas). Los diferentes ítems evalúan dos dimensiones: las Relaciones Sexuales (ítems 1 a 8) y la Autoconfianza (ítems 9 a 15); dentro de esta segunda dimensión se encuentran a su vez dos subdimensiones: Autoestima (ítems 9 a 12) y Relaciones en General (ítems 13 a 15) los cuales se evalúan. El cuestionario a su vez evalúa el grado de satisfacción del participante con respecto a su función eréctil. Después de invertir la puntuación de los ítems 8 y 11, los cuales están redactados negativamente, se puede obtener una puntuación para el total del cuestionario con sus 14 ítems y así, una puntuación para cada dimensión y subdimensión.; para esto se suman las puntuaciones obtenidas en cada ítem y su posterior transformación en una escala de 0 a 100 en la que la mejor calidad de vida está indicada por mayores puntuaciones. Esta transformación se obtiene a partir de la puntuación bruta más baja posible restada a la puntuación real bruta, sobre el máximo recorrido posible de la puntuación bruta y todo esto multiplicado por 100 (Rejas et al., 2005).

2.4 Procedimiento

El estudio siguió cuatro fases:

Fase I: Validación cultural de los instrumentos

En esta primera fase se llevó a cabo la validación de tipo cultural de los instrumentos (SHIM, SEAR y IISS) escogidos para la investigación, realizada por tres jueces expertos en las áreas de Psicología de la salud, Urología y Sexología (Ver anexos b).

Fase II: Contacto con la población

En esta fase se estableció el primer contacto con la población con la cual se trabajó, además de esto se realizaron y se desarrollaron consentimientos informados. Los participantes fueron contactados a través de los servicios de Urología del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) y de la clínica Cardio infantil. El médico colaborador del respectivo hospital les entregó a las personas que se ajusten a las características requeridas de la población, un folleto con información acerca de la investigación (Anexo a). Quienes estaban interesados en participar debían dejar sus datos con los médicos encargados. Posteriormente se procedió a contactar a las personas que accedieron a participar con el fin de dar una mejor explicación acerca de cómo iba a ser su participación, así quienes decidieron continuar dejaron constancia con la firma de consentimiento informado de ambos miembros de la pareja (Anexo c). Se establecieron compromisos con los participantes en los que los investigadores garantizaron las condiciones necesarias de atención psicoterapéuticas, a la vez que los espacios y tiempos que permitan el establecimiento de una relación empática y de confianza entre los investigadores y los participantes.

Fase III: Evaluación

En esta fase se llevó a cabo la evaluación que se realizó tanto con los hombres como con sus parejas, presentando primero la aplicación de la entrevista como una forma de generar confianza en los participantes sobre los temas a tratar, para luego proceder con la aplicación de las escalas. Éste procedimiento tuvo una duración aproximada de 2 horas. Con el fin de asegurar la confidencialidad dicha aplicación se llevó a cabo en los consultorios particulares de los

médicos urólogos que colaboraron con la investigación, cabe resaltar que los médicos no estuvieron presentes en ningún momento de la evaluación.

Fase IV: Análisis y discusión

Durante esta etapa se hizo el análisis de los resultados obtenidos durante las evaluaciones por medio del programa Atlas ti, en el cual se realizó un análisis de tipo deductivo para los datos cualitativos, así como la respectiva interpretación y análisis descriptivo de los datos cuantitativos. Luego se continuó con la discusión de los resultados con los planteamientos teóricos plasmados en el presente escrito.

2.5 Consideraciones Éticas

Dado que la presente investigación comprende el desarrollo de acciones que contribuyen al conocimiento de procesos psicológicos en seres humanos, a continuación se detallan aspectos éticos, de acuerdo con la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud:

1. Es una investigación que se ajusta a los principios científicos y éticos de la disciplina psicológica y la epidemiología. Se fundamenta en el conocimiento acumulado bajo el más estricto rigor metodológico.
2. Fue realizada por Psicólogos en formación supervisados por un Psicólogo especialista con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, buscando el bienestar de los participantes de investigación.
3. Los participantes fueron completamente informados del estudio, explicándoles de forma clara y completa los siguientes aspectos, de forma que puedan comprenderlos:
 - a. La justificación y objetivos de investigación
 - b. Los procedimientos a utilizarse y su propósito
 - c. Los riesgos esperados
 - d. Los beneficios que pueden obtenerse
 - e. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda durante el proceso.

- f. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen perjuicios en su contra.
- g. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- h. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio.
- i. La disponibilidad de tratamiento psicológico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de los responsables de la investigación, en caso de daños causados por la investigación.
- j. Se protegió la privacidad de los sujetos de investigación, identificándolos sólo cuando los resultados lo requieran y ellos los autoricen.

La presente investigación se clasifica como una INVESTIGACIÓN SIN RIESGO, debido a que no se realizó ningún tipo de intervención en salud.

3.0 Análisis de resultados

A continuación, por medio de gráficas se presentan los análisis de las entrevistas. La información ha sido descrita y organizada por casos (caso I y caso II), de acuerdo con las categorías de análisis planteadas. Para ello se toman como referentes los valores de las narrativas asociadas a los códigos de cada categoría. Por ejemplo, en la gráfica 1 se puede observar que el código *críticas* {8-2}, presenta 8 narrativas que representan las críticas en el participante 1, y el valor 2 se interpreta como el número de códigos a los que se encuentra vinculado. Además se presentan tablas con los resultados de las escalas aplicadas en cada uno de los casos.

3.1 Caso I

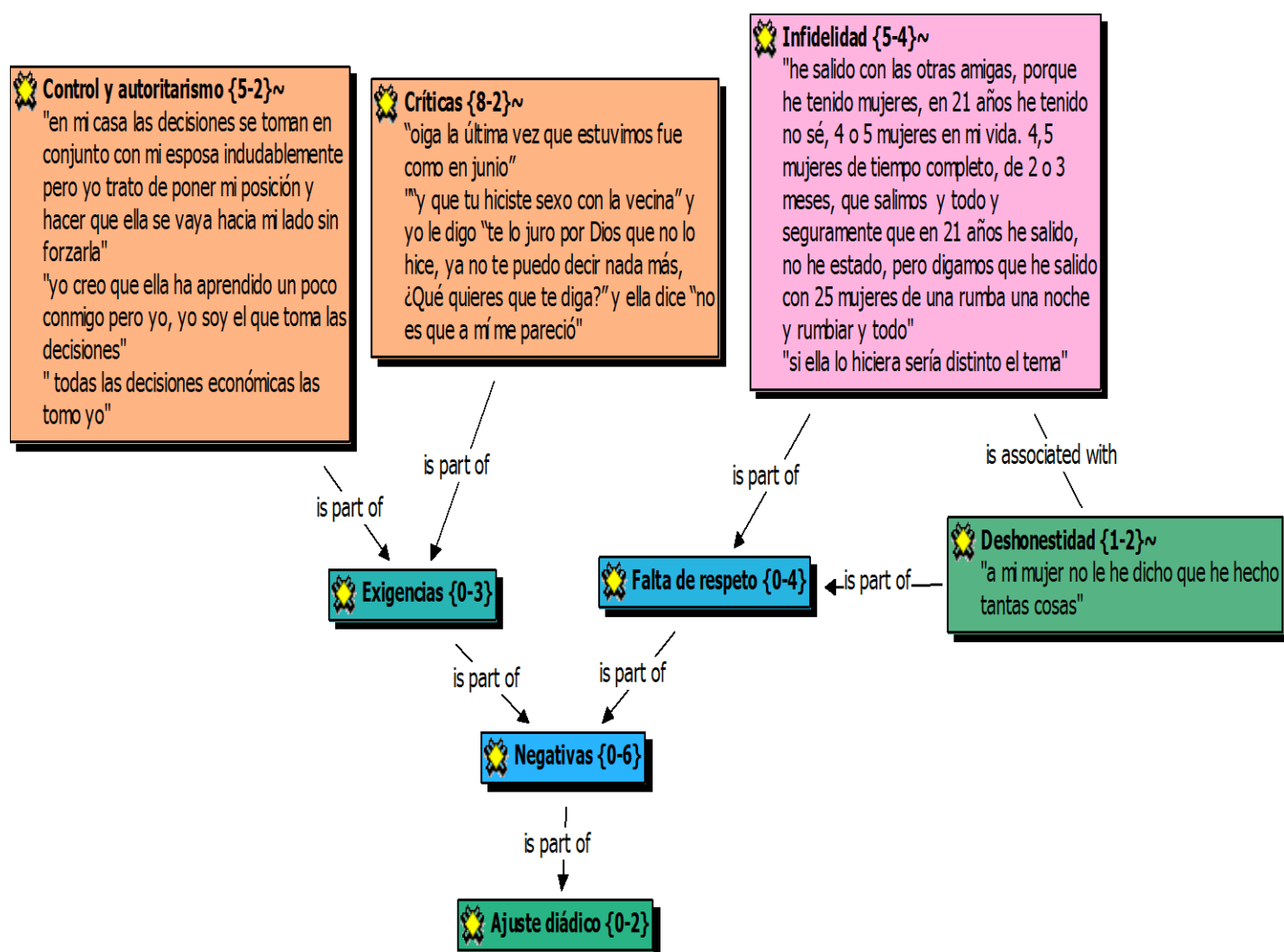
3.1.1 Entrevista

Ahora se presentan los resultados del participante 1, este asiste solo tanto a la realización de la entrevista, como a la aplicación de las escalas.

En la categoría de ajuste diádico, se evidencia que dentro de los aspectos negativos hay control y autoritarismo (Ver figura 1) por parte del participante, lo cual se evidencia en el

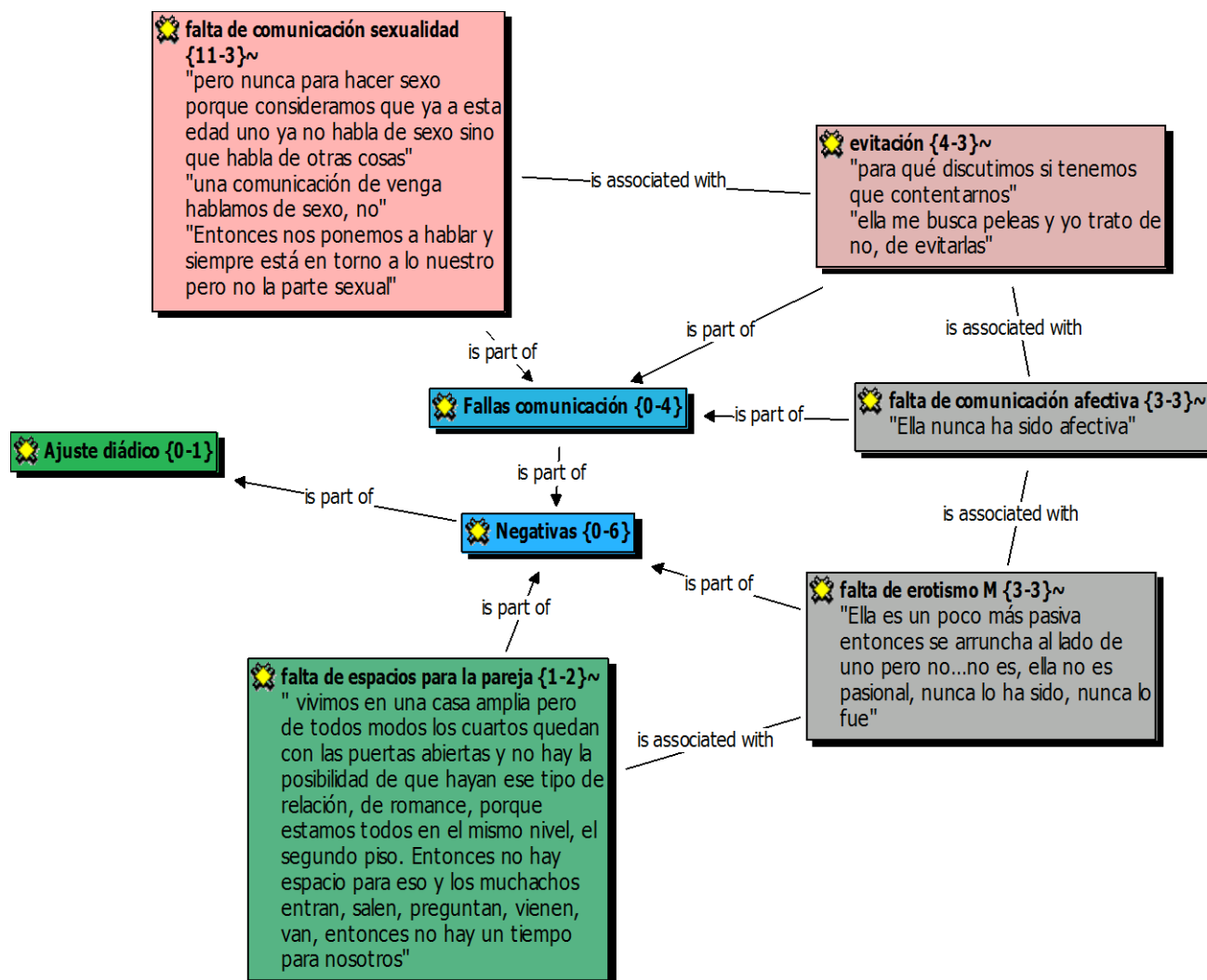
manejo del dinero, los bienes y en la toma de decisiones, ya que es él quien tiene la última palabra, aún si su pareja tiene posiciones y deseos diferentes. Si bien éste sostiene procurar llegar a establecer acuerdos con su pareja y tomar algunas decisiones en conjunto, logra persuadirla para que finalmente se decida lo que él quiere, pues sostiene que el mejor camino es el que él le muestra.

Figura 1. *Árbol categorial de la subcategoría “Exigencias” y “Falta de respeto” de la categoría de “Ajuste diádico” en el participante 1.*



En esta misma categoría de ajuste, resulta ser negativo el hecho de que a lo largo de su relación de pareja el participante ha tenido relaciones sexuales extramaritales con otras mujeres (Ver figura 1), con quienes manifiesta tener un buen funcionamiento, con o sin el uso del medicamento; no obstante prefiere tomárselo. Si bien refiere que ha habido momentos en los que ha tenido problemas con su pareja por sospechas de infidelidad, ella nunca ha podido confirmar esto y él continúa teniendo sus encuentros con otras mujeres, pues considera que esto hace parte de la naturaleza de los hombres y por lo tanto lo considera normal.

Figura 2. Árbol de categorial de la subcategoría “Falta de comunicación” de la categoría de Ajuste diádico” en el participante 1.



Actualmente, los encuentros sexuales con otras mujeres son más frecuentes que con su pareja. Según él, la diferencia de edades que tiene con una mujer más joven (28 años) con quien mantiene desde hace aproximadamente 3 años una relación extramarital, hace que ella tenga una mayor ansiedad y por lo tanto mayores ganas de tener relaciones sexuales con él. En la información obtenida, no se logra definir si el desempeño y la satisfacción de los encuentros sexuales con su pareja, es igual o no a la que puede llegar a tener con otras mujeres.

Resulta posible evidenciar dificultades en la comunicación sexual y afectiva (ver figura 2), pues se tiende a evitar, especialmente por parte de él, hablar de sexualidad, razón por la cual su pareja no sabe de la disfunción sexual que tiene desde hace aproximadamente 3 años.

El participante considera que a la edad que tiene no se habla de sexo, sino que con su pareja suele tratar temas de la cotidianidad, y los espacios en los que están juntos resultan más importantes para hacer otro tipo de actividades en las que puedan compartir de otras formas, como caminar, “compartir y pasarla rico”, “pero nunca para hacer sexo”. El participante manifiesta evitar hablar de sexo cuando su pareja le insinúa que él “ni la coge”, y tampoco se le acerca cuando están en la cama. Ante esto responde con evasivas en las que atribuye a condiciones externas, como los hijos, el cansancio y la falta de espacio, las razones por las cuales no pueden estar juntos. Sin embargo, según él su pareja es “poco afectiva”, “ella es más seca”, por no usar un lenguaje que él considera cariñoso.

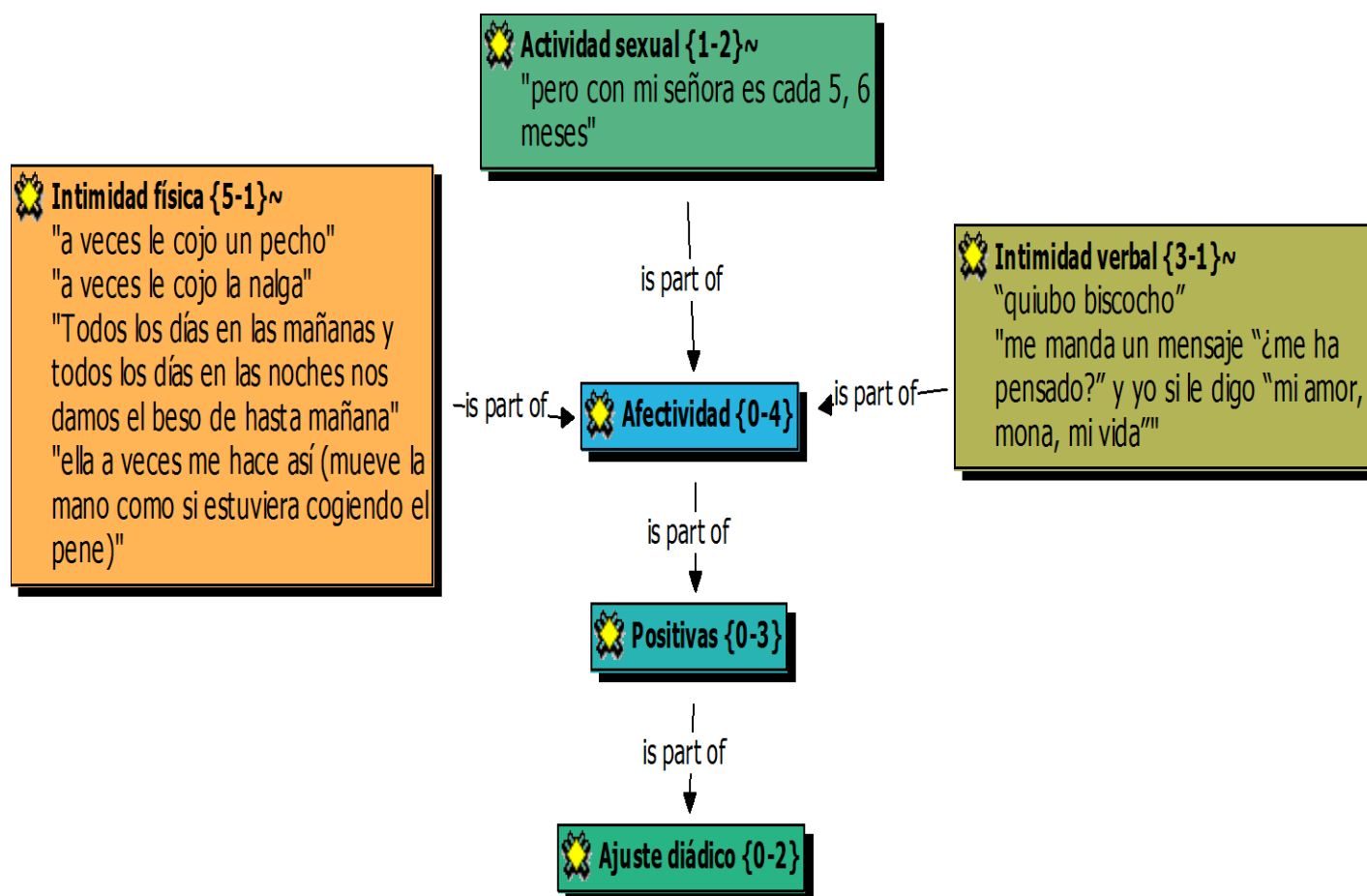
Así pues, la falta de comunicación afectiva, se refleja en que el participante refiere no saber qué piensa su pareja al respecto ni tampoco cómo se siente, por el hecho de que no se hable de sexo y los encuentros sexuales cada vez sean más esporádicos.

No obstante, últimamente, a raíz del tiempo que ha pasado desde la última relación sexual que tuvieron, hace aproximadamente 5 meses, ella le ha dicho que desde hace mucho tiempo no han tenido relaciones sexuales. De acuerdo con lo anterior, el participante refiere que su pareja le ha hecho reclamos, relacionados con su poco interés en las relaciones sexuales y sus posibles encuentros con otras mujeres (ver figura 1). Situaciones ante las que escapa con respuestas en las que le atribuye a ella la falta de dichos encuentros, debido a su actitud pasiva para propiciar espacios para tener relaciones sexuales, “como que nos culpamos el uno al otro y terminamos no haciendo nada”. Pese a los reclamos de su pareja, él sostiene que siente que ella “ya aceptó” la situación en la que están, pues al parecer ella tampoco lo busca; lo que se puede considerar como

falta de erotismo, al ella no buscar nuevas estrategias para propiciar la relación sexual, “ella es un poco más pasiva”, “ella no es pasional” (ver figura 2) .

