

Perfiles de los indicadores relacionados con las disfunciones sexuales masculinas: trastorno de la erección, trastorno del orgasmo y eyaculación precoz

Claudia Sánchez Bravo,¹ Norma Patricia Corres Ayala,² Jorge Carreño Meléndez,¹ Consuelo Henales Almaraz¹

Artículo original

SUMMARY

The systematic study of sexuality is relatively recent if we consider the works of Freud and Kinsey and the studies performed during the first half of the XXth century. The fact of undertaking the sex problem has allowed an even deeper understanding of this phenomenon, by all means complex. Later on, Masters, Johnson and Kolodny created the model of human sexual response and its alterations. Kaplan's works as well as Labrador and Crespo's are directed to conceptualize the etiology of sexual dysfunctions as phenomena evolving from both recent and remote causes, i.e., they can be explained as multi-causal events.

At the Department of Psychology of the National Institute of Perinatology (INPerIER), we have detected a high proportion of couples with problems in their sexual lives. The prevalence of sexual dysfunction found was 52% in women and 38.8% in men. Therefore, we decided to initiate a line of investigation on human sexuality, to which this work belongs. The aim was to identify the frequency, difference, relation and combination of three sexual dysfunctions: *erectile dysfunction*, *male orgasmic disorder* and *precocious ejaculation*, as well as some intervening factors that were divided in two types. a) Personality factors, including gender role: prescriptions, norms and expectations according to rules set by the society which are introjected by the individual. When the expression of masculinity and femininity polarizes reaching machisms and submissive behavior, this can result in a negative influence for the development of sexuality. Another personality factor is the level of self-esteem, which greatly determines the conduct of individuals and is defined as the personal judgment of value towards oneself; it is expressed in the form of attitudes of the individual towards himself. b) The existence of some sexual background such as the report of having suffered child traumatic experience of sexual abuse; availability of sex information; presence or absence of sex fears; masturbation during adolescence and absence or presence of conjugal problems.

It must be said that the division of intervening factors into types allowed us to propose profiles for the indicators related with the presence of the aforementioned male sexual dysfunctions. These dysfunctions are described in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*.

MATERIAL AND METHODS

This was a non-experimental, one-sample, retrospective, transversal, multivariate-correlational field study of independent observations, with samples allocated in two groups.

Samples

We got non-probabilistic samples from couples of patients recently accepted for service at the institution, according to pre-established quotas. Sample size consisted of 200 men, with 100 men showing no sexual dysfunction (group 1) and 100 men with evidence of sexual dysfunction (group 2). Results of erectile dysfunction, male orgasmic disorder and precocious ejaculation are presented here; they were compared with the same number of participants showing no sexual dysfunction. Participants were limited to individuals who met the following criteria: age range, 22 to 45 years old; elementary school as the minimum schooling; no history of mental illness or chronic disease that could condition the presence of male sexual dysfunctions. Socio-demographic factors controlled in this study included age, civil status and schooling; the classification variable was set to be the presence of male sexual dysfunctions.

Instruments

For the classification of groups, in order to detect the type of dysfunction present, and for the sake of capturing sexual background data, we used the male version of the questionnaire of sexuality, based on the codified clinical history for female sexuality. For the measurement of gender role, we used the Inventory of Masculinity-Femininity (IMAFE), which measures four orientations: male, female, machismo and submission. For the measurement of self-esteem we used Coopersmith Self-Esteem Inventory, and the validation technique suggested by Lara, Verdusco, Acevedo and Cortés.

Participants were approached at the external consultation area at the INPerIER. Instruments described above were applied as well as clinical histories obtained in one single session, individually, once the participant had signed the informed consent letter required by the Committee of Ethics of the INPerIER.

¹ Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología «Isidro Espinosa de los Reyes» (INPerIER).

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Dr. Jorge Carreño Meléndez. Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología. Torre de Investigación, 1er piso. Montes Urales 800, Lomas Virreyes, 11000, México, DF. Tel. 5520-9900 ext. 147. E.mail: jocame2003@yahoo.com

Recibido: 18 de febrero de 2009. Aceptado: 18 de junio de 2009.

RESULTS

The most frequent dysfunction detected was precocious ejaculation, which was present in 48 participants. Thirty four men were reported with erectile dysfunction and 15 men showed male orgasmic disorders. In a previous article, we presented the results of hypoactive sexual disorder, the sexual dysfunction more frequently found (55 male participants reported it). In this case we observed that out of 100 participants studied, the overall number of dysfunctions found was 152, including hypoactive sexual disorder, which can be interpreted as one and a half dysfunctions per man.

For the sake of establishing the relationship of each sexual dysfunction with personality factors, we estimated the ETA coefficient. In the case of the relation between sexual dysfunctions and sexual background we calculated Cramer's V. Once we established the relations between the personality factors and the background that were used to develop profiles, we performed a discriminant analysis, which included all variables we found related and we came out with the following results:

For erectile dysfunction we found a relation with three variables: negative relation with femininity and self-esteem, and positive relation with conjugal problems.

In the case of the male orgasmic disorder, we found a relation with five variables: negative relation with femininity and self-esteem, and positive relation with child sexual traumatic experience, masturbation and conjugal problems.

In the case of precocious ejaculation, we detected a relation with four variables: negative relation with masculinity, femininity and self-esteem, and positive relation with conjugal problems.

The relations that became evident in every dysfunction showed that in this proportion, the discriminant variables provided us with an approximate explanation.

DISCUSSION

The frequency of sexual dysfunctions can be described as high. The analysis of the results made evident that two factors are always present in these sexual dysfunctions: a tendency to show low self-esteem and the presence of conjugal problems. Alongside the different dimensions of gender roles, there is a decrease of the masculinity features in the case of precocious ejaculation; the reduction of femininity features is found in the three dysfunctions under study. There is a tendency to inhibition of both the sexual expressions and the affective expressions (femininity features), which are found combined in the case of precocious ejaculation, combined as well with a decrease of the masculinity features.

When it comes to the sexual background, we observed that the history of child sexual traumatic experience is a risk indicator for the orgasmic disorder, as well as the report of practicing masturbation during adolescence. We can infer from this that this can be due to the type of masturbation limited to a biological discharge and not to the exploration addressed to a self-knowledge of the body. Another indicator present only in the orgasmic disorder is the fear of sexuality.

It can be observed that the sexual dysfunction that presents more indicators is the male orgasmic disorder. For what we explained here, it becomes relevant to develop integral intervention plans for the adequate exploration of indicators related to these dysfunctions.

Key words: Male sexual dysfunctions, gender role, self-esteem, sexual background.

RESUMEN

El estudio sistematizado de la sexualidad es relativamente reciente y ha permitido una comprensión más profunda de este fenómeno, por demás complejo. Masters, Johnson y Kolodny generaron el modelo de la respuesta sexual humana y sus alteraciones, o sea, las disfunciones sexuales. Los trabajos de Kaplan y de Labrador y Crespo han conceptualizado la etiología de las disfunciones sexuales como fenómenos que se deben tanto a causas recientes como remotas.

En el departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER), la prevalencia encontrada de disfunciones sexuales fue, en las mujeres, de 52%, y de 38.8% en los hombres, por lo que se generó una línea de investigación de sexualidad humana de la cual forma parte este estudio que tiene por objetivo identificar la frecuencia, la diferencia, la relación y la combinación entre tres disfunciones sexuales masculinas: el trastorno de la erección, el trastorno del orgasmo y la eyaculación precoz, y algunos factores intervinientes: a) factores de personalidad, como el papel de género y el nivel de autoestima y b) algunos antecedentes sexuales, como son el reporte de haber sufrido una experiencia sexual infantil traumática, el tener o no información sexual, la presencia o no de temores a la sexualidad, masturbación durante la adolescencia y el tener o no problemas conyugales, y así proponer perfiles de los indicadores relacionados con la presencia de estas disfunciones sexuales clasificadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR).

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño correlacional-multivariado, de una muestra dividida en dos y de observaciones independientes, fue un estudio no experimental de campo, retrospectivo y transversal.

Muestra

Se capturó una muestra no probabilística de las parejas de las pacientes recién aceptadas en el INPerIER para su atención mediante un muestreo intencional por cuota. La muestra fue de 200 hombres, 100 sin disfunciones sexuales (grupo 1) y 100 con disfunciones sexuales (grupo 2) de los cuales se presentan los resultados del trastorno de la erección, trastorno orgásmico masculino y eyaculación precoz que se compararon con el mismo número de participantes que no tuvieron ninguna disfunción sexual. Los participantes debieron cubrir con los criterios de inclusión: edad de 22 a 45 años, educación mínima de primaria, sin diagnóstico previo de enfermedad mental o crónica que pudiera condicionar la presencia de disfunciones sexuales. Los factores sociodemográficos controlados fueron: edad, estado civil y escolaridad; la variable de clasificación fue la presencia de estas disfunciones sexuales masculinas.

Instrumentos

Para detectar el tipo de disfunción y la captura de los antecedentes, se utilizó el Cuestionario de la Sexualidad versión para Hombres. Para la medición del papel de género se utilizó el Inventario de Masculinidad-Feminidad IMAFE. Para medir la autoestima se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith, validación mexicana.

RESULTADOS

La disfunción más frecuente fue la eyaculación precoz, reportada por 48 participantes, 34 reportaron trastorno de la erección y 15 trastorno del orgasmo. Las relaciones se realizaron con el coeficiente ETA y con la V de Cramer, además de un análisis discriminante.

Se encontró en trastorno de la erección relación negativa con feminidad y autoestima y positiva con problemas conyugales. En trastorno del orgasmo, relación negativa con feminidad y autoestima y positiva con experiencia sexual infantil traumática, masturbación y problemas conyugales. En eyaculación precoz, relación negativa con

masculinidad, feminidad y autoestima y positiva con problemas conyugales.

Palabras clave: Disfunciones sexuales masculinas, papel de género, autoestima, antecedentes sexuales.

INTRODUCCIÓN

Puede decirse que el estudio de la sexualidad es relativamente reciente, esto es, si consideramos los trabajos decimonónicos de Freud y los que llevó a cabo Kinsey durante la primera mitad del siglo XX. El hecho de haber sistematizado la problemática sexual ha permitido una comprensión aún más profunda de este fenómeno por demás complejo y del impacto y sus repercusiones en el ámbito individual, de pareja y familiar. Masters, Johnson y Kolodny¹ generaron el modelo de la respuesta sexual humana y sus alteraciones, o sea, las disfunciones sexuales. Los trabajos de Kaplan² y de Labrador y Crespo³ están encaminados a conceptualizar la etiología de las disfunciones sexuales como fenómenos que se deben tanto a causas recientes como remotas, es decir, son multicausales. No obstante el cúmulo y la diversidad de los aportes hay revisiones cuyas conclusiones señalan que aún faltan elementos para construir modelos de intervención más eficaces.^{4,5}

Respecto a la especificidad de los factores causales, algunos autores señalan como causas recientes los problemas con la pareja (rechazo, repulsión o ira);^{2,6} incapacidad de abandonarse a la experiencia erótica por un exceso de autocrítica o temor al fracaso; prácticas sexuales deficientes por falta de información, o sentimientos de culpa de origen sexual. Como causas remotas, relacionan la confusión entre los deseos sexuales y los temores a los castigos divinos, sociales o familiares, donde los antiguos temores, adquiridos durante la infancia o la adolescencia se reactivan ante cualquier expresión sexual en la edad adulta, debido a la díada inmoralidad-sexualidad. Otro factor es el haber sufrido abuso sexual en la niñez. Las experiencias infantiles de esta naturaleza inciden en la edad adulta, en donde la intimidad con la pareja resulta un asunto verdaderamente amenazante.

Por lo anterior y para un buen abordaje de las disfunciones sexuales masculinas, se ha querido diseñar modelos de intervención eficaces en el departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER), donde se ha detectado un alto porcentaje de parejas con problemas en su vida sexual. Un estudio exploratorio mostró que la prevalencia de las disfunciones sexuales en las mujeres fue de 52% y en los hombres de 38.8%.⁷ En estudios posteriores en personas con una o más disfunciones sexuales se ha encontrado que hay una desventaja respecto a grupos que no presentan disfunción en cuanto a algunos factores estudiados, como son la presencia de ansiedad, pobre autoconcepto,

insatisfacción marital.⁸⁻¹⁰ Para obtener una mayor especificidad, estos indicadores se han aislado con objeto de permitir el estudio de cada una de las disfunciones sexuales y los factores asociados. Así se publicaron los perfiles de los factores relacionados con el deseo sexual hipoactivo tanto femenino como masculino.¹¹

El objetivo de este estudio es identificar la frecuencia, la diferencia, la relación y la combinación entre el trastorno de la erección, el trastorno orgásmico masculino, la eyaculación precoz y algunos factores intervinientes.

Los factores intervinientes se dividieron en dos tipos: a) factores de personalidad, como el papel de género, que no es otro que las prescripciones, normas y expectativas de acuerdo a las reglas establecidas por la sociedad y que son introyectadas en el individuo, traduciéndose en el comportamiento de hombres y mujeres, esto es, la expresión de la masculinidad y la femineidad, pero cuando esta expresión se polariza al machismo y la sumisión puede influir de manera negativa en el desarrollo de la sexualidad. Se denomina masculinidad a las conductas que están dirigidas a una acción, a la capacidad de autoprotección, autoafirmación, reflexión, abstracción y objetividad; la femineidad, a las características llamadas de relación, esto es, la necesidad de involucrarse con los demás, encaminadas hacia los sentimientos. El machismo se refiere al culto a la virilidad, agresividad exagerada, arrogancia; la sumisión se describe como una necesidad exagerada de mostrar una gran fuerza espiritual con actitudes de abnegación y capacidad para soportar el sufrimiento, el cual exhibe dependencia y conformismo.¹² Otro factor de personalidad es el nivel de autoestima, que en gran medida determina la conducta de las personas, y que es el juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo;^{13,14} y b) algunos antecedentes sexuales, como son el reporte de haber sufrido una experiencia sexual infantil traumática, el tener o no información sexual, la presencia o no de temores a la sexualidad, masturbación durante la adolescencia y el tener o no problemas conyugales. Ahora bien, dicha división de los factores intervinientes permite proponer perfiles de los indicadores relacionados con la presencia de cada una de las disfunciones sexuales masculinas, las cuales están clasificadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR),¹⁵ como:

a) *Trastorno de la erección:* incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

- b) *Trastorno orgásmico masculino*: ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
- c) *Eyaculación precoz*: eyaculación persistente y recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño correlacional-multivariado de una muestra dividida en dos y de observaciones independientes. Se trata de un estudio no experimental de campo, retrospectivo y transversal.

Muestra

Se capturó una muestra no probabilística de las parejas de las pacientes recién aceptadas en la Institución para su atención mediante un muestreo intencional por cuota. La muestra fue de 200 hombres, 100 sin disfunciones sexuales (grupo 1) y 100 con disfunciones sexuales (grupo 2), de los cuales se presentan los resultados del trastorno de la erección, trastorno orgásmico masculino y eyaculación precoz que se compararon con el mismo número de participantes que no tuvieron ninguna disfunción sexual. Los participantes debieron cubrir con los criterios de inclusión: edad de 22 a 45 años, educación mínima de primaria, sin diagnóstico previo de enfermedad mental o crónica que pudiera condicionar la presencia de disfunciones sexuales.

Los factores sociodemográficos controlados fueron: edad, estado civil y escolaridad; la variable de clasificación fue la presencia de disfunciones sexuales masculinas. El análisis descriptivo de toda la muestra indica que tanto un grupo como el otro tienen características muy similares y homogéneas (cuadro 1).

Instrumentos

Para la clasificación de los grupos y para detectar el tipo de disfunciones presentadas, así como para la captura de los

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la muestra

	Grupo 1 Sin disfunciones sexuales	Grupo 2 Con disfunciones sexuales
Edad	$\bar{x} = 32.0 \pm 4.97$	$\bar{x} = 33.1 \pm 5.20$
Escolaridad en años	$\bar{x} = 11.7 \pm 2.88$ Rango=6-19 años	$\bar{x} = 11.0 \pm 3.33$ Rango=6-20 años
Estado civil		
Solteros	0%	1%
Casados	80%	78%
Unión libre	20%	21%

antecedentes sexuales, se utilizó el Cuestionario de la Sexualidad versión para Hombres, basado en la Historia Clínica de la Sexualidad Femenina.¹⁶ Para la medición del papel de género se utilizó el Inventario de Masculinidad-Feminidad IMAFE,¹⁷ que mide cuatro orientaciones: Masculino, Femenino, Machismo y Sumisión. Para medir la autoestima se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith, validación de Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés.¹⁴

Procedimiento

Los participantes fueron capturados en la consulta externa del INPerIER, inmediatamente después de que sus parejas fueron aceptadas como pacientes para su atención médica. La aplicación de los instrumentos e historias clínicas se realizó en una sola sesión de manera individual, después de haber firmado la carta de consentimiento informado requerida por el Comité de Ética de la Institución. La captura duró aproximadamente un año.

RESULTADOS

La frecuencia de las tres disfunciones sexuales presentadas en este estudio se presenta en el cuadro 2, encontrándose que la más frecuente fue la eyaculación precoz (cuadro 2).

Para establecer las relaciones de cada una de las disfunciones sexuales y los factores de personalidad se utilizó el coeficiente ETA (se transformaron en variables Dummy para su análisis); para determinar la relación de las disfunciones sexuales y los antecedentes se utilizó la V de Cramer. Establecidas las relaciones de los factores de personalidad y de los antecedentes, con las cuales se armaron los perfiles (figuras 1 y 2), se realizó como último procedimiento un análisis discriminante, para tener mayor discriminación de las variables, donde se incluyeron todas las variables que tuvieron relación, encontrándose los siguientes resultados:

- *Trastorno de la erección*: Se obtuvo un factor de tres variables, $p=.019$ (cuadro 3).
- *Trastorno del orgasmo*: Se obtuvo un factor de cinco variables, $p=.000$ (cuadro 4).
- *Eyaculación precoz*: Se obtuvo un factor de cuatro variables, $p=.005$ (cuadro 5).

Los porcentajes obtenidos en cada disfunción muestran que en este porcentaje las variables que se discriminan nos dan una aproximación explicativa.

Cuadro 2. Frecuencia de disfunciones sexuales

Disfunción	Frecuencia
Eyaculación precoz	48
Trastorno de la erección	34
Trastorno del orgasmo	15

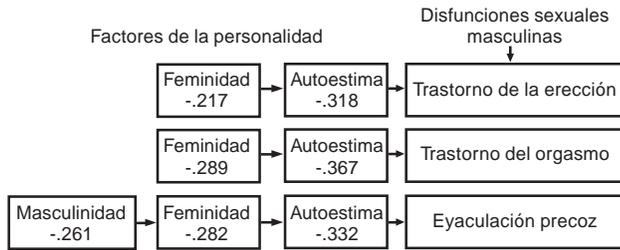


Figura 1. Perfil de los factores de personalidad y las disfunciones sexuales masculinas

DISCUSIÓN

En el análisis de los resultados se encontraron dos factores presentes en todas las disfunciones sexuales: la tendencia a presentar baja autoestima y la presencia de problemas conyugales. En cuanto a las distintas dimensiones del papel de género, la disminución de las características de masculinidad se encontraron en eyaculación precoz; la disminución de la feminidad se haya en las tres disfunciones. Asimismo, es posible observar que las características de machismo no se relacionaron con ninguna disfunción sexual, más bien hay una tendencia a la inhibición, no sólo de las expresiones sexuales sino también de las expresiones afectivas (feminidad), que en eyaculación precoz se combina además con la disminución de las características de masculinidad. En cuanto al análisis de los antecedentes sexuales estudiados, se observa que la experiencia sexual infantil traumática es un indicador de riesgo relacionado con el trastorno del orgasmo, así como el reporte del ejercicio de la masturbación durante la adolescencia. Se puede inferir que esto puede deberse a que el tipo de masturbación se limita a la descarga biológica y no a la exploración para el conocimiento del cuerpo. En cuanto al reporte de información sexual, no se encontró relación con ninguna disfunción sexual por lo que se puede inferir que en el ejercicio de la sexualidad no basta tener información acerca de la sexualidad, aunque es importante tenerla, cuando están presentes otros factores de riesgo de más peso que la impactan. Otro indicador que se presenta únicamente en el trastorno del orgasmo, son los temores a la sexualidad los cuales pueden ser tan variados que se requiere de estu-

dios específicos para poder catalogarlos; hay autores^{2,18} que mencionan algunos como el temor a no cumplir con los comportamientos sexuales, o por la percepción de falta de experiencia y pobre eficacia. Entre mayor es la percepción de su capacidad mayor es el ajuste sexual, por lo que el temor es limitante para obtener una respuesta sexual adecuada. Se puede observar que la disfunción sexual que presenta mayores indicadores relacionados es el trastorno del orgasmo. La intervención, como la terapia sexual aislada, puede ser insuficiente si hay otros elementos implicados por lo que es necesario hacer planes de intervención integrales con la exploración de los indicadores relacionados.

Como conclusión central se puede decir que la presencia de disfunciones sexuales es un indicador que muestra la complejidad del objeto de estudio, y que, aunque haya conceptos aparentemente diferentes según la teoría de la cual se trate, todos los estudiosos coinciden en darle a la sexualidad un significado más amplio. Coincidimos con quienes la ven como un fenómeno pluridimensional, una dimensión de la personalidad y no sólo como la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica, pues comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales.¹⁹ La sexualidad es todo aquello que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que pertenecemos; está presente en todas las etapas de nuestra vida, aunque con manifestaciones diferentes, condicionando el desarrollo de los individuos; es la forma en la que el individuo se relaciona con el mundo.

Cuadro 3. Matriz de estructura de las funciones canónicas discriminantes

	Función 1
Autoestima	.924
Problemas conyugales	-.619
Feminidad	.613

Correctamente clasificados en 66.7% de los casos.

Cuadro 4. Matriz de estructura de las funciones canónicas discriminantes

	Función 1
Problemas conyugales	.731
Autoestima	-.573
Experiencia sexual infantil traumática	.507
Feminidad	-.438
Masturbación	.435

Correctamente clasificados en 83.1% de los casos.

Cuadro 5. Matriz de estructura de las funciones canónicas discriminantes

	Función 1
Autoestima	.856
Feminidad	.715
Problemas conyugales	-.681
Masculinidad	.657

Correctamente clasificados en 69.4% de los casos.

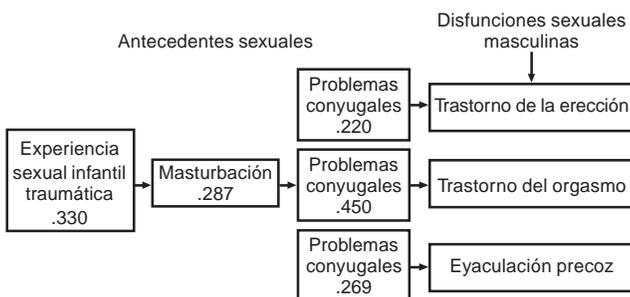


Figura 2. Perfil de los antecedentes sexuales y las disfunciones sexuales masculinas

La combinación de los indicadores estudiados que presenta cada disfunción sexual (figuras 1 y 2) es la que le confiere la especificidad esperada. Los indicadores encontrados que contribuyen a un inadecuado ejercicio de la sexualidad aportan elementos para la intervención, pues la presencia de una disfunción sexual no es simplemente un problema mecánico, sino consecuencia de toda una construcción interna que tiene que ver con situaciones diversas, tanto pasadas como presentes; de ahí la necesidad de considerar dentro de los planes de tratamiento una combinación de sesiones terapéuticas (independientemente de la técnica que se utilice) con la terapia sexual.^{2,20} Los perfiles finales quedaron conformados de la siguiente manera (figuras 1 y 2).

REFERENCIAS

1. Masters W, Johnson V, Kolodny R. *La Sexualidad Humana*. Barcelona: Grijalbo; (1995)
2. Kaplan H. *La nueva terapia sexual*. México: Alianza Editorial; 1990.
3. Labrador FJ, Crespo M. Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema* 2001;13(3):428-441.
4. Rosen RC, Leiblum SR. Assessment and treatment of desire disorders. En: Lieblum SR, Rosen RC (eds). *Principles and practice of sex therapy*. USA: The Guilford Press; 1988.
5. LoPiccolo J, Stock W. Treatment of sexual dysfunction. *J Consulting Clinical Psychology* 1986;54:158-167.
6. Winton MA. The medicalization of male sexual dysfunctions. An analysis of sex therapy journals. *Canadian J Human Sexuality* 2000;25(4):231-239.
7. Sánchez BC, Carreño J, Martínez S, Gómez ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2005;28(4):74-80.
8. Sánchez BC, Carreño J, González G, González I. Autoconcepto y Satisfacción Marital en mujeres con Disfunción Sexual. *Perinatología Reproducción Humana* 1997;11:190-197.
9. Sánchez BC, Carreño J, Martínez S. Disfunción sexual masculina y su relación con el rol de género y asertividad. *Perinatología y Reproducción Humana* 2002;16:123-131.
10. Sánchez BC, Morales F, Carreño J, Cuenca J. Disfunciones sexuales masculinas: su asociación con el malestar psicológico y los problemas conyugales en una población de la ciudad de México. *Psicología Iberoamericana* 2007;15(1):60-67.
11. Sánchez BC, Corres P, Blum B, Carreño J. Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Salud Mental* 2009;32(1):43-52.
12. Lara A. Masculinidad, feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental* 1991;1:12-8.
13. Coopersmith S. A method for determining types of self-esteem. *J Abnormal Social Psychology* 1967;59(1):87-94.
14. Lara C, Verduzco M, Acevedo M, Cortés J. Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana Psicología* 1993;25(2):247-255.
15. American Psychiatric Association: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Madrid: Masson; 2002.
16. Souza M, Cárdenas J, Montero MC, Mendoza L. Historia clínica de la sexualidad femenina. *Ginecología Obstetricia México* 1987;55:277-87.
17. Lara A. *Inventario de masculinidad y feminidad*. México: El Manual Moderno; 1993.
18. Reissing E, Laliberté G, Davis H. Young women's sexual adjustment: The role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes. *Canadian J Human Sexuality* 2005;14,3-4:77-83.
19. Álvarez Gayou JL, Sánchez D, Delfin L. *Sexoterapia integral*. México: El Manual Moderno; 1986.
20. O'Donohue W, Swingen D, Dopke C, Regev L. Psychotherapy for male sexual dysfunction. A review. *Clinical Psychology Review* 1999;19:591-630.

Artículo sin conflicto de intereses