

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



**VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA**

**AJUSTE DIÁDICO, SEXUALIDAD Y
SINDROME METABOLICO: UN
ANALISIS COMPARATIVO**

MONICA MARIA NOVOA-GOMEZ

**Dirigida por:
D. Enrique Cantón Chirivella
D. Francisco José Santolaya Ochando**

UNIVERSITAT DE VALENCIA

2014

DEDICATORIA

El amor es la muerte del deber

Mister Amon, GoT

Este trabajo parte y confluye en Juanca. Está inspirado y dedicado de principio a fin a él. Su presencia renueva en mi vida la certeza de que por tediosas que parezcan las tareas, por solitario que parezca el camino y por lejanas que se vean las metas, siempre es posible. Y sobretodo, que la plenitud es amar.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, que con amor y paciencia me concedió el espacio y me dió el tiempo necesario para escribir.

A amigos y colegas con quienes debatí las ideas que orientaron la investigación y parte de los hallazgos. Especialmente a Santiago, por su desinteresada disposición para apoyar las tareas más tediosas y por reírse conmigo de las curiosidades que cada día rodearon la puesta en marcha y la finalización de esta investigación.

A mis directores de tesis, por el destinar tiempo e interés y por sus valiosas orientaciones.

Por supuesto, a los pacientes y compañeros de equipo del hospital que de forma generosa se interesaron y participaron de este estudio y a quienes espero les sean útiles estos hallazgos.

ÍNDICE

0. INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL

1. SEXUALIDAD.....	35
1.1 Modelos conceptuales.....	40
1.1.1 <i>Teoría general sobre la Sexualidad Humana de Master y Johnson (1966) y Kaplan (1978)</i>	
1.1.2 <i>Teoría de la Función Erótica de Heli Alzate (1997)</i>	
1.1.3 <i>Modelo del Sexo Suficientemente Bueno, de Metz y McCarthy, (2003, 2004)</i>	
1.1.4 <i>Psicología conductual y del aprendizaje</i>	
1.1.5 <i>Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual de Lawrence y Byers (1992)</i>	
1.1.6 <i>Teoría de la permisividad sexual extramarital de Reiss (1967)</i>	
1.1.7 <i>Teoría de los Guiones Sociales de Ganon y Simon (1973)</i>	
1.1.8 <i>La mirada antropológica de la sexualidad</i>	
1.2 La respuesta sexual.....	66
1.2.1 <i>Evaluación clínica de la respuesta sexual</i>	
1.2.2 <i>Problemas en la función sexual: Disfunciones sexuales</i>	
1.2.2.1 <i>Disfunción sexual masculina</i>	
1.2.2.2 <i>Disfunción sexual femenina</i>	
1.2.3 <i>Cambios en la función sexual dependientes de la cultura, la edad y el sexo</i>	
1.2.4 <i>Características generales de la población con respecto a la conducta sexual y elementos relacionados</i>	
1.2.5 <i>Instrumentos de medida de la conducta sexual</i>	
2. AJUSTE DIADICO.....	103
2.1 Características generales del ajuste diádico.....	103
2.2 Modelos explicativos	107
2.3 Factores psicosociales relacionados con el ajuste diádico.....	125
2.4 Implicaciones del ajuste de pareja en la salud física.....	130
2.5 Evaluación del ajuste diádico.....	133
2.5.1 <i>Cuestionarios y escalas</i>	
2.6 Terapias de pareja.....	139
3. EL SINDROME METABOLICO	153
3.1 Condiciones endocrino-metabólicas y factores sociodemográficos	
3.2 Condiciones metabólicas y disfunción sexual	
3.3 Síndrome metabólico y factores psicosociales relacionados	

CAPÍTULO II. MATERIAL, MÉTODO Y PROCEDIMIENTO	
I. Objetivos e Hipótesis.....	183
1.1. Objetivo general.....	183
1.2. Hipótesis.....	184
1.2.1. Hipótesis 1	
1.2.2. Hipótesis 2	
1.2.3. Hipótesis 3	
1.2.4. Hipótesis 4	
1.3. Tareas Específicas.....	185
2. Muestra.....	185
2.1. Grupo 1: Con Síndrome Metabólico –MSd-	
2.2. Grupo 2: Con sintomatología orgánica específica -POE-	
2.3. Grupo 3: Grupo de población normal o sin patología –GN-	
3. Material.....	193
3.1. Anamnesis u Hoja de Descripción de Datos	
3.2. Inventario de Frecuencia y Aceptación del Comportamiento de la Pareja (<i>FAPBI</i>)	
3.3. Escala de Ajuste Diádico- 7 (<i>DAS-7</i>)	
3.4. Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual (<i>CSFQ-14</i>)	
3.5. Índice de Satisfacción Sexual (<i>ISS</i>)	
4. Variables e instrumentos utilizados.....	206
5. Procedimiento.....	208
6. Análisis estadísticos.....	210
 CAPÍTULO III. RESULTADOS	
3.1 Análisis de la variable dependiente Ajuste diádico.....	215
3.2. Análisis de la variable dependiente satisfacción sexual.....	221
3.3 Análisis de las variables sociodemográficas y de relación.....	224
3.3.1 <i>Sexo</i>	
3.3.2 <i>Orientación sexual</i>	
3.3.3 <i>Edad</i>	
3.3.4 <i>Ocupación</i>	
3.3.5 <i>Nivel Educativo</i>	
3.3.6 <i>Estado Civil</i>	
3.3.6. <i>Tiempo de relación</i>	
3.4 Evaluación de Modelos Causales.....	285
 CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	
	299
 CAPITULO V. CONCLUSIONES	
	329

ANEXOS

Anexo 1. Hoja de descripción de datos

Anexo 2. Inventario de frecuencia y aceptación del comportamiento de la pareja (FAPBI)

Anexo 3. Escala de ajuste diádico- 7 (DAS-7)

Anexo 4. Cuestionario de cambios en el funcionamiento sexual (CSFQ-14) para hombres

Anexo 5. Cuestionario de cambios en el funcionamiento sexual (CSFQ-14) para mujeres

Anexo 6. Índice de insatisfacción sexual (ISS)

Anexo 7. Consentimiento Informado

ÍNDICE TABLAS

Capítulo 1

Tabla 1. Criterios diagnósticos de MSd según la asociaciónn médica

Tabla 2. Perímetro abdominal según grupo étnico

Capítulo 2

Tabla 3. Composición de grupo y datos sociodemográficos

Tabla 4. Información biológica para cada grupo

Tabla 5. Interpretación del FAPBI

Tabla 6. Interpretación del DAS-7

Tabla 7. Interpretación del CSFQ-14

Tabla 8. Variables e instrumentos utilizados

Capítulo 3

Tabla 9. Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos

Tabla 10. Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de las mujeres según los grupos

Tabla 11. Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los hombres según los grupos

Tabla 12. Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos

Tabla 13. Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos

Tabla 14. Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos

Tabla 15. Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos

Tabla 16. Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos
Tabla 17. Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos
Tabla 18. Promedios de frecuencia y aceptación del comportamiento de la pareja, ajuste diádico, cambios en la función sexual e insatisfacción sexual según la categoría diagnóstica de los participantes
Tabla 19. Promedios de frecuencia y aceptación de pareja, ajuste de pareja, cambio en la función sexual e insatisfacción sexual según la categoría diagnóstica de los participantes, controlando el efecto de los factores demográficos
Tabla 20. Covarianzas del modelo hipotético de camino

ÍNDICE GRÁFICAS

Capítulo 3

Gráfica 1. Puntuaciones medias de la escala DAS-7 según los grupos
Gráfica 2. Porcentaje de Ajuste diádico en los participantes según grupo
Gráfica 3. Puntuaciones medias en el ISS según grupo
Gráfica 4. Porcentaje de participantes con insatisfacción sexual según grupo
Gráfica 5. Porcentaje de participantes con disfunción sexual según grupo
Gráfica 6. Puntuaciones medias de la escala DAS-7 para las participantes mujeres según los grupos
Gráfica 7. Promedio de Ajuste diádico para las participantes mujeres según los grupos
Gráfica 8. Promedio de Insatisfacción sexual para las participantes mujeres según los grupos
Gráfica 9. Puntuaciones medias en el CSFQ-14 para las participantes mujeres según los grupos
Gráfica 10. Puntuaciones medias en los componentes del CSFQ-14 para las participantes mujeres según los grupos
Gráfica 11. Puntuaciones medias de la escala DAS-7 para las participantes hombres según los grupos
Gráfica 12. Promedio de Ajuste diádico para las participantes hombres según los grupos
Gráfica 13. Promedio de Insatisfacción sexual para las participantes hombres según los grupos
Gráfica 14. Puntuaciones medias en el CSFQ-14 para los participantes hombres según los grupos

Gráfica 15. Puntuaciones medias en los componentes del CSFQ-14 para los participantes hombres según los grupos

Gráfica 16. Puntuaciones medias en los componentes del DAS-7 para los participantes según su orientación sexual

Gráfica 17. Porcentaje de Ajuste diádico para los participantes según su orientación sexual

Gráfica 18. Porcentaje de insatisfacción sexual para los participantes según su orientación sexual

Gráfica 19. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes según su orientación sexual

Gráfica 20. Puntuaciones medias de los componentes del CSFQ-14 para los hombres participantes según su orientación sexual

Gráfica 21. Puntuaciones medias de los componentes del CSFQ-14 para las mujeres participantes según su orientación sexual

Gráfica 22. Puntuaciones medias del DAS-7 para los participantes según su rango de edad

Gráfica 23. Porcentaje de Ajuste diádico para los participantes según su edad

Gráfica 24. Porcentaje de Insatisfacción sexual para los participantes según su edad

Gráfica 25. Puntuaciones en los componentes del CSFQ-14 para las participantes mujeres según su rango de edad

Gráfica 26. Puntuaciones en los componentes del CSFQ-14 para los participantes hombres según su rango de edad.

Gráfica 27. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes según su edad

Gráfica 28. Puntuaciones medias en los componentes del DAS-7 de los participantes según su ocupación.

Gráfica 29. Porcentaje de Ajuste diádico para los participantes según su ocupación

Gráfica 30. Porcentaje de Insatisfacción sexual para los participantes según su ocupación

Gráfica 31. Puntajes en los componentes del CSFQ-14 para las participantes mujeres según su ocupación

Gráfica 32. Puntajes en los componentes del CSFQ-14 para los participantes hombres según su ocupación

Gráfica 33. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes según su ocupación

Gráfica 34. Puntuaciones medias de los componentes del DAS-7 para los participantes según su nivel de estudios

Gráfica 35. Porcentaje de Ajuste diádico para los participantes según su nivel de estudios

Gráfica 36. Porcentaje de Insatisfacción sexual para los participantes según su nivel de estudios

Gráfica 37. Porcentaje de Disfunción sexual para las participantes mujeres según su nivel de estudios

Gráfica 38. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes hombres según su nivel de estudios

Gráfica 39. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes según su nivel de estudios

Gráfica 40. Puntuaciones de los componentes del DAS-7 para los participantes según su estado civil

Gráfica 41. Porcentaje de Ajuste diádico para los participantes según su estado civil

Gráfica 42. Porcentaje de Insatisfacción sexual para los participantes según su estado civil

Gráfica 43. Puntuaciones medias de los componentes del CSFQ-14 para los participantes hombres según su estado civil

Gráfica 44. Puntuaciones medias de los componentes del CSFQ-14 para los participantes hombres según su estado civil.

Gráfica 45. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes según su estado civil

Gráfica 46. Puntuaciones de los componentes del DAS-7 para los participantes según su tiempo de relación.

Gráfica 47. Porcentaje de Ajuste diádico para los participantes según su tiempo de relación

Gráfica 48. Porcentaje de Insatisfacción sexual para los participantes según su tiempo de relación.

Gráfica 49. Puntuaciones medias en el CSFQ-14 para los participantes hombres según su tiempo de relación

Gráfica 50. Puntuaciones medias en el CSFQ-14 para las participantes mujeres según su tiempo de relación

Gráfica 51. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes según su tiempo de relación

ÍNDICE FIGURAS

Capítulo 3

Figura 1. Modelo hipotético de camino

Figura 2. Modelo anidado.

0. INTRODUCCIÓN

El incremento progresivo de la incidencia de enfermedades crónicas de tipo metabólico, ha ocupado de forma reciente la atención de la comunidad científica y sanitaria, pues como ha indicado la Organización Mundial de la Salud (2005, 2012a), condiciones médicas como la obesidad, la dislipidemia y diversas alteraciones metabólicas de tipo crónico incrementan los costos para el sistema de salud y deterioran la capacidad productiva y funcional de la población general.

Para Colombia, la prevalencia estimada de obesidad en el 2008 era de 17.3% de la población según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012b), y en países como España, la prevalencia estimada era del 32% para los hombres y del 29% para las mujeres, lo que supone un panorama de salud preocupante.

El interés de este problema de salud reside en su relación con un conjunto de factores de riesgo lipídicos entre otros, que pueden aparecer de forma secuencial o simultánea en una persona como consecuencia de la resistencia a la insulina y que agrupados configuran el cuadro clínico del Síndrome Metabólico –MSd- (López, Sosa y Labrousse, 2007); el limitado conocimiento sobre las condiciones y efectos psicosociales relacionados, así como las comorbilidades que presenta (Navarro Lechuga y Vargas Moranth, 2008; Villegas, Arias, Botero, Arango, y Toro, 2003).

Como parte de la problemática psicosocial asociada con los problemas lípidicos han sido documentados cambios en la función, la satisfacción sexual y el ajuste diádico (Ledón, Machado, Chirinos, Mendoza, Fabré, Hernández e Hidalgo, 2006; Machado, Navarro, Domínguez, García y Navarro, 2002; Nelson y Kenowitz, 2013; Novoa, Cruz, Rojas, y Wilde, 2003), sin embargo se sabe poco sobre las características de este tipo de cambios en las personas que sufren de obesidad y padecen síndrome metabólico –MSd- (Troxel, Matthews, Gallo, y Kuller, 2005; Whisman, Uebelacker, y Settles, 2010).

La importancia de la satisfacción sexual se apoya en la idea de que para muchas personas una vida sexual satisfactoria es un componente fundamental para lograr una buena calidad de vida (Greenstein, Abramov, Matzkin, y Chen, 2006), y que alteraciones con etiología biológica afectan la respuesta sexual del individuo. Esto contrasta con una prevalencia de disfunciones sexuales entre el 19 y el 50% de la población mundial, siendo 47% para las mujeres y 42% para hombres (Zakhari, 2009; Frank, Noyon, Höfling, y Heidenreich, 2010; Sobczak, 2009, Laumann y cols., 2005).

En Colombia la prevalencia de disfunción sexual fue estimada en un 53% según el estudio DENSA (Disfunción eréctil en el norte de Sur América, 1998), no encontrándose investigaciones más recientes sobre el tema. En cuanto a la disfunción sexual de etiología orgánica como en el

caso del síndrome metabólico, se ha informado de efectos negativos en el ajuste en la relación de pareja debido al bajo nivel de satisfacción percibido por las mujeres (Althof, 2002; Conaglen y Conaglen, 2008; Latini et al., 2003; McCabe y Matic, 2008; Tomlinson y Wright, 2004), al efecto que la disfunción tiene en la autoestima (Cappelleri et al., 2005) y la percepción de masculinidad (McCabe y Matic, 2008), generando un impacto negativo en la calidad de vida (Conaglen y Conaglen, 2008; McCabe y Matic, 2008). Así mismo, en la relación de pareja las mujeres reconocen los efectos negativos de la disfunción eréctil en ellas mismas, en sus parejas y en la relación (Althof, 2002; Conaglen y Conaglen, 2008; Latini et al., 2003; McCabe y Matic, 2008; Tomlinson y Wright, 2004). 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.

Una revisión sobre obesidad y función sexual realizada por Kolotkin, Zunker y Østbye (2012) concluyó que la disfunción sexual eréctil es la más común en hombres con problemas lipídicos y obesidad en comparación con los que presentan un peso adecuado, estando también relacionada con enfermedades como la diabetes mellitus según se informa en diversos estudios (Costanzo, Knoblovits, Rey-Valzacchi, Gueglio, Layu y Litwak, 2008; Romero y Licea, 2000b).

Ahora bien, desde una perspectiva de género, la literatura refiere que las mujeres con problemas metabólicos y obesidad presentan más problemas sexuales en comparación con los hombres, así como una asociación entre la obesidad y la reducción del funcionamiento sexual en ellas, aunque no hay claridad sobre cuál de las fases del deseo y la excitación es la más afectada (Kolotkin et al., 2012). Está documentado que las mujeres que padecen MSd pueden presentar dificultades en su interacción sexual aunque los resultados no son concluyentes, pues algunos muestran una relación entre el MSd y disfunción sexual (Borges et al., 2009a; Esposito et al., 2005, 2008a), mientras que hay otros que no mostraron una relación significativa (Kim, Kim, Kim, Cho, y Jeon, 2011a). Adicionalmente y en contraste con las disfunciones sexuales masculinas, es muy poca la comprensión sobre los mecanismos involucrados en la presencia de dichas dificultades sexuales en la mujer y la forma en que se relacionan con el MSd (S. Bhasin, Enzlin, Coviello, y Basson, 2007); a pesar que investigadores como Troxel y cols. (2005) y Whisman y cols. (2010), han concluido que los trastornos del dolor son los que más se relacionan con un ajuste de pareja inadecuado (Davis y Reissing, 2007; Jodoin et al., 2011).