Las categorías anteriormente nombradas: falta de comunicación sexual, falta de comunicación afectiva, evitación, falta de espacios y falta de erotismo, surgen como categorías emergentes, debido a la relevancia en la problemática y al sustento que estas tienen a lo largo de la entrevista (ver figura 2)

Figura 3. *Árbol de categorial de la subcategoría “Afectividad” de la categoría de “Ajuste diádico” en el participante 1.*

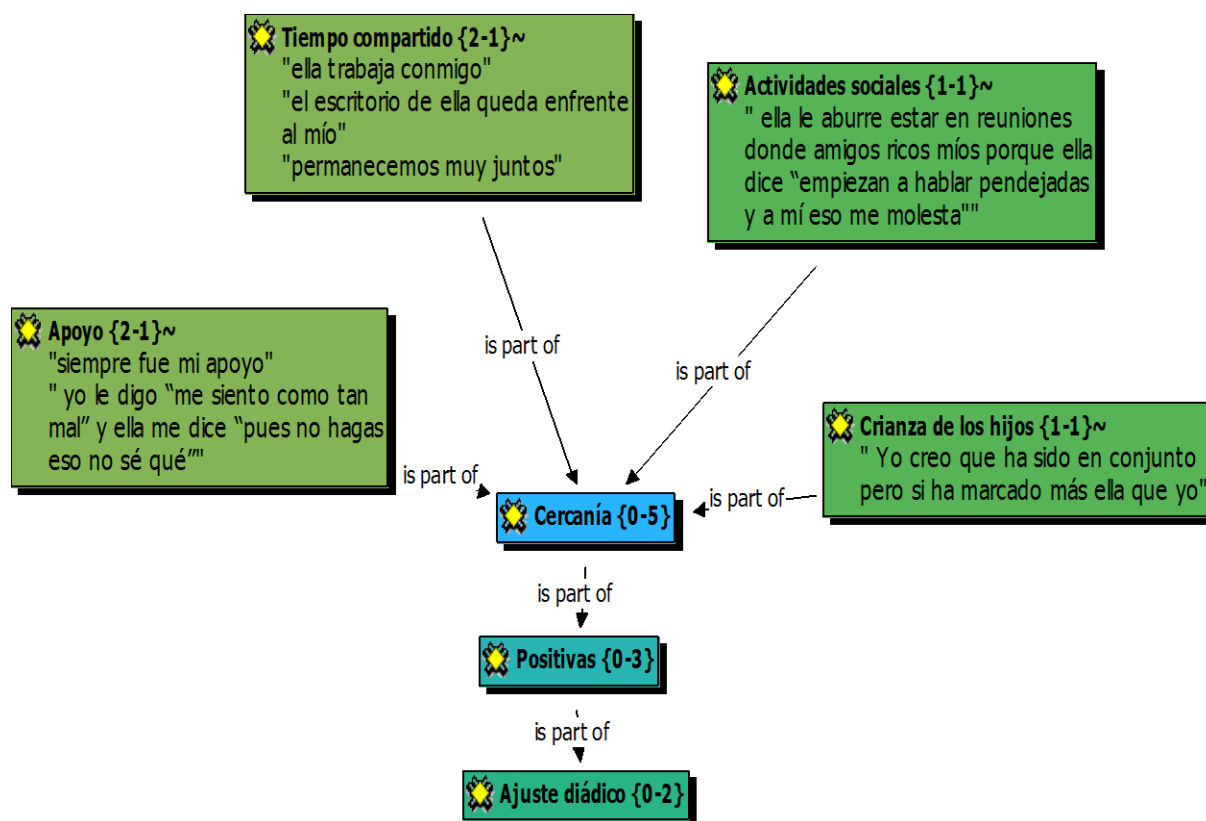


En cuanto a la categoría de actividad sexual (ver figura 3) la frecuencia de los encuentros sexuales con su pareja es muy baja, ya que según el participante, se presenta cada 5 o 6 meses. Por un lado la intimidad física, se representa en acciones en las que se tocan partes íntimas del

cuerpo, se hacen gestos que expresan deseo y se besan en diferentes momentos del día. Mientras que por otro lado se expresa intimidad verbal por medio de frases como “quiubo bizcocho”, “yo por qué lo quiero tanto”, “yo lo quiero mucho” (ver figura 3).

Resulta importante tener en cuenta que con respecto a lo anteriormente dicho, en los resultados se encontraron categorías emergentes (ver figura 2), que dan cuenta de la carencia y dificultad en la comunicación afectiva y sexual de la pareja.

Figura 4. Árbol de categorial de la subcategoría “Cercanía” de la categoría de “Ajuste diádico” en el participante 1.

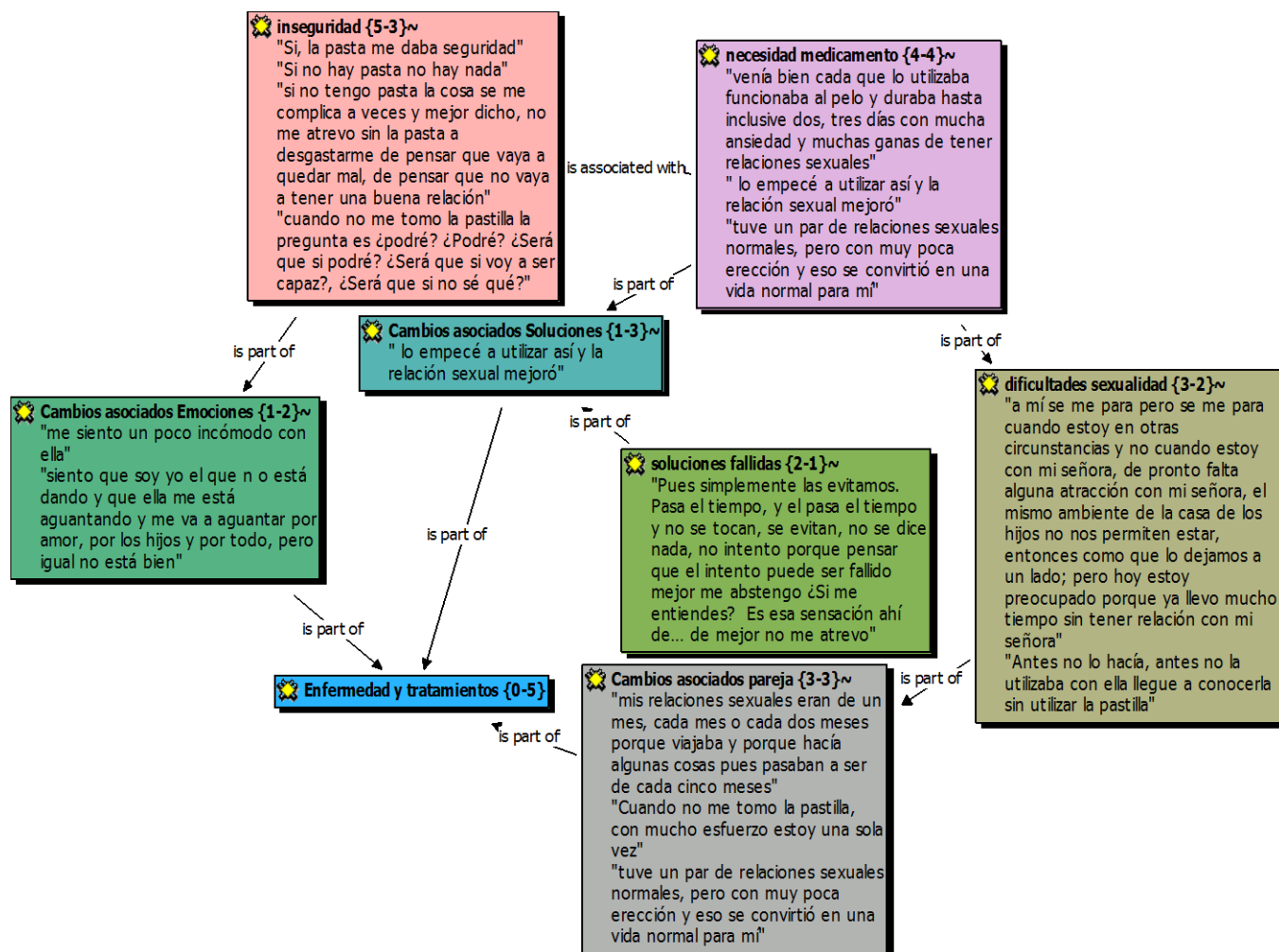


El participante considera a su pareja como un apoyo importante en su vida, alguien con quien puede contar, con quien ha compartido muchos logros, entre los cuales su crecimiento a nivel profesional y económico. Por otro lado considera a su pareja como un apoyo porque es quien lo ayuda a aclarar sus preocupaciones y con quien en comparte cómo se siente.

En lo que refiere al tiempo que comparten juntos, resulta positivo que participen conjuntamente en actividades sociales, aunque no siempre resultan ser completamente satisfactorias para alguno de los miembros de la pareja. También comparten otro tipo de actividades como las laborales, ya que trabajan en la misma empresa y comparten la oficina.

Como categoría positiva del ajuste se presenta también la crianza de los hijos, ya que ha sido un aspecto el que han participado los dos, aunque posiblemente el papel de la madre ha sido más activo.

Figura 5. Árbol de categorial de la subcategorías de “Cambios asociados” de la categoría “Enfermedad y tratamientos” en el participante 1.



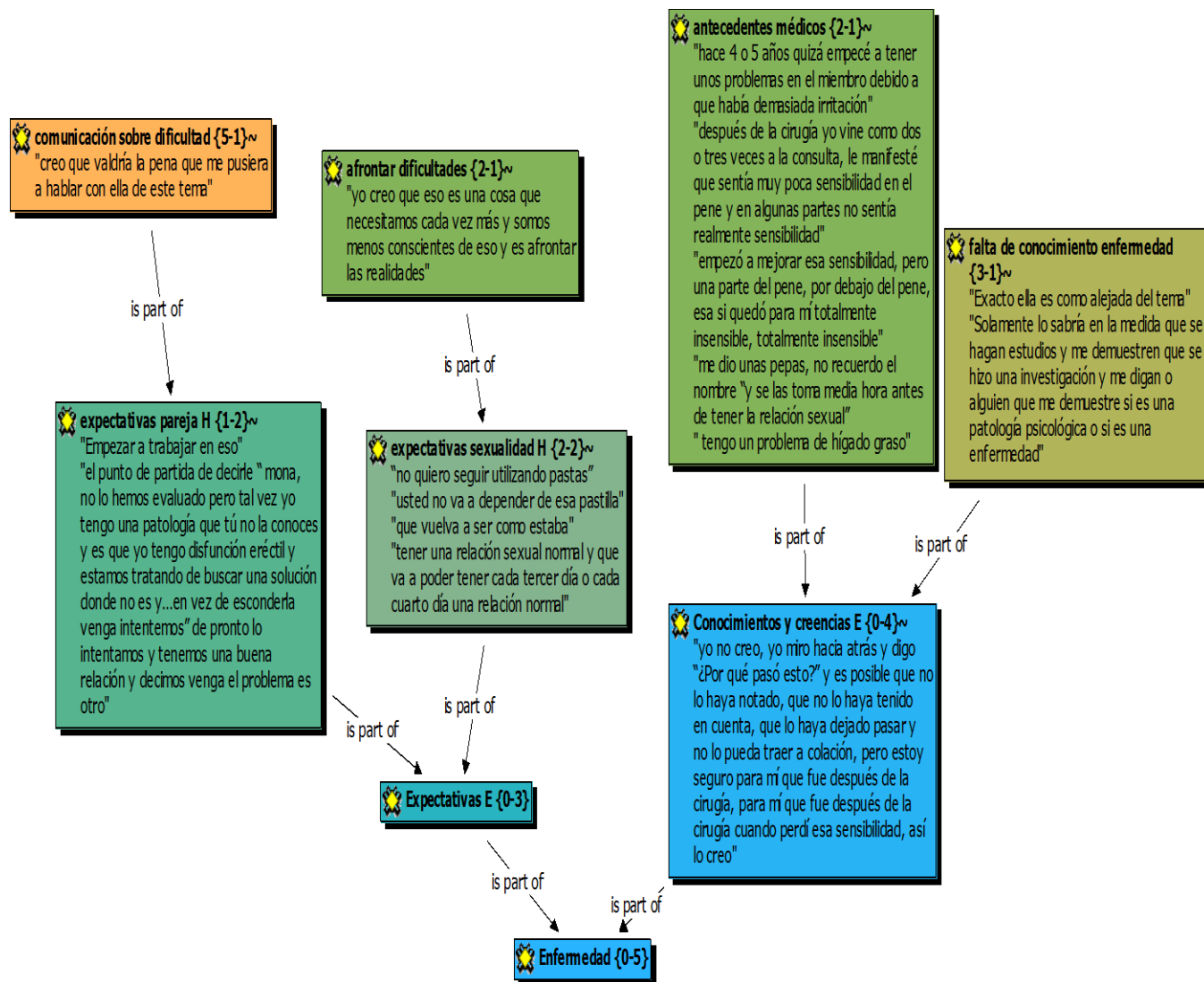
En la categoría de Enfermedad y tratamientos (ver figuras 5 y 6) se encontraron cambios asociados a la disfunción eréctil en cuanto a las emociones en donde se observó una incomodidad ante su situación actual, así como un componente de inseguridad relacionado con su consumo de medicamentos para conseguir una erección. También fueron evidentes los cambios provocados por la disfunción eréctil asociados a la pareja en donde se presentó una disminución tanto en la frecuencia de actividad sexual con su pareja como en la rigidez de la erección. Dichos cambios fueron concebidos como dificultades en la sexualidad, los cuales son entendidos no solo como la dificultad ocasionada por la disfunción eréctil sino también por factores negativos del ajuste diádico como la infidelidad, la falta de erotismo y la falta de comunicación sobre la sexualidad (ver figuras 1 y 2). En cuanto a los cambios asociados a soluciones, se encontró la utilización de medicamentos para mejorar la erección, lo cual se relaciona con el sentimiento de inseguridad y la necesidad del medicamento, así como se encontró que dichas soluciones no fueron efectivas debido a que se encuentran fallas en la comunicación de la pareja sobre la disfunción que se relacionan con la evitación de discusiones.

En la categoría sobre los conocimientos y creencias de la enfermedad y tratamiento (ver figura 6) se evidenció que hay atribuciones orgánicas y relacionales en la explicación de la disfunción aunque estas no son claras para el participante. También se encontró una falta de conocimiento sobre la enfermedad por parte de la pareja del participante. Por otro lado, se observó que las expectativas en cuanto a la relación de pareja se ven dirigidas hacia la comunicación de la dificultad, mientras que las expectativas sobre la sexualidad se ven dirigidas hacia la independencia del medicamento, el aumento de la frecuencia de las relaciones sexuales y el afrontamiento de las dificultades (ver figura 6).

En cuanto a las categorías de Autoconcepto y Autorreferenciación (ver figura 7) se encuentran por un lado las descripciones positivas que el entrevistado hace de sí mismo; se considera una persona exitosa y “triumfalista”, la cual ha logrado alcanzar muchas metas que se ha propuesto, considerando que tiene muchos bienes, sin pensarse rico. Se describe como una persona sensible socialmente y más afectivo que su pareja, por último afirma que las personas deben valorarse a sí mismas y aceptarse como son, afirmando finalmente que él es una persona feliz. Afirma que está conforme con su estatura, color de piel y en general con su físico al hablar de sus características físicas. A su vez el participante describe físicamente a su esposa como una

mujer bonita, quien a nivel personal se caracteriza por ser caritativa, humilde y fuerte en el hogar, pero sobre todo por su nobleza.

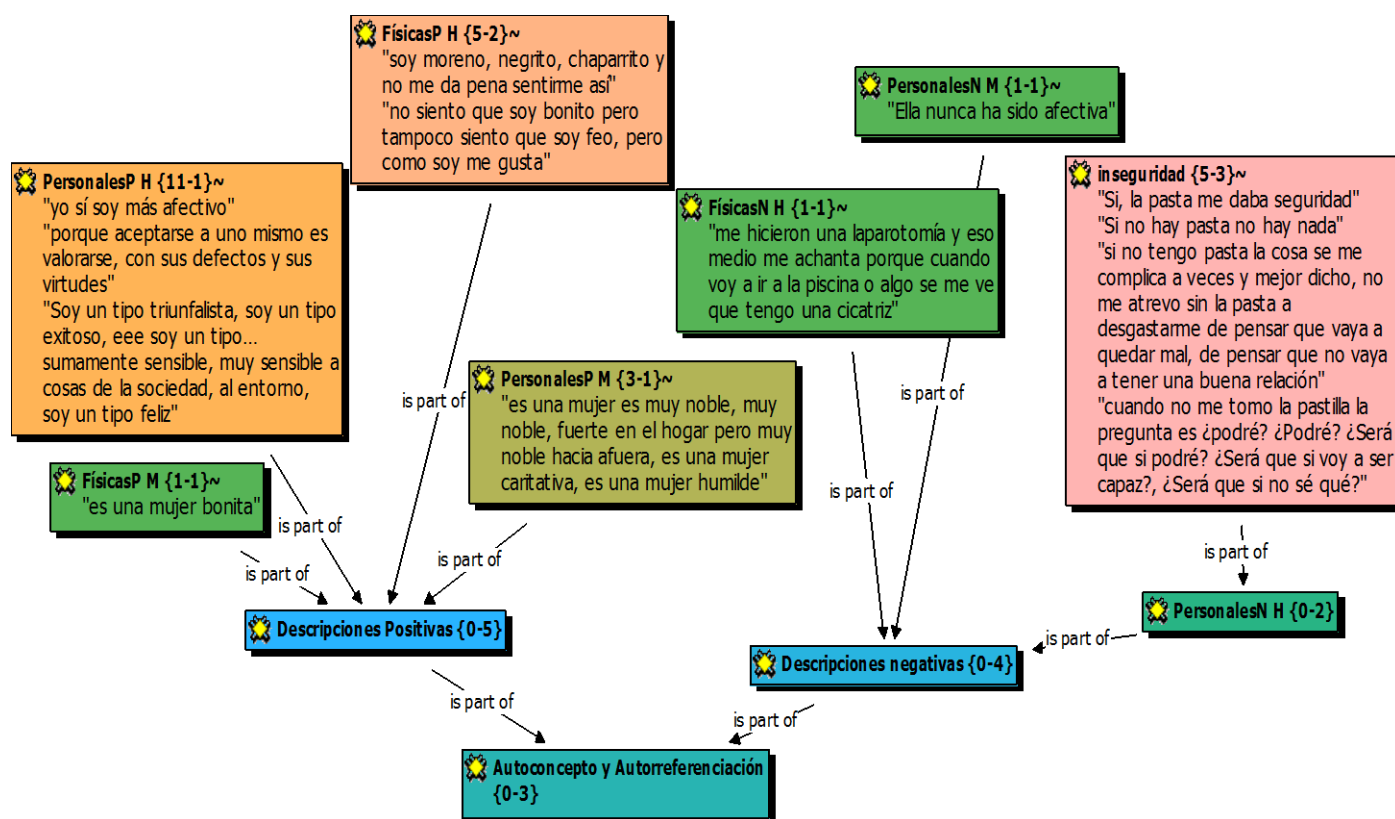
Figura 6. Árbol de categorial de la subcategorías de “Expectativas” y “Conocimientos y creencias” de la categoría “Enfermedad y tratamientos” en el participante 1.



Por otro lado se observan también descripciones negativas (ver figura 7) en las que reporta que su única queja a nivel físico es una cicatriz que le quedó de una operación, la cual le genera malestar cuando es visible. A lo largo de la entrevista se evidencia también que una de sus mayores características personales negativas se asocia a su inseguridad, la cual a su vez se

relaciona directamente con su desempeño sexual y la importancia que ha llegado a alcanzar el medicamento con respecto a este tema. Su inseguridad se ve también afectada por las atribuciones negativas que puedan darle sus parejas frente a un mal desempeño sexual. Ahora bien, durante la entrevista, la única descripción personal negativa que hace el participante de su esposa es que menciona que ella nunca ha sido afectiva con él.

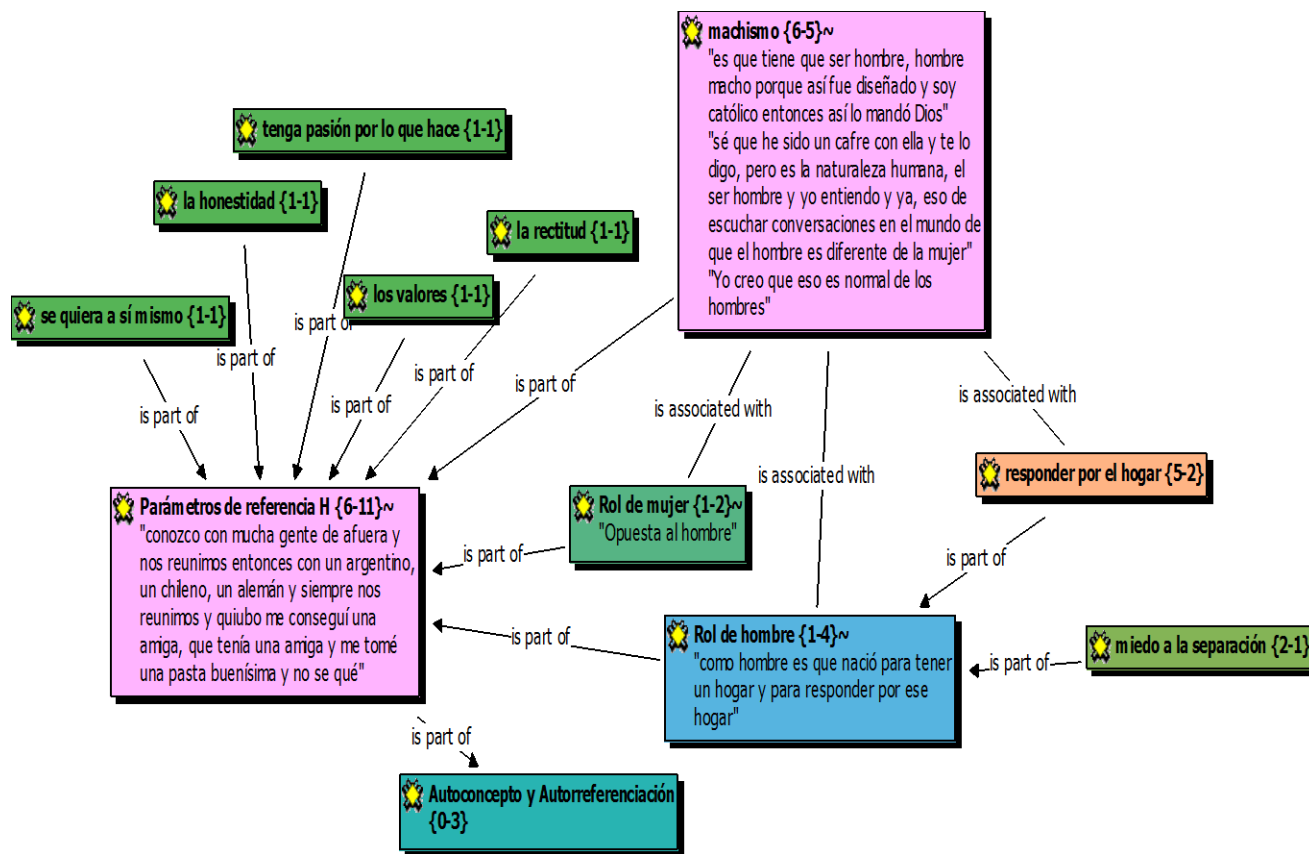
Figura 7. *Árbol de categorial de la subcategoría de “Descripciones positivas y negativas” de la categoría de “Autoconcepto y Autorreferenciación” en el participante 1.*



Al mismo tiempo, tener pasión por lo que hace, la rectitud, los valores, la honestidad y querer a sí mismo, hacen parte de los parámetros de referencia social que él considera relevantes para ser valorado (ver figura 8). Se observa también que el grupo social al que pertenece, presenta características similares en cuanto al uso de medicamentos y a la opinión sobre la infidelidad y así mismo, el participante I se reafirma en su rol a partir del grupo social que lo rodea. Es importante resaltar que el sexismo es una característica que sobresale dentro de la categoría de parámetros de referencia masculinos, ya que afirma que el machismo y la infidelidad son características innatas de la naturaleza masculina y se diferencian del rol que debe cumplir la

mujer, quien en su concepto es “opuesta al hombre”; el rol de este último es formar un hogar y responder por él, evidenciando un miedo a la separación.

Figura 8. Árbol de categorial de la subcategoría de “Parámetros de referencia” de la categoría de “Autoconcepto y Autoreferenciación” en el participante 1.



Cabe resaltar que todas estas descripciones fueron realizadas por el participante masculino, ya que su pareja no asistió a la entrevista.

3.1.2 Escalas participante 1

A partir de las escalas aplicadas se puede observar (Ver tabla 1) que el participante 1 presenta en la escala SHIM una disfunción eréctil en un rango entre leve y moderado. En la escala de Ajuste Diádico, también presenta bajos niveles de consenso, cohesión y expresión afectiva, así como un

nivel de satisfacción en su relación de pareja a partir de la escala de ajuste diádico, por lo cual se interpreta como ajuste negativo.

Tabla 1. Resultados escalas (SHIM) Ajuste diádico (EAD) e Índice de insatisfacción sexual (IISS) del participante 1.

| Escala | SHIM | | | | | IISS |
|------------------------------|----------|--------------|----------|---------------------|------|--------|
| | EAD | | | | | |
| Puntuación | consenso | satisfacción | Cohesión | Expresión de afecto | | |
| | 16/25 | 32/78 | 21/52 | 17/25 | 7/16 | 57/100 |
| Puntuación Total EAD: 77/170 | | | | | | |

También se encontró un alto nivel de insatisfacción sexual, que se relaciona con los resultados de la escala SEAR (Ver tabla 2) donde se presenta un bajo puntaje en el nivel de relaciones sexuales. En cuanto a la autoconfianza se observa un adecuado nivel en el componente de autoestima mientras que en el componente de relaciones en general se observa inseguridad, poca satisfacción con respecto a la relación de pareja y una percepción negativa de la satisfacción de la pareja.

Tabla 2. Resultados escala de Autoestima y relaciones (SEAR) del participante 1.

| SEAR | |
|------------------------------|-------------------------------|
| Relaciones sexuales 17/40 | Autoconfianza 20/35 |
| | Autoestima 13/20 |
| | Relaciones en general 7/15 |

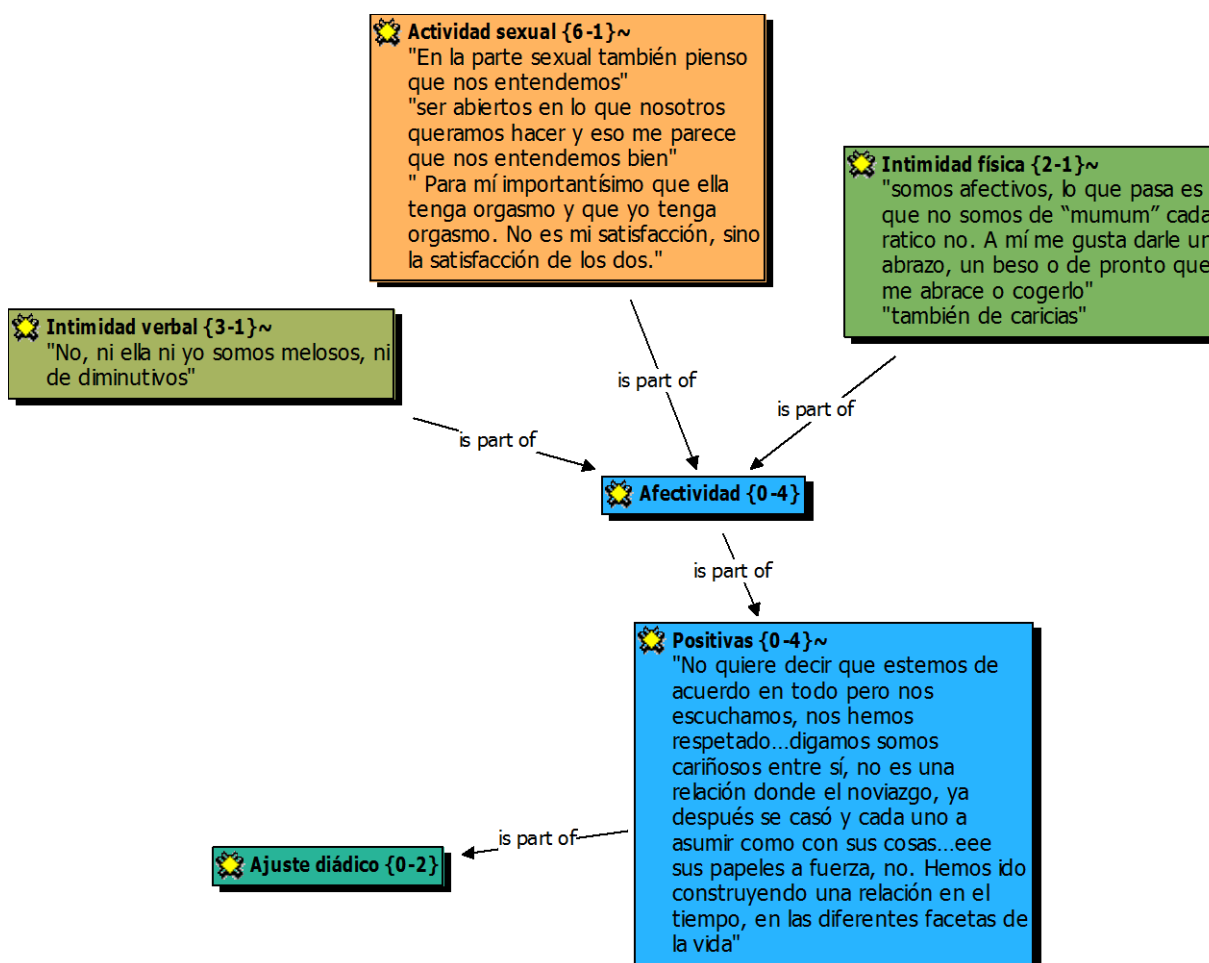
Puntuación Total: 29/75

3.2 Caso II

3.2.1 Entrevista participante 2

A continuación se presentan los resultados del participante 2, quién acude a la entrevista con su pareja, así como a la aplicación de las escalas.

Figura 9. *Árbol de categorial de la subcategoría “Afectividad” de la categoría de “Ajuste diádico” en el participante 2.*



En la categoría de Ajuste diádico se encontró que el participante 2 y su pareja presentan aspectos positivos relacionados con comportamientos de intimidad (ver figura 9), los cuales se

ven expresados de forma física, como caricias, abrazos, besos y su actividad sexual se caracteriza por ser placentera, con una gran importancia en cuanto a la presencia de orgasmo en ambos miembros, así como por el entendimiento mutuo. También se evidencia la presencia de intimidad verbal, la cual se caracteriza por la comunicación de sus sentimientos aunque según ellos sin llegar a ser “melosos”.

Figura 10. Árbol de categorial de la subcategoría de “Cercanía” en la categoría de “Ajuste diádico” en el participante 2.

También se encontraron aspectos positivos del ajuste relacionados con la cercanía (ver

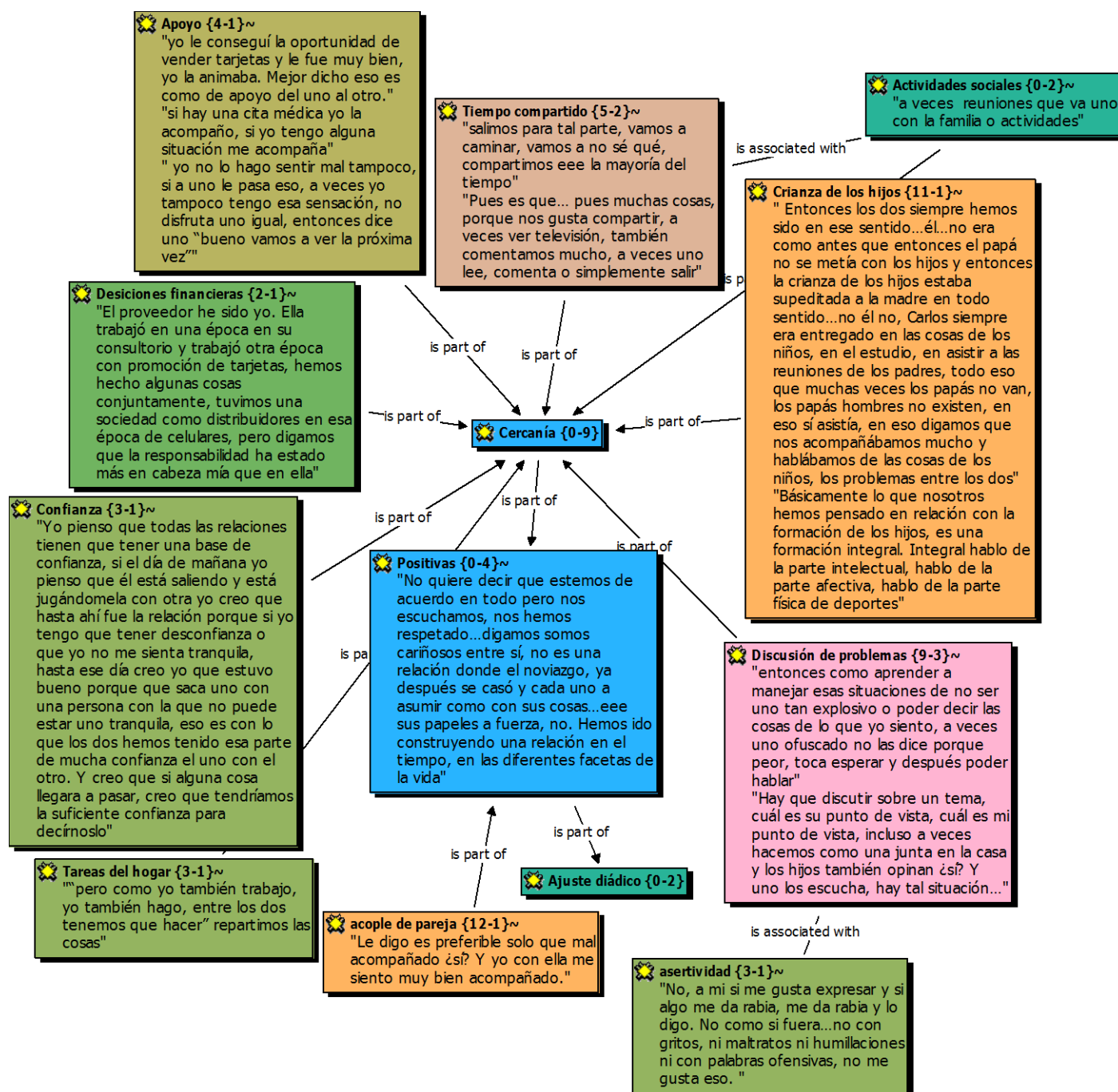


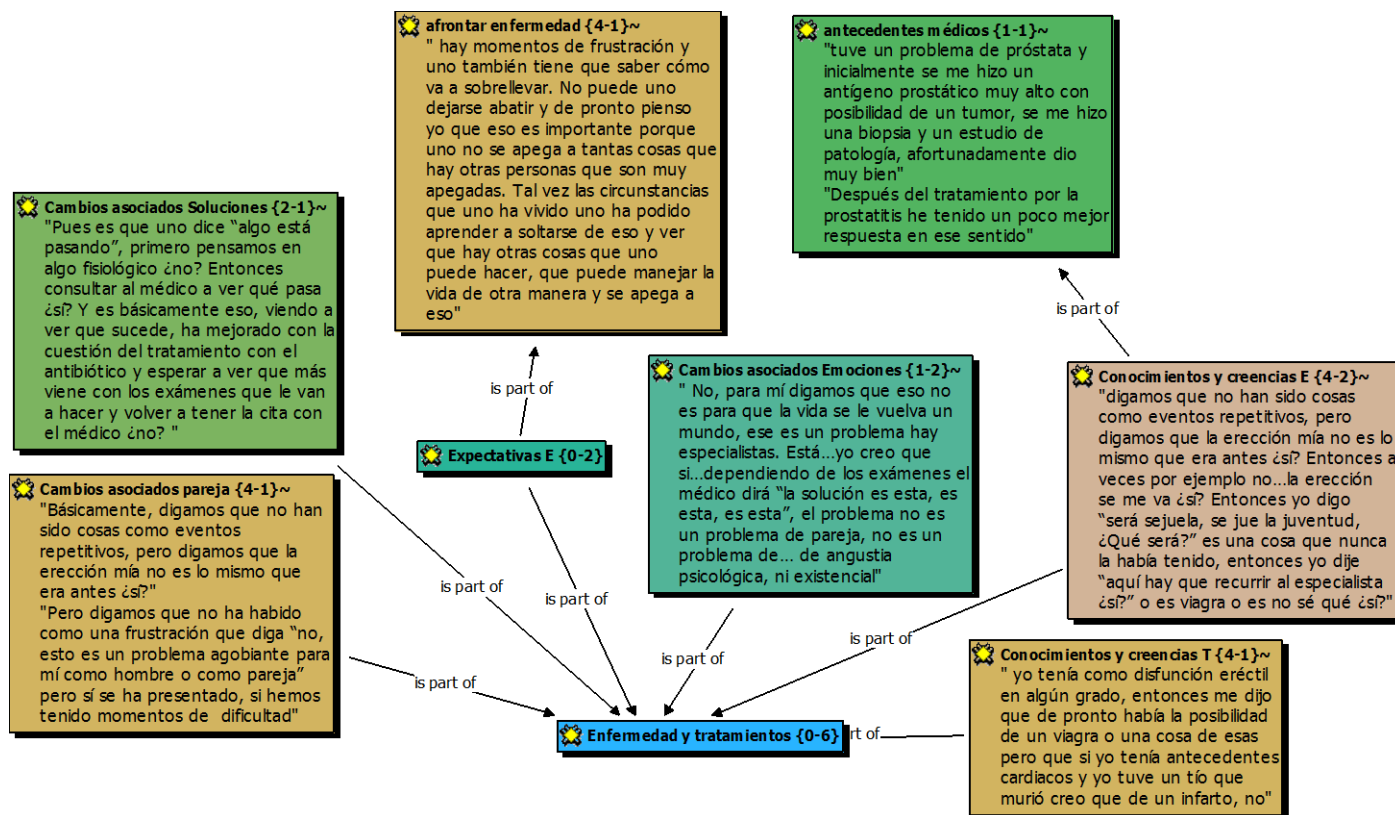
figura 10), dentro del cual se encuentra la crianza compartida de los hijos y el tiempo compartido en la realización de actividades como salir a caminar, ir a reuniones familiares y ver televisión. A su vez, se encontró que la toma de decisiones financieras está a cargo del hombre pero se observa que las decisiones han sido puestas a consideración de la pareja, lo que se relaciona con la presencia de discusión de problemáticas como una forma de buscar soluciones de manera asertiva. Así mismo, se evidenció presencia de apoyo entre ellos en circunstancias tanto de dificultades relacionadas con sucesos de la vida cotidiana, problemas médicos y económicos, así como en circunstancias favorables como los logros de sus hijos. Por último, se observó que la confianza es un factor importante entre los miembros de la pareja, ya que mencionan que les permite tener independencia y espacios personales que son necesarios desde su punto de vista en toda relación de pareja.

Ahora bien, es importante mencionar que a lo largo de la entrevista no se evidenciaron aspectos negativos del ajuste diádico en cuanto a conflictos verbales o comportamientos relacionados con la falta de respeto entre la pareja.

Durante la entrevista se evidencian conocimientos y creencias del participante con respecto a su enfermedad y al tratamiento de la misma, los cuales a su vez están influenciados por previos antecedentes médicos, incluyendo un problema de próstata y de esta forma, diferentes diagnósticos y tratamientos que relata no han sido relevantes para su vida (ver figura 11). Con respecto a la disfunción eréctil, afirma que su erección “ya no es lo mismo que era antes”, razón por la cual acude a la consulta con el especialista para que en su concepto, le formule viagra o algún medicamento parecido y pueda volver a tener el mismo desempeño anterior; se presenta una preocupación por la formulación de algún medicamento debido a sus antecedentes familiares de enfermedad coronaria e infarto.

Por otro lado, se presentan ciertos cambios asociados a la enfermedad, aunque reportan que ninguno de éstos ha representado un problema mayor para él ni para su pareja. Afirma que realizó cambios junto a su pareja al notar la enfermedad, empezando por visitar a un especialista debido a que ambos creían que la causa del problema era fisiológica; consecuentemente se ha realizado los diversos exámenes médicos y ha ingerido los medicamentos que le han sido formulados.

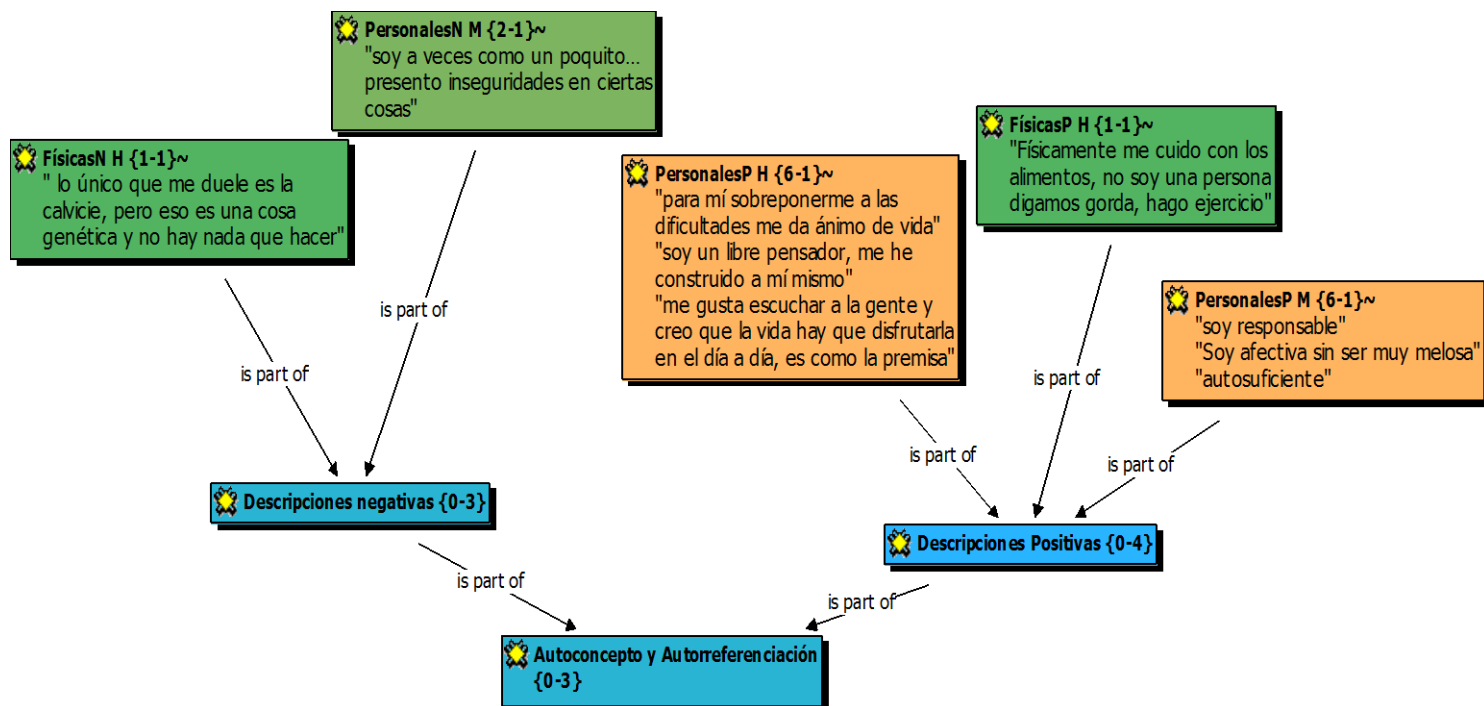
Figura 11. Árbol de categorial de la categoría de “Enfermedad y tratamientos” en el participante 2.



Con respecto a las emociones que se presentan tras el diagnóstico, afirma que ve la disfunción como un problema médico y fisiológico que tiene solución. Así mismo, aunque reporta que ha habido "momentos de dificultad", la disfunción no ha afectado significativamente en la pareja, sino que ambos se han vuelto conscientes de ésta. Finalmente sus expectativas frente al futuro se basan en afrontar la enfermedad, de tal manera que puedan sobrellevar los momentos de dificultad y de frustración que causa la disfunción, no dejarse abatir y seguir intentando soluciones u otros caminos para enfrentarla.

Finalmente, en cuanto a la categoría de autoconcepto y autoreferenciación (ver figura 12), se presentan descripciones tanto negativas como positivas en lo que refiere a los aspectos físicos y personales de cada uno de los miembros de la pareja. En cuanto a las negativas, la calvicie del hombre se reporta como una situación con la que no se está muy a gusto, pero que de igual forma ha sido aceptada; mientras que la mujer por su parte habla de su inseguridad en algunas situaciones.

Figura 12. Árbol de categorial de la subcategoría de "Descripciones positivas y negativas" de la categoría de "Autoconcepto y Autorreferenciación" en el participante 2.

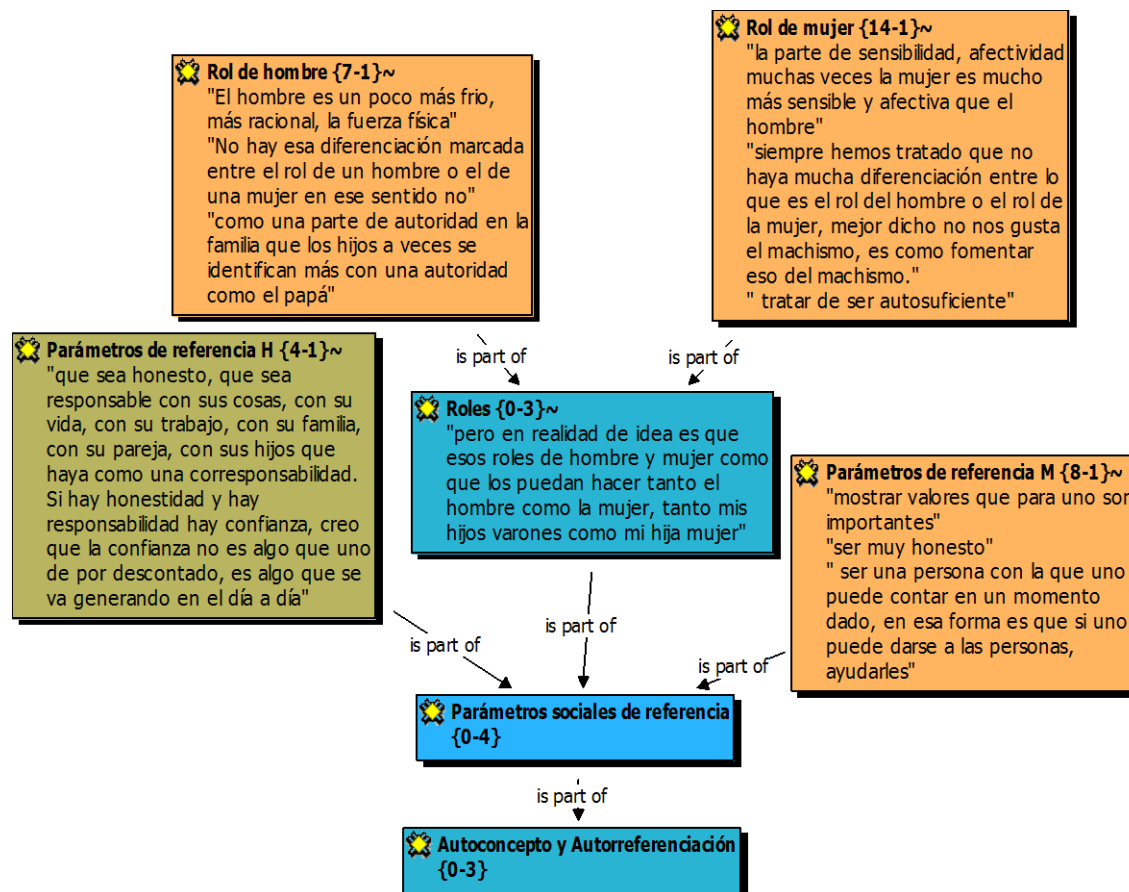


Nota: FísicasNH: Corresponde a las descripciones negativas sobre los aspectos físicos propios en el participante 2. PersonalesNM: Corresponde a las a las descripciones personales negativas sobre sí misma en la pareja del participante 2. PersonalesPH: Corresponde a las a las descripciones personales positivas sobre sí mismo en el participante 2. FísicasPH: Corresponde a las a las descripciones físicas positivas sobre sí mismo en la pareja del participante 2. PersonalesPM: Corresponde a las a las descripciones personales positivas sobre sí misma del participante 2.

En las descripciones positivas el hombre se describe como una persona que ve en las dificultades de la vida la posibilidad de mejorar, considera que la vida hay que construirla día a día, y que es importante escuchar a la gente, saber lo que piensa; al hablar de los aspectos físicos refiere ser una persona que se preocupa por comer bien y hacer ejercicio. Por otro lado, la pareja se describe como una persona responsable, afectiva y autosuficiente.

En cuanto al participante 2, cree que la honestidad y la responsabilidad, son características valoradas socialmente. Por su parte, la mujer sostiene que la honestidad y el apoyo son características valoradas socialmente, así como que el hombre debe ser la autoridad en la familia, mientras la mujer es la figura principal de expresión de afecto. La pareja reconoce la necesidad de los roles, no obstante no están de acuerdo con la forma en la que socialmente el hombre y la mujer son encasillados en estos, pues consideran que hay características que los dos pueden compartir (ver Figura 13).

Figura 13. Árbol de categorial de la subcategoría de “Parámetros de referencia” de la categoría de “Autoconcepto y Autorreferenciación” en el participante 2.



3.2.2 Escalas participante 2

A partir de las escalas aplicadas se puede observar (Ver tabla 3) que el participante 2 presenta en la escala SHIM una disfunción eréctil en un rango leve. También presenta altos niveles de consenso, cohesión, satisfacción y expresión afectiva en su relación de pareja a partir de la escala de ajuste diádico, por lo cual se interpreta como un ajuste positivo.

Tabla 3. Resultados escalas (SHIM) Ajuste diádico (EAD) e Índice de insatisfacción sexual (IISS) del participante 2.

| Escala | SHIM | EAD | IISS |
|--------|------|-----|------|
|--------|------|-----|------|

| | Consenso | satisfacción | cohesión | expresión de afecto | |
|------------------------------|----------|--------------|----------|------------------------|-----------------|
| Puntuación | 21/25 | 78/78 | 26/52 | 25/25 | 11/16 13/100 |
| Puntuación Total EAD:137/170 | | | | | |

Tabla 5. Resultados Índice de satisfacción sexual femenina de la pareja del participante 2.

| IFSF | | | | | | |
|---------|---------|------------|-------------|---------|--------------|-------|
| Dominio | Deseo | Excitación | lubricación | Orgasmo | satisfacción | Dolor |
| Factor | 4.8/6 | 5.4/6 | 5.4/6 | 6/6 | 6/6 | 6/6 |
| Total | 33.6/36 | | | | | |

Se encontró un bajo nivel de insatisfacción sexual, que se relaciona con los resultados de la escala SEAR (Ver tabla 6) donde se presenta un alto puntaje en el nivel de relaciones sexuales. En cuanto a la autoconfianza se observa un adecuado nivel en el componente de autoestima y satisfacción con respecto a la relación de pareja y a la percepción de la satisfacción de la pareja.

Por otro lado se observa que la pareja del participante 2 presenta un nivel de satisfacción sexual positivo (Ver tabla 5) en lo referente a los dominios de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

Tabla 6. Resultados escala de Autoestima y relaciones (SEAR) del participante 2

| SEAR | |
|---------------------|-----------------------|
| Relaciones sexuales | Autoconfianza |
| 34/40 | 31/35 |
| Autoestima | Relaciones en general |
| 16/20 | 15/15 |

Puntuación Total: 67/75

Tabla 7. Comparación resultados de las escalas aplicadas a ambos participantes.

| Instrumento | | Participante 1 | Participante 2 |
|-------------|-----------------------|----------------|----------------|
| SHIM | | 16/25 | 21/25 |
| EAD | Consenso | 32/78 | 78/78 |
| | Satisfacción | 21/52 | 26/52 |
| | Cohesión | 17/25 | 25/25 |
| | Expresión de afecto | 7/16 | 11/16 |
| | Total EAD | 77/170 | 137/170 |
| SEAR | Relaciones sexuales | 17/40 | 34/40 |
| | Autoestima | 13/20 | 16/20 |
| | Relaciones en general | 7/15 | 15/15 |
| | Total Autoconfianza | 20/35 | 31/35 |
| | Total SEAR | 29/75 | 67/75 |
| IISS | | 57/100 | 13/100 |
| IFSF | Deseo | N.A | 4.8/6 |
| | Excitación | N.A | 5.4/6 |
| | Lubricación | N.A | 5.4/6 |
| | Orgasmo | N.A | 6/6 |

| | | |
|--------------|------|---------|
| Satisfacción | N.A | 6/6 |
| Dolor | N.A | 6/6 |
| Total IFSF | N.A. | 33.6/36 |

Tabla 8. Tabla de comparación de resultados de las categorías encontradas en las entrevistas.

| Categorías | Subcategorías | Participante 1 | Participante 2 |
|--------------------------------|---------------------------|---|---|
| Enfermedad y Tratamiento | Conocimientos y creencias | <ul style="list-style-type: none"> - Atribuye la pérdida de sensibilidad en el pene y la disfunción a la intervención quirúrgica (circuncisión) debido a resequedad e irritación. - Falta de conocimiento de la enfermedad. - Sigue tratamiento por vía oral. - Creencia de que el impacto de la enfermedad es solo a nivel de pareja. - Antecedentes médicos de hígado graso no alcohólico. | <ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento de las causas de la enfermedad, la atribuye a la pérdida de la juventud, a factores más de tipo orgánico que de pareja. - No considera la disfunción como un problema relevante para su vida. - Participante receptivo a cualquier tratamiento que el médico le pueda sugerir. - Antecedentes médicos de melanomas faciales, problemas gástricos, prostatitis, tendencia a tener el colesterol alto, quistes en el hígado y problemas gástricos, cuyo tratamiento le causó baja densidad ósea. |
| | Cambios asociados | <ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de incomodidad, malestar, inseguridad y desigualdad con respecto a lo que se aporta a la relación. - Disminución de la frecuencia de la actividad sexual con la pareja. - Erección débil asumida como parte de su cotidianidad. - Soluciones intentadas: Búsqueda de opinión de expertos e ingesta de medicamento para mejorar la disfunción | <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la erección, no se da o no se logra mantener - Durante la actividad sexual, el participante se preocupa por su funcionamiento sexual, lo que genera sentimientos de inseguridad. - Soluciones intentadas: Búsqueda de opinión de expertos |
| | Expectativas | <ul style="list-style-type: none"> - Comunicarle a la pareja sobre la disfunción y buscar una solución conjunta. - Aumentar la frecuencia de relaciones sexuales con la pareja. - Dejar de tomar el medicamento para la erección. | <ul style="list-style-type: none"> - Afrontar enfermedad - Mejorar la función sexual |
| Autoconcepto y Autorreferencia | Descripciones | <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción con el aspecto físico de su pareja y el propio, exceptuando una cicatriz que le quedó de una cirugía. El participante presenta hábitos de vida saludables. - Satisfacción con las características | <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción con el aspecto físico de la pareja y el propio, exceptuando la calvicie del participante. Los dos presentan hábitos de vida saludables. - El participante se describe como |

| | | | |
|----------------|-----------------------------------|---|--|
| | | <p>personales propias, se describe como exitoso, líder, sobresaliente, admirado y querido por muchos. Resalta la inseguridad como característica negativa de él mismo, relacionada con la ingesta de medicamento para la DSE.</p> <p>- Reconocimiento de características personales positivas de su pareja como la nobleza y la humildad y negativas como la falta de expresión de afecto.</p> | <p>una persona optimista y abierta a afrontar las dificultades.</p> |
| | Parámetros sociales de referencia | <p>- Resalta los valores, la honestidad, la rectitud, la pasión por lo que se hace como aspectos valorados por la sociedad.</p> <p>- El participante sostiene que el rol del hombre es el de ser fuerte, responder económicamente por el hogar y por naturaleza es infiel. Mientras que la mujer debe ser opuesta a él, suave y dócil.</p> <p>- En su grupo social se resaltan aspectos como la infidelidad, el uso de medicamentos para mejorar la función sexual y el machismo.</p> | <p>- El participante cree que la honestidad y la responsabilidad, son características valoradas socialmente.</p> <p>- La pareja cree que el hombre debe ser la autoridad en la familia, mientras la mujer es la figura principal de expresión de afecto. La pareja reconoce la necesidad de los roles, no obstante no están de acuerdo con la forma en la que socialmente el hombre y la mujer son encasillados en estos, pues consideran que hay características que los dos pueden compartir.</p> |
| Ajuste diádico | Positivas | <p>- Actividad sexual (baja frecuencia)</p> <p>- Presencia de algunas expresiones de intimidad de tipo verbal y física.</p> <p>- Tiempo compartido en el trabajo.</p> <p>- Crianza de los hijos compartida.</p> <p>- Apoyo en los asuntos laborales y en ocasiones emocionales.</p> | <p>- Importancia de la actividad y comunicación sexual.</p> <p>- Importancia de que la satisfacción sexual sea mutua.</p> <p>- Se presenta intimidad física y verbal, sin necesidad de “ser melosos”</p> <p>- En la pareja se discuten las problemáticas y se toman en conjunto las decisiones</p> <p>- Crianza de los hijos compartida.</p> <p>- Comparten tiempo como pareja</p> <p>- Apoyo en la toma de decisiones y en las situaciones difíciles.</p> <p>- La confianza es considerada como la base de la relación.</p> <p>-Distribución de las tareas del hogar.</p> <p>- Ante las problemáticas que ha traído consigo la disfunción, la pareja ha buscado soluciones de forma conjunta. Hay comunicación asertiva en cuanto a la expresión de</p> |

| las inconformidades. | |
|----------------------|--|
| Negativas | <ul style="list-style-type: none"> - Críticas de la pareja en las que se reclama su poco interés en las relaciones sexuales y sus posibles encuentros con otras mujeres. - Control y autoritarismo en la toma de decisiones. - Infidelidad por parte del entrevistado a lo largo de la historia de la pareja. - Falta de comunicación sexual y afectiva. - Se le atribuye a la pareja falta de erotismo. - Falta de espacios para compartir como pareja. - Evitación de discusiones por parte del participante. |
| | - No se encontraron |

Al realizar una comparación entre cada uno de los participantes, siguiendo las categorías establecidas, es posible evidenciar que en cuanto a la categoría de enfermedad y tratamiento, cada uno de los participantes tiene una creencia diferente con respecto a las causas de la enfermedad, el participante 1 la explica como efecto de un procedimiento quirúrgico, mientras que el participante 2, si bien afirma desconocer la causa, considera que la edad es un factor que influye. A su vez los participantes difieren en el impacto que la enfermedad ha generado en su vida, así el participante 1 refiere que el impacto está principalmente a nivel de pareja, mientras que el participante 2 no considera la disfunción como un problema relevante en su vida. Finalmente se plantea como diferencia fundamental el que el participante 1 sigue tratamiento por vía oral, mientras que el 2 aún no lo ha comenzado.

En esta misma categoría, se evidencia que a raíz de la enfermedad en los dos participantes hay cambios asociados similares, principalmente, como se espera, refieren tener cambios en la erección, pues no se da o no se mantiene, a su vez los dos coinciden que a raíz de esto surgen sentimientos de inseguridad y preocupación en cuanto al funcionamiento adecuado durante la actividad sexual; también los dos tienen en común recurrir a ayuda profesional para buscar solución al problema, no obstante el participante 1 ha mostrado tener un mayor afán por mejorar la función por medio del tratamiento.

Como expectativas del tratamiento los dos participantes pretenden que haya un mejoramiento de la función sexual. Particularmente al participante 1 le gustaría poder

comunicarle a su pareja la enfermedad y contar con ella como apoyo para poder encontrar soluciones al respecto, así como dejar de tomar el medicamento.

Al indagar por el autoconcepto y la autorreferenciación, los dos participantes tienen hábitos saludables de vida y con algunas excepciones de cada uno, refieren sentirse satisfechos con su aspecto físico, en el caso del participante 2 hay satisfacción con el aspecto físico de su esposa.

Al realizar una descripción de las características personales prima el reconocimiento de características personales positivas en cada uno de los participantes y en la esposa del segundo; como negativas aparecen en el participante 1 la inseguridad debida a la enfermedad, aspecto que también refiere como negativo la esposa del participante 2.

Por otro lado, en los parámetros sociales de referencia, los participantes coinciden en la importancia de la honestidad como un aspecto valorado socialmente, adicional a esto el participante 1 resalta como valores la rectitud y la pasión por lo que se hace, mientras que el participante 2 y su esposa resaltan respectivamente la responsabilidad y el apoyo. En el participante 1 su grupo de amigos resulta ser un parámetro social de referencia importante, las creencias que se mueven en este grupo, determinan muchas de las acciones que él realiza, de este modo en su grupo social se acepta la infidelidad y el machismo.

Las concepciones con respecto a los roles de la pareja resultan ser marcadas y diferentes. Por un lado el participante 1 sostiene que el hombre es quien responde económicamente por la familia, quien por su naturaleza es fuerte e infiel, mientras que opuesta a este está la mujer, quien debe ser suave y dócil. Contrario a las concepciones anteriores, si bien reconocen que cada uno tiene unas características específicas que los hacen diferentes, en las que la mujer sobresale por su afectividad con los miembros de la familia, mientras que el hombre es la autoridad dentro de la misma, tanto el participante 2 como su esposa sostienen no estar de acuerdo con encasillar al hombre y a la mujer en roles, pues consideran que los dos tienen características y funciones que pueden compartir.

Como resultados del ajuste diádico, se evidencian en la pareja 1 una mayor cantidad de aspectos positivos que posibilitan un mejor ajuste. Así tanto el participante 2 como su esposa consideran muy importantes tanto la actividad como la comunicación sexual, así como que la satisfacción sexual sea mutua. Aspectos que en la relación del participante 1 aparecen como negativos, ya que se evidencia la carencia de los mismos.

A comparación del participante 1, el participante 2 tiene una mayor intimidad física y verbal con su esposa. A diferencia del participante 1, en la relación del participante 2 la confianza se considera como la base de la relación, es común la discusión de problemáticas y el apoyo en la toma de decisiones, y ante las problemáticas que ha traído consigo la disfunción, la pareja ha buscado soluciones de forma conjunta.

Como aspectos positivos de la relación tanto el participante 1 como el 2 tienen en común, la crianza compartida de los hijos y el tiempo que comparten juntos, aunque este tiempo en la pareja 1 es en el trabajo, mientras que en la pareja 2 es tiempo compartido como pareja realizando otro tipo de actividades. También en los dos la pareja se considera como apoyo ante determinadas situaciones.

En lo que aspectos negativos del ajuste, en la relación del participante 1, la infidelidad es un factor importante y las críticas de la esposa evidencian falta de confianza hacia él. Igualmente se evidencia falta de comunicación sexual y afectiva, falta de erotismo por parte de la esposa, falta de compartir espacios como pareja, y evitación de discusiones y control y autoritarismo por parte del participante.

Es de gran importancia resaltar que el hecho de que la pareja del participante 1 no haya participado de la investigación genera diferencias en las condiciones de la aplicación, lo cual hace que en el caso del participante 1, los aspectos negativos sean más notorios, mientras que en el participante 2 sean los positivos debido a la presencia de la pareja en la evaluación.

4.0 Discusión

A continuación, se presenta la interpretación de los resultados obtenidos a la luz de los planteamientos teóricos e investigaciones previamente revisadas. De acuerdo con el objetivo principal de la investigación, la discusión está orientada a analizar el ajuste marital y la sexualidad de dos hombres con diagnóstico de disfunción eréctil de origen orgánico y sus parejas. Para esto se describe la forma en la que se da el ajuste y se evalúa el peso explicativo que tienen sus diferentes componentes en la satisfacción sexual, así como el impacto de la DSE tanto en ellos como en sus parejas y se expone la relación entre la satisfacción sexual con la enfermedad, así como la forma en la que el ajuste marital puede relacionarse con ella. Finalmente se establecen las fortalezas y debilidades del presente estudio y se hacen sugerencias para futuras investigaciones.

La sexualidad como actividad humana se constituye a partir de la interacción entre factores biológicos y socioculturales. Dicha actividad tiene como funciones principales la reproducción y el placer o erotismo. Según Alzate (1997) la función erótica se convierte en la búsqueda consciente de placer y resulta ser la función más placentera de la actividad sexual, constituida por un plano psíquico y otro corporal. Es clave dicha interacción entre estos factores, ya que de ésta depende que se puedan cumplir adecuadamente cada una de las fases del ejercicio erótico y dé como resultado una actividad sexual satisfactoria (ibid).

De acuerdo con lo anterior, la DSE se convierte en el punto de partida de la discusión, ya que ambos participantes refieren tener dificultades en lograr una erección que consideren suficiente para llevar a cabo de manera satisfactoria la actividad sexual. Sin embargo, difieren en la gravedad de la disfunción según los resultados obtenidos en la escala SHIM. De acuerdo con lo anterior, los participantes presentan los criterios diagnósticos de la DSE, propuestos por Romero y Licea (2000) y Ardila (2002), en los que la disfunción se caracteriza por no tener la capacidad necesaria para lograr y/o mantener la erección, afectando de manera importante la calidad de vida de quien la padece, como lo plantea la propuesta de Greenstein et al.(2006) en la que para muchos sujetos una vida sexual satisfactoria es un componente fundamental para lograr una buena calidad de vida. No obstante, en esta investigación, al no evaluar la calidad de vida y no evidenciarse en las entrevistas realizadas alteraciones severas en este aspecto, no es posible afirmar lo propuesto por dichos autores. Sin embargo, los resultados obtenidos sí permiten afirmar que para ambos casos, el diagnóstico afectó las relaciones de pareja y la satisfacción sexual en distintos grados, diferencia que estuvo moderada por el nivel de ajuste marital que tenían previo a la DSE.

De este modo, autores como Fugl- Meyer et al.(1997), refieren que los hombres que no padecen de esta enfermedad experimentan un nivel más alto de satisfacción sexual en comparación a los hombres que la padecen. Esta afirmación no corresponde a los resultados del participante 2, quien reporta que la enfermedad no ha traído consigo cambios en la satisfacción sexual, lo cual se corrobora con los resultados en el IISS, reportando un índice de insatisfacción bajo, contrario a los resultados obtenidos por el participante 1, en quien evidencia el fuerte impacto que la DSE ha tenido en su actividad sexual y en otros aspectos de su vida, como por ejemplo en la relación de pareja, puntuando alto en el IISS corroborando su nivel de insatisfacción.

El grado de afectación de la DSE en los diferentes aspectos de la vida de los participantes, está relacionado con el impacto que ésta genera en el autoconcepto y la autorreferenciación, ya que las enfermedades son consideradas como estresores que influyen en el individuo, en tanto su emocionalidad y comportamientos se modifican para reajustarse a la nueva condición de enfermedad (Aguilar, s.f. citado por Zavala et al.2007). Respecto a lo anterior, en el participante 2 se evidencia que la enfermedad no genera un impacto negativo en la forma en la que él se percibe, ya que no ve la disfunción como un problema relevante para su vida, y se considera una persona optimista y abierta a afrontar las dificultades, obteniendo resultados altos en la SEAR.

Por su parte, en el participante 1 se observa que la enfermedad afecta significativamente su autoestima, lo cual se evidencia en los resultados de la SEAR y en los sentimientos de inseguridad que afectan su percepción del rol de hombre, pues de acuerdo con Sánchez et al.(2002) el participante concibe el rol masculino a partir de la búsqueda de dominio y agresividad, entre otros, en donde, si este rol se asume rígidamente el hombre llega a buscar relaciones basadas en el control y el poder para mantener su autoridad. Esta concepción del rol del hombre, es alimentada a su vez por su área de funcionamiento social, en la que se fomenta la masculinidad y la infidelidad desde una lógica machista, que se representa a través de la potencia sexual. Lo que a su vez puede explicar la restricción de sus emociones y sentimientos como una forma de mantener su rol. Esta forma de concebir el rol de hombre se relaciona con la definición que él da para definir el rol de la mujer, concordando con los planteamientos de Hardy et al.(2001) y Sánchez et al.(2002) en los que la mujer asume el rol de la crianza de los hijos, la expresión de sentimientos y la pasividad.

A pesar de los planteamientos anteriormente propuestos, el participante 2 y su esposa reconocen las diferencias entre hombres y mujeres pero hablan de evitar asignar roles característicos de éstos, sin embargo se evidencia la presencia de roles asignados correspondientes a los socialmente establecidos.

Según lo propuesto por Saíz et al.(2000) y teniendo en cuenta las dos formas de entender los roles de cada uno de los participantes, es posible evidenciar la existencia de distintos factores que predisponen a sentirse más o menos hombre, como por ejemplo en el caso del participante 1 en el que la enfermedad influye de manera negativa en el funcionamiento sexual, afectando la valoración de sí mismo.

Ambos participantes se cuestionan acerca de si la enfermedad se relaciona con la edad, concepción que concuerda con los planteamientos de Rubio et al.(1997) en los que sostienen que en su rol, el hombre siempre debe estar listo para la actividad sexual y con los años va perdiendo potencia. Lo anterior es considerado por los participantes como factores que hacen del tratamiento un proceso necesario, especialmente en el participante 1, para quien el medicamento resulta ser fundamental en la actividad sexual. En la literatura revisada se reporta que la incidencia de la DSE está relacionada con la edad, especialmente en los hombres que están entre los sesenta y setenta años, no obstante es un problema que puede aparecer en cualquier momento, relacionado con la presencia de comorbilidades en la adultez media (Ardila, 2002; Moore et al.2003), rango de edad en el que se encuentran los participantes.

Si bien la enfermedad tiene un impacto diferente a nivel de autoconcepto y autorreferenciación en cada uno de los participantes, ambos manifiestan tener sentimientos de inseguridad al momento de tener relaciones sexuales, lo cual coincide con Zavala et al.(2007) cuando afirman que las limitaciones físicas tienen una repercusión en la autoestima y en los hábitos sexuales y pueden llegar a generar sentimientos de minusvalía e inseguridad, los cuales en el participante 1 influyen en la dificultad de aceptar la enfermedad y comunicarla a su pareja.

No sólo los sentimientos negativos influyen en la manera en la que el participante 1 ha afrontado la enfermedad, sino también la forma en la que se ha dado el ajuste con su esposa. En lo que respecta a este tema, estudios referidos por Althof et al.(2004) y Montorsi et al.(2004), citados por Conaglen et al.(2008) reportan la importancia del rol de la pareja y la necesidad del contexto relacional y social para el tratamiento de la DSE y su adherencia. De esta forma es posible ver cómo la participación de la mujer tiene una gran influencia en la forma en la que cada participante afronta la enfermedad. Así, en el participante 1, no hay un apoyo con respecto a la problemática ya que la esposa desconoce la enfermedad; por el contrario, la pareja del segundo participante representa un soporte importante en el momento de tomar decisiones y buscar soluciones relacionadas con la disfunción.

En este punto el ajuste de pareja resulta ser un factor fundamental, ya que da cuenta del nivel de satisfacción que refiere tener cada miembro de la pareja en cuanto a intereses, objetivos, valores y puntos de vista (Graham et al.2000, citados por Novoa y cols., 2003), por lo que se considera de gran importancia a la hora de entender el impacto de la enfermedad en la relación

de pareja, ya que describe cómo ha sido configurada la relación y la forma en la que en ésta se asume y enfrenta situaciones problemáticas.

Para poder evaluar el ajuste resulta pertinente conocer la perspectiva y las consecuencias que la pareja mujer tiene con la enfermedad. En el caso del participante 1 no fue posible conocer la versión de la esposa debido a que, como se ha dicho antes, desconoce la enfermedad y no asistió a la evaluación, situación que podría evidenciar desajuste en la pareja. Por otro lado, por medio de las escalas aplicadas y la entrevista realizada a la esposa del participante 2, se pudo evidenciar que en cuanto a los índices de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor obtenidos en el IFSF se observaron resultados que muestran un buen nivel en la función sexual y la satisfacción, siendo consistente con los resultados obtenidos en el IISS en los que puntuó bajo. También se evidenció que el resultado en la EAD es correspondiente a los resultados encontrados en el análisis categorial de la entrevista del participante 2, confirmando el ajuste de la pareja.

En concordancia con los estudios de Martínez et al.(1998) se refleja cómo cada uno de los integrantes de la pareja debe ser sensible a los cambios que se presentan a lo largo de la relación; no solamente para identificarlos y manifestarlos y para determinar cómo éstos afectan en sus propias necesidades, sino también para aprender a descubrir y aceptar los cambios de su pareja y los de la relación.

En el caso del participante 2, los cambios asociados a la enfermedad han sido enfrentados de forma conjunta y teniendo en cuenta las necesidades de los dos miembros. Así, en esta pareja se evidencian sobre todo características positivas siguiendo el modelo de ajuste planteado por Christensen y col. (2006), en el que la cercanía y la afectividad son categorías que contienen por un lado, el acuerdo en la toma de decisiones y la crianza de los hijos, el tiempo que comparten como pareja, la distribución de tareas del hogar y las soluciones intentadas para resolver situaciones difíciles, mientras que por otro lado, se evidencia una gran importancia de la actividad, comunicación y satisfacción sexual.

Los patrones de comunicación construidos en la pareja se consideran fundamentales en el ajuste, ya que a partir de éstos es posible determinar la eficacia de la pareja para intercambiar experiencias, puntos de vista, creencias y sentimientos. Definiendo la forma en la que se solucionan las dificultades, se satisfacen las necesidades emocionales y evidenciando el grado de

motivación de cada uno de los miembros para mantener la relación, definiendo así su naturaleza (Martínez y cols., 1998).

El participante 2 y su pareja, evidencian que la comunicación tanto afectiva como sexual ha resultado ser asertiva al momento de discutir preocupaciones, necesidades e insatisfacciones, no sólo con respecto a la enfermedad, sino también con respecto a la necesidad de expresar al otro sus sentimientos y expectativas, siendo coherentes con la concepción que tienen de la confianza como uno de los pilares de la relación. Esto se relaciona con los planteamientos de Spanier (1976) sobre las categorías de ajuste diádico correspondientes al consenso, la cohesión, la satisfacción y la expresión afectiva. En este sentido, la comunicación resulta ser un proceso determinante tanto en la solución de conflictos, en el manejo y evaluación de las diferentes situaciones, como en la satisfacción de necesidades afectivas (Martínez y cols., 1998).

La carencia de una comunicación afectiva y sexual, como en el caso del participante 1, tiene como consecuencia conductas de índole evitativa, que se presentan cuando con su pareja se empieza a hablar de sexo, tema que le genera tensión. El participante atribuye a su esposa “la actitud pasiva” como la razón para que los encuentros sexuales no se den, provocando discusiones en las que se fomenta la crítica hacia la forma de actuar del otro. Se muestra una carencia de habilidades de comunicación y desajuste en la expresión de afecto al no dar a conocer a su esposa el diagnóstico, probablemente por querer evitar sentimientos de vergüenza e inferioridad. Así, en las parejas en las que existe la tendencia a evitar discusiones, suelen presentarse bajos niveles de satisfacción marital (Badr y cols., 2009), en este caso, el hecho de que el tema de la sexualidad genere dichos comportamientos de evitación, hace que la satisfacción sexual también se vea afectada.

No obstante se debe tener presente que las parejas siguen estándares de cómo “debe ser” la relación, lo que demuestra que la comunicación no es lo único que determina la felicidad marital, sino que la relación entre ésta y el ajuste se puede ver afectada por otros factores que dependen del contexto de la pareja (Gordon et al. 1999, citados por Litzinger y cols., 2005), como los nombrados anteriormente al hablar de la cercanía y la afectividad. Con respecto a la relación del participante 1 se evidencia que los factores que interfieren en dicha felicidad son el control y el autoritarismo, la infidelidad, la deshonestidad y las críticas, descritas por Christensen y cols., (2006) como características negativas del ajuste diádico. A su vez, la falta de espacios para

compartir como pareja y el erotismo emergen como categorías que interfieren en la satisfacción marital y en el ajuste, concordando con las bajas puntuaciones obtenidas en la EAD.

Conclusiones

Los resultados muestran que el nivel de ajuste marital, especialmente en términos de la comunicación afectiva previa al problema de DSE de origen orgánico, es un factor que se relaciona de manera importante con la satisfacción sexual. Ya que se considera que si las parejas están sólidamente relacionadas, el diagnóstico no las afecta de la misma manera, a diferencia de las parejas en las que se presentan conflictos previos a éste, en los cuales aumentan la vulnerabilidad y se favorece el desajuste marital. Lo cual se corrobora con los planteamientos de Martínez et al.(1998) al respecto.

Lograr patrones adecuados de comunicación generan un mayor grado de satisfacción y éxito en la relación, lo que beneficia tanto a la pareja como a cada uno de los que la integran, puesto que la comunicación es un elemento que tiene implicaciones en la sexualidad en el caso de la DSE de tipo orgánico. Así, la comunicación efectiva aparece como la herramienta que va a establecer una nueva forma de expresar intimidad y a la vez, de mantener la relación de pareja, facilitando la adaptación de los dos miembros cuando se presenta la disfunción sexual (Badr y Taylor, 2009).

En cuanto al autoconcepto y autorreferenciación en los participantes se concluye que la concepción de un rol masculino rígido, en los participantes con componentes machistas, se asocia con la presencia de sentimientos de inseguridad en los cambios asociados a la DSE.

Es importante resaltar que los instrumentos de medición utilizados en la presente investigación se mostraron sensibles a las categorías de análisis evaluadas en las entrevistas. Se cree que el orden en el que se llevó a cabo la aplicación de instrumentos permitió esto, debido a que al responder las escalas, los participantes ya habían tratado dichos temas anteriormente con el entrevistador.

A pesar de lo anterior, es pertinente mencionar que el modelo propuesto por Christensen y Doss (2006) sobre el ajuste diádico, presenta carencias a la hora de realizar los análisis correspondientes, debido a que está planteado para identificar la presencia de componentes positivos o negativos del ajuste, dejando a un lado la identificación de la carencia de los factores

positivos como es el caso de las categorías emergentes encontradas, las cuales hacen referencia a la falta de comunicación sexual y afectiva, falta de espacios para la pareja y falta de erotismo.

Es necesario mencionar que a pesar de que un estudio de la DENSA para América Latina estima que en Colombia el nivel de población con disfunción eréctil en hombres mayores de 40 años es del 53% (Robayo y cols., 2009), fue difícil conseguir una cantidad de población considerable, lo cual se atribuye a la dificultad en el acceso a este tipo de población, así como al tabú que representa la disfunción sexual en nuestro país. Debido a esto se recomienda realizar investigaciones que abarquen la disfunción sexual, la pareja y el autoconcepto con una muestra representativa que permita establecer conclusiones significativas para la población colombiana. Se atribuye la dificultad, en parte a la concepción de rol de hombre mencionada anteriormente, así como al tabú que representa la sexualidad y hablar de ésta en Colombia.

A nivel metodológico se recomienda que se realicen sesiones de seguimiento con los participantes y sus parejas con el fin de conocer el impacto del tratamiento en el ajuste. También se recomienda que se realicen evaluaciones individuales con cada uno de los miembros de la pareja para identificar el impacto personal que la enfermedad ha traído para cada uno y su pareja y así comparar los discursos presentados por éstos en cada una de las sesiones.

Por último, debido a que la muestra de la presente investigación no es representativa, no es posible realizar una generalización de los resultados encontrados y por lo tanto tampoco se puede aportar a las políticas públicas y a los protocolos de intervención en la DSE. Sin embargo se hace necesario tener en cuenta el ajuste de pareja en el contexto hospitalario en cuanto a las implicaciones diagnósticas y el correspondiente tratamiento de la DSE.

5.0 Referencias bibliográficas

- Alcántara, E., Muchástegui, A. (2004). Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. *Physis* [online]. 2009, 19 (3), 591-615
- Álvarez-Gayou, J. (2011). Causas de las disfunciones sexuales. En: Sexoterapia Integral. México, Manual Moderno.
- Althof, S. E. (2002). When an erection alone is not enough: Biopsychosocial obstacles to lovemaking. *International Journal of Impotence Research*, 14(Suppl. 1), S99–S104.
- Althof, S. E., & Wieder, M. (2004). Psychotherapy for erectile dysfunction. Now more relevant than ever. *Endocrine*, 23 (2-3), 131–134.
- Alzate, H. (1997). Sexualidad humana. Editorial Temis, Bogotá.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Madrid: Masson; 2002.
- Ardila, J. E. (2002). Disfunción eréctil. *MedUNAB*, 5(15), 174-184.
- Awad, H., Salem, A., Gadalla, A., Abou El Wafa, N. and Mohamed, O. A. (2010). Erectile function in men with diabetes type 2: correlation with glycemic control. *International Journal of Impotence Research*, 22 (1), 36–39.
- Badr, H., Taylor, C. (2009). Sexual dysfunction and spousal communication in couples coping with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 18 (7), 735-746.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association*, 172, 1327-1333.
- Benet A. F., Melman A. (1995) The epidemiology of erectile dysfunction. *Urologic Clinics of North America*, 22, 699-709.
- Bravo, C., Corres, N., Blum, B., Carreño, J. (2009). Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Salud Mental*, 32 (1), 43-51.
- Saíz, J. Zábala, S. (2000) Ansiolíticos benzodiazepínicos y función sexual. En Bobes, J. Dexeus, J. Gibert, J. Psicofármacos y función sexual. Edición Díaz de Santos, Madrid.
- Bokhour, B. G., Clark, J., Inui, T. S., Silliman, R. A., y Talcott, J. A. (2001). Sexuality and treatment for early prostate cancer. Exploring the meanings of 'Erectile Dysfunction'. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 649–655.

- Blümel, J., 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.
- Cappelleri, J. C., Althof, S. E., Siegel, R.L., Stecher, V.J., Tseng, L.J., & Duttagupta, S. (2005). Association between the erectile dysfunction inventory of treatment satisfaction and the self-esteem and relationship questionnaire following treatment with sildenafil citrate for men with erectile dysfunction. *Value in Health*, 8, S54–S60
- Cappelleri J. Rosen, R. Smith, M. Mishra, A. Osterloh, I. (1999) Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urology*, 54(2), 346-351.
- Cayan, S., Bozlu, M., Canpolat, B., y Akbay, E. (2004). The assessment of sexual function in women with male partners complaining of erectile dysfunction: Does treatment of male sexual dysfunction improve female partner's sexual functions? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 333–341.
- Conaglen, H. y Conaglen, J. (2008). The impact of erectile dysfunction on female Partners: a qualitative investigation. *Sexual and Relationship Therapy*, 23 (2), 147-156.
- Conaglen, H., Williamson, A., y Conaglen, J., (2009). Effect of erectile dysfunction medications on coexisting sexual dysfunctions in couples: Partners' Preference Study. *Sexual and Relationship Therapy*, 24 (3–4), 316–332.
- Costanzo, P., Knoblovits, P., Rey-Valzacchi, G., Gueglio, G., Layus, O., Litwak, L.(2008). La disfunción eréctil se asocia a elevada prevalencia de obesidad y síndrome metabólico. *Revista argentina de endocrinología y metabolismo*, 45 (4) 142-148.
- Dean, J., Rubio-Aurioles, E., McCabe, M. P., Eardley, I., Speakman, M., Buvat, J., de Tejada, I. S. y Fisher, W. (2007). Integrating partners into erectile dysfunction treatment: Improving the sexual experience for the couple. *International Journal of Clinical Practice*, 62, 127–133.
- Doss, B., Christensen, A. (2006). Acceptance in Romantic Relationships: The Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory. *Psychological Assessment American Psychological Association* , Vol. 18, No. 3, 289–302.

- Frank, E., Noyon, A., Hofling, V., & Heidenreich, T. (2010). In-situation safety behaviors as a factor in the maintenance and treatment of sexual dysfunctions. *Sexual & Relationship Therapy, 25*(1), 12-28. doi:10.1080/14681990903433703
- Federación Colombiana de Psicología. (2000). Código Ético del Psicólogo. Colombia. Bogotá: ABC
- Fugl-Meyer, A. R., Lodnert, G., Branholm, I. B., & Fugl-Meyer, K. S. (1997). On life satisfaction in male erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research, 9*, 141-148.
- Fugl-Meyer, K. S., & Fugl-Meyer, A. R. (2002). Sexual disabilities are not singularities. *International Journal of Impotence Research, 14*, 487-493.
- Gambescia, N., Sendak, S. y Weeks, G. (2009). The Treatment of Erectile Dysfunction, *Journal of Family Psychotherapy, 20*:2-3, 221-240.
- Greenstein, A., Abramov, L., Matzkin, H. y Chen, J., (2006). Sexual dysfunction in women Partners of men with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research, 18* (1), 44-46.
- Gregory, A., Broderick, M., (2006). Premature Ejaculation: On Defining and Quantifying a Common Male Sexual Dysfunction. *The journal of sexual medicine, 3*(4), 295-302.
- Hardy, E., Jiménez, A. L. (2001). Masculinidad y Género. *Revista Cubana de Salud Pública 27* (2).
- Jeffrey J.; Ford BS (2006): Solution Focused Sex Therapy of Erectile Dysfunction, *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions, 5*:4, 65-79.
- Kaplan, H. (1979). Disorders of Sexual Desire: And Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy. Simon and Schuster, New York.
- Kaplan, H. (1978). La nueva terapia sexual. Vols. I y II, Alianza, Madrid.
- Kaplan, H. (1974). The new sex therapy. Brunner/Mazel, New York.
- Kaplan, H. (1985). Trastornos del deseo sexual. Grijalbo, Barcelona.
- Litzinger, S. y Coop, K. (2005). Exploring Relationships Among Communication, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 31*(5), 409-424.
- López, M., Sosa, M., Labrousse, N. (2007). Síndrome metabólico. *Revista de posgrado de la Vía Cátedra de medicina*. Universidad Nacional del Nordeste.

- Martínez, L., Moreno, S. (2004). Encuesta para evaluación cuantitativa de la función eréctil en pacientes post-prostatectomía radical. *Departamento de Urología. Pontificia Universidad Católica de Chile*, 69, 211-214.
- Martínez, P. y Ballesteros de Valderrama, B. (1998). Dos en uno. Cómo lograr armonía en nuestra relación de pareja. Grijalbo, Bogotá.
- Masters, W., Johnson, V. (1966) Human sexual response. Little Brown, Boston.
- McCabe, M. P. (1999). The interrelationship between intimacy, relationship functioning and sexuality among men and women in committed relationships. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 8, 31–38.
- McCabe, M. P. y Matic, H. (2007). Erectile dysfunction and relationships: views of men with erectile dysfunction and their partners. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(1), 51–60.
- McCarthy, B. M., Fucito, L. M. (2005) Integrating Medication, Realistic Expectations, and Therapeutic intervention in the treatment of male sexual dysfunction. *Journal of sex & Marital Therapy*, 31 (4), 319-328.
- McMahon, C., Abdo, C., Incrocci, L., Perelman, M., Rowland, D., Waldinger, M., Cheng Xin, Z. (2004). Disorders of Orgasm and Ejaculation in Men. Summary of Committee. For the complete report please refer to Sexual Medicine: Sexual Dysfunctions in Men and Women, edited by T.F. Lue, R., Basson, R., Rosen, F., Giuliano, S., Khoury, F., Montorsi F., Paris, *Health Publications*.
- Moore, T., Strauss, J., Herman, S., Donatucci, C. (2003). Erectile Dysfunction in early, Middle, and Late Adulthood Symptom Patterns and Psychosocial Correlates. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29 (5), 381-399.
- Montorsi, F., & Althof, S. E. (2004). Partner responses to sildenafil citrate (Viagra) treatment of erectile dysfunction. *Urology*, 63, 762–767.
- Moral, J. (2009). Medida de la Satisfacción Sexual en Parejas Casadas: Un Estudio de Validación. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología* 15 (1), 45-76.
- Navarro, E. y Vargas, R. (2007). Síndrome metabólico en el suroccidente de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 24 (1), 40-52.
- Novoa, M., Cruz, C., Rojas, L., Wilde, K. (2003). Efectos secundarios de los tratamientos de cancer de próstata localizado en la calidad de vida y el ajuste marital. *Universitas Psychologica*, 2 (2), 169-186.

- Panser, L. A., Rhodes, T., Girman, C. J., Guess, H. A., Chute, C. G., Oesterling, J. E. (1995). Sexual function in men ages 40 to 79 years: The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. *Journal of the American Geriatric Society*, 43, 1107–1111.
- Pinzón, J., Serrano, N., Díaz, L., Mantilla, G., Velasco, H., Martínez, L., Millán, P., Acevedo, S., Moreno, D. (2007). Impacto de las nuevas definiciones en la prevalencia del síndrome metabólico en una población adulta de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica*, 27(002), 172-179.
- Pontificia Universidad Javeriana (1992). Misión Proyecto Educativo. Folleto.
- Pontin, D., Porter, T. y McDonagh, R. (2002). Investigating the effect of erectile dysfunction on the lives of men: A qualitative research study. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 264–272.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K. y Rosenheck, R. A. (1999). The effects of marital dissolution and marital quality on health and health service use among women. *Medical Care*, 37, 858-873.
- Rejas, J., Cabello, F., Calle, A., Chantada, V., Fora, F., García, M., Rico, F., Martínez, E. y Grupo Español de Trabajo para la validación de la versión española del cuestionario SEAR (Self-Esteem And Relationship Questionnaire) (2005). Validación de la versión española del cuestionario SEAR (Self-Esteem And Relationship Questionnaire) para varones con disfunción eréctil. *Med Clin*, 125 (15) 565-573.
- República de Colombia - Ministerio de la Protección Social - Dirección General de la Salud Pública (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá.
- Robayo, J. A., García, P., Herney, A., Carbonell, J. (2009). Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en un hospital de tercer nivel. *Revista Colombiana de Urología*, 18 (1), 39-46.
- Romero, J., Licea, M. (2000). Disfunción sexual eréctil en diabetes mellitus. *Revista Cubana Endocrinología*, 11(2), 105-20.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, D., Ferguson, D., D'Agostino, R. (2000) The female sexual function index (FSFI): A multidimensional Self-report Instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital therapy*, 26 (2), 191-208.

- Rosen, R., Janssen, E., Wiegel, M., Bancroft, J., Althof, S., Wincze, J., Seigraves, T., y Barlow, D. (2006). Psychological and Interpersonal Correlates in Men with Erectile Dysfunction and their Partners: A Pilot Study of Treatment Outcome with Sildenafil. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32:3, 215-234.
- Rubio, E., Díaz, J., Foullieux, C. (1997). Las Disfunciones Sexuales. Psiquiatría-I Manejo clínico de la problemática sexual. A3. *Intersistemas*. México. Recuperado de <http://www.amssac.org/media/2011/03/Las-Disfunciones-Sexuales.pdf>.
- Sánchez, C., Carreño, J., Martínez, S., Aldana, E. (2002). Disfunción sexual masculina y su relación con el rol de género y asertividad. *Perinatol Reprod. Humana*, 16, 123-131.
- Santos, P., Sierra, J., García, M., Martínez, A., Sánchez A. y Tapia, M. (2009). Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (2), 259-273.
- Santos, P., Vallejo, P., y Sierra, J., (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (3), 501-517.
- Sapetti, A. (2007). Disfunción eréctil y obesidad. Recuperado de <http://aap.org.ar>
- Secretaría de Salud (2007). Proyecto de autonomía – Salud sexual y reproductiva con enfoque promocional de calidad de vida y salud documento guía para la formulación de proyectos y planes. Alcaldía Mayor de Bogotá D. C.
- Seigraves, R. (2009). Considerations for a Better Definition of Male Orgasmic Disorder in DSM V. *International Society for Sexual Medicine*, 7, 690-699. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01683.x.
- Sobczak, J. (2009). Female Sexual Dysfunction: Knowledge Development and Practice Implications. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 161-172. doi:10.1111/j.1744-6163.2009.00218.x.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-38.
- Spanier, G. B. (1988). Assessing the strengths of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Family Psychology*, 2, 92-94.
- Spanier, G. B. y Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 731-738.

- Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Ediciones Morata, Madrid
- Stephenson, K. y Sullivan, K. (2009). Social norms and general sexual satisfaction: The cost of misperceived descriptive norms. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18 (3), 89-105.
- Tan, G., Waldman, K., Bostick. (2002). Psychosocial Issues, Sexuality, and Cancer. *Sexuality & Disability*, 20 (4), 297-318.
- Tiefer, L. (2001). A new view of women's sexual problems: why new? Why now? *Journal Sex Research*, 38 (2), 89-96.
- Tiefer, L., Hall, M., Tavriz, C. (2000). Beyond dysfunction: a new view of women's sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28 (s), 225-232. doi: 10.1080/00926230252851357.
- Tiefer, L. (1991). Historical, Scientific and feminist criticisms of "The human Sexual Response cycle" model. *Annual review of sex research*, 2, 1-23.
- Useche, B. (2001). El examen sexológico en las disfunciones excitatorias y orgásmicas femeninas. *Revista Terapia Sexual*, 4 (1), 115-131.
- Useche, B. (2005). Medicalización, erotismo y diversidad sexual: Una crítica sexológica al DSM-IV-TR (I parte). *Sexología Integral*, 2(1): 36-42.
- Valenzuela, A., Maíz, A., Margozzini, P., Ferreccio, C., Rigotti, A., Olea, R., Arteaga, A. (2003). Prevalencia de síndrome metabólico en población adulta chilena: Datos de la Encuesta Nacional de Salud 2003. *Revista Medicina Chilena*, 138, 707-714.
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Reflexión metodológica y práctica. Madrid: Editorial Síntesis.
- Villegas, A., Botero, J., Arango, I., Arias, S., Toro, M. (2003). Prevalencia del síndrome metabólico en *El Retiro*, Colombia. *Iatreia* 16 (4), 291-297.
- Zavala, M. y Whetsell, M. (2007). La Fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Aquichan* 7 (2), 174-188.
- Zebrack, B., Foley, S., Wittmann, D., y Leonard, M. (2010). Sexual functioning in young adult survivors of childhood cáncer. *Psycho-Oncology*, 19, 814-822.

(Anexo a) *Folleto Participantes*



Investigación sobre sexualidad y ajuste marital en síndrome metabólico

Buscamos personas que quieran y puedan participar en una tesis de grado de investigación que está siendo realizada por tres estudiantes de la facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, acerca de la sexualidad y la vida en pareja en personas diagnosticadas con disfunción eréctil debido a síndrome metabólico.

¿Quiere hacer parte de la investigación?

Requisitos:

- Haber sido diagnosticado con síndrome metabólico
- Haber sido diagnosticado con disfunción eréctil
- Tener entre 20 y 50 años
- Tener una pareja estable hace más de 1 año
- Tener disponibilidad de tiempo una vez al mes

Procedimiento:

Durante su participación serán realizadas entrevistas a profundidad a usted y a su pareja una vez al mes, durante cuatro meses. Además se deberán contestar cuestionarios relativos al tema.

Si está dispuesto a participar, por favor comuníquese con:

Santiago Pino: 313 431 9733, santipino16@hotmail.com, correo javeriana

Constanza Gómez: 313 494 4219, conygomez@msn.com, correo javeriana

Andrea Garcés: 312 587 2316, andreagarces14@hotmail.com, andrea.garces@javeriana.edu.co

Mónica Novoa: Número, mnovoagomez@gmail.com, mmnvoa@javeriana.edu.co

(Anexo b) Validación de instrumentos

ISS

Respetado Doctor,

Dada su formación en la disciplina, experiencia y conocimiento, nos permitimos solicitarle de la manera más atenta su servicio como juez evaluador del cuestionario sobre el **ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN SEXUAL (ISS)** con el fin de valorar si los ítems de dicho cuestionario son adecuados y comprensibles para la población colombiana.

Este cuestionario cuenta con 25 reactivos y se concibió como una medida breve y global de desacuerdo sexual.

Cabe resaltar que el objetivo que guía el uso de este instrumento es caracterizar los patrones de desarrollo y evolución de dificultades sexuales y el ajuste marital de parejas en el momento en que el hombre recibe el diagnóstico de la enfermedad metabólica y hasta 3 meses posteriores a esto.

Para esto se realizarán 4 evaluaciones periódicas que iniciaran luego del diagnóstico de la disfunción eréctil por etiología metabólica, luego se hará una evaluación cada mes hasta terminar con las cuatro evaluaciones planeadas.

Para efectos de la evaluación adjuntamos:

- Instrucciones
- Formato de evaluación

De antemano le agradecemos su colaboración.

Cordialmente,

Andrea Garcés, Constanza Gómez y Santiago Pino

**FORMATO DE VALIDACION CULTURAL DEL
ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN SEXUAL (ISS)**

Señor Evaluador:

A continuación encontrará un formato en el cual se pretende evaluar cualitativa y cuantitativamente cada uno de los reactivos que componen el Instrumento a evaluar y algunas características del Instrumento en general.

Para tal efecto se solicita tener en cuenta los siguientes criterios:

1. **REDACCION:** Hace referencia a aspectos relacionados con la redacción y la construcción gramatical de cada una de las afirmaciones que componen el instrumento, en relación a la población colombiana.
2. **COHERENCIA:** Hace alusión al grado de correspondencia o coherencia entre lo que evalúa el reactivo y el constructo a evaluar en cada categoría a la que pertenece con relación al propósito del instrumento.
3. **PERTINENCIA:** Aporte o contribución individual del ítem a la comprensión del constructo a evaluar en cada categoría, de forma que los ítems que la conforman sean suficientes y necesarios para su medición en población colombiana.

Para efectos de la evaluación cuantitativa de los reactivos que componen el instrumento, es necesario adjudicar un valor a cada uno en los criterios anteriormente descritos, así:

1. **REDACCION:** Se califica de 1 a 5, donde (5) Es bien redactado, (1) No está bien redactado.
2. **COHERENCIA:** Donde (1) Es coherente, (2) No es coherente.
3. **PERTINENCIA:** Se califica de 1 a 5, Donde (5) Es pertinente (1) No es pertinente.

Adicional se presenta un espacio para sus observaciones y comentarios a cada reactivo.

FORMATO DE VALIDACION DE CONTENIDO

ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN SEXUAL (ISS)

Señor evaluador, a continuación encontrará cada uno de los ítems que componen el instrumento, para efectos de la evaluación de la calidad técnica de dicho instrumento, se le solicita marcar con una (X), de acuerdo a la escala anteriormente presentada:

| No. | ITEM | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | | | OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS |
|-----|--|-------------------------|------------|---|-------------|---|
| | | Redacción | Coherencia | | Pertinencia | |
| | | | 1 a 5 | 1 | | |
| | | | | | | Uds dicen q se evalúa acá el “Aporte o contribución individual del ítem a la comprensión del constructo a evaluar en cada categoría, de forma que los ítems que la conforman sean suficientes y necesarios para su medición en población colombiana.”, pero como no hay categorías enunciadas, tendré como marco el tema general que evalúa el instrumento para pensar en la pertinencia. |
| 1 | Creo que mi esposo/a disfruta de nuestra vida sexual | 5 | x | | 5 | |
| 2 | Nuestra vida sexual es muy excitante | 5 | x | | 5 | |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|--|---|--|
| 3 | El sexo es divertido para mi esposo/a y para mí | 5 | x | | 5 | |
| 4 | El sexo con mi esposo/a ha llegado a ser una carga para mí | 5 | x | | 5 | |
| 5 | Creo que el sexo que tenemos es sucio y asqueroso | 3 | x | | 4 | Revisar la connotación de “sucio y asqueroso” |
| 6 | Nuestra vida sexual es monótona | 5 | x | | 5 | |
| 7 | Cuando tenemos sexo, si hay, es demasiado rápido y apresurado | 2 | x | | 5 | |
| 8 | Creo que mi vida sexual es de mala calidad | 2 | x | | 5 | Cambiaría el “de mala calidad”, creo que la pondría: califico la calidad de mi vida sexual como mala |
| 9 | Mi esposo/a es sexualmente muy excitante | 5 | x | | 5 | |
| 10 | Disfruto de las técnicas sexuales que mi esposo/a usa o le gustan | 5 | x | | 5 | |
| 11 | Creo que mi esposo/a quiere demasiado sexo de mí | 2 | x | | 5 | Revisar el “demasiado sexo de mí” redacción |
| 12 | Creo que nuestra vida sexual es maravillosa | 5 | x | | 5 | |
| 13 | Mi esposo/a da demasiada importancia al sexo | 4 | x | | 5 | Mi esposo le da... |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|--|---|--|
| 14 | Intento evitar el contacto sexual con mi esposo/a | 5 | x | | 5 | |
| 15 | Mi esposo/a es demasiado rudo/a cuando hacemos el amor | 2 | x | | 5 | Revisar la palabra rudo |
| 16 | Mi esposo/a es una amante maravilloso/a | 5 | x | | 5 | |
| 17 | Creo que el sexo es una función normal dentro de nuestra relación | 5 | x | | 5 | |
| 18 | Mi esposo/a no quiere tener relaciones sexuales cuando yo quiero | 5 | x | | 5 | |
| 19 | Creo que nuestra vida sexual realmente mejora nuestra relación | 5 | x | | 5 | |
| 20 | Mi esposo/a parece evitar el contacto sexual conmigo | 3 | x | | 5 | Pondría : Me parece que mi esposo/a evita el.... |
| 21 | Me es fácil excitarme sexualmente con mi esposo/a | 5 | x | | 5 | |
| 22 | Creo que mi esposo/a está satisfecha sexualmente conmigo | 5 | x | | 5 | Poner satisfecho/a |
| 23 | Mi esposo/a es muy sensible a mis necesidades y deseos sexuales | 5 | x | | 5 | |
| 24 | Mi esposo/a no me satisface sexualmente | 5 | x | | 5 | |

| | | | | | |
|----|-------------------------------------|---|---|---|--|
| 25 | Creo que mi vida sexual es aburrida | 5 | x | 5 | |
|----|-------------------------------------|---|---|---|--|

NOMBRE DEL EVALUADOR: Rocío García

DATOS DE CONTACTO dennys.garcia@javeriana.edu.co

FORMATO DE VALIDACION DE CONTENIDO

ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN SEXUAL (ISS)

Señor evaluador, a continuación encontrará cada uno de los ítems que componen el instrumento, para efectos de la evaluación de la calidad técnica de dicho instrumento, se le solicita marcar con una (X), de acuerdo a la escala anteriormente presentada:

| No. | ITEM | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | | | OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS |
|-----|--|-------------------------|------------|---|-------------|-----------------------------|
| | | Redacción | Coherencia | | Pertinencia | |
| | | 1 a 5 | 1 | 2 | 1 a 5 | |
| 1 | Creo que mi esposo/a disfruta de nuestra vida sexual | 5 | x | | 5 | |
| 2 | Nuestra vida sexual es muy excitante | 5 | x | | 5 | |
| 3 | El sexo es divertido para mi esposo/a y para mí | 5 | x | | 5 | |
| 4 | El sexo con mi esposo/a ha llegado a ser una carga para mí | 5 | x | | 5 | |
| 5 | Creo que el sexo que tenemos es sucio y asqueroso | 5 | x | | 5 | |
| 6 | Nuestra vida sexual es monótona | 5 | x | | 5 | |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|--|---|---|
| 7 | Cuando tenemos sexo, si hay, es demasiado rápido y apresurado | 5 | x | | 5 | |
| 8 | Creo que mi vida sexual es de mala calidad | 5 | x | | 5 | |
| 9 | Mi esposo/a es sexualmente muy excitante | 5 | x | | 5 | |
| 10 | Disfruto de las técnicas sexuales que mi esposo/a usa o le gustan | 3 | x | | 5 | En el contexto no veo que puedan ser técnicas |
| 11 | Creo que mi esposo/a quiere demasiado sexo de mí | 5 | x | | 5 | |
| 12 | Creo que nuestra vida sexual es maravillosa | 5 | x | | 5 | |
| 13 | Mi esposo/a da demasiada importancia al sexo | 5 | x | | 5 | |
| 14 | Intento evitar el contacto sexual con mi esposo/a | 5 | x | | 5 | |
| 15 | Mi esposo/a es demasiado rudo/a cuando hacemos el amor | 3 | x | | 5 | Para el contexto colombiano considero que brusco es mas adecuado que rudo |
| 16 | Mi esposo/a es una amante maravilloso/a | 5 | x | | 5 | |
| 17 | Creo que el sexo es una función normal dentro de nuestra relación | 3 | x | | 5 | No sería mejor usar una función natural, mas que normal |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|--|---|--|
| 18 | Mi esposo/a no quiere tener relaciones sexuales cuando yo quiero | 5 | x | | 5 | |
| 19 | Creo que nuestra vida sexual realmente mejora nuestra relación | 5 | x | | 5 | |
| 20 | Mi esposo/a parece evitar el contacto sexual conmigo | 5 | x | | 5 | |
| 21 | Me es fácil excitarme sexualmente con mi esposo/a | 5 | x | | 5 | |
| 22 | Creo que mi esposo/a está satisfecha sexualmente conmigo | 5 | x | | 5 | |
| 23 | Mi esposo/a es muy sensible a mis necesidades y deseos sexuales | 5 | x | | 5 | |
| 24 | Mi esposo/a no me satisface sexualmente | 5 | x | | 5 | |
| 25 | Creo que mi vida sexual es aburrida | 5 | x | | 5 | |

NOMBRE DEL EVALUADOR: Laurent Marchal

FORMATO DE VALIDACION DE CONTENIDO

ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN SEXUAL (ISS)

Señor evaluador, a continuación encontrará cada uno de los ítems que componen el instrumento, para efectos de la evaluación de la calidad técnica de dicho instrumento, se le solicita marcar con una (X), de acuerdo a la escala anteriormente presentada:

| No. | ITEM | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | | | OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS |
|-----|--|-------------------------|------------|---|-------------|-----------------------------|
| | | Redacción | Coherencia | | Pertinencia | |
| | | 1 a 5 | 1 | 2 | 1 a 5 | |
| 1 | Creo que mi esposo/a disfruta de nuestra vida sexual | 5 | X | | 5 | |
| 2 | Nuestra vida sexual es muy excitante | 5 | x | | 5 | |
| 3 | El sexo es divertido para mi esposo/a y para mí | 5 | X | | 5 | |
| 4 | El sexo con mi esposo/a ha llegado a ser una carga para mí | 5 | x | | 5 | |
| 5 | Creo que el sexo que tenemos es sucio y asqueroso | 5 | X | | 5 | |
| 6 | Nuestra vida sexual es monótona | 5 | X | | 5 | |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|--|---|------------------------------------|
| 7 | Cuando tenemos sexo, si hay, es demasiado rápido y apresurado | 5 | X | | 5 | |
| 8 | Creo que mi vida sexual es de mala calidad | 5 | x | | 5 | |
| 9 | Mi esposo/a es sexualmente muy excitante | 3 | X | | 5 | Confusa. Mi esposa me es atractiva |
| 10 | Disfruto de las técnicas sexuales que mi esposo/a usa o le gustan | 5 | x | | 5 | |
| 11 | Creo que mi esposo/a quiere demasiado sexo de mí | 5 | X | | 5 | |
| 12 | Creo que nuestra vida sexual es maravillosa | 5 | x | | 5 | |
| 13 | Mi esposo/a da demasiada importancia al sexo | 5 | X | | 5 | |
| 14 | Intento evitar el contacto sexual con mi esposo/a | 5 | x | | 5 | |
| 15 | Mi esposo/a es demasiado rudo/a cuando hacemos el amor | 5 | X | | 5 | |
| 16 | Mi esposo/a es una amante maravilloso/a | 5 | X | | 5 | |
| 17 | Creo que el sexo es una función normal dentro de nuestra relación | 5 | x | | 5 | |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|--|---|--|
| 18 | Mi esposo/a no quiere tener relaciones sexuales cuando yo quiero | 5 | X | | 5 | |
| 19 | Creo que nuestra vida sexual realmente mejora nuestra relación | 5 | X | | 5 | |
| 20 | Mi esposo/a parece evitar el contacto sexual conmigo | 5 | x | | 5 | |
| 21 | Me es fácil excitarme sexualmente con mi esposo/a | 5 | X | | 5 | |
| 22 | Creo que mi esposo/a está satisfecha sexualmente conmigo | 5 | X | | 5 | |
| 23 | Mi esposo/a es muy sensible a mis necesidades y deseos sexuales | 5 | X | | 5 | |
| 24 | Mi esposo/a no me satisface sexualmente | 5 | X | | 5 | |
| 25 | Creo que mi vida sexual es aburrida | 5 | X | | 5 | |

NOMBRE DEL EVALUADOR: José Miguel Silva Herrera

DATOS DE CONTACTO: 3158340471

FECHA DE LA EVALUACIÓN: 14/02/2012

SEAR

Respetado Doctor,

Dada su formación en la disciplina, experiencia y conocimiento, nos permitimos solicitarle de la manera más atenta su servicio como juez evaluador del cuestionario sobre el del **CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA Y RELACIONES (SEAR)** con el fin de valorar si los ítems de dicho cuestionario son adecuados y comprensibles para la población colombiana.

Este cuestionario cuenta con 25 reactivos y se concibió como una medida breve y global de desacuerdo sexual.

Cabe resaltar que el objetivo que guía el uso de este instrumento es caracterizar los patrones de desarrollo y evolución de dificultades sexuales y el ajuste marital de parejas en el momento en que el hombre recibe el diagnóstico de la enfermedad metabólica y hasta 3 meses posteriores a esto.

Para esto se realizarán 4 evaluaciones periódicas que iniciaran luego del diagnóstico de la disfunción eréctil por etiología metabólica, luego se hará una evaluación cada mes hasta terminar con las cuatro evaluaciones planeadas.

Para efectos de la evaluación adjuntamos:

- Instrucciones
- Formato de evaluación

De antemano le agradecemos su colaboración.

Cordialmente,

Andrea Garcés, Constanza Gómez y Santiago Pino

**FORMATO DE VALIDACIÓN CULTURAL DEL
CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA Y RELACIONES (SEAR)**

Señor Evaluador:

A continuación encontrará un formato en el cual se pretende evaluar cualitativa y cuantitativamente cada uno de los reactivos que componen el Instrumento a evaluar y algunas características del Instrumento en general.

Para tal efecto se solicita tener en cuenta los siguientes criterios:

4. **REDACCION:** Hace referencia a aspectos relacionados con la redacción y la construcción gramatical de cada una de las afirmaciones que componen el instrumento, en relación a la población colombiana.
5. **COHERENCIA:** Hace alusión al grado de correspondencia o coherencia entre lo que evalúa el reactivo y el constructo a evaluar en cada categoría a la que pertenece con relación al propósito del instrumento.
6. **PERTINENCIA:** Aporte o contribución individual del ítem a la comprensión del constructo a evaluar en cada categoría, de forma que los ítems que la conforman sean suficientes y necesarios para su medición en población colombiana.

Para efectos de la evaluación cuantitativa de los reactivos que componen el instrumento, es necesario adjudicar un valor a cada uno en los criterios anteriormente descritos, así:

4. **REDACCION:** Se califica de 1 a 5, donde (5) Es bien redactado, (1) No está bien redactado.
5. **COHERENCIA:** Donde (1) Es coherente, (2) No es coherente.
6. **PERTINENCIA:** Se califica de 1 a 5, Donde (5) Es pertinente (1) No es pertinente.

Adicional se presenta un espacio para sus observaciones y comentarios a cada reactivo.

**FORMATO DE VALIDACION CULTURAL DEL
CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA Y RELACIONES (SEAR)**

Señor evaluador, a continuación encontrará cada uno de los ítems que componen el instrumento, para efectos de la evaluación de la calidad técnica de dicho instrumento, se le solicita marcar con una (X), de acuerdo a la escala anteriormente presentada:

| No. | ITEM | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | | | OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS | |
|-----|--|-------------------------|------------|---|-------------|--|--|
| | | Redacción | Coherencia | | Pertinencia | | |
| | | | 1 a 5 | 1 | | | 2 |
| 1 | Me he sentido tranquilo al pensar en empezar cada relación sexual con mi pareja | 5 | x | | 5 | Esto teniendo en cuenta lo que decían arriba:” las Relaciones Sexuales (ítems 1 a 8) y la Autoconfianza (ítems 9 a 14); dentro de esta segunda dimensión se encuentran a su vez dos subdimensiones: Autoestima (ítems 9 a 12) y Relaciones en General (ítems 13 y 14)” | |
| 2 | Me he sentido seguro de que mi erección duraría lo suficiente durante la relación sexual. | 5 | x | | 5 | | |
| 3 | Me he sentido satisfecho de cómo he funcionado sexualmente. | 3 | x | | 5 | | Pondría: Me he sentido satisfecho de mi funcionamiento sexual |
| 4 | He sentido que podría tener relaciones sexuales cuando surgieran de forma espontánea. | 3 | x | | 5 | | Pondría: He sentido que puedo tener relaciones sexuales cuando surgen de forma espontánea. |
| 5 | Me he sentido predispuesto a empezar yo las relaciones sexuales. He sentido que tengo la iniciativa para empezar las relaciones sexuales | 3 | | x | 3 | | No es claro para mí lo que se quiere indagar con este ítem |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|--|---|-----------------------------|
| 6 | Me he sentido seguro de funcionar sexualmente. | 5 | x | | 5 | |
| 7 | Me he sentido satisfecho con nuestra vida sexual. | 3 | x | | 5 | Revisaría el "nuestro" |
| 8 | Mi pareja se ha sentido descontenta con la calidad de nuestras relaciones sexuales. | 5 | x | | 5 | |
| 9 | Me he sentido bien conmigo mismo (autoestima). | 5 | x | | 5 | |
| 10 | Me he sentido como un hombre completo | 5 | x | | 5 | |
| 11 | Estuve propenso a sentir que soy un fracasado | 3 | x | | 5 | Revisar la palabra propenso |
| 12 | Me he sentido seguro de mí mismo | 5 | x | | 5 | |
| 13 | Mi pareja se ha sentido satisfecha con la relación en general. | 5 | x | | 5 | |
| 14 | Me he sentido satisfecho con nuestra relación en general | 5 | x | | 5 | |

NOMBRE DEL EVALUADOR: Rocío García

DATOS DE CONTACTO: dennys.garcia@javeriana.edu.co

**FORMATO DE VALIDACION CULTURAL DEL
CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA Y RELACIONES (SEAR)**

Señor evaluador, a continuación encontrará cada uno de los ítems que componen el instrumento, para efectos de la evaluación de la calidad técnica de dicho instrumento, se le solicita marcar con una (X), de acuerdo a la escala anteriormente presentada:

| No. | ITEM | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | | OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS | |
|-----|---|-------------------------|------------|---|-----------------------------|--|
| | | Redacción | Coherencia | | | Pertinencia |
| | | 1 a 5 | 1 | 2 | | 1 a 5 |
| 1 | Me he sentido tranquilo al pensar en empezar cada relación sexual con mi pareja | 5 | X | | 5 | |
| 2 | Me he sentido seguro de que mi erección duraría lo suficiente durante la relación sexual. | 5 | X | | 5 | |
| 3 | Me he sentido satisfecho de cómo he funcionado sexualmente. | 5 | X | | 5 | |
| 4 | He sentido que podría tener relaciones sexuales cuando surgieran de forma espontánea. | 5 | X | | 5 | |
| 5 | Me he sentido predispuesto a empezar yo las relaciones sexuales. | 3 | x | | 5 | El yo en esta pregunta considero que sobra |
| 6 | Me he sentido seguro de funcionar | 5 | x | | 5 | |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|--|---|--|
| | sexualmente. | | | | | |
| 7 | Me he sentido satisfecho con nuestra vida sexual. | 5 | x | | 5 | |
| 8 | Mi pareja se ha sentido descontenta con la calidad de nuestras relaciones sexuales. | 5 | x | | 5 | |
| 9 | Me he sentido bien conmigo mismo (autoestima). | 5 | x | | 5 | |
| 10 | Me he sentido como un hombre completo | 5 | x | | 5 | |
| 11 | Estuve propenso a sentir que soy un fracasado | 5 | x | | 5 | |
| 12 | Me he sentido seguro de mí mismo | 5 | x | | 5 | |
| 13 | Mi pareja se ha sentido satisfecha con la relación en general. | 5 | x | | 5 | |
| 14 | Me he sentido satisfecho con nuestra relación en general | 5 | X | | 5 | |

Observación general: ¿no sería mejor utilizar el presente con tiempo verbal en este cuestionario?

NOMBRE DEL EVALUADOR: Laurent Marchal

FECHA DE LA EVALUACIÓN: 09/02/2012

**FORMATO DE VALIDACION CULTURAL DEL
CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA Y RELACIONES (SEAR)**

Señor evaluador, a continuación encontrará cada uno de los ítems que componen el instrumento, para efectos de la evaluación de la calidad técnica de dicho instrumento, se le solicita marcar con una (X), de acuerdo a la escala anteriormente presentada:

| No. | ITEM | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | | | OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS |
|-----|---|-------------------------|------------|---|-------------|--|
| | | Redacción | Coherencia | | Pertinencia | |
| | | 1 a 5 | 1 | 2 | 1 a 5 | |
| 1 | Me he sentido tranquilo al pensar en empezar cada relación sexual con mi pareja | 5 | x | | 5 | |
| 2 | Me he sentido seguro de que mi erección duraría lo suficiente durante la relación sexual. | 5 | x | | 5 | |
| 3 | Me he sentido satisfecho de cómo he funcionado sexualmente. | 5 | X | | 5 | |
| 4 | He sentido que podría tener relaciones sexuales cuando surgieran de forma espontánea. | 3 | X | | 5 | |
| 5 | Me he sentido predispuesto a empezar yo las relaciones sexuales. | 2 | | x | 5 | Redactar en positivo (Me he sentido dispuesto a empezar las relaciones sexuales) |
| 6 | Me he sentido seguro de funcionar | 5 | X | | 1 | |

| | sexualmente. | | | | | Se repite |
|----|---|---|---|--|---|-----------|
| 7 | Me he sentido satisfecho con nuestra vida sexual. | 5 | | | 5 | |
| 8 | Mi pareja se ha sentido descontenta con la calidad de nuestras relaciones sexuales. | 5 | X | | 5 | |
| 9 | Me he sentido bien conmigo mismo (autoestima). | 5 | X | | 5 | |
| 10 | Me he sentido como un hombre completo | 5 | X | | 5 | |
| 11 | Estuve propenso a sentir que soy un fracasado | 5 | X | | 5 | |
| 12 | Me he sentido seguro de mí mismo | 5 | x | | 5 | |
| 13 | Mi pareja se ha sentido satisfecha con la relación en general. | 5 | X | | 5 | |
| 14 | Me he sentido satisfecho con nuestra relación en general | 5 | x | | 5 | |

NOMBRE DEL EVALUADOR: José Miguel Silva Herrera

DATOS DE CONTACTO: 3158340471

FECHA DE LA EVALUACIÓN: 14/02/2012

SHIM

Respetado Doctor,

Dada su formación en la disciplina, experiencia y conocimiento, nos permitimos solicitarle de la manera más atenta su servicio como juez evaluador del cuestionario sobre el del **CUESTIONARIO DE LA SALUD SEXUAL EN HOMBRES (SHIM)** con el fin de valorar si los ítems de dicho cuestionario son adecuados y comprensibles para la población colombiana.

Este cuestionario cuenta con 25 reactivos y se concibió como una medida breve y global de desacuerdo sexual.

Cabe resaltar que el objetivo que guía el uso de este instrumento es caracterizar los patrones de desarrollo y evolución de dificultades sexuales y el ajuste marital de parejas en el momento en que el hombre recibe el diagnóstico de la enfermedad metabólica y hasta 3 meses posteriores a esto.

Para esto se realizarán 4 evaluaciones periódicas que iniciaran luego del diagnóstico de la disfunción eréctil por etiología metabólica, luego se hará una evaluación cada mes hasta terminar con las cuatro evaluaciones planeadas.

Para efectos de la evaluación adjuntamos:

- Instrucciones
- Formato de evaluación

De antemano le agradecemos su colaboración.

Cordialmente,

Andrea Garcés, Constanza Gómez y Santiago Pino

**FORMATO DE VALIDACION CULTURAL DEL
CUESTIONARIO DE LA SALUD SEXUAL EN HOMBRES (SHIM)**

Señor Evaluador:

A continuación encontrará un formato en el cual se pretende evaluar cualitativa y cuantitativamente cada uno de los reactivos que componen el Instrumento a evaluar y algunas características del Instrumento en general.

Para tal efecto se solicita tener en cuenta los siguientes criterios:

7. **REDACCION:** Hace referencia a aspectos relacionados con la redacción y la construcción gramatical de cada una de las afirmaciones que componen el instrumento, en relación a la población colombiana.
8. **COHERENCIA:** Hace alusión al grado de correspondencia o coherencia entre lo que evalúa el reactivo y el constructo a evaluar en cada categoría a la que pertenece con relación al propósito del instrumento.
9. **PERTINENCIA:** Aporte o contribución individual del ítem a la comprensión del constructo a evaluar en cada categoría, de forma que los ítems que la conforman sean suficientes y necesarios para su medición en población colombiana.

Para efectos de la evaluación cuantitativa de los reactivos que componen el instrumento, es necesario adjudicar un valor a cada uno en los criterios anteriormente descritos, así:

7. **REDACCION:** Se califica de 1 a 5, donde (5) Es bien redactado, (1) No está bien redactado.
8. **COHERENCIA:** Donde (1) Es coherente, (2) No es coherente.
9. **PERTINENCIA:** Se califica de 1 a 5, Donde (5) Es pertinente (1) No es pertinente.

Adicional se presenta un espacio para sus observaciones y comentarios a cada reactivo.

FORMATO DE VALIDACION DE CONTENIDO
CUESTIONARIO DE LA SALUD SEXUAL EN HOMBRES (SHIM)

Señor evaluador, a continuación encontrará cada uno de los ítems que componen el instrumento, para efectos de la evaluación de la calidad técnica de dicho instrumento se le solicita marcar con una (X), de acuerdo a la escala anteriormente presentada:

| No. | ITEM | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | | | OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS |
|-----|---|-------------------------|------------|---|-------------|---|
| | | Redacción | Coherencia | | Pertinencia | No se aclara en qué periodo de de tiempo se indaga esto ¿Un mes atrás? |
| | | | 1 a 5 | 1 | | |
| 1 | ¿Cuánta confianza tiene usted de que puede lograr una erección y mantenerla? | 3 | x | | 5 | Pondría: ¿Cuánta confianza tiene usted de poder lograr una erección y mantenerla? |
| 2 | Quando usted tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia fueron lo suficientemente firmes como para lograr la penetración? | 4 | x | | 5 | |
| 3 | Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia pudo usted mantener la erección después de penetrar en su pareja? | 4 | x | | 5 | |
| 4 | Durante las relaciones sexuales, ¿qué grado de dificultad tuvo en mantener su erección hasta el final? | 4 | x | | 5 | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| 5 | Las veces que intentó tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia le fueron satisfactorias? | 3 | x | 5 | |
|---|--|---|---|---|--|

NOMBRE DEL EVALUADOR: Rocío García

DATOS DE CONTACTO dennys.garcia@javeriana.edu.co

FORMATO DE VALIDACION DE CONTENIDO
CUESTIONARIO DE LA SALUD SEXUAL EN HOMBRES (SHIM)

Señor evaluador, a continuación encontrará cada uno de los ítems que componen el instrumento, para efectos de la evaluación de la calidad técnica de dicho instrumento se le solicita marcar con una (X), de acuerdo a la escala anteriormente presentada:

| No. | ITEM | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | | OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS | |
|-----|---|-------------------------|------------|---|-----------------------------|-------------|
| | | Redacción | Coherencia | | | Pertinencia |
| | | 1 a 5 | 1 | 2 | | 1 a 5 |
| 1 | ¿Cuánta confianza tiene usted de que puede lograr una erección y mantenerla? | 5 | x | | 5 | |
| 2 | Cuando usted tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia fueron lo suficientemente firmes como para lograr la penetración? | 5 | X | | 5 | |
| 3 | Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia pudo usted mantener la erección después de penetrar en su pareja? | 5 | x | | 5 | |
| 4 | Durante las relaciones sexuales, ¿qué grado de dificultad tuvo en mantener su erección hasta el final? | 5 | x | | 5 | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| 5 | Las veces que intentó tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia le fueron satisfactorias? | 5 | x | 5 | |
|---|--|---|---|---|--|

NOMBRE DEL EVALUADOR: Laurent Marchal

FECHA DE LA EVALUACIÓN: 09/02/2012

FORMATO DE VALIDACION DE CONTENIDO
CUESTIONARIO DE LA SALUD SEXUAL EN HOMBRES (SHIM)

Señor evaluador, a continuación encontrará cada uno de los ítems que componen el instrumento, para efectos de la evaluación de la calidad técnica de dicho instrumento se le solicita marcar con una (X), de acuerdo a la escala anteriormente presentada:

| No. | ITEM | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | | | OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS |
|-----|---|-------------------------|------------|---|-------------|-----------------------------|
| | | Redacción | Coherencia | | Pertinencia | |
| | | 1 a 5 | 1 | 2 | 1 a 5 | |
| 1 | ¿Cuánta confianza tiene usted de que puede lograr una erección y mantenerla? | 5 | X | | 5 | |
| 2 | Cuando usted tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia fueron lo suficientemente firmes como para lograr la penetración? | 5 | X | | 5 | |
| 3 | Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia pudo usted mantener la erección después de penetrar en su pareja? | 5 | X | | 5 | |
| 4 | Durante las relaciones sexuales, ¿qué grado de dificultad tuvo en mantener su erección hasta el final? | 5 | X | | 5 | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| 5 | Las veces que intentó tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia le fueron satisfactorias? | 5 | X | 5 | |
|---|--|---|---|---|--|

NOMBRE DEL EVALUADOR: José Miguel Silva Herrera

DATOS DE CONTACTO: 3158340471

FECHA DE LA EVALUACIÓN: 14/02/2012

(Anexo c)

Formato de Consentimiento Informado

Por medio del presente documento Yo _____, identificado con documento de identificación numero _____ certifico que he recibido información amplia y suficiente sobre los objetivos de la investigación: “AJUSTE DIÁDICO Y SEXUALIDAD EN PAREJAS TRAS EL DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIÓN SEXUAL ERÉCTIL POR SÍNDROME METABÓLICO” y que luego de tener las dudas sobre mi participación resultas, acepto participar de forma voluntaria.

Consiento la publicación de los resultados del estudio siempre que la información sea anónima y los datos personales sean omitidos de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna. Entiendo que, aunque se guardará un registro de su participación en el estudio, todos los datos recogidos de su participación sólo estarán identificados por un código y serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación. Entiendo que los resultados serán vistos y analizados por un profesional posgraduado en psicología, especialista en la materia.

He sido informado(a) que no hay procedimientos engañosos en esta investigación, todos los procedimientos son de total claridad y que en caso de dudas, puedo recurrir a los investigadores y retirarme de la investigación en caso que lo deseara y en el momento en que lo considere pertinente.

Las dudas sobre cualquier aspecto de este estudio pueden dirigirse a las siguientes direcciones electrónicas mmnvoa@javeriana.edu.co, conygomez@msn.com, andregarces14@hotmail.com, santipino16@hotmail.com y a los siguientes teléfonos: 313 431 9733, 313 494 4219, 312 587 2316.

| | |
|--|--|
| <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>(Investigadores)</p> | <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>(Participante)</p> |
|--|--|

Participantes

Fecha: _____

(Anexo d) *Escala de Ajuste Diádico*

A continuación usted encontrará unas frases sobre diversos aspectos de su vida de pareja. Por favor, marque con una X el espacio que refleje mejor su posición actual en cada uno de los siguientes aspectos, teniendo presente el tiempo transcurrido después del tratamiento. Por favor conteste de la manera más sincera posible y recuerde que la información es manejada con absoluta confidencialidad.

| | Siempre de acuerdo | Casi siempre de acuerdo | Desacuerdo ocasional | Desacuerdo frecuente | Casi siempre desacuerdo | Siempre desacuerdo |
|---|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 1. Manejo de finanzas familiares..... | q | w | E | r | t | y |
| 2. Diversiones..... | q | w | E | r | t | y |
| 3. Cuestiones religiosas..... | q | w | E | r | t | y |
| 4. Demostración de afecto..... | q | w | E | r | t | y |
| 5. Amistades..... | q | w | E | r | t | y |
| 6. Relaciones sexuales..... | q | w | E | r | t | y |
| 7. Convencionalismos (¿Qué es lo correcto o incorrecto?)..... | q | w | E | r | t | y |
| 8. Filosofía de la vida..... | q | w | E | r | t | y |
| 9. Relaciones con los suegros..... | q | w | E | r | t | y |
| 10. Objetivos, fines, valores..... | q | w | E | r | t | y |
| 11. Cantidad de tiempo a pasar juntos..... | q | w | E | r | t | y |
| 12. Toma de decisiones importantes..... | q | w | E | r | t | y |
| 13. Tareas domésticas..... | q | w | E | r | t | y |
| 14. Intereses y actividades a realizar durante el tiempo de ocio..... | q | w | E | r | t | y |
| 15. Decisiones en relación con el trabajo... | q | w | E | r | t | y |

| | siempre | Casi Siempre | A menudo | Ocasionalmente | Raramente | Nunca |
|--|----------------|---------------------|-----------------|-----------------------|------------------|--------------|
| 16. ¿Con qué frecuencia has pensado en el divorcio o separación?..... | q | w | E | r | t | y |
| 17. ¿Con qué frecuencia te vas de la casa por una pelea?..... | q | w | E | r | t | y |
| 18. ¿Con qué frecuencia piensas que las cosas van bien como pareja?..... | q | w | E | r | t | y |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 19. ¿Confías en tu pareja?..... | q | w | e | r | t | Y |
| 20. ¿Lamentas haberte casado?..... | q | w | e | r | t | Y |
| 21. ¿Con qué frecuencia discuten?..... | q | w | e | r | t | Y |
| 22. ¿Con qué frecuencia haces que el otro pierda el control?..... | q | w | e | r | t | Y |

23. ¿Besas a tu pareja?

Todos los días Q Casi todos los días w Ocasionalmente e Raramente r Nunca t

24. ¿Participan juntos en actividades fuera de la pareja?

En todas q Casi Todas w Algunas e Pocas r Ninguna t

¿Con qué frecuencia ocurre lo siguiente entre ustedes?

| | Nunca | Menos de una vez al mes | una o dos veces al mes | Una o dos veces por semana | Una vez al día | Más a menudo |
|---|-------|-------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|--------------|
| 25. Intercambian ideas | q | w | e | r | t | y |
| 26. Se ríen juntos..... | q | w | e | r | t | y |
| 27. Discuten algo con calma..... | q | w | e | r | t | y |
| 28. Trabajan juntos en un proyecto..... | q | w | e | r | t | y |

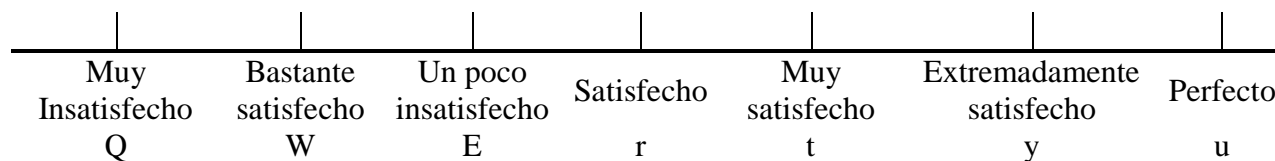
En lo que sigue las parejas a veces están de acuerdo y otras en desacuerdo. Indique si en las últimas semanas el **desacuerdo** en alguno de los puntos siguientes les ha ocasionado problemas (conteste **SI** o **NO**).

29. Estar demasiado cansado para hacer el
30. Ausencia de demostraciones afectivas

| | |
|-----------|-----------|
| SI | NO |
| q | w |
| q | w |

31. Los puntos de la línea de abajo representan grados diferentes de satisfacción con su relación. Suponiendo que el punto marcado con la palabra “satisfecho” refleja el grado de satisfacción

obtenido por la mayoría de las parejas, rodea con un círculo el grado que mejor refleje tu propio grado de satisfacción.



32. De las formas que siguen ¿cuál refleja mejor tu forma de ver el futuro de tu relación?

| | |
|---|---|
| q | Deseo de todo corazón que nuestra relación tenga éxito y haría lo imposible por que fuera así |
| w | Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré lo que pueda para que así sea |
| e | Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y haré mi parte para que así sea. |
| r | Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito pero no puedo hacer mucho más de lo que yo hago para que así sea |
| t | Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que ya hago para preservarla |
| y | Nuestra relación nunca podrá ser un éxito. No hay nada más que yo pueda hacer para preservarla |

(Anexo e) *Índice de insatisfacción sexual (IIS)*

Lea atentamente cada uno de las siguientes 25 afirmaciones acerca de la vida sexual de una pareja. Señale con un círculo la frecuencia con que estas situaciones se presentan en su vida sexual marital. Conteste lo más sinceramente posible.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|------------------------|---------------|------------------|------------------------|---------------------------|-----------------|
| En ningún momento | En muy raras ocasiones | Algunas veces | Parte del tiempo | Buena parte del tiempo | La mayor parte del tiempo | En todo momento |
| <p>1. Creo que mi esposo/a disfruta de nuestra vida sexual.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>2. Nuestra vida sexual es muy excitante.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>3. El sexo es divertido para mi esposo/a y para mí.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>4. El sexo con mi esposo/a ha llegado a ser una carga para mí.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>5. Creo que el sexo que tenemos es sucio y asqueroso.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>6. Nuestra vida sexual es monótona.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>7. Cuando tenemos sexo, si hay, es demasiado rápido y apresurado.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>8. Creo que mi vida sexual es de mala calidad.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>9. Mi esposo/a es sexualmente muy excitante.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>10. Disfruto de las técnicas sexuales que mi esposo/a usa o le gustan.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>11. Creo que mi esposo/a quiere demasiado sexo de mí.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>12. Creo que nuestra vida sexual es maravillosa.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>13. Mi esposo/a da demasiada importancia al sexo.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>14. Intento evitar el contacto sexual con mi esposo/a.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>15. Mi esposo/a es demasiado rudo/a cuando hacemos el amor.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>16. Mi esposo/a es una amante maravilloso/a.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>17. Creo que el sexo es una función normal dentro de nuestra relación.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>18. Mi esposo/a no quiere tener relaciones sexuales cuando yo quiero.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>19. Creo que nuestra vida sexual realmente mejora nuestra relación.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>20. Mi esposo/a parece evitar el contacto sexual conmigo.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>21. Me es fácil excitarme sexualmente con mi esposo/a.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>22. Creo que mi esposo/a está satisfecha sexualmente conmigo.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>23. Mi esposo/a es muy sensible a mis necesidades y deseos sexuales.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>24. Mi esposo/a no me satisface sexualmente.....1 2 3 4 5 6 7</p> <p>25. Creo que mi vida sexual es aburrida.....1 2 3 4 5 6 7</p> | | | | | | |

(Anexo f.) *Cuestionario de Autoestima y Relaciones (SEAR)*

1. Me he sentido tranquilo al pensar en empezar cada relación sexual con mi pareja
 - a. Casi siempre/siempre.
 - b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
 - c. A veces (la mitad del tiempo).
 - d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
 - e. Casi nunca/nunca

2. Me he sentido seguro de que mi erección duraría lo suficiente durante la relación sexual.
 - a. Casi siempre/siempre.
 - b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
 - c. A veces (la mitad del tiempo).
 - d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
 - e. Casi nunca/nunca

3. Me he sentido satisfecho de cómo he funcionado sexualmente.
 - a. Casi siempre/siempre.
 - b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
 - c. A veces (la mitad del tiempo).
 - d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
 - e. Casi nunca/nunca

4. He sentido que podría tener relaciones sexuales cuando surgieran de forma espontánea.
 - a. Casi siempre/siempre.
 - b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
 - c. A veces (la mitad del tiempo).
 - d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
 - e. Casi nunca/nunca

5. Me he sentido predispuesto a empezar yo las relaciones sexuales.
 - a. Casi siempre/siempre.
 - b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
 - c. A veces (la mitad del tiempo).
 - d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
 - e. Casi nunca/nunca

6. Me he sentido seguro de funcionar sexualmente.
 - a. Casi siempre/siempre.

- b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
 - c. A veces (la mitad del tiempo).
 - d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
 - e. Casi nunca/nunca
7. Me he sentido satisfecho con nuestra vida sexual.
- a. Casi siempre/siempre.
 - b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
 - c. A veces (la mitad del tiempo).
 - d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
 - e. Casi nunca/nunca
8. Mi pareja se ha sentido descontenta con la calidad de nuestras relaciones sexuales.
- a. Casi siempre/siempre.
 - b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
 - c. A veces (la mitad del tiempo).
 - d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
 - e. Casi nunca/nunca
9. Me he sentido bien conmigo mismo (autoestima).
- a. Casi siempre/siempre.
 - b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
 - c. A veces (la mitad del tiempo).
 - d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
 - e. Casi nunca/nunca
10. Me he sentido como un hombre completo
- a. Casi siempre/siempre.
 - b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
 - c. A veces (la mitad del tiempo).
 - d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
 - e. Casi nunca/nunca
11. Estuve propenso a sentir que soy un fracasado
- a. Casi siempre/siempre.
 - b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
 - c. A veces (la mitad del tiempo).
 - d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
 - e. Casi nunca/nunca

12. Me he sentido seguro de mí mismo

- a. Casi siempre/siempre.
- b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
- c. A veces (la mitad del tiempo).
- d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
- e. Casi nunca/nunca

13. Mi pareja se ha sentido satisfecha con la relación en general.

- a. Casi siempre/siempre.
- b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
- c. A veces (la mitad del tiempo).
- d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
- e. Casi nunca/nunca

14. Me he sentido satisfecho con nuestra relación en general

- a. Casi siempre/siempre.
- b. La mayoría de laveses (mucho mas de la mitad del tiempo).
- c. A veces (la mitad del tiempo).
- d. Algunas veces (mucho menos de la mitad del tiempo).
- e. Casi nunca/nunca

(Anexo g) *Índice de función sexual femenina (IFSF)*

Instrucciones.

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones.

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta.

Nota: Deseo o interés sexual es la sensación que incluye ganas de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

a. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

1. Siempre o casi siempre
2. La mayoría de las veces (más que la mitad)
3. A veces (alrededor de la mitad)
4. Pocas veces (menos que la mitad)
5. Casi nunca o nunca.

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

1. Muy alto
2. Alto
3. Moderado
4. Bajo
5. Muy bajo o nada

Nota: Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

0. No tengo actividad sexual
1. Siempre o casi siempre
2. La mayoría de las veces (más que la mitad)

3. A veces (alrededor de la mitad)
4. Pocas veces (menos que la mitad)
5. Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

0. No tengo actividad sexual
1. Muy alto
2. Alto
3. Moderado
4. Bajo
5. Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

0. No tengo actividad sexual
1. Muy alta confianza
2. Alta confianza
3. Moderada confianza
4. Baja confianza
5. Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

0. No tengo actividad sexual
1. Siempre o casi siempre
2. La mayoría de las veces (más que la mitad)
3. A veces (alrededor de la mitad)
4. Pocas veces (menos que la mitad)
5. Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

0. No tengo actividad sexual
1. Siempre o casi siempre
2. La mayoría de las veces (más que la mitad)
3. A veces (alrededor de la mitad)
4. Pocas veces (menos que la mitad)
5. Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

0. No tengo actividad sexual
1. Extremadamente difícil o imposible
2. Muy difícil
3. Difícil
4. Poco difícil
5. No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

0. No tengo actividad sexual
1. Siempre o casi siempre la mantengo
2. La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
3. A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
4. Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
5. Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

0. No tengo actividad sexual
1. Extremadamente difícil o imposible
2. Muy difícil
3. Difícil
4. Poco difícil
5. No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

0. No tengo actividad sexual
1. Siempre o casi siempre
2. La mayoría de las veces (más que la mitad)
3. A veces (alrededor de la mitad)
4. Pocas veces (menos que la mitad)
5. Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

0. No tengo actividad sexual
1. Extremadamente difícil o imposible
2. Muy difícil
3. Difícil
4. Poco difícil
5. No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

0. No tengo actividad sexual
1. Muy satisfecha
2. Moderadamente satisfecha
3. Ni satisfecha ni insatisfecha
4. Moderadamente insatisfecha
5. Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

0. No tengo actividad sexual
1. Muy satisfecha
2. Moderadamente satisfecha
3. Ni satisfecha ni insatisfecha
4. Moderadamente insatisfecha
5. Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

1. Muy satisfecha
2. Moderadamente satisfecha
3. Ni satisfecha ni insatisfecha
4. Moderadamente insatisfecha
5. Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan satisfecha está con su vida sexual en general?

1. Muy satisfecha
2. Moderadamente satisfecha
3. Ni satisfecha ni insatisfecha
4. Moderadamente insatisfecha
5. Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

0. No tengo actividad sexual
1. Siempre o casi siempre
2. La mayoría de las veces (más que la mitad)
3. A veces (alrededor de la mitad)
4. Pocas veces (menos que la mitad)
5. Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

0. No tengo actividad sexual
1. Siempre o casi siempre
2. La mayoría de las veces (más que la mitad)
3. A veces (alrededor de la mitad)
4. Pocas veces (menos que la mitad)
5. Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

0. No tengo actividad sexual
1. Muy alto
2. Alto
3. Moderado
4. Bajo
5. Muy bajo o nada

(Anexo h.) *Cuestionario de la Salud Sexual en Hombres (SHIM)*

1. ¿Cuánta confianza tiene usted de que puede lograr una erección y mantenerla?
 - a. Muy poca
 - a. Poca
 - b. Poca - moderada
 - c. Bastante
 - d. Mucha

2. Cuando usted tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia fueron lo suficientemente firmes como para lograr la penetración?
 - a. Ninguna actividad sexual
 - b. Casi nunca o nunca
 - c. Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)
 - d. A veces (alrededor de la mitad de las veces)
 - e. La mayoría de la veces (mucho más de la mitad de las veces)
 - f. Casi siempre o siempre

3. Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia pudo usted mantener la erección después de penetrar en su pareja?
 - a. Ningún intento de relaciones sexuales
 - b. Casi nunca o nunca
 - c. Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)
 - d. A veces (alrededor de la mitad de las veces)
 - e. La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
 - f. Casi siempre o siempre

4. Durante las relaciones sexuales, ¿qué grado de dificultad tuvo en mantener su erección hasta el final?
 - a. Ningún intento de relaciones sexuales.
 - b. Sumamente difícil.
 - c. Muy difícil.
 - d. Difícil.
 - e. Un poco difícil.
 - f. Ninguna dificultad.

5. Las veces que intentó tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia le fueron satisfactorias?
 - a. Ningún intento de relaciones sexuales.
 - b. Casi nunca o nunca.

- c. Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces).
- d. A veces (alrededor de la mitad de las veces).
- e. La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces).
- f. Casi siempre o siempre.

(Anexo i.) *Entrevista***GUIA DE ENTREVISTA**

| Categorías orientadoras | Ejes de indagación |
|---|---|
| Datos socio demográficos | |
| Enfermedad y tratamientos | Conocimiento/Creencias sobre la enfermedad |
| | Cambios en la vida asociados con la enfermedad |
| | Conocimiento/creencias sobre los tratamientos y sus efectos adversos |
| | Expectativas en relación con el curso de la enfermedad y los tratamientos |
| | Otras enfermedades que presenta ó ha presentado (relacionadas o no con el tratamiento actual) y tratamientos actuales o anteriores para esas enfermedades |
| | Impacto de enfermedad y/o tratamientos en la relación de pareja y la sexualidad |
| Auto conocimiento y auto referenciación | Descripción de sí mismo (incluye aspectos físicos) |
| | Evaluación que hace de sí mismo y parámetros de referencia que utiliza |
| Aceptación de cambios asociados a la enfermedad | Emociones asociadas a los cambios presentados |
| | Acciones realizadas en pro de la adaptación a esos cambios en distintas áreas de funcionamiento |
| Rol como paciente | |
| Rol como cuidador | |
| Relación de pareja | Historia de la relación |
| | Significados familiar - cultural dado a la relación de pareja |
| | Distribución de roles (crianza de los hijos, manejo de dinero,) (Antes y después del dx) |

| | |
|----------------------------------|--|
| | Actividades compartidas en tiempo libre. (Antes y después del dx) |
| | Dificultades pasadas y actuales en la relación de pareja |
| | Acciones dirigidas a resolver dificultades de pareja |
| Comunicación | Identificación de necesidades propias y del otro |
| | Escucha activa |
| | Comunicación afectiva |
| | Comunicación para la Solución de problemas |
| | Comunicación - sexualidad |
| sexualidad | Sexualidad – dificultades presentadas antes de la enfermedad/tratamiento |
| | Prácticas sexuales |
| | Satisfacción sexual |
| | Dificultades asociadas a la enfermedad/tratamiento |
| | Expectativas desempeño sexual |
| Expectativas proceso terapéutico | Problemas que trabajaría en un proceso terapéutico |