Cuando se analiza la disfunción sexual desde una perspectiva contextual y psicosocial en la que una o ambas partes de la pareja no experimenta una relación sexual satisfactoria, se concluye que una de

las esferas del individuo que puede verse fuertemente afectada es la relación de pareja (Ardila, 2002; Romero y Licea, 2000b). Se conoce la importancia que tiene la satisfacción de pareja y el cambio en el funcionamiento sexual de cada uno de los miembros, en el contexto relacional y social para la elección de tratamiento y la adherencia al mismo (Althof y Wieder, 2004). Sobre los aspectos contextuales y psicosociales se sabe poco, desconociéndose por ejemplo, la forma en que la edad, el nivel educativo o la ocupación pueden estar relacionados con el tipo de enfermedades crónicas de tipo metabólico.

Posiblemente el problema de los resultados no concluyentes e incluso contradictorios sobre la función y la satisfacción sexual se debe a que las publicaciones sobre el tema son en su mayoría reportes de resultados de investigación de tipo descriptivos y ateóricos, y en aquellos casos en los que se evalúan hipótesis específicas éstas raramente se derivan o están dirigidas a evaluar proposiciones teóricas (Weiss, 2005), lo cual marca una ruta de indagación en esta investigación, que permita identificar un modelo explicativo derivado de las pruebas y medidas sobre el ajuste diádico y la satisfacción.

Por otra parte, otra variable importante para la satisfacción sexual es evaluar el rol que juega la pareja, y para ello se ha utilizado la noción de ajuste diádico o satisfacción de pareja. El ajuste diádico ha sido definido como un proceso que comprende elementos relativos a la

identificación de las diferencias problemáticas de la pareja, de las tensiones interpersonales y la forma de resolución de las mismas, la satisfacción con la pareja, la cohesión y el consenso en aspectos importantes para su funcionamiento (Spanier, 1976a). Este concepto ha sido ampliamente usado para evaluar diversas poblaciones (Santos-Iglesias, Vallejo-Medina, y Carlos, 2009) y ha sido complementado por autores como Doss y Christensen (2006) que indican que el ajuste diádico puede ser evaluado considerando la frecuencia y aceptación de los comportamientos positivos y negativos de la pareja. Por su parte, Graham, Fischer, Crawford, Fitzpatrick y Bina (2000), lo describen como el nivel de satisfacción que refiere tener cada miembro de la pareja en cuanto a intereses, objetivos, valores y puntos de vista.

En suma, si bien el conocimiento sobre la sexualidad y el ajuste de pareja en población normal es ampliamente documentado, los estudios en población con problemas de salud, especialmente los de tipo metabólico son escasos y poco concluyentes; esta falta de conocimiento junto con el aumento en las patologías crónicas de tipo metabólico en la población colombiana y el interés por su influencia en el ámbito del ajuste diádico y la satisfacción de pareja ha llevado a realizar la presente tesis doctoral.

Es por ello que esta investigación se realizó con el fin de establecer si existen diferencias en el ajuste diádico y la satisfacción

sexual entre personas con y sin síntomas de patología orgánica de tipo metabólico en una muestra de sujetos colombianos que acudieron a un Hospital de la zona centro en la ciudad de Bogotá, y clarificar qué variables la afectan de manera favorable o desfavorable. De lo anterior, se espera identificar un modelo explicativo derivado de las pruebas y medidas sobre el ajuste diádico y la satisfacción sexual.

CAPITULO I.

MARCO

CONCEPTUAL

1. SEXUALIDAD

Algunos investigadores, como Simon (1996) y más recientemente Wiederman y Whitley (2002), se han cuestionado la utilidad de la investigación en sexualidad, y si es realmente posible y útil dada la naturaleza social del constructo, la haría prácticamente indescifrable de forma completa y objetiva.

Una características de la investigación en sexualidad es la naturaleza multidisciplinar de su objeto de estudio. Desde una perspectiva social y del comportamiento, la investigación ha sido desarrollada por la psicología, la antropología y la sociología, y en buena medida, los avances y retrocesos en la sexología pueden ser explicados por la metodología de investigación que se ha usado, tal y como lo han señalado autores como Reiss (1999) y más recientemente Wiederman y Whitley (2002).

En muchos sentidos, llevar a cabo investigaciones sobre sexualidad humana implica diversas consideraciones de tipo conceptual, metodológico y ético. Por la naturaleza multidisciplinar de la investigación sexológica, tanto la teoría y como la solidez conceptual han sido inconsistentes y en muchos casos han estado completamente ausentes.

Una revisión sistemática de los artículos publicados en revistas científicas realizado por Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias y Sierra (2014), evidencia que a pesar de los estudios en sexología, existe poco desarrollo teórico y en general, poca conexión entre investigación y teorización. Esto implica que en términos de la solidez conceptual, la sexología o ciencia sexual cuenta con muy poca investigación orientada a evaluar las hipótesis en las que se fundamentan los datos.

Como sucede con muchos casos no hay un solo paradigma en la ciencia sexual, ni sobre asuntos específicos de la sexualidad, la determinación biológica por ejemplo, ni en cuanto a un modelo general sobre la sexualidad que sea más o menos aceptado por los científicos. Adicionalmente, hay que pensar que pocas perspectivas teóricas cumplen con todos los criterios de sistematicidad, interrelación y desarrollo basado en la solidez de los datos que evidencien la relación entre sus conceptos, tal como ha sido descrito por Weiss (2002). El debate científico acerca de los méritos relativos de usar marcos conceptuales que guíen la investigación y la teoría es un objetivo deseable en toda ciencia, pues representa una forma de auto examen y mirada crítica de lo que se está construyendo, auto examen y mirada reflexiva que la sexología como ciencia ha estado pocas veces involucrada.

Para orientar la investigación sexual hacia terrenos teóricos es necesario identificar aquella investigación que ha empleado marcos conceptuales. Algunos artículos que se han interesado por el tema han sido revisados por Weiss (1998, 2005), Ruppel (1994) y de forma más reciente por Sánchez-Fuentes y cols (2014). De estas revisiones se puede concluir que la mayor parte son reportes de datos, algunos de ellos están relacionados con desarrollos de modelos teóricos y ciertamente casi ninguno puede ser categorizado como investigación sobre el desarrollo mismo de las teorías o análisis metateóricos. Las publicaciones sobre el tema son en su mayoría reportes de resultados de investigación de tipo descriptivo y ateóricos y en aquellos casos en los que se evalúan hipótesis específicas, estas raramente se derivan o están dirigidas a evaluar proposiciones teóricas (Weiss, 2005). Incluso el termino ciencia sexual o sexología científica se encuentra bajo la lupa, en tanto no parece ser una subespecialidad de ninguna disciplina en sí, ni tampoco haber sido apropiada por diversas disciplinas interesadas en el objeto de estudio como la psicología, la sociología, la medicina o la antropología. En buena medida, la crítica a este campo teórico se debe al escaso desarrollo de una tradición metateórica que oriente una revisión crítica y delimite caminos de construcción proposicional. Aunque numerosos autores han revisado teorías sexuales específicas (Byrne, 1977; Allgeier, 1987, Finkelhor, 1984; Burr, 1973; Reiss, 1967; Ganon y Simon, 1973;

Maltz y Broker, 1983; Byers, Demmons y Lawrance, 1998; Alzate, 1997), pocas revisiones y evaluaciones críticas, como la realizada por Geer y O'Donohue, en 1987, han sido publicadas.

De forma reciente, Weiss (2005) renovó las conclusiones a las que llegó en 1998, cuando describió veinticinco marcos teóricos, haciendo notar que muchas de las más prominentes teorías no contaban con evidencia empírica que las sustentara (Freud, 1957, Ganon y Simon, 1973, Maltz y Broker, 1983) y señalaba la importancia de que la investigación futura en sexualidad subsanara estos vacíos. Las sugerencias que él señalara en 1998 y confirmara en el 2005 siguen teniendo sentido hoy en día y pueden resumirse en cuatro apartados: La necesidad de refinar los constructos teóricos usados por la ciencia sexológica, la importancia de modelos explicativos que sean susceptibles de ser probados y que permitan establecer una tradición metateórica, y la necesidad de integrar de forma más precisa y estable la investigación con la teoría.

La sexología es una disciplina científica que fundamenta su quehacer en la investigación sobre la sexualidad humana, que desde finales del siglo diecinueve y comienzos del veinte se propuso como objetivo descubrir las leyes de la sexualidad (Seidman, 2006). En 1909, Ivan Bloch definía la sexología como ciencia; en 1921, se celebraba el primer congreso de sexología presidido por Magnus Hirschfeld. Se ha

planteado como disciplina científica en tanto se interesa por el estudio de los aspectos de la sexualidad y la función sexual humana, que involucra conocimientos de diversas ciencias como la biología, la antropología, la sociología, la psicología y el derecho; siendo por tanto definida por algunos autores como ciencia natural y por otros como ciencia social (Alzate, 1997; Seidman, Fischer y Meeks, 2006). Del conocimiento generado por la sexología se han derivado dos aplicaciones prácticas: la educación sexual (sexología educativa) y la terapia sexual (sexología clínica).

En la psicología, las teorías más sobresalientes por su recordación en el contexto general son las relacionadas con los postulados del psicoanálisis desarrollados por Freud (1916, 1940), las provenientes de los modelos evolucionistas y del aprendizaje de Domjam y Holloway, (1998); Pfaus, Kippin y Centeno, (2001) y Woodson, (2002) y las cognitivas propuestas por Festinger en 1957. Otras vertientes teóricas, enmarcadas en los estudios del interaccionismo simbólico con amplios desarrollos en la sociología, la historia y estudios literarios como los de Foucault, (1980) se encuentran actualmente vigentes.

La sexualidad como actividad humana, se configura de la interacción entre factores biológicos y socioculturales, en los cuales se plantean dos funciones principales. La primera de ellas es la

reproducción y está relacionada con el factor biológico (Alzate, 1997), función que es de origen filogenético y es compartida con otras especies. La segunda es la vinculada al placer o función erótica, la cual tiene una mayor relación con el factor sociocultural. En las últimas décadas, ha habido una revolución en el estudio de la sexualidad, al ser postulada por diversos autores como un hecho fundamentalmente social, en el que el deseo, el placer, la identidad y las normas del comportamiento sexual y los intercambios íntimos, han dejado de ser un asunto médico para ser abordados y conceptualizados como un fenómeno sociológico (Seidman, Fischer, Meeks, 2006).

1.1 Modelos conceptuales

Diversos modelos conceptuales se han desarrollado para abordar la sexualidad humana. A continuación se hará una mención breve de los más relevantes por su evidencia empírica.

1.1.1 *Teoría general sobre la Sexualidad Humana de Master y Johnson (1966) y Kaplan (1978)*

Dos de las más prominentes y divulgadas aproximaciones teóricas y terapéuticas al ámbito sexual fueron desarrolladas por autores clásicos de la sexología como Masters y Johnson (1966) y Kaplan (1978; 1985). Master y Johnson en 1966 postularon un modelo de la respuesta sexual con cuatro fases del ciclo de activación sexual correspondientes a

excitación, meseta, orgasmo y resolución, en tanto Kaplan (1974; 1979) formuló solo tres fases correspondientes al deseo, la excitación y el orgasmo. La vivencia de estas dos perspectivas se ha mantenido, y actualmente en ellas se soporta parte de la fundamentación de los problemas sexuales en el manual diagnóstico de la Asociación Psicológica Americana –APA, el DSM-IV-TR- (2002) y en su versión más reciente DSM-V (2013). En este modelo los planos de la función sexual se presentan de una forma que otros autores como Alzate (1997) han calificado de “reduccionista periférica”, debido a que incluyen dentro de la categoría de somatofisiológicas, es decir en el plano periférico, expresiones que están directamente relacionadas con los aspectos del plano psicológico. Las principales críticas hechas a este modelo se centran en el reduccionismo somatofisiológico propio del modelo médico, que minimiza los aspectos relacionales, socioeconómicos y culturales, y que supone la universalidad de la respuesta sexual; derivando además, rangos de “normalidad” y concepciones sobre la forma en la que se deberían dar las relaciones de tipo sexual, sin tomar en cuenta las diferencias individuales y culturales, así como las distintas formas de conducta sexual que no tienen como objetivo la reproducción y que no implican el coito (Useche, 2005; Tiefer, Hall, Tavriz, 2000; Alcántara y Amuchástegui, 2004).

Por su parte, la teoría de la respuesta sexual humana desarrollada por la psicóloga y psiquiatra, Helen Kaplan (1979) constató que existía una fase previa a la excitación denominada deseo, la cual continúa durante todo el proceso de la respuesta sexual y entendió la respuesta sexual humana como un fenómeno trifásico, de fases claramente diferenciadas pero entrelazadas: el deseo, la excitación y el orgasmo. Kaplan (1977, 1979) definió el deseo como las sensaciones que motivan a un individuo a iniciar o ser receptivo a una estimulación sexual e incluye la estimulación interna y externa como factores que provocan el deseo sexual (citado en Sierra, Zubeidat, Carretero-Dios y Reina, 2003; Ferreira, Narciso, Ferreira-Novo, 2012).

Parte del trabajo de Kaplan (1979) se dirigió al desarrollo terapéutico de los problemas que se presentaban en alguna de las fases, a través de diversas estrategias de entrenamiento e incluso medicación, y resaltando además que los trastornos de la fase del "deseo" son los más difíciles de tratar pues se asocian con profundos problemas psicológicos que requieren de aproximaciones psicoterapéuticas. Buena parte de sus aportes a la comprensión del sexo como una función normal y placentera que va más allá de la función reproductiva, es uno de los aspectos mejor valorados por los teóricos contemporáneos.

1.1.2 *Teoría de la Función Erótica de Heli Alzate (1997)*

El modelo teórico de la sexualidad humana desarrollado por Alzate (1997) enfatiza en la función erótica como la búsqueda consciente del placer sexual, siendo la culminación evolutiva de la sexualidad. Según este autor, 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 se denomina mental, psíquico o central y el segundo corresponde al plano corporal, somático o periférico. De estos se generan activaciones comportamentales que están relacionadas entre sí, y que pueden describirse en fases, estas fases son conocidas como las cinco fases del ejercicio erótico: la apetitiva, la relacional, la estimuladora, la excitatoria y la orgásmica. Las fases de la función erótica 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 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). Tras lo anterior se da la fase estimuladora, 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 (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 y 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 el autor 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. La última fase de la función erótica es la orgásmica, la cual consiste, de acuerdo con 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. Cuando se presenta esta activación conductual con una intención reproductiva, se habla de una sexta fase denominada reproductora.

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 más que en la función autoerótica. En cuanto a las disfunciones hay diversas investigaciones que muestran la existencia de dos tipos de disfunciones o problemas sexuales: las que se han considerado menores por deberse a problemas de educación, derivadas de experiencias y 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), factores de género, de clase social, de etnia y de orientación sexual, clasificándolos así 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).

1.1.3 *Modelo del Sexo Suficientemente Bueno, de Metz y McCarthy (2003, 2004)*

Recientemente se ha planteado un modelo de la sexualidad humana que podría denominarse en español como Modelo de Sexo Suficientemente Bueno (Good-Enough Sex Model) de Metz y McCarthy, (2003; 2004), el cual fue desarrollado en contraposición a la concepción clásica de la sexualidad que ha sido denominada como reduccionista biológica y que apunta especialmente a aquellas personas que presentan disfunciones sexuales. Este modelo resalta el desequilibrio en la aproximación a las disfunciones sexuales al comprenderlas haciendo acento en una sola dimensión, la biológica, especialmente en el caso de las disfunciones sexuales masculinas y en la limitada eficacia de las estrategias y tecnologías desarrolladas para mejorarla (medicaciones, vacunas, inyecciones, prótesis e incluso medicación antidepresiva) y apunta a evitar la sobre simplificación de la sexualidad humana al enfocarse en la función, excluyendo o minimizando el significado de la intimidad en la sexualidad de la pareja.

Dentro de sus objetivos se encuentra generar en las parejas expectativas realistas basadas en la intimidad como eje central, dar la misma importancia al placer como a la función, lograr la aceptación emocional mutua así como al contexto y el sexo experimentado en ocasiones como satisfacción madura y alcanzar conexión espiritual y vinculación afectiva, tanto como el placer (Metz y McCarthy, 2007).

Este modelo propone factores para la promoción de la cohesión, cooperación e intimidad. Los factores de tipo cognoscitivo están relacionados con las actitudes frente a la sexualidad y el compromiso con la salud sexual mutua; los conductuales, se refieren a la interacción física y la relajación; los emocionales se relacionan con la aceptación y expresión de sentimientos y por último los relacionales, que incluyen la cooperación, la empatía y una visión de la sexualidad como un aspecto central en la relación de pareja (Metz y McCarthy, 2007).

Los autores proponen 12 principios que se pueden resumir en proponer que el sexo es una parte invaluable del confort individual y de pareja; que la satisfacción sexual y de pareja son el culmen del desarrollo de relaciones íntimas en las que las parejas cooperan en las actividades de la vida diaria y se comprometen con la resolución de los asuntos dentro y fuera de la cama; que expectativas realistas y adecuadas a la edad son esenciales para la satisfacción sexual; que una buena salud física y hábitos de vida saludables son vitales para la salud sexual,

porque la enfermedad es un enemigo significativo del funcionamiento sexual; que la relajación es la fuente del placer y la función sexual, y que ambos (placer y función) son igualmente importantes; que valorar de forma flexible las experiencias sexuales abandonando la necesidad de una ejecución perfecta en cada encuentro (expectativas razonables) es muy importante para que la vida sexual no decline; y que los cinco propósitos de sexo están integrados a la relación sexual con la pareja: reproducción, reducción de la ansiedad y la tensión, disfrute y diversión sensual, autoestima y confianza, y cercanía y satisfacción con la relación.

Este modelo se acoge a los desarrollos de la psicología positiva (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005) y en resumen, enfatiza en que las expectativas realistas pueden mejorar el afrontamiento de los problemas sexuales y promover los aspectos positivos de la felicidad (Metz y McCarthy, 2007).

1.1.4 Psicología conductual y del aprendizaje

Las teorías del aprendizaje explican cómo la gente piensa y qué factores determinan su comportamiento bajo la asunción de que el comportamiento es un proceso continuo de interacción entre condiciones propias del individuo y variables contextuales, según las cuales el

comportamiento varía en función de las contingencias asociadas. Un concepto fundamental es que la gente crece en ambientes sociales y que su comportamiento atiende al ambiente en el que se encuentra reaccionando a los estímulos ambientales. Sus propuestas teóricas y metodológicas se ubican en un continuo, dependiendo de los eventos clasificados como conducta y de las formas de explicarla. En un extremo están las que no asumen modelos mediacionales, mientras en el otro, las que sí lo hacen (Ballesteros y Novoa-Gómez, 2009).

Por un lado están los trabajos de Domjan y Crawford (1997), analistas experimentales del comportamiento, que se han preocupado por investigar acerca del aprendizaje y la explicación del comportamiento sexual. Considerando el aprendizaje dentro de la teoría del refuerzo, lo importante es la diferencia que existe entre aprendizaje y enseñanza, pues como Ardila señaló en 1998 en su texto “Homosexualidad y Psicología” gran parte del comportamiento humano se aprende sin que las personas se hayan encontrado en situaciones estructuradas de enseñanza.

Domjan y Crawford (1997) señalan que la conducta sexual es diferente de otros sistemas motivacionales tales como la alimentación o el comportamiento defensivo en los que los procesos de condicionamiento instrumental y pavloviano permiten entender la

secuencia del sistema de conducta. Aunque la conducta sexual puede ser conceptualizada y explicada por los principios del condicionamiento instrumental y pavloviano, como una secuencia de respuestas que pueden comenzar con la búsqueda general del compañero sexual, la búsqueda específica de oportunidades sexuales, la consolidación final en las respuestas de cortejo y consumatorias, y el comportamiento copulativo o sexual propiamente dicho, no tiene que incluir el condicionamiento. En otras palabras, el aprendizaje en los sistemas de conducta sexual puede resultar diferente del aprendizaje alrededor de los otros sistemas de comportamiento, básicamente porque la conducta sexual no es parte de algún sistema fisiológico homeostático regulador como si lo es, por ejemplo, alimentarse (el alimento) (Domjan y Crawford, 1997). De acuerdo con Mook (1987) “Ningún sistema asociado al equilibrio fisiológico es regulado por la conducta sexual, no hay amenaza para el bienestar físico si esta no ocurre” (p.100), aunque, sin duda, hay reforzamiento sensorial y asociación de la producción hormonal claramente identificada con ella (testosterona y hormona leuteinizante principalmente) (Holloway y Domjam, 1993; Graham y Desjardins, 1980).

La influencia de las experiencias tempranas en la conducta sexual adulta ha sido ampliamente documentada, confirmando que las experiencias sociales tempranas a menudo marcan el comportamiento

sexual adulto y la elección del compañero sexual, fenómeno que ha sido conocido como impronta sexual (Hess, 1973; Ardila, 1975, 1979).

Este hecho resalta la idea de que el sexo no es necesario para la supervivencia individual y que la explicación del comportamiento sexual excede los principios biológicos para incluir otros sistemas de aprendizaje ecológico, contextual y simbólico (Bollers, 1970; Roche y Barnes, Matthews; 1997; Roche, Barnes-Holmes, Smeets, Barnes-Holmes y McGeady, 2000). Por ejemplo, se ha identificado que en los individuos que en una jerarquía social tienen dominancia sobre sus pares es más probable que presenten más conducta sexual que los que están en un rol de subordinación. Esto se ha asociado a la importancia de las interacciones sexuales como mediador en roles de poder (Estep y cols.1988) y a que hay una enorme variabilidad en el patrón sexual aun cuando los individuos pertenecen a un mismos grupo social o viven en la misma región geográfica (Davies, 1990).

En otro punto del continuo teórico están las teorías del aprendizaje social (Bandura, 1986; Hogben y Byrne, 1998). Estas son parte del grupo de teorías mediacionales del aprendizaje que basan sus supuestos en que el comportamiento humano está determinado por la interrelación recíproca de tres factores: cognoscitivos, ambientales y conductuales (Bandura, 1977; 1986; 1990). Hogben y Byrne (1998), han sustentado su aproximación a la sexualidad en este punto,

reconociendo que los comportamientos sexuales han sido aprendidos enfatizando en los aspectos cognoscitivos propios del proceso de toma de decisiones (Basen-Enquist y Parcel 1992; Mahone, Miller y Arciero, 1995) y han formulado el Modelo de Reforzamiento Afectivo (Affect-Reinforcement Model) para estudiar la importancia de la asociación entre la autoeficacia y diversos comportamientos sexuales. La autoeficacia es un componente de la teoría del aprendizaje social la cual explica las creencias de las personas acerca de cuánto ellas pueden actuar en una situación particular de forma efectiva y satisfactoria. De acuerdo con Bandura (1986), la autoeficacia esta situacionalmente determinada, por lo tanto no es generalizable a todas las áreas de la vida de las personas.

Para el caso de la conducta sexual, el concepto ha sido estudiado, identificándolo como predictor en el desarrollo de comportamientos de autocuidado, como es en el caso del uso del condón (Wulfert y Wan, 1993) y en distintos tipos de aspectos relativos a la salud reproductiva como la edad del primer encuentro sexual, el número de parejas, la frecuencia de contactos sexuales, el compromiso emocional y la contracepción.

1.1.5 *Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual de Lawrence y Byers (1992)*

Dentro de los pocos modelos que han desarrollado conceptos con pretensión explicativa de la satisfacción sexual, se encuentra el modelo de intercambio interpersonal de la satisfacción sexual (en inglés The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction –IEMSS-). Este modelo fue planteado por Lawrence y Byers en 1992, con el propósito de generar una definición clara y un consenso frente al concepto de satisfacción sexual y de insatisfacción sexual, que permitiera analizar de forma más parsimoniosa las disfunciones sexuales y hacer una comparación de los resultados, a través de un conjunto de hipótesis y proposiciones y una derivación metodológica y con instrumentos que permitan evaluarla (Byers, 1999).

Los autores realizan una crítica al modelo conceptual predominante en el que la insatisfacción sexual se define a partir de la ausencia de dificultades en la excitación y el orgasmo o la ausencia de satisfacción, considerándola una explicación tautológica, y afirmando que incluso cuando se presenten disfunciones sexuales, esto no implica la insatisfacción en todos los casos, así como tampoco la ausencia de dificultades en las fases de la respuesta sexual implica satisfacción (Byers, 1999).

La definición de la satisfacción sexual que propone el modelo, considera de forma explícita el contexto interpersonal de la pareja en el que ocurre la actividad sexual, el nivel de recompensas y de costos, así como la comparación entre ambos y la igualdad percibida por los miembros de la pareja frente a estos niveles de recompensas y costos. Enfatiza además en la estrecha relación entre la satisfacción marital y la satisfacción sexual y por tanto, la integración de factores relacionales que no tienen un componente sexual (Lawrence y Byers, 1995).

Propone que la satisfacción sexual está determinada por cuatro componentes: 1. El saldo de las recompensas y los costos sexuales en la relación. 2. Las recompensas sexuales y los costos reales en comparación con los esperados. 3. La igualdad de percepción de recompensas sexuales y costos entre ambos miembros de la pareja. y 4. La calidad de los aspectos no sexuales de la relación. De forma consecuente, el IEMSS presenta cuatro hipótesis relacionales que influyen en la satisfacción sexual: 1. A mayor satisfacción con la relación de pareja, mayor la satisfacción sexual; 2. La satisfacción será mayor cuando el nivel de recompensas excede el nivel de costos en la relación sexual; 3. Si hay una comparación favorable tanto en el nivel de recompensas y costos esperados y los experimentados en la relación sexual. 4. Habrá mayor satisfacción sexual a mayor igualdad entre las recompensas propias, de la pareja y los costos propios y los del otro en la relación sexual. Es

importante resaltar el papel que juega la historia de estos cuatro aspectos en la relación de pareja, más que por los niveles de costos y recompensas en un solo momento (Byers, 1999).

Dentro de la evaluación del modelo, Lawrence y Byers (1995), encontraron que a mayor satisfacción con la relación de pareja, mayor nivel de recompensas sobre el nivel de costos, y a mayor diferencia percibida, de igual manera por ambos miembros de la pareja, entre recompensas y costos había mayor satisfacción sexual.

Los diversos estudios de validación del modelo realizados en poblaciones, especialmente canadienses (Lawrence y Byers, 1995; Byers, 1998), han mostrado diferencias en cuanto al tipo de relación, ya que la satisfacción con la relación de pareja presentaba mayor varianza en satisfacción sexual en las parejas que estaban saliendo en comparación con las que estaban casadas y vivían juntas; y que los intercambios sexuales eran más predictores de satisfacción sexual por encima de la satisfacción con la relación en las parejas que estaban casadas o convivían, en comparación con las que estaban saliendo. Así, en las parejas casadas la diferencia entre recompensas y costos es el factor de mayor predicción de la satisfacción sexual, mientras que para las parejas que están saliendo el factor que más contribuye a la satisfacción sexual es la comparación entre la diferencia entre las recompensas y costos que se presentan y sus expectativas frente a esto.

Por otra parte en cuanto a los tipos de recompensas y costos, aunque las mujeres presentan mayor identificación de tipos de recompensas y costos en las relaciones sexuales que los hombres, Lawrence y Byers, (1995) afirman que no hay diferencias en los niveles de satisfacción, recompensas o costos sexuales entre hombres y mujeres.

1.1.6 *Teoría de la permisividad sexual extramarital de Reiss (1967)*

Reiss (1967) ha sido reconocido por formular en el marco de las ciencias sociales, estudios sobre sexualidad humana, especialmente sobre la sexualidad prematrimonial y la importancia de las actitudes y estándares sexuales, asuntos relevantes dentro del contexto cultural estadounidense. Ha desarrollado multitud de investigaciones en las que resalta que los factores socioculturales alteran el nivel de permisividad sexual (*Autonomy Theory of Premarital Sexual Permissiveness*). En 1980, en colaboración con Anderson y Sponaugle presentó un modelo que en un conjunto de 7 proposiciones refleja aspectos de una hipótesis general señalando que un alto nivel de autonomía y un alto grado de permisividad en grupos socioculturales tendrá como resultado un alto grado de permisividad en los individuos. Afirma que el grado de flexibilidad cognitiva de las personas y en general, la aceptación hacia la

sexualidad como una parte positiva de la vida estarán directamente relacionadas con el grado en que se acepte la actividad sexual extramarital o permisividad extramarital (Reiss, 1986). En este sentido, se puede esperar un alto grado de permisividad en aquellas culturas donde la gente joven es libre de seleccionar las personas con quien salir para establecer relaciones afectivo-sexuales, sus propias parejas sexuales y con quien casarse.

La teoría indica que existen vínculos universales a la sexualidad presentes en todas las sociedades en las que se han realizado estudios transculturales, los cuales corresponden a tres segmentos socioculturales: el grado de diferencias de poder de género, las ideologías relativas a lo que se considera normal y el grado de celos sexuales sobre comportamientos extra matrimoniales. Estos tres elementos son la base de la teoría cuyo objetivo es explicar las diferencias y similitudes en cómo se ve la sexualidad en las diferentes sociedades. La diferencia de poder entre los géneros en una sociedad es vista como la más poderosa influencia sobre las costumbres sexuales, ya que influye en los otros vínculos (Weiss, 1998; Banfield y McCabe, 2001).

Otra de las aproximaciones a la sexualidad es la que la conceptualiza como un componente de la salud de las personas, en la que se reconoce que los factores fisiológicos, emocionales y cognitivos que

la componen se relacionan con la calidad de vida y la salud del individuo (Arrington, Cofrancesco y Wu, 2004; Fernandez y Sierra, 2012; Frohlich y Meston, 2002; McCabe y Cummins, 1998; Taleporos y McCabe, 2002; Ventegodt, 1998).

Wellings (2012) realizó una revisión sobre el concepto de salud sexual, en donde recogió las diferentes perspectivas teóricas que la han definido a pesar de ser un concepto reciente. Wellings refiere poco acuerdo en su definición y que se han presentado diversas revisiones desde la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1975, presentándose en 2006 una definición que señala que la salud sexual es el estado de bienestar físico, emocional y social relacionado con la sexualidad y no simplemente la ausencia de enfermedad o disfunción. También refiere en esta definición la necesidad de un abordaje respetuoso de la sexualidad bajo la posibilidad de presentar experiencias sexuales placenteras y seguras en las que se evite la coerción, discriminación y la violencia y se asegure el respeto a los derechos sexuales.

En la revisión realizada, Wellings (2012) presenta dos grandes perspectivas teóricas sobre la salud sexual. En primer lugar están las teorías esencialistas, las cuales abordan el tema desde el predominio del componente biológico a pesar de las variaciones que se puedan dar en el contexto. En esta vertiente la expresión sexual es explicada a partir de lo

instintivo en el sentido freudiano del concepto, tal como es expuesto por Freud (1949). Estos planteamientos llevaron a que las hormonas, los cromosomas y la energía psíquica inconsciente fueran el bloque que por muchos años sustentó de la teoría sexual. Wellings (2012), afirma que desde la psicología evolutiva y las teorías socio-biológicas se ha perpetuado el esencialismo, basado en la teoría de la evolución de Darwin, en la cual se plantea la sexualidad como el conjunto de estrategias reproductivas que evolucionan para asegurar la preservación de la especie. Desde esta perspectiva las parejas sexuales son escogidas a partir de la búsqueda de características genéticas que representan las fortalezas de la especie, pues la reproducción es el fin último. Frente a esto, Wellings (2012) ha referido que los evolucionistas actuales han cambiado su postura y han reconocido que el sexo en la actualidad esta separado de las consecuencias reproductivas.

A partir de lo relatado por Freud en sus diferentes obras sobre las tendencias homosexuales de sus pacientes y los resultados de las encuestas sobre conducta sexual realizadas por Kinsey, Poemory y Martin (1948; 1953), se realizó el primer estudio transcultural sobre comportamiento sexual, el cual reveló la dependencia cultural de comportamientos sexuales como las relaciones homosexuales o la poligamia, y que fue un argumento contra las posturas esencialistas predominantes en la época. En tal sentido, se contradice el supuesto de

que si todo esta determinado por lo filogenético no deberían haber diferencias significativas según la cultura (Wellings, 2012).

El segundo grupo de teorías propuestas por Wellings (2012) son aquellas que postulan la sexualidad como una construcción social. Desde el construccionismo social se plantea que si bien existen límites biológicos y psicológicos de la sexualidad humana, realmente son las características culturales y sociales las que ayudan a explicarla.

1.1.7 Teoría de los Guiones Sociales (Gagnon y Simon, 1973)

Gagnon y Simon en 1973 elaboraron la propuesta de los guiones sexuales en un trabajo conjunto sobre sexualidad humana, publicado bajo el título de “Conducta Sexual: los recursos sociales de la sexualidad humana (Sexual Conduct: The social sources of human Sexuality)”, el cual surge del interés de los autores por desarrollar una aproximación conceptual que desde la sociología, explicara el comportamiento sexual humano y que controvirtiera el modelo esencialista predominante. Esta teoría propuso inicialmente que los seres humanos utilizan sus habilidades de interacción para desarrollar guiones, usando como analogía aquellos que se crean para la puesta en marcha de una obra teatral (script behavior: construido como un escenario o como un relato), y que son fundamentales para entablar un diálogo de forma apropiada y

establecer patrones de conducta sexual. Tales guiones si bien hacen parte de un grupo cultural, son adaptados a las necesidades y preferencias individuales (Simon y Gagnon, 2003). De acuerdo con esto, los hechos sexuales, que comprenden actos, relaciones y significaciones, deben tratarse como hechos sociales, de tal forma que todas las experiencias sexuales son construidas como guiones primero, en el sentido en que se derivan del aprendizaje social o de relatos que implican secuencias de eventos y la interiorización de formas de funcionamiento de las instituciones. Se llega así a saber hacer y a desarrollar la capacidad de percibir estados del cuerpo y situaciones particulares, es decir, se aprende a identificar y a producir situaciones potencialmente sexuales, contextos que comprenden elementos esperados de guiones sexuales, actores, intriga, y que a propósito de eso, se pueden crear en cada uno disposiciones o excitaciones sexuales.

Simon y Gagnon (2003) aclaran que a pesar de la tradición de los sociólogos de tener en cuenta los factores biológicos de la sexualidad, estos rechazan toda explicación biológica de la sexualidad como algo interno, enfatizando en que el comportamiento humano no puede ser analizado como hecho instintivo programado, en el sentido de la biología y de la reproducción animal, sino que se construye a partir de lo social. Así, la formulación de la teoría de los guiones tomó una perspectiva del actor como un sujeto activo socialmente, que permitiría explicar la

variabilidad de lo sexual y la consciencia sobre este nuevo rol en la sociedad. Este cambio lo atribuyen a la transformación de una comprensión desde el marco del aprendizaje social hacia el construccionismo social, influido por la segunda guerra mundial.

Las formulaciones generales sobre los guiones sexuales debe ser especificada según tres planos de operaciones: el plano de las prescripciones culturales más generales, el plano de la organización de las interacción sociales y el plano subjetivo de la vida mental. La perspectiva de guiones invita a considerar la sexualidad en términos de desarrollo o de procedimientos en los que los resultados son consecuencia de múltiples etapas que han sido franqueadas en un orden y respetando las reglas de un contexto socialmente estructurado o institucional (lugar, actor, etc). Por ejemplo, en el guión dominante en una relación que se inicia, los miembros de la pareja se besan y se acarician con sus ropas y posteriormente se desprenden de ella para avanzar en el coito como paso siguiente de la intimidad sexual y como consecuencia de la excitación producida. Los autores señalan que este mismo guión varía en el caso de una pareja con una relación largamente establecida, con una intimidad ya constituida en la cual usualmente se desnudan antes de acariciarse.

Los autores han ido ampliando la propuesta conceptual a un rango de comportamientos más allá de lo sexual, convirtiendo así lo

sexual en un modelo conceptual que sirve como ejemplo para explicar diversos aspectos de la actividad humana (Burgess, 1949). Por tanto, es posible examinar el comportamiento sexual desde la perspectiva de su capacidad de expresar y servir fines no sexuales y a la inversa (Gagnon y Simon, 1973). En suma, esta aproximación llama la atención sobre el hecho de que el hombre es primero socializado en los escenarios culturales como espectador o alumno pero que la obligación de poner esos escenarios en práctica lo obliga a modificarlos de manera que pueda satisfacer los imperativos de situaciones concretas que comprenden, por ejemplo las expectativas de otra persona que se encuentra en la misma situación y el conjunto de relaciones que se mantiene con ella.

1.1.8 La mirada antropológica de la sexualidad

Diversos autores desde esta perspectiva, coinciden en afirmar que el sexo es social, es decir, que la sexualidad cumple una importante función en la sociabilidad y que la forma en que es culturalmente definida y valorada es fruto de ideologías y valores sociales. Nieto (1989), por ejemplo, ha señalado que son pautas de comportamiento resultantes de un proceso de aprendizaje. Desde esta perspectiva, el estudio del comportamiento sexual humano debe hacerse enfatizando en la perspectiva socio-cultural, y evitando las perspectivas esencialistas,

que son atribuidas al modelo médico e incluso a la aproximación psicológica, porque éstas, según la perspectiva antropológica, acogen de forma irreflexiva criterios normativos que minimizan la valoración positiva de la multiplicidad y de la variedad del comportamiento sexual humano (Nieto, 1989; 2003).

Es con el advenimiento del construccionismo social y del trabajo del post-estructuralista Michel Foucault que se controvierten las aproximaciones clásicas. Foucault (2005) formuló un conjunto de relaciones de poder vinculadas con la sexualidad, en lo que él denominó como “poder disciplinario” y como “bio-poder” y que se concretan en los discursos que desde la economía, la pedagogía, la medicina y la justicia, regulan e institucionalizan la sexualidad y la convierten en una forma de control social.

Para Foucault, la reglamentación y la estigmatización sobre la sexualidad se hace mucho más evidente en la sexualidad femenina; idea también desarrollada por la feminista cultural Carole Vance (1989), quien se aparta de las dicotomías (homosexuales/heterosexual, pervertidos/sanos) y pone el acento en las identidades sociales que llevan a reconocer las múltiples intersecciones de categorías y la complejidad resultante. En resumen, la sexualidad puede ser experimentada, vivida y comprendida de forma distinta, dependiendo de la edad, la clase, el

origen económico, la capacidad física, la orientación y la preferencia sexual, la religión y la región geográfica.

Rubin (1989) y Weeks (1993), coinciden en señalar que la sexualidad, es siempre una forma de política, una forma importante de mantener relaciones de poder. Es así como los modelos en torno a la sexualidad son en realidad, significaciones que se hallan determinadas y construidas a través de toda una serie de categorías y clasificaciones importadas desde las instituciones sociales; y donde éstas definen la sexualidad como enfermedad perversión, peligro o amenaza.

En suma, con su crítica al modelo esencialista y a cualquier intento normalizador del comportamiento sexual humano, el enfoque de la antropología de la sexualidad, enfatiza en la necesaria relativización del comportamiento sexual y de las normas sociales (Vance, 1984; Rubin, 1989; Nieto, 1989).

Tras la enunciación de las principales aproximaciones teóricas al estudio de la sexualidad, puede verse una tensión entre los modelos que soportan sus conceptos en dimensiones de la función sexual humana, basados en la prevalencia de disfunciones sexuales y la explicación de las mismas con un énfasis médico y biológico y los movimientos de sectores cada vez más amplios de la comunidad sexológica que no sólo critican estos modelos de la respuesta sexual humana, sino que

consideran que no es posible establecer criterios universales de normalidad, pues ella es resultado de un complejo interjuego de factores socioculturales. En casi todos los casos, exceptuando quizás los postulados de Byers que cuentan con un amplio desarrollo empírico, tienen con poca investigación sexológica rigurosa y sistemática.

Por lo fines de esta investigación, dirigidos a analizar el peso que pueden tener unos y otros, los apartados siguientes se dedican a describir las diversas fases de la respuesta sexual y las alteraciones que se encuentran consagradas en los textos sobre disfunciones sexuales.

1.2 La respuesta sexual

La respuesta sexual consiste en una serie de cambios neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales y, en diferente grado, a la totalidad del organismo.

Las respuestas de excitación sexual de las múltiples estructuras anatómicas genitales y no genitales periféricas son fundamentalmente producto de mecanismos reflejos a nivel de la médula espinal. La fase de excitación se caracteriza por un considerable aumento del aporte sanguíneo a la pelvis y la región genital, debido a la vasodilatación de

los órganos que contiene. En el hombre, se traduce en la erección del pene, y en el aumento de secreciones del tracto genital, como las de la próstata y las vesículas seminales. En la mujer, da lugar a la erección del clítoris y la vasocongestión del suelo pélvico, con aumento de tamaño y dilatación de la vulva, y con lubricación vaginal. Este último fenómeno, de gran importancia para facilitar la penetración, se debe al trasudado de plasma sanguíneo desde el plexo vascular perivaginal dilatado.

La fase orgásmica se caracteriza por contracciones intermitentes tanto de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la musculatura esquelética de la pelvis. Manifestaciones del primer fenómeno son, en el hombre, la contracción del conducto deferente, enviándose los espermatozoides allí almacenados hacia la uretra, y de las vesículas seminales y la próstata, que vierten su contenido en la misma; en la mujer pueden producirse contracciones uterinas. La contracción rítmica de los músculos estriados del suelo de la pelvis, en el hombre, propulsa el líquido seminal a lo largo de la uretra, expulsándole con cierta fuerza (ello requiere el cierre simultáneo del cuello vesical para impedir el paso del eyaculado a la vejiga). En la mujer, estos músculos hacen que se estrechen intermitentemente las paredes de la porción más externa de la vagina. El esfínter anal se contrae también de modo intermitente en ambos sexos. La pérdida de tono de estos músculos, además de producir problemas como incontinencia y prolapsos, afecta

también a la intensidad y el placer de la respuesta sexual. Por lo contrario, la rehabilitación tonificante de dichos músculos además de ser eficaz para prevenir problemas genitourinarios, como la incontinencia urinaria o los prolapsos de órganos pélvicos; pueden mejorar significativamente la calidad y la intensidad de las sensaciones sexuales (Mas, 1999).

En la respuesta sexual hay también un importante componente extragenital que implica a diversos órganos y sistemas del organismo. Castroviejo (2010) describe la utilidad fisiológica de algunos de estos cambios en tanto permiten, por ejemplo, aumentar el aporte de sangre y oxígeno a los órganos genitales o disipar el calor. Los cambios psíquicos que la componen, con sensaciones que se suelen percibir como sumamente placenteras, hacen que la experiencia orgásmica conlleve una alteración del estado de conciencia de variada intensidad. Durante la excitación hay aumento de la presión sanguínea, de la frecuencia cardíaca y de la ventilación pulmonar que alcanzan su máximo en el orgasmo, decayendo rápidamente tras el mismo. Tras el orgasmo se manifiesta también, con intensidad variable, una reacción de sudoración. Se han encontrado también cambios en los niveles plasmáticos de varias hormonas, siendo los más documentados los aumentos de vasopresina durante la excitación, de oxitocina durante el orgasmo y de prolactina tras el mismo. Se han descrito también, aumentos más difusos y

sostenidos de adrenalina, gonadotropinas y testosterona. Todo ello indica que la función sexual implica una auténtica respuesta integrada, que afecta a la totalidad del organismo (Castroviejo 2010).

1.2.1 Evaluación clínica de la respuesta sexual

Hasta hace unos años la evaluación de las personas con trastornos de la función sexual se reducía a efectuar un estudio o valoración psicológica, especialmente en el caso de las mujeres, por la dificultad para cuantificar objetivamente los cambios que se producen durante la excitación sexual, a diferencia de la respuesta eréctil en los hombres. Es por esto que se diversos autores enfatizan el realizar dos evaluaciones complementarias, la médica/fisiológica y la evaluación psicológica/psicosocial (Useche, 2005, Byers, 1999).

La evaluación médica/fisiológica implica una exploración clínica completa que incluya análisis hormonales o estudios de laboratorio, y una valoración fisiológica de los parámetros que miden la excitación sexual. Debe identificarse la existencia de ciertas enfermedades, como las que interrumpen el eje hipotálamo-hipofisario, o los déficits hormonales secundarios a la andropausia, a la menopausia, a la quimioterapia antineoplásica u otros. Igualmente hay que identificar el efecto de ciertos medicamentos que afectan negativamente a la función

sexual como los antihipertensivos, antipsicóticos, antidepresivos, sedantes, antiandrógenos y anticonceptivos orales (Castroviejo, 2010).

La evaluación psicológica/psicosocial tiene por objetivo analizar los procesos emocionales y de comportamiento que puedan estar funcionalmente relacionados con la actividad sexual y con la relación de pareja y que puedan favorecer algunas disfunciones. El objetivo es realizar un análisis del contexto en el que la persona se desenvuelve, la historia de aprendizaje relacionada con la sexualidad, las prácticas valorativas del comportamiento sexual y las características de la interacción con quienes se involucra con un propósito erótico sexual (Castroviejo, 2010).

1.2.2 Problemas en la función sexual: Disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales se caracterizan por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la conducta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Tradicionalmente las causas tradicionales de la disfunción sexual se han atribuido a factores biológicos y de etiología médica y a otras variables como el tipo de información, las apreciaciones sobre la actividad sexual y sus propósitos, las condiciones emocionales como los niveles de ansiedad o depresión, las habilidades sexuales y el comportamiento ajustado a roles sexuales. La complejidad de la respuesta sexual hace que se requiera para su

desarrollo efectivo y gratificante, un cuerpo especialmente sano. Por ello, muchos trastornos del organismo de diversos tipos pueden afectar negativamente una respuesta sexual satisfactoria (Castroviejo, 2010).

Es también evidente la forma en que las disfunciones son descritas y explicadas según el género, por lo cual en este apartado se organizará este análisis siguiendo tal diferenciación.

1.2.2.1 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 tanto en el componente subjetivo como en la interacción con otros. Se considera que esta disfunción no se debe a causas médicas (Bravo, Corres, Blum y Carreño, 2009). A partir de lo anterior, estudios realizados por Basson en 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 y cols., 2009, p. 46).

Sin embargo se presenta un malestar de tipo psicológico como consecuencia de dicha alteración que puede aparecer como sumisión frente a la pareja, disminución de conductas dirigidas hacia una meta que sean reflexivas y autoafirmantes, y alteración en la expresión de los afectos. Bravo y cols. (2009), también encontraron que había una relación significativa entre el deseo sexual hipoactivo y la relación de pareja, ya que las relaciones de poder pueden estar vinculadas 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 se aplica cuando la pareja no padece ningún otro tipo de disfunción sexual (Gregory y 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 y cols., 2004). Así, la eyaculación precoz adquirida se relaciona con una etiología psicológica, donde la terapia comportamental es la más adecuada junto con la terapia de pareja (McMahon y cols., 2004). Por su parte la eyaculación precoz primaria o global se relaciona con una

etiología orgánica, siendo el tratamiento con fármacos el más adecuado. 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 (Gregory y Broderick, 2006; McMahon y cols., 2004). 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) y el DSM - V (2013), 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 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.

La disfunción sexual eréctil (DSE) consiste en un trastorno progresivo de alta prevalencia que se caracteriza por la dificultad 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 (Ardila, 2002; Romero y Licea, 2000). Se estima que en América 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 sería indicativo de 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 (Ardila, 2002; Romero y Licea, 2000)

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 penéneas como prostatectomía radical, resección transuretral de la próstata, enfermedad de Peyronie; anomalías endocrinas como hipogonadismo, hiperprolactinemia, hipotiroidismo e hipertiroidismo; y 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, antihipertensivos, hormonales y agentes antiinflamatorios no esteroideos; la obesidad y los malos hábitos (Ardila, 2002; Romero y Licea, 2000). 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).

1.2.2.2 Disfunción sexual femenina

Según Zakhari, (2009) citando el Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (Judd, Lucas, y Yen, 2002), la disfunción sexual femenina se presenta entre el 19% y el 50% de la población mundial. Ellos encuentran una correlación entre la disfunción sexual y la presencia de enfermedades como hipertensión y diabetes. Con respecto a la presencia de dificultades en el deseo, lubricación, excitación y

orgasmo por más de dos meses en un periodo de un año, las mujeres presentaron un mayor porcentaje de prevalencia (47%) en comparación con los hombres (42%). Se cuenta también con los resultados informados por Blüten, Chedraui, Baron, Belzares, Bencosme, Calle, y cols... (2009), sobre un 37.8% de prevalencia de disfunción sexual femenina colombiana.

A partir de los planteamientos de Masters y Johnson (1996), sobre las fases de la respuesta sexual (excitación, meseta, climax y recuperación), las disfunciones sexuales han sido caracterizadas según la dificultad en alguna de las fases y según se encuentren factores biológicos y/o psicológicos asociados. Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por el dolor asociado con la realización del acto sexual. Debido a esto se clasifican en cuatro subgrupos: Trastornos del deseo, activación, orgasmo y dolor.

Así, los trastornos del deseo sexual se caracterizan por un cambio en dicha fase de la respuesta sexual. Dentro de esta categoría, el deseo sexual hipoactivo se caracteriza por una falta de deseo, fantasías y pensamientos sexuales, los cuales generan preocupación para la mujer y/o problemas con su pareja. Es el trastorno de mayor prevalencia entre las mujeres, siendo aproximadamente entre el 27% y el 32% de los casos de disfunción sexual

femenina (Zakhari, 2009; Heiman, 2010).

Ahora bien, los trastornos de la activación sexual se caracterizan por un amplio rango de reacciones tanto subjetivas como fisiológicas. Dichas reacciones causan dificultades para alcanzar o mantener la excitación sexual, lo que genera preocupaciones, falta de excitación subjetiva, falta de lubricación vaginal y otras respuestas somáticas. Las etiologías relacionadas con este trastorno son: la fatiga, la percepción de tiempo limitado, falta de una pareja adecuada y medicamentos que van desde remedios para la gripe hasta medicamentos con prescripción médica (Castroviejo, 2010).

Por otra parte, dentro de los trastornos del orgasmo se encuentra la anorgasmia, la cual se caracteriza por la incapacidad de la mujer para alcanzar un orgasmo luego de una activación y estimulación suficiente, lo cual causa malestar. Los factores asociados a este trastorno se relacionan con aspectos fisiológicos como la neuropatía urológica, así como factores psicológicos.

Por último, los trastornos del dolor presentan una prevalencia aproximada de entre el 8% y el 21% de las disfunciones sexuales femeninas. Entre las condiciones más comunes se encuentran la dispareunia que se caracteriza por la presencia de dolor antes, durante y después de la actividad sexual. Por otra parte se encuentra el vaginismo, el cual se caracteriza por la contracción involuntaria de la tercera parte

de los músculos de la vagina, lo que interfiere con la penetración. Finalmente la vulvodinia se caracteriza por dolor y ardor en la vulva, lo que genera malestar e interfiere con la calidad de vida. Existen diversos factores que pueden generar dichas complicaciones, entre los cuales se encuentran los problemas de pareja, los trastornos de ansiedad y la depresión. Por su parte Davis y Reissing (2007), ponen en tela de juicio la presencia del vaginismo y la dispareunia dentro de la categoría de disfunción sexual femenina debido a que éstos no solo limitan la actividad sexual, considerando que deben ser catalogados como trastornos del dolor. Por otra parte resaltan que la categoría de trastornos del dolor dentro de las disfunciones sexuales no es coherente debido a que el vaginismo es considerado dentro de esta categoría pero sus condiciones diagnósticas no implican la presencia de dolor (de Kruiff y cols., 2000; Reissing y cols., 2004 citados por Davis y Reissing, 2007).

Autores como Zakhari (2009), quien cita también a Basson (2001), hacen una crítica a dicho modelo, debido a su linealidad en la comprensión de la respuesta sexual femenina, a que no hace referencia a la complejidad de la sexualidad femenina como un fenómeno biopsicosocial, a la falta de profundidad en los factores relacionados con la activación sexual de la mujer y a las limitaciones de este enfoque en el estudio de las disfunciones sexuales femeninas.

A partir de lo anterior Zakhari (2009) plantea que en la disfunción sexual femenina interfieren factores fisiológicos (problemas neurológicos, cardiovasculares, urogenitales, cáncer, medicamentos, fatiga, anormalidades o pérdidas hormonales), factores psicológicos (ansiedad, depresión, abuso físico o sexual, estrés, abuso de alcohol o de otras sustancias psicoactivas), factores interpersonales (desempeño de la pareja y técnica, falta de pareja, conflictos de pareja y calidad de la relación, falta de privacidad), influencias socioculturales (educación inadecuada, conflicto con los valores religiosos, personales o familiares y tabúes sociales).

Así mismo, Zakhari (2009) cita unos estudios en los cuales se resalta que una de las posibles causas de la prevalencia de la disfunción sexual se deba a que la mayoría de los pacientes que acuden a controles médicos no hablan de sus dificultades sexuales debido a que creen que no tienen solución, (Marwick, 1999), por vergüenza (Nussbaum, Singh, y Pyles, 2004) o porque su médico no indagó al respecto (Judd y cols., 2002).

Se resalta la importancia tanto de los estrógenos como de la testosterona en el funcionamiento sexual de las mujeres, principalmente después de los 40 años, donde sus niveles de testosterona disminuyen a la mitad (Zakhari, 2009). Algunos tratamientos con estas hormonas son utilizados en mujeres después de la menopausia para mejorar el deseo

sexual, así como se ha utilizado la combinación de estrógenos y andrógenos para el mismo fin y con población de mujeres postmenopáusicas (Zakhari, 2009).

1.2.3 Cambios en la función sexual dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Diversos autores y en distintos apartados de este documento se ha indicado la necesidad de que el juicio clínico sobre la presencia de problemas en la conducta sexual incluya y profundice en las variables psicosociales y contextuales de las personas tales como como la raza, la cultura, la religión y el entorno social del individuo, ya que pueden influir en el deseo sexual, en las expectativas y en las actitudes sobre la actividad sexual.

La evaluación de la conducta sexual debería incluir además factores históricos relacionados con las formas en que se aprendieron conductas, reglas y formas de hablar y comportarse en relación con la sexualidad, elementos relacionados con las prácticas sexuales y la preferencia hacia estas, la historia de experiencias sexuales, las prácticas sexuales, el nivel de funcionamiento actual de la pareja y las conductas de autoestimulación.

La evaluación de la disfunción sexual debe permitir la descripción del problema, la formulación de las hipótesis de trabajo

sobre su etiología (predisposición, precipitación y mantenimiento), desarrollar un plan de intervención que se centre en aquellos factores causales relevantes, dar retroalimentación a la persona y establecer el funcionamiento de línea de base para poder evaluar la eficacia del tratamiento. La evaluación debe ser comprensiva e incluir evaluaciones que den cuenta de factores médicos, psicosociales y psicofisiológicos que permitan la comprensión precisa de la dificultad. Para esto, es preciso contar con una evaluación detallada de la historia sexual de cada miembro de la pareja y contar con instrumentos que permitan medir componentes relevantes del funcionamiento de pareja y de la conducta sexual (Castroviejo, 2010).

En el año 2002 Daker-White hizo una revisión de instrumentos relacionados con disfunción sexual y función sexual señalando la importancia de la validez y la confiabilidad de los instrumentos identificados. Revisó al menos 33 instrumentos distintos que habían sido publicados entre 1980 a 1999, lo que señala el interés en el desarrollo de medidas fiables que permitan acceder al reporte preciso de las personas en relación con su vida sexual.

1.2.4 Características generales de la población con respecto a la conducta sexual y elementos relacionados

Como se ha evidenciado en los párrafos previos, la satisfacción sexual es un término que incluye una significación social, política, religiosa e interpersonal que se relaciona con lo que se considera la satisfacción como cumplimiento en términos sexuales. Este cumplimiento y las expectativas relacionadas varían de acuerdo con factores sociales, culturales e ideográficos particulares que dependen del tipo de prácticas, su uso en una determinada comunidad y la connotación social que estas prácticas puedan tener en el interior de la pareja y la cultura (McClelland 2010; Meston y Ahrold, 2010). La satisfacción sexual es un término psicológico con múltiples definiciones y variables relacionadas que varían en los diferentes estudios e instrumentos con los que pretende medirse. De acuerdo con esto, McClelland (2010) propone centrarse más en el derecho al placer sexual que en el concepto de satisfacción sexual en si mismo, considerando las distintas vertientes y fuentes de influencia que este concepto pueda tener y centrándose en el disfrute que puede darse en la relación de pareja y la satisfacción con el propio placer en cada individuo (Medico, 2005). De acuerdo con lo anterior, se podría dar cuenta de las características de la conducta relacionadas con la satisfacción e evitar el estigma de ciertas prácticas o preferencias en poblaciones particulares como es el caso de la

comunidad de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT) (Gallego y Barreiro, 2010).

En relación con el aspecto de género, la teoría y las investigaciones sobre la sexualidad, muestran diferencias en las 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 (Laumann y cols., 2005; Useche, 2005a; 2005b; Willoughby y Vitas, 2012).

La información disponible en Colombia sobre conducta sexual y ajuste diádico es en general limitada. En la revisión de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005 realizada por Ojeda, Ordóñez y Ochoa (2000) y que se mantiene más o menos igual en el 2010, se encontró que en Colombia la actividad sexual disminuye conforme aumenta el nivel educativo, y tiene un pico de mayor frecuencia con la edad hasta las 45 años, cuando comienza a disminuir, que las mujeres con mayor educación reportan tener mayor actividad sexual que las de educación secundaria, que hay menor actividad sexual en las que no usan métodos anticonceptivos y es menor para las que han usado algún método de esterilización permanente en comparación con las que usan

métodos temporales, y que la actividad sexual disminuye con el tiempo prolongado de unión marital.

A pesar de que se han realizado diversas investigaciones en población colombiana sobre familia, el tema de la satisfacción marital no se encuentra en las investigaciones sistemáticas que puedan dar un panorama de este tema. Una de las investigaciones llevada a cabo por Acevedo, Restrepo de Giraldo y Tovar (2007) mostró que el 92% de la muestra tenía satisfacción general con su relación de pareja, lo cual se correlacionó positivamente con factores atribuidos por los participantes a la satisfacción marital como el reconocimiento de las implicaciones de la vida en pareja, la comunicación y resolución conjunta de los problemas. Del estudio realizado en el 2009 en población colombiana por Arias-Castillo, Ceballos-Osorio, Ochoa y Reyes-Ortiz, se encontró que las mujeres presentaban resultados menores en cuanto a los componentes de la sexualidad en comparación con los hombres, presentando éstos mayores puntajes en cuanto al deseo y la actividad sexual con el paso de los años, que la edad de los participantes se asocia con la importancia del sexo y las relaciones sexuales, mientras que no se asocia con el deseo sexual, lo apropiado del sexo y la masturbación. Así mismo, aquellos los participantes que reportaron presencia de intimidad o cercanía afectiva con la pareja presentaron una tendencia alta con respecto a las medidas sobre sexualidad a excepción del predominio de masturbación; lo que

indica que la intimidad tiene una influencia importante en las actitudes y conductas sexuales (Arias-Castillo y cols., 2009; Laumann y cols., 2005; Willoughby y Vitas, 2012).

Con respecto a las conductas que se relacionan con una mayor satisfacción, Ashdown, Yhackathorn y Clark (2011), encontraron que hay conductas que son comunes a los dos géneros y también variaciones entre estos. Entre las conductas que más se relacionan con satisfacción sexual para los dos géneros se encuentran mayor experimentación con posiciones y lugares, mayor sexo oral, mayor frecuencia de conversaciones sexuales entre la pareja y mayor interacción. En los hombres la relación entre experimentación con nuevas posiciones y sexo oral con satisfacción sexual es más fuerte que en mujeres. A pesar que la religiosidad no se relacionó de forma significativa con la satisfacción en hombres y mujeres, Ashdown, y cols. (2011) encontraron que esta variable es negativa para hombres y positiva para mujeres, lo que señala que la religiosidad es más importante para la satisfacción sexual de las mujeres que de los hombres. Para las mujeres, las conductas que menos se relacionaron con satisfacción sexual fueron la infidelidad y la masturbación solitaria. La presencia de conversaciones sexuales entre la pareja puede aumentar la satisfacción en la medida que permite conocer las expectativas del otro y sus deseos de forma no crítica ni punitiva. Waite y Joyner (2001) afirman que la satisfacción y la frecuencia sexual

están influenciadas por el género y la edad de las personas, por lo que, cuando las parejas se hacen mayores, disminuye su frecuencia sexual sin que afecte de forma negativa la satisfacción social. Sin embargo, Auslander, Rosenthal, Fortenberry, Biro, Bernstein y Zimet (2007), indican que la satisfacción sexual no estaría determinada tanto por variables sociodemográficas sino más bien por variables interpersonales e intrapersonales.

Offman y Mattheson (2005) definen la satisfacción sexual como la respuesta afectiva que se presenta desde la propia evaluación de la relación sexual, lo que incluye la percepción de que las propias necesidades se encuentran satisfechas, el cumplimiento de las expectativas propias y de la pareja y una evaluación positiva de la totalidad de la relación sexual (Beutel, Stobel-Richter y Brahler, 2008; Rodríguez, 2010). Por su parte, Ashdown, y cols. (2011) señalan que la satisfacción sexual es un constructo complejo y multifacético en el que aspectos de la propia conducta sexual como la frecuencia, los tipos de comportamientos y las expectativas pueden afectar la propia satisfacción; estos elementos se evidencian en estudios con parejas de novios como el realizado por Willoughby y Vitas (2012), quienes encontraron que el deseo sexual tiene que ver con diferencias individuales y a su vez puede variar según la frecuencia y la calidad de la relación de pareja, que puede afectar de forma positiva o negativa la

satisfacción con la relación de pareja y que la satisfacción se ve más influida por el tipo de relación de pareja en mujeres que en hombres. Ashdown y cols. (2011) encontraron que las personas que están más satisfechas con su vida sexual son aquellas que se involucran en variedad de conductas sexuales comúnmente aceptadas como una frecuencia mayor de besos, sexo oral, experimentación con posiciones sexuales, e involucramiento en conversaciones sexuales.

Hay estudios que señalan una relación entre satisfacción sexual y satisfacción con la totalidad de la relación de pareja, así como con la comunicación y la convivencia marital (Heiman y cols., 2011). También señalan que la insatisfacción sexual se relaciona con infidelidad e incluso divorcio (Ashdown y cols., 2011; Heiman y cols., 2011; Offman y Mattheson, 2005; Rodríguez, 2010). Por esto, la sexualidad es entendida mejor como un fenómeno multicausal y multidimensional que incluye factores psicológicos, biológicos y culturales (Ashdown, y cols. 2011; Beutel y cols. 2008; Heiman y cols. , 2011; Laumann y cols., 2005; Laumann y cols., 2006; McCarthy y Thestrup, 2008).

1.2.5 Instrumentos de medida de la conducta sexual

A continuación se presenta una revisión sobre temas e instrumentos reportados en la literatura para la medición de conducta

sexual y aspectos relacionados, como las actitudes sexuales, los perfiles de conducta sexual en poblaciones específicas, el impacto de la enfermedad en la sexualidad y por supuesto, los aspectos relacionados con disfunción y trastornos de la conducta sexual.

Dentro de los elementos relacionados con factores culturales asociados a la conducta sexual, uno de los elementos que ha recibido más atención son las actitudes hacia la sexualidad. En la medición de actitudes sexuales se encuentran varios instrumentos, y reportados en la literatura con mayor frecuencia se encuentra el Hendrick Sexual Attitude Scale (HSAS), desarrollado por Hendrick y Hendrick (1987). Estos mismos autores y Reich adaptaron este primer instrumento y lo llamaron el Brief Sexual Attitudes Scale (Hendrick, Hendrick y Reich, 2006) conocido como el BSAS por su sigla en inglés. Otro instrumento diseñado para evaluar las actitudes sexuales es el Sexual Attitude Scale (SAS) diseñado por Hudson y Murphy (1998). Estos instrumentos aparecen reportados en sus artículos originales y son de amplio uso en la consejería sexológica o en la consulta urológica.

Otros instrumentos para evaluar la conducta sexual han sido utilizados en poblaciones específicas como en ofensores sexuales con el fin de establecer perfiles relacionados con la conducta sexual. Dentro de estos instrumentos se encuentra el Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ) desarrollado por Snell, Fisher y Walters (1993)

como una medida objetiva de auto-reporte para medir tendencias psicológicas relacionadas con la sexualidad humana. Otro instrumento diseñado para este mismo tipo de evaluación y que considera elementos relacionados con la personalidad y la conducta sexual es el Multiphasic Sex inventory (MSI-II) desarrollado por Nichols y Molinder (1996) y que cuenta con varias versiones para distintas poblaciones como hombres, mujeres y adolescentes. Este instrumento se ha venido ampliando en su uso desde 1984 cuando aparece reportado por primera vez en la literatura para población masculina, en la evaluación de perfiles sexuales que pueden relacionarse con conductas sexuales inapropiadas. Otro instrumento que indaga acerca de la historia y el aprendizaje de conductas sexuales es el Clarke Sex History Questionnaire- Revised (SHQ-R), este instrumento se ha usado para evaluar a personas con una historia adversa a nivel sexual y se ha usado por ejemplo con víctimas de abuso sexual (Langevin y Paitich, 2002).

Los procesos de enfermedad pueden afectar el funcionamiento de las familias y las parejas a la vez que este funcionamiento puede afectar el proceso de enfermedad. Se evidencia que hay enfermedades cardiovasculares o aquellas relacionadas con los niveles de insulina en sangre o los niveles de glicemia, por ejemplo, que se relacionan con la prevalencia de indicadores de disfunción sexual en muchos de los pacientes. Sin embargo, otras enfermedades crónicas como cáncer o VIH

también pueden afectar el funcionamiento sexual de los pacientes y sus parejas. Las familias y parejas juegan un papel importante en la administración de conductas de cuidado y de ajuste a las prescripciones médicas por lo que su inclusión dentro de los análisis que se hagan de las distintas enfermedades, el apoyo social o la disfunción sexual presente en los pacientes es importante y quizás crucial a la hora de considerar las intervenciones a ser realizadas (Breen y McDaniel, 2008).

Existen instrumentos diseñados específicamente para evaluar la respuesta sexual y la interacción sexual en pacientes con dificultades médicas específicas o con indicadores de disfunción sexual orgánica. Este es el caso del Rush Sexual Inventory (RSI), utilizado por sus autores Zajecka, Mitchell y Fawcett (1997) para medir cambios en la respuesta sexual una vez se ha identificado una disfunción biológica y se ha iniciado el tratamiento farmacológico; el Sexual Arousalability Inventory (SAI) utilizado específicamente en población femenina para la evaluación de la excitabilidad (Hoon, Hoon y Wincze, 1976); el Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory (SEII-W/M) que evalúa la respuesta de excitación e inhibición en hombres y mujeres (Graham, Sanders, Milhausen, 2006; Milhausen, Graham, Sanders, Yarber, Maitland, 2010; Sanders, Graham, Milhausen, 2008); el Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W) que es un instrumento de 30 ítems que mide la satisfacción y el malestar sexual. Este instrumento está

compuesto por cinco dominios que son respaldados por análisis factoriales: alegría, comunicación, compatibilidad, preocupación relacional y preocupación personal. El instrumento aparece reportado en la literatura en el 2005 por Meston y Trapnell y de acuerdo con los análisis realizados tiene adecuada capacidad discriminativa entre muestras clínicas y no clínicas.

En casos específicos de daño físico como en el caso de lesiones medulares se ha empleado para la evaluación de la conducta sexual el Sexual Interest and Satisfaction Scale (SIS), esta escala de fácil aplicación tiene 7 ítems y ha sido utilizada para evaluar el ajuste sexual de personas con daño medular, incluso después de procedimientos quirúrgicos (Siosteen, Lundqvist, Blomstrand, Sullivan, Sullivan, 1990); el Sexual Activity and Satisfaction Scale (SAS) que fue descrito por Kreuter, Sullivan y Siosteen (1996), y el Sexual Interest Activity and Satisfaction (SIAS) descrito por Kreuter, Sullivan y Siosteen (1994a y 1994b). Estos instrumentos han sido utilizados con personas con daño medular, y tiene la ventaja de ser instrumentos de fácil aplicación y pocos ítems (SAS 3 ítems y el SIAS 6 ítems) a pesar de incluir preguntas que pueden tener contenido culturalmente sensible. A nivel psicométrico la confiabilidad de estos instrumentos es adecuada pero no hay suficientes datos disponibles en la literatura para describir de forma contundente su validez.

Algunos instrumentos, a pesar de contener ítems no específicos para una población en particular, han sido utilizados en estudios descriptivos en pacientes psiquiátricos o en los que se presumen disfunciones relacionadas con su funcionamiento psicológico; este es el caso del Sexual Behaviour Questionnaire (SBQ) desarrollado por MacDonald y cols. (2003) y el Sexual Functioning Questionnaire (SFQ) diseñado por Smith, O'Keane y Murray (2002); estos instrumentos fueron utilizados para la medición de la conducta sexual y la presencia de disfunción en pacientes con esquizofrenia en el primer caso y que usaban medicamentos antipsicóticos en el segundo. A pesar del volumen de instrumentos utilizados para medir conducta sexual en personas con algún tipo de condición médica, solamente el Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory (SEII-W/M) es reportado en más de un estudio y ha sido revisado e incluido en la investigación de forma sistemática por sus autores (Graham y cols., 2006; Milhausen y cols., 2010; Sanders y cols., 2008)

Derogatis (1975) presentó una medida general de funcionamiento sexual con el Derogatis Interview for sexual Funcioning (DISF), instrumento para la evaluación de la disfunción sexual en distintos tipos de pacientes (Conte, 1989; Derogatis y Burnett, 2008) y utilizado por el mismo autor en distintos estudios (Derogatis, Lopez y Zinzeletta, 1988; Derogatis, y Mellisaratos, 1979). Este instrumento, en su forma

completa está compuesto por 254 ítems organizados en 10 subtest que incluyen información, experiencias, impulso, actitudes, síntomas psicológicos, afecto, definición del rol de género, fantasía, imagen corporal y satisfacción sexual.

Otro de los instrumentos más utilizados para evaluar algún tipo de disfunción sexual es el Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS), diseñado por Rust y Golombok (1985; 1986) para hombres y mujeres. Este inventario presenta 28 ítems y su uso es uno de los más citados en los estudios en diferentes países (Lankveld y Koeveringe, 2003; Zihel y Masten, 2010) y en muestras clínicas y no clínicas.

Otros instrumentos diseñados para medir conducta sexual han intentado evaluar características propias de la interacción o del reporte de las personas en relación con su vida sexual, la calidad de la interacción y la satisfacción o preferencia relacionada con las prácticas sexuales más allá de la identificación de disfunción sexual. Estos instrumentos se han interesado por evaluar elementos del contexto relacional y personal en los cuales la satisfacción o las prácticas sexuales adquieren sentido. Entre estos instrumentos se encuentran el Quality of Sexual Function (QSF) diseñado por Heinnemann (2005), el Sexual Behavior Inventory (SBI) utilizado por Treboux y Busch-Rossnagel (1995), para analizar conductas sexuales en adolescentes, el Sexual

Interaction Inventory (SII) de LoPiccolo y Steger (1974), de amplio uso en la identificación de conductas sexuales.

El New Sexual Satisfaction Scale (NSSS) desarrollado por Stulhofer, Busko y Brouillard (2010) y utilizado en español por Pérez (2013) incluye 20 ítems que indagan acerca de sensaciones sexuales y presencia/conocimiento sexual, intercambio sexual y relación/cercanía emocional, y la actividad sexual.

Dentro de estos instrumentos también se encuentra el Índice de Insatisfacción Sexual (ISS) diseñado originalmente por Hudson, Harrison y Crosscup (1981) y analizado en su fiabilidad y validez en idioma español por Moral (2009) y Santos, Vallejo y Sierra (2009)

Estos últimos invierten el valor de algunos ítems, dando un puntaje de satisfacción sexual. Este instrumento diferencia entre las personas que presentan y las que no presentan dificultades y muestra adecuada validez de constructo por su relación con deseo sexual, satisfacción marital, depresión y funcionamiento sexual. Este instrumento ha sido traducido a diferentes idiomas, utilizado en diferentes estudios además del estudio original en el que fue inicialmente reportado y se ha analizado el comportamiento de la escala en general identificando buen nivel de fiabilidad y validez en diferentes contextos poblacionales. Al indagar por la insatisfacción sexual utilizado por los

autores que plantearon la escala original hace a la función sexual de los hombres y las mujeres s (Hudson, Harrison y Crosscup 1981). Su uso puede hacerse con independencia del sexo (no hay diferencia de forma de aplicación para hombres y mujeres) y se centra en aspectos de funcionamiento adecuado y no sólo en aspectos de funcionamiento problemático o disfunción.

Otros instrumentos han intentado evaluar el concepto de intimidad emocional e intimidad sexual así como describir lo que implica la intimidad marital. Uno de ellos es el desarrollado por Waring y Reddon (1983), el Waring Intimacy Questionnaire (WIQ) el cual cuenta con ocho escalas independientes para evaluar la intimidad marital, la resolución de conflictos, el afecto, la cohesión, la sexualidad, la identidad, la compatibilidad, la autonomía y la expresividad. El Sexual Relationship Scale (SRS) mide la manera como las personas se aproximan a la relación sexual desde una perspectiva de intercambio que incluye una dimensión de bienestar personal y bienestar común en la relación sexual (Hughes y Snell, 1990). Otros instrumentos como el Partner-Specific Sexual Linking and Wanting (PSSLW) han incluido factores motivacionales relacionados con el funcionamiento de pareja que incluyen el vínculo sexual relacionado con el propio disfrute de la actividad sexual y el deseo hacia la pareja relacionado con la propia motivación a incorporarse en una actividad, identificando la relación

entre estos elementos con la frecuencia y calidad de la conducta sexual (Krishnamurti y Loewenstein, 2012). A pesar de sus características psicométricas, estos instrumentos no aparecen ampliamente reportados en investigación por lo que su visibilidad en la literatura reside en el estudio inicial que reporta su construcción y uso.

Por esta misma línea se encuentra el Sexual Activity Frequency and Expectation Scale (SAFE) en el que los participantes puntúan su satisfacción en relación con ciertas conductas específicas y es la frecuencia de la conducta sexual una medida para evaluar la satisfacción; este instrumento recoge las 17 conductas que LoPiccolo y Steger (1974) incluyen en su Sexual Interaction Inventory (SII) y retoman la escala de impulso sexual del Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI, Derogatis y Melisaratos, 1979). Los autores definen la satisfacción sexual desde procesos conductuales como la saciación y la insatisfacción desde procesos de privación o sobresaciación. evaluando la frecuencia actual y la frecuencia deseada. Esta escala a pesar de intentar describir de forma precisa el concepto de satisfacción deja de lado los aspectos afectivos relacionados con este componente y sólo es reportado en un estudio (Cunningham, 2010).

Algunos instrumentos han incluido constructos más amplios como el de bienestar; este es el caso del Satisfaction With Sex Life Scale (SWSLS) diseñado por Neto (2012) quién define la satisfacción con la

vida sexual como una evaluación global hecha por la persona acerca de su vida sexual en relación con sus propios estándares y lo que percibe como adecuado para sí mismo, señalando la relación entre la valoración de la propia vida sexual como una medida del concepto de satisfacción con la vida sexual. Este tipo de instrumentos se relacionan con estudios como el realizado por Laumann, y cols. (2006) en el que encuestaron a 27.500 hombres y mujeres entre los 40 a 80 años en diferentes países, explorando cuatro aspectos del bienestar sexual: satisfacción física y emocional de las relaciones sexuales, satisfacción con la salud sexual o función, la importancia del sexo en la propia vida y los aspectos relacionados con el bienestar sexual. La relación de la satisfacción sexual y su relación con la felicidad general se examinó a través de regresión logística. Los autores encontraron que a pesar de las variaciones culturales los predictores del bienestar sexual subjetivo fueron consistentes a través de las regiones del mundo incluidas en el estudio.

En cuanto a las escalas para medir la función sexual, se encontró en primer lugar el índice de función sexual femenina (IFSF), instrumento desarrollado por Rosen, Brown, Heiman y cols. (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 y cols., 2000) en el cual se

reconocen los aspectos fisiológicos y se tienen en cuenta las cuatro categorías propuestas por la American Psychiatric Association (1994): 1. Trastornos del deseo; 2. Trastornos de la excitación; 3. Falla orgásmica; y 4. Dolor sexual, pero además agrega dos nuevas categorías: la lubricación y la satisfacción (Blümel, Binfa, Cataldo y cols 2004).

También se encuentra el European Male Ageing Study–sexual function questionnaire (EMAS–SFQ) ó el cuestionario europeo para la evaluación de la función sexual en hombres mayores. Este instrumento fue desarrollado y validado por O’Connor y cols. (2008) pertenecientes a The European Male Ageing Study (EMAS). Esta escala se dirige a hombres con un rango de edad entre 40 y 79 años, y en 16 ítems evalúa cuatro categorías: Función sexual general, masturbación, función sexual relacionada con el estrés y el cambio en el funcionamiento sexual.

El inventario de función sexual masculina breve The Brief Male Sexual Function Inventory (BSFI) fue desarrollado por O’Leary, Fowler, Lenderking (1995) con el fin de evaluar la función sexual masculina a partir de cuatro dominios: Manejo sexual, satisfacción, función eréctil y función eyaculatoria (Arnstein, Mykletun, Dahl, Oual, 2005).

Por su parte 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, Rosen, Smith, Mishra y

Osterloh, 1999). Según Martínez y Moreno (2004), la encuesta SHIM es de gran utilidad para la evaluación exacta del fenómeno de la disfunción eréctil, valorada como un instrumento confiable para el seguimiento de pacientes que han estado expuestos a tratamientos médicos.

A partir de lo anterior, como se ve en lo descrito en este apartado, no existe un instrumento único que evalué la función sexual en hombres y en mujeres con unas dimensiones similares, excepto el Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual Forma Corta (CSFQ-14), que indaga por el Placer; Frecuencia/Deseo sexual; Interés/Deseo sexual; Excitación/Erección y Orgasmo/Eyaculación, las cuales son evaluadas en términos de frecuencia y nivel de satisfacción. Al indagar por el marco de referencia desde el cual se propone la evaluación del concepto de función sexual, se encuentra el estudio de Quirk y cols. (2002) quienes refieren que la escala está basada en la clasificación de las disfunciones sexuales que se encuentran en el DSM-IV, razón por la cual evalúa las tres fases de la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo). Dicha clasificación implica a su vez una relación con el modelo de función sexual planteado por los teóricos clásicos de la sexualidad.

De acuerdo con la disponibilidad de instrumentos y la comprensión de la sexualidad en sentido amplio puede identificarse el papel central de la satisfacción sexual en el comportamiento sexual e

incluso en las relaciones de pareja (Ashdown y cols., 2011; Offman y Mattheson, 2005; Rodríguez, 2010).

En síntesis, la satisfacción sexual humana es posible explicarla a través de modelos multicomponentes, en los cuales están incluidos los factores neuroendocrinos, psicológicos y sociales (Bancroft; 1989; Diamond, 2003; Levine, 2003). La complejidad de la exploración y los hallazgos permiten enfocar adecuadamente la intervención (Beutel, y cols., 2008; McCarthy y Thestrup, 2008; Parra, 2007; Williams, Edwards, Patterson y Chamow, 2011), la cual desde Master y Jhonson (1970) citado por McCarthy y Thestrup (2008) se ha soportado en dos presupuestos: Uno, que la disfunción sexual es mejor conceptualizarla, evaluarla y tratarla como un asunto de pareja; y dos, que la función erótica y la respuesta sexual, pueden aprenderse en tanto corresponden a un conjunto de habilidades (Medico, 2005). La terapia tradicional de pareja ha identificado la disfunción sexual como un síntoma de un problema de relación no resuelto en la pareja (por ejemplo, falta de comunicación, dificultades con la intimidad emocional, entre otras), por lo que el énfasis va del individuo a la dinámica de pareja, con la premisa de que una vez resueltas estas dificultades la vida sexual mejorará con un mínimo de intervención. Sin embargo, aún hace falta mayor investigación que permita dar un cuerpo de evidencia empírica a este respeto; especialmente en casos en los que la evitación como patrón de

conducta, disfunciones relacionadas con la ansiedad o falta de habilidades psicosexuales pueden ser factores que afecten la conducta sexual de forma significativa (Heiman y cols., 2011; McCarthy y Thestrup, 2008).

2. AJUSTE DIÁDICO

La literatura psicológica se ha interesado en la relación de pareja de forma prolífica, y como sucede con muchos otros fenómenos de interés, en este campo es posible encontrar diversos conceptos que se refieren a constructos similares o términos iguales que se refieren a conceptos distintos. Para describir la valoración sobre la calidad de una relación, se hace uso de términos como ajuste marital, ajuste diádico, satisfacción marital, armonía y felicidad marital o de pareja (Fincham y Osborne, 1993; Heyman, Sayers y Bellack, 1994; Martínez, 1994; Ballesteros, 1995) que abarcan desde la calidad general de la relación de pareja, hasta comportamientos específicos en situaciones de conflicto.

En este caso se utilizará el término ajuste diádico para referir un constructo multidimensional, que comprende elementos propios de la interacción satisfactoria de la pareja, que van más allá de los criterios que definen la unión marital y que no implican convivencia ni el establecimiento de un acuerdo religioso y/o jurídico entre dos personas.

2.1. Características generales del ajuste diádico

El ajuste de pareja ha sido definido por distintos autores como un proceso que depende de algunos factores importantes para el funcionamiento de la pareja (Santos, Vallejo, y Sierra, 2009) citando a (Spanier, 1976). Spanier (1976) definió el ajuste diádico como “un

proceso cuyo resultado se determina por el grado de diferencias problemáticas de la pareja, las tensiones interpersonales y la ansiedad personal, la satisfacción, la cohesión y el consenso sobre asuntos de importancia para el funcionamiento diádico” (pp. 17). Para el autor, la calidad de la relación de pareja agrupa aquellas variables relativas a diferentes áreas de la relación responsables del correcto funcionamiento de la misma, que categoriza en: la expresión del afecto, que indica el grado de acuerdo en las manifestaciones afectivas y sexuales; el consenso en áreas principales de la relación como la economía, tareas domésticas, crianza hijos, tiempo libre, aspectos filosóficos, amistades, relaciones con los familiares y filosofía de vida; la cohesión o implicación en actividades conjuntas y el intercambio afectivo y de ideas. 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).

Por su parte, Graham Eich, Kephart y Peterson, (2000) lo describen como el nivel de satisfacción que refiere tener cada miembro de la pareja en cuanto a intereses, objetivos, valores y puntos de vista (Novoa y cols., 2003). El término satisfacción hace referencia a la valoración de una persona sobre su relación en pareja (Graham, Diebels y Bawmon, 2011). Roach, Browdwn y Frazier (1981), definieron que la

satisfacción o insatisfacción marital era la forma en que la persona percibe su propio matrimonio respecto a un continuo de mayor o menor favorabilidad en un punto en el tiempo. Pick y Andrade (1988), definieron la satisfacción marital como “el grado de favorabilidad (actitud) hacia los aspectos del cónyuge y de la interacción conyugal” (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007, p. 12).

Según Epstein y Baucom (2002), existen dos tipos de comportamientos entre una pareja, los cuales han sido denominados comportamientos positivos y comportamientos negativos. Los comportamientos negativos, son aquellos que se presenta cuando un compañero presiona al otro a través de un patrón de interacción de demandas emocionales; estas demandas suelen presentarse a medida del tiempo con una mayor intensidad y conducen por lo tanto a la pareja al proceso de polarización (Sullaway y Christensen, 1983; citados por Rehman y Holtzworth-Munroe, 2006).

Por el otro lado, los comportamientos positivos desarrollan la reciprocidad positiva, esto se presenta cuando existe la tendencia de que uno de los miembros se comporte de forma positiva con el fin de incrementar la probabilidad de que el otro responda de manera positiva; mientras que por los comportamientos negativos, se desarrolla la reciprocidad negativa, cuando un miembro exhibe un comportamiento

negativo para evocar un comportamiento negativo en la otra persona (Epstein y Baucom, 2002).

En coherencia, Doss y Christensen (2006), explican el ajuste diádico por la interacción de cuatro dimensiones, de las cuales dos se consideran positivas y dos negativas. Entre las positivas se encuentra la afectividad y la cercanía; la afectividad comprende la intimidad verbal, la intimidad física y la actividad sexual; y la cercanía abarca las decisiones financieras, el tiempo compartido, la confianza, la crianza de los hijos, las actividades sociales, el apoyo, las soluciones intentadas y las tareas del hogar. Asimismo, las categorías negativas son las exigencias y la violación o falta de respeto; las exigencias implican el abuso verbal, las críticas, el control y autoritarismo; y la violación definida como la falta de respeto, se refiere a la infidelidad, deshonestidad, los comportamientos adictivos, el abuso físico, la invasión de la privacidad y el incumplimiento de acuerdos. Doss y Christensen (2006), han consolidado esta aproximación, soportando la interacción positiva de la pareja y la satisfacción de la misma bajo el principio de la aceptación conductual el cual señala que las personas están alentadas a tolerar e incluso a acoger sentimientos negativos. La aceptación en la relación es un tipo de adaptación y reacción cognitivo-afectiva constructiva hacia un evento, usualmente el comportamiento de la pareja (Doss y Christensen, 2006). A pesar de que los tipos de reciprocidad en comportamientos

positivos y negativos se dan tanto en parejas satisfechas como en las insatisfechas y en conflicto, se observa que en las últimas se presenta un aumento en la reciprocidad negativa.

2.2. Modelos explicativos

Los modelos explicativos de las relaciones de pareja pueden ser agrupados según el paradigma teórico del cual parten. Uno de los que mayor desarrollo y aporte empírico tiene se deriva de la teoría del apego de Bowlby (1979). La teoría del apego puede definirse como una teoría de la regulación del afecto (Bowlby, 1979) donde en función de la sensibilidad del cuidador a las necesidades del niño, éste aprende una serie de estrategias para organizar su experiencia emocional y controlar sus sentimientos negativos (Sroufe y Waters, 1977). El autor señaló que la seguridad y la protección, son las principales funciones del apego en la infancia y que permanecen en las relaciones íntimas a lo largo de la edad adulta, siendo la pareja romántica la que cumple las funciones de figura de apego principal. Siguiendo este supuesto, otros autores han mostrado que el vínculo paterno-filial y las relaciones de pareja comparten aspectos claves y ambas pueden considerarse relaciones de apego (Melero, 2008; Hazan y Shaver, 1987; Shaver y Hazan, 1988), e

incluso, que la vinculación en la edad adulta comparte ciertas similitudes con los vínculos formados en la etapa infantil.

A pesar de las similitudes entre el sistema de apego infantil y el adulto, también se identifican otras cuestiones evolutivas relativas a las capacidades, necesidades y otras condiciones que marcan una diferencia significativa entre ambos. Por ejemplo, Melero (2008), Crowell y Treboux (2001) y Hazan y Diamond (2000) coinciden al señalar que en una relación funcional de apego adulto los dos miembros tienen el rol recíproco y complementario de proveer y dispensar cuidados materiales, físicos y emocionales, dándose así una simetría en los tres sistemas implicados (apego, cuidado y sexualidad). Mikulincer y Shaver (2007), indican también que si bien en ambas etapas hay búsqueda y mantenimiento de proximidad, la diferencia reside en la cantidad y tipo de interacciones que se necesitan para reestablecer el sentimiento de seguridad, pues si bien en la etapa infantil se da por el contacto físico y la presencia de la figura de apego, la estrategia de búsqueda de proximidad en la etapa adulta no se requiere de la presencia de la figura de apego para recobrar el equilibrio emocional, pues el adulto cuenta con estrategias cognoscitivas y comportamentales para responder a la activación del sistema de apego (West y Sheldon-Keller, 1994).

Zeifman y Hazan, 1997 y Hazan y Zeifman, 1999, con base en la formación y mantenimiento de los vínculos de apego descritos por

Bowlby (1979), presentan un modelo del proceso de formación del vínculo de apego adulto en el transcurso del establecimiento de una relación de pareja que se compone de cuatro fases: pre-apego (atracción y cortejo), formación del apego (enamoramamiento), apego definido (amor) y corrección de metas (fase postromance). Las dos últimas fases, de apego definido y corrección de metas, serían aquellas en las que las parejas empiezan a utilizar el tiempo que pasan juntos para dialogar no sólo sobre aspectos personales o temas focalizados en la relación sino también a atender a otras clases de cuestiones externas, como los amigos, el trabajo y otras obligaciones del mundo real. Especialmente en la última fase, existe una profunda interdependencia que implica incluso la co-rregulación de sistemas fisiológicos (Hofer 1984; citado en Melero 2008).

Otra perspectiva, evaluada en un metanálisis realizado por Le y Agnew en 2003, es la del Modelo de inversión de Rusbult (1980; 1983) en el que se plantean tres variables que definen la satisfacción y el compromiso de los miembros de una relación diádica: la satisfacción, las alternativas y la inversión. Según Rusbult, el compromiso es la variable determinante en la duración de una relación, y se la define como la implicación afectiva en la que existe una decisión de mantener a largo plazo la relación con una pareja (Melero, 2008) y está formada por tres elementos: satisfacción con la relación, calidad de las alternativas a la

misma y magnitud de la inversión (recursos personales y/o materiales) aportados. Si el saldo es positivo al evaluar la combinación de esos elementos, se establece un compromiso firme con la pareja, que tiende a mantenerse. El modelo señala incluso que el compromiso es el aspecto que determina la duración de la relación con mayor fuerza más que la satisfacción con la misma (Le y Agnew, 2003).

Un modelo muy difundido es el de Robert Sternberg (1986; 1998), que señala la existencia de tres componentes principales en toda relación amorosa de pareja: intimidad, pasión y compromiso. Para Sternberg (1988), el compromiso implica dos decisiones; amar a la persona y permanecer junto a ella a pesar de otras relaciones potenciales generando la exclusividad y la estabilidad o continuidad temporal de la relación. La intimidad se refiere a la revelación mutua de información y emociones personales, la escucha recíproca, la preocupación por el otro, el confort con la proximidad y el contacto físico (Hatfield, 1988). Finalmente, la pasión se refiere al deseo y la atracción física hacia la pareja; está definida por un componente emocional que da paso al afecto positivo, la atracción y el arousal sexual, así como a los sentimientos de malestar cuando aparecen problemas en la relación, un fuerte sentimiento de reciprocidad y ansia de unión permanente. Según el autor, la importancia de cada uno de los tres componentes varía en función del momento evolutivo de la relación amorosa. Así, el componente pasional

juega un papel principal en las primeras fases de la relación, mientras que va perdiendo fuerza con el paso del tiempo. Por lo contrario, conforme la relación evoluciona, la intimidad y el compromiso van adquiriendo una mayor importancia al ser componentes necesarios para que una relación se consolide.

En 1988, Levy y Davis, evaluaron estos componentes con la tipología del apego de Bolwy y encontraron correlacionados positivamente los tres componentes con el estilo seguro, y negativamente con el apego huidizo y el ambivalente. Así como ellos, otros autores se han ocupado por evaluar la consistencia de los postulados de la teoría de Stenberg, con diversos hallazgos (Marston, Hecht, Manke, McDaniel, y Reeder 1998; Acker y Davis, 1992).

Desde la perspectiva del aprendizaje social, la conceptualización o énfasis se ha dado en torno al intercambio o la interacción de los miembros de la pareja, enfatizando en el aprendizaje de patrones de relación y en cómo las tasas de refuerzo y castigo que se dan entre los miembros de la díada. Bandura (1969), afirmó que los problemas que se presentan en la pareja, son producto de sus patrones de interacción (como se citó en Rehman y Holtzworth-Munroe, 2006). McNulty, O'Mara y Karney (2008), afirmaron que el cambio en la severidad de los problemas entre la pareja, dados sus patrones de interacción, se

encuentran igualmente relacionados negativamente con los cambios en la satisfacción diádica. Esto fue confirmado en dos estudios longitudinales citados por McNulty y Russell (2010), en los que confirmaron que la relación inversa entre la presentación de los comportamientos negativos y la satisfacción de la pareja depende de si estos comportamientos negativos se presentan en los asuntos o conflictos de poca relevancia, haciendo que estos problemas se vuelvan relevantes; mientras que si los comportamientos negativos se presentan en los problemas severos, estos se mejoran. En concordancia, Gottman (1993) afirmó que cuando existe un desequilibrio entre los comportamientos positivos y los negativos entre la pareja, en donde se intercambian más comportamientos aversivos en comparación con comportamientos más placenteros, es probable que la pareja esté insatisfecha e inestable (Berns, Jacobson y Christensen, 2000), lo cual no sólo corrobora lo anteriormente mencionado, sino que explica a la vez que la insatisfacción en una pareja se define de acuerdo con el aumento en el intercambio de estímulos aversivos y a la privación de reforzadores en comparación de los estímulos placenteros.

Es por ello que McNulty y Russell (2010), indicaron que el comportamiento negativo puede ser de dos tipos, directo o indirecto. El comportamiento negativo directo se clasifica en tres. Por un lado, la culpabilización entre la pareja, la cual es entendida como una crítica

directa acerca de su comportamiento pasado, de la actualidad o del futuro; o también una señalización directa del papel que jugó el compañero en un problema, ya sea por un problema del pasado, de la actualidad o del futuro. Por el otro lado, en dar una orden o una instrucción directa al compañero para que realice un comportamiento para solucionar un problema (por ejemplo “no hagas eso nunca más”); y en último lugar, rechazar al compañero o descalificar directamente su punto de vista, lo cual implica insultar o señalar directamente sus defectos personales (por ejemplo “eres tan inmaduro” o “no me importa lo que pienses”). El comportamiento negativo indirecto a su vez se clasifica en cuatro. 1. presuntas atribuciones, por ejemplo “Sé cómo te sientes realmente”; 2. preguntas hostiles, por ejemplo “Qué te dije?”; 3. evitación de la responsabilidad, por ejemplo “No puedo parar”; y 4. el sarcasmo, por ejemplo “Si... esa es una buena idea” (McNulty y Russell, 2010).

El comportamiento negativo no siempre genera insatisfacción en las parejas, por ejemplo, cuando motiva el cambio en el compañero ayudando así a la pareja a resolver los problemas. No obstante, cuando la interacción es predominantemente negativa, en vez de generar cambios en función de solucionar problemas, genera resentimientos en la pareja. Esta diferencia es importante, ya que aclara cuáles son los comportamientos negativos que necesitan ser modificados y cuáles no,

evaluando así el comportamiento de acuerdo con la función que cumple en el contexto específico de la pareja.

Desde esta perspectiva, se podría afirmar que los juicios acerca de la relación se basan en el intercambio de recompensas o costos dados por un comportamiento determinado, de lo cual depende el tipo de evaluación que cada uno de los miembros realice acerca de su relación; es así, que si se presenta un mayor intercambio de recompensas, la evaluación de la relación será más positiva; mientras que si existe un mayor intercambio de costos, la evaluación tenderá a ser más negativa (McNulty y Russell, 2010; Christensen y Jacobson 1998).

Así, las conductas negativas tienden a ser problemáticas cuando al presentarse acarrear mayores costos que beneficios para la relación, lo cual incide directamente en el nivel de satisfacción. Según McNulty y Russell (2010), las conductas negativas que acarrearían mayor costo para la relación serían los comportamientos que involucran declaraciones indirectas, las cuales, implican tácticas implícitas como las conductas de evitación, de insinuación y de suposición. Se entiende que estas tienen un mayor costo porque son vagas y ambiguas en cuanto a lo que pretenden lograr en el compañero; es decir, que no cumplen con su función de cambio sino que generan resentimientos en la pareja. Por su parte, las conductas negativas directas como la culpa, las ordenes y el

rechazo, que indican de forma explícita el cambio que se desea del compañero, aumentan la probabilidad de generar una transformación favorable en la interacción.

Varios estudios han demostrado que las conductas negativas, relativas a altas tasas aversivas o de castigo, están asociadas con una disminución en la satisfacción de la pareja y/o una mayor probabilidad de divorcio (Bradbury, Campbell y Fincham, 1995; Carrere y Gottman, 1999; Gill, Christensen y Fincham, 1999; Gottman, Coan, Carrere y Swanson, 1998; Gottman y Levenson, 1999; Kiecolt, Katz y Gottman, 1993; Pascua y Bradbury , 1998; Rogge y Bradbury, 1999, como se citaron en McNulty y Russell, 2010). Sin embargo, McNulty y Russell (2010), afirmaron que los comportamientos denominados negativos pueden ser adaptativos si ayudan a la pareja a resolver problemas en el futuro, aunque disminuyan la satisfacción de la pareja en el presente.

Desde la perspectiva de las teorías conductuales de tercera generación, el desajuste y la insatisfacción de la pareja ha sido entendida como la consecuencia de las incompatibilidades que se presentan entre la pareja, las cuales se generan de las similitudes y diferencias que en un momento pudieron ser atractivas, pero al pasar del tiempo se volvieron una fuente de incompatibilidad (Christensen y Jacobson 1998).

Christensen y Jacobson (1998) han teorizado al respecto, explicando que cuando se empiezan a presentar las diferencias entre la pareja, al inicio los compañeros las aceptan, pero cuando esas incompatibilidades se vuelven costosas, se presenta la frustración y con ella, comportamientos de demanda y de retirada; lo cual conduce a comportamientos coercitivos, de vilipendio y de polarización. Enfatizan también que las interacciones de las parejas incrementan la probabilidad del conflicto, generando una sobreevaluación del conflicto y una subestimación el comportamiento de apoyo que se presenta (Cutrona, 1996; Bradbury, Rogge y Lawrence, 2001; citados en Herrington, Mitchell, Castellani, Joseph, Snyder y Gleaves, 2008).

Según Christensen y Jacobson (1998), las incompatibilidades en las parejas se presentan alrededor de unos temas centrales que clasifican en cuatro polaridades: cercanía vs. distancia, control vs. responsabilidad, tú no me amas vs. yo sí te amo, eres tú la que no me ama, y el artista vs. el científico. A causa de las incompatibilidades, uno o los dos compañeros de la pareja se encuentran privados de reforzamiento o expuestos a situaciones aversivas, generando interacciones negativas y conflictivas. Por lo tanto, esas incompatibilidades o diferencias van a afectar la evaluación que cada uno realiza en cuanto a su nivel de satisfacción con la pareja. Es así, que según Eldridge y Christensen (2002), la disminución en la satisfacción y el desajuste de la pareja, se

relaciona con la presentación de niveles elevados de comportamientos de demandas y de retiradas.

Según Christensen y Pasch (1993), esas interacciones negativas y conflictivas, generan tres patrones de comportamiento: el primero, de evitación mutua, en donde las parejas no discuten esas diferencias de forma abierta; el segundo, una interacción negativa mutua, en donde los dos compañeros emplean ataque aversivo; y el tercero, un patrón de retirada, en donde un compañero emplea la interacción negativa, mientras el otro evita y se retira (Christensen y Jacobson 1998).

Según Epstein y Baucom (2002), en las parejas que presentan algún tipo de conflicto o problema, su relación gira entorno principalmente a los excesos y los déficits de conductas tanto positivas como negativas entre ellos. Estos comportamientos, se pueden categorizar en tres tipos de patrones: Primero, las parejas se pueden presentar con un exceso de conductas negativas y con un déficit de conductas positivas. Segundo, parejas con déficits tanto de conductas positivas como negativas, que suelen ser aquellas que han estado juntas por muchos años y que definen la relación como una “pareja que ha perdido vitalidad”. Finalmente, algunas parejas demuestran tener un alto nivel tanto de conductas positivas como negativas; estas relaciones son definidas por ellos mismos como “tormentosas”, ya que es probable que

tengan períodos de profundas crisis para luego experimentar períodos de reconciliación y cuidado.

Algunas investigaciones han encontrado que la reducción en los comportamientos negativos y el incremento de los comportamientos positivos juegan un papel importante en el ajuste o en la insatisfacción de la pareja (Sayers, Baucom, Sher, Weis y Heyman, 1991; Sevier, Eldridge, Jones, Doss y Christensen, 2008; como se citó en Baucom, Sevier, Eldridge, Doss y Christensen, 2011). Las conductas negativas inciden sobre el significado de la relación y por lo tanto afectan el grado de satisfacción que cada pareja tiene de la misma. Un exceso de comportamientos negativos caracteriza a muchas parejas en conflicto, de hecho se ha encontrado que estos comportamientos negativos tienen un impacto mayor en el compañero que los mismos gestos positivos (Epstein y Baucom, 2002).

Por otro lado, cuando se habla del aspecto emocional en la interacción de la pareja, se observa que las parejas que se regulan emocionalmente demuestran una mayor satisfacción con su pareja; mientras que en las parejas que presentan una regulación emocional negativa, demuestran menor satisfacción (Yuan, McCarthy, Holley y Levenson, 2010).

Sintetizando se puede decir que desde esta perspectiva la insatisfacción y el desajuste de pareja refieren la forma en que la persona percibe su propia relación respecto a un continuo de mayor o menor favorabilidad en un punto en el tiempo (Roach, Browdwn y Frazier, 1981; citado en Arias, 1989), por medio de la evaluación de los comportamientos del compañero y de la interacción (Pick y Andrade, 1988; citado por Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007), dependiendo de la presentación de incompatibilidades en diferentes temas, como la cercanía/distancia, el control/responsabilidad, el tú no me amas/yo sí te amo, eres tú la que no me ama y el artista/el científico (Christensen, y Jacobson, 1998).

Ahora, ante la pregunta por las razones por las cuales se dan los patrones de interacción negativa entre las parejas, los investigadores han señalado diversas variables. Epstein y Baucom (2002) afirman que se pueden presentar porque las parejas no son conscientes del impacto de sus conductas negativas, porque las personas aprenden las conductas negativas como una estrategia para promover el cambio de comportamiento en el otro (Osterhout, Frame y Johnson, 2011); para que sus necesidades sean suplidas o para poner fin a los gestos negativos de su pareja (Johnson, Davila, Rogge, Cohan, Lawrence, Karney y Bradbury, 2005); porque uno de los dos actúa de manera destructiva para crear distancia entre la pareja; porque el comportamiento negativo de la

pareja puede ser el resultado de una psicopatología individual (South, Krueger y Iacono, 2011); y porque los comportamientos negativos surgen de necesidades frustradas y desembocan en reciprocidad negativa, por lo que el patrón de interacción causa conflicto (Patterson, 1982). La insatisfacción de pareja también se puede iniciar con comportamientos coercitivos como la privación de un reforzamiento o la exposición a un aversivo (citado en Christensen, Jacobson y Babcock, 1995).

A su vez, la disminución de los comportamientos positivos sucede posiblemente debido a lo que Jacobson y Margolin (1979) denominaron erosión del refuerzo; es decir, si un comportamiento se repite durante un largo período, su calidad de reforzador disminuye o pierde valor (citado por Epstein y Baucom, 2002; Christensen, Jacobson y Babcock, 1995). Tales patrones de interacción negativos que conducen a la insatisfacción de pareja, pueden ser desarrollados a través del tiempo de la relación, donde la exposición a las diferencias o incompatibilidades se reconocen a medida que la pareja tiene un mayor contacto y se conocen mejor o se generan más diferencias por las experiencias que comparten juntos o por la experiencia individual (Christensen, Jacobson y Babcock, 1995).

Esa cadena de comportamientos negativos se mantiene, debido a que cuando un miembro de la pareja cede, se presenta un reforzamiento positivo y negativo por parte de la persona que está empleando el método coercitivo; se refuerza el comportamiento positivamente ya que obtiene lo que buscaba, mientras que por parte de la persona que recibe la conducta coercitiva, se refuerza su comportamiento negativamente ya que deja la estimulación aversiva. Por lo tanto, al ser reforzados los dos miembros de la pareja, esta cadena de comportamientos destructivos se sigue presentando (Christensen, Jacobson y Babcock, 1995).

Por lo tanto, cuando se presentan cambios continuos en los patrones de comportamiento de la pareja, tienden a existir cambios sobre la percepción del compañero (Gottman, 1994; citado en Beach, Fincham, Amir y Leonard, 2005), llevando a la pareja a presentar de forma constante las cadenas de comportamientos negativos, lo que conlleva a un cambio en los patrones de interacción cotidianos y en la percepción de bienestar acerca de la relación y del compañero, confirmando así la insatisfacción que sienten con su pareja, manteniendo el proceso de polarización. Cuando la pareja entra en ese proceso de polarización, según Christensen y Jacobson (1998), los miembros de la pareja tienden a comportarse más coercitivamente, convirtiendo sus diferencias en deficiencias, y a repetir con mayor frecuencia la cadena de

comportamientos negativos, lo que resulta en un aumento en la privación y en la forma en que perciben sus diferencias.

La comunicación afectiva es un ineludible en la dinámica de la pareja, 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. Martínez y Ballesteros de Valderrama (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 esta. De este modo, la comunicación se convierte en un proceso determinante tanto en la solución de conflictos y en el manejo y evaluación de las diferentes situaciones, como en la satisfacción de necesidades afectivas, como por ejemplo la sexual. 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 cuanto a la comunicación, 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 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, se reporta bajos niveles de satisfacción marital (Badr y Taylor, 2009).

Para Litzinger y Coop (2005), la comunicación puede ser considerada como un componente central en la satisfacción diádica, a su vez que la satisfacción sexual cumple un rol relevante en la creación y mantenimiento de una relación ajustada. Señalan que la carencia de recursos y habilidades para la comunicación contribuye a una mala regulación de las emociones y a conductas evitativas que alejan a los integrantes de la pareja de una situación de conflicto, sin embargo los autores plantean que la comunicación no es un componente que determine exclusivamente la satisfacción marital, sino que se combina con la satisfacción sexual. Para ellos, la comunicación y la satisfacción sexual predicen el ajuste diádico.

Litzinger y Coop (2005), también 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 satisfacción, sino que la relación entre la comunicación y el ajuste diádico se puede ver afectada por otros factores que dependen del contexto de la pareja. El hecho que por ejemplo hayan estudios que demuestren que los miembros de la díada 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.

Desde esta perspectiva, el ajuste diádico y la satisfacción de la pareja sería el resultado de procesos de aceptación y cambio conductual. El concepto de aceptación en la teoría conductual es considerado por diversos autores como un desarrollo vanguardista (Hayes, Jacobson, Follete, y Dougher, 1994 citados por Cordova, 2001), que refiere el comportamiento de acogida de eventos privados molestos producidos en contextos de estimulación aversiva, en donde es fundamental reconocer los aspectos positivos y negativos de tales eventos en vez de desplegar repertorios de escape o evitación de los mismos. Dicha estimulación puede ser de tipo público como en el caso de la conducta de la pareja o privada como en el caso de la ansiedad, en los cuales se presenta una conducta dirigida a eliminar dicho estímulo como escapar o agredir. En el momento en el que se presenta la aceptación de los eventos aversivos, la persona actúa en dirección a lo que valora, lo que a su vez implica la transformación o cambio en la función que tales eventos aversivos han tenido, volviéndolos neutros, ampliando la flexibilidad psicológica y con ella la tolerancia y recuperación más rápida de experiencias dolorosas (Cioffi y Holloway, 1993; Hayes, Bissett, Korn y cols., 1999 citados por Cordova, 2001).

2.3 Factores psicosociales relacionados con el ajuste diádico

Diversos estudios señalan una serie de factores y variables relacionadas con el ajuste diádico dentro de las que se encuentran factores propios de la relación y variables psicosociales, entre los cuales está la interacción de los miembros de la pareja. La evidencia que apoya la relación entre el tipo de interacción de la pareja, ha sido revisada por Karney y Bradbury (1995) y Adler-Baeder, Higginbotham y Lamke (2004). Karney y Bradbury (1995), luego de analizar 115 estudios longitudinales sobre la calidad y estabilidad en relaciones maritales, concluyen que las tasas de intercambio de comportamientos positivos y negativos son los predictores más fuertes de la satisfacción de la pareja tanto en hombres como en mujeres. Identifican además otros predictores, que en orden decreciente de importancia, son: la duración del vínculo marital, la reciprocidad negativa, la sexualidad, el estrés, y los ingresos familiares.

Hallazgos similares son reportados de forma más reciente por estos autores, quienes, tras revisar 178 artículos publicados sobre calidad relacional, identificaron tres categorías importantes en la calidad de la relación; la positividad, referida a las emociones y comportamientos positivos; la negatividad que se refiere a las emociones y comportamientos negativos; y las cogniciones o creencias que hacen referencia a prácticas valorativas de tipo religioso y cultural relativas a la

igualdad, la justicia, los derechos y deberes de los miembros de la pareja y los fines de la relación. Con estos análisis los autores agrupan como factores de protección los de positividad, como factores de riesgos los de negatividad y como factores mediadores las creencias y cogniciones.

Con respecto al tiempo de relación, los resultados del análisis llevado por Karney y Bradbury (1995) sugieren que si bien con el tiempo los matrimonios tienden a ser más estables, se reportan también como menos satisfactorios, lo que apoya la idea de que la estabilidad de la relación de pareja y la satisfacción marital no son variables intercambiables aunque se relacionen entre sí.

Ahora, al analizar los cambios que se dan en la calidad relacional y el ajuste diádico a lo largo del tiempo de relación, diversos estudios lo han relacionado con variables sociodemográficas como la edad y el nivel educativo (Cuenca, Graña, Peña y Andreu, 2013; Bradbury, Fincham y Beach, 2000; Amato, 2007; Amato, Johnson, Booth y Rogers, 2003), la paternidad (Doss, Rhoades, Stanley, y Markman, 2009), las dificultades laborales y la presión económica que tienen parejas más jóvenes (Silva y Marques, 2013; Amato y cols., 2003) en comparación con aquellas que llevan más tiempo de relación (Tam, Lee, Har y Chua, 2011). En suma, los estudios longitudinales que han analizado la relación entre el tiempo y la satisfacción en la relación indican que la satisfacción y el ajuste diádico presentan una trayectoria a lo largo del tiempo de relación que

decrece durante los primeros cuatro años de matrimonio y luego se estabiliza alrededor de los ocho años, cuando vuelve a decrecer rápidamente (Kurdek, 1999).

La investigación ha mostrado que aquellas parejas que pasan una gran cantidad de tiempo juntas y/o en relaciones de larga duración tienen interacciones negativas más frecuentemente y mayores tasas de agresión psicológica que las parejas que se han establecido de forma más reciente o que pasan menos tiempo juntas (Hammock y O'Hearn, 2002; Taylor y Kroeger, 2008). De lo anterior se hipotetiza que un mayor contacto permite un aumento en la probabilidad de que se produzcan conflictos en la pareja (Cuenca, 2012). Otros investigadores sugieren que las relaciones con el tiempo se vuelven más estables y es más probable que aumenten los problemas de control en la pareja y, por tanto, que la agresión psicológica pueda presentarse (Kasian y Painter, 1992; Hamby y Sugarman, 1999).

Desde una perspectiva transcultural, Rehman y Holtzworth-Munroe (2006), concluyeron, que se puede generalizar la relación negativa entre el patrón de interacción de demanda y retirada con la satisfacción marital. Afirman que este patrón de interacción no depende del género sino de cuál compañero quiere el cambio, es decir que el patrón varía acorde con su función en el contexto; sin embargo, se debe tener en cuenta el contexto cultural de la pareja, ya que la cultura

determina la estructura de la misma (patriarcado, matriarcado o igualitaria).

La familia de origen ejerce una influencia importante sobre los miembros de la relación en lo que respecta a cuestiones tan variadas como son los afectos, el estilo educacional, los rituales, la filosofía de vida, el intercambio generacional, etc. Lewis y Spanier (1979), en su estudio clásico, encontraron que la calidad del matrimonio de los padres, de la relación con los hijos y el ambiente familiar predice, en conjunto, la estabilidad y satisfacción matrimonial. Por lo contrario, el conflicto con la familia de origen predice una baja calidad marital (Wamboldt y Reiss, 1989).

Entre otros factores se encuentra la satisfacción sexual, la cual, como se planteó en un apartado anterior, es un componente importante del bienestar del individuo (Stephenson y Sullivan, 2009). Sobre este tema, Sprecher (2002) y Byers (2005), han encontrado asociaciones entre la satisfacción sexual, la calidad de la relación y la estabilidad en la pareja, aunque no hay evidencia suficiente que permita afirmar que los cambios en la satisfacción de la relación se vinculen con cambios en la satisfacción sexual y viceversa. Byers (2005), sostiene que tanto la satisfacción sexual como la satisfacción de la relación se ve afectada por la calidad de la comunicación en la pareja. Otros estudios evidencian que el tipo de interacción sexual, la calidad de las mismas y la negociación

que logra entre estas dos, influyen en el ajuste diádico de la pareja (Lawrance y Byers, 1995; Williams y Frieze, 2005). En contraste, en diversos estudios se ha encontrado que la baja calidad en la relación y los desacuerdos continuos en la pareja son factores de riesgo para la agresión sexual en parejas casadas (Bowker, 1983; Frieze, 1983). 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 y Coop, 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 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).

De acuerdo con Tan, Waldman, y 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.

En resumen, el tiempo de relación, las estrategias de solución de problemas, el afecto, las conductas de apoyo, la satisfacción sexual, la comunicación, las estrategias de afrontamiento ante el estrés y las creencias respecto a la relación son, entre otros, los factores más explorados en la investigación reciente para determinar los factores predictores de la satisfacción general en las relaciones de pareja. Además, estos factores tienen un impacto similar en hombres y mujeres incrementado en ambos la probabilidad de insatisfacción en la relación (Adler-Baeder, Higginbotham y Lamke, 2004).

2.4. Implicaciones del ajuste de pareja en la salud física

Diversos estudios señalan que la ruptura, la desavenencia o la conducta de celos en la relación con la figura de apego, trae consigo una mayor susceptibilidad a desarreglos fisiológicos, debido al efecto negativo sobre el sistema inmunológico, además de los efectos sobre la salud psicológica. Por ejemplo, House, Landis y Umberson (1988),

mostraron mayores índices de mortalidad entre las personas que carecen de vínculos emocionales, Bloom, Asher y White, 1978; Liberman, Wheeler, de Visser, Kuehnel, y Kuehnel (1987), mayor vulnerabilidad a la enfermedad física y mental en personas divorciadas, O'Conors y Brown, (1984) un porcentaje superior de trastornos mentales entre las personas solteras y Kiecolt-Glaser y Newton (2001) en las relaciones conflictivas una salud deficiente y hábitos de vida poco saludables así como un elevado índice de desórdenes depresivos (Weissman, 1987). Así mismo, los hallazgos evidencian que las parejas felices poseen un menor nivel de hormonas resultantes del estrés y una regulación del sistema inmune más óptima que en las parejas con conflictos (Kiecolt-Glaser y cols., 1987;1993; Robles y Kiecolt-Glaser, 2003) y tienen el doble de posibilidades de sobrevivir tras un ataque cardíaco (Berkman, Leo-Summers y Horwitz, 1992).

A su vez, en un estudio previo se encontró que 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 (Novoa y cols., 2003). 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.

En conclusión, el ajuste diádico tiene implicaciones en la vida personal al punto de ser considerado mediador en una vida personal satisfactoria y de la forma en que se da el funcionamiento del individuo, de los hijos y de la familia en general (David, Steele, Forehand y Armistead, 1996; Deal, 1996; Ballesteros, 2005), así como con diversos aspectos como la salud mental (Tesser y Beach, 1998), la depresión (Kurdek, 1998; Beach y O'Leary, 1993a, 1993b; Fincham, Beach, Harold, y Osborne, 1997; Karney, 2001), el estrés y el estilo de afrontamiento ((Myers, Lindenthal y Pepper, 1975; Kessler, Price y Wortman, 1985; Matthews, Conger, y Wickrama, 1996; Cano y Vivian, 2003; Bodenmann, Pihet y Kayser, 2006)) y el bienestar personal (Whisman, 2001; Proulx, Helms y Buehler 2007). Estudios realizados muestran que la falta de ajuste tiene implicaciones en la salud en general (Prigerson, Maciejewski, Rosenheck, 1999; Kiecolt-Glaser y Newton, 2001) y se han documentado los efectos del desajuste en el sistema inmunológico (Robles y Kiecolt-Glaser, 2003).

En congruencia con los datos presentados anteriormente, el desajuste diádico se relaciona con la violencia familiar, el alcoholismo, la farmacodependencia y los divorcios; igualmente afecta diferentes

esferas de la persona, como las relaciones entre la familia (hijos-padres), su satisfacción laboral, su salud y su calidad de vida (Arias-Galicia, 2003; Whisman, Snyder y Beach, 2009; Snyder, Heyman y Haynes, 2005; Lebow, Chambers, Christensen y Johnson, 2012).

2.5 Evaluación del ajuste diádico

El ajuste diádico se evalúa a través de entrevistas, cuestionarios y protocolos de observación. Se realiza tanto una evaluación individual con cada uno de los miembros de la pareja, como a la pareja y de los factores contextuales que contribuyen a las preocupaciones de la pareja sobre su relación (Epstein y Baucom, 2002; Christensen y Jacobson, 1998). Tanto la historia personal de cada uno como la historia de la relación, aportan información valiosa sobre las experiencias que pueden tener un efecto negativo en la pareja. Adicionalmente, se indaga sobre los recursos que la pareja ha usado y que les ha funcionado para solucionar los problemas, en comparación de los que no han sido útiles o que han incrementado la problemática (Epstein y Baucom, 2002; Christensen y Jacobson, 1998).

La recomendación general es que la evaluación de la pareja sea ideográfica (Cone, 1998; Haynes, Leisen y Blaine, 1997; Haynes y O'Brien, 2000; citados por Snyder, Heyman y Haynes, 2005), pues es así como se reconoce la influencia de la cultura en la manera en que los

individuos o la pareja se comporta y en cómo interpretan sus acciones, las diferencias en las formas de comunicación y en la manera de expresar sentimientos, expectativas y fines de la relación (Epstein y Baucom, 2002; Snyder, Heyman y Haynes, 2005).

2.5.1 Cuestionarios y escalas

Existe un número elevado de escalas, inventarios, pruebas y test que tienen el objetivo de evaluar la interacción entre la pareja, y que han surgido en su mayoría como una medida de la insatisfacción marital principalmente, dejando de lado a las parejas que no estaban casadas. Posteriormente se empezaron a construir o validar estas pruebas tanto para parejas como para matrimonios.

A partir de una revisión sobre las escalas que miden el ajuste de la pareja, se encontró que en 1959 Locke y Wallace desarrollaron el Test de Ajuste Marital de Locke-Wallace (LWMAT), que evalúa satisfacción y ajuste marital, aunque autores como Villanueva, Bernales, Campos, Erazo, Fuentes y Sánchez (1999) dicen que es un instrumento débil para hacer un pronóstico o para realizar seguimientos de resultados terapéuticos.

En la década de los 80, los investigadores Hendrick y Hendrick (1986; 1990) desarrollan la escala de actitudes amorosas LAS (Love

Scales Attitudes) para la evaluación de los estilos de amor propuestos por Lee (1973): Eros (orásis, mirada a la belleza), Ludus (amor como juego) y Storge (amor como amistad). Estos estilos primarios a la vez se combinan para dar lugar a los estilos secundarios, y también pueden existir otras combinaciones tales como (lúdico-eros; storge-ludus; storge-eros) y grupos terciarios de combinaciones de estilos primarios y secundarios. Posteriormente, Shaver y Hazan (1988) y Levy y Davis (1988) llevaron a cabo estudios relacionando las subescalas del LAS con los estilos de apego, utilizando el cuestionario de Hazan y Shaver (1987).

Por otro lado la Escala de Ajuste Diádico (en inglés DAS) de 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). Santos, Vallejo y Sierra (2009) generaron una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico (DAS) (Spanier, 1976) para población española, la cual reduce el número de ítems de 32 en la versión original de Spanier (1976) a 13 ítems en la versión breve (dirigida a población

española) manteniendo la confiabilidad y validez de la escala. Por su parte (Husley, Best, Lefebvre y Vito, 2001) realizaron una versión corta de la DAS, la cual se compone de 7 ítems (en inglés DAS-7). Éstos fueron seleccionados de la escala original y distribuidos en 3 subescalas: cohesión (8, 10, 11), consenso (25, 27, 28) y la satisfacción global de pareja (31). Los autores argumentan que la necesidad de evaluar de forma rápida el ajuste de pareja es especialmente importante en contextos hospitalarios (Husley y cols.2001). En cuanto a sus propiedades psicométricas, la escala presenta una consistencia interna de 0.75 y 0.80 en estudios realizados con 148 parejas heterosexuales que estaban en terapia y 122 parejas heterosexuales que no asistían a terapia, cuyas edades estaban entre los 18 y 61 años y una edad promedio de 33,9 años. También es validada por los autores al compararla con los resultados de la escala de satisfacción marital de Kansas (en inglés Kansas Marital Satisfaction Scale -KMSS-) presentando una consistencia interna entre 0.86 y 0.95 (Husley y cols., 2001). Luego de su desarrollo, la escala ha sido utilizada en diversos estudios para evaluar el ajuste de pareja (Leach, Butterworth, Olesen, Mackinnon, 2013; South, Doss, Christensen, 2010).

Ahora bien, a pesar de los buenos resultados que presenta la escala EAD, no permite conocer la frecuencia e intensidad de los factores del ajuste de la pareja, ni dar información sobre la apreciación

de cada miembro de la pareja y sobre instancias propias del comportamiento que caracteriza la relación. El cuestionario Frecuencia y Aceptación del Comportamiento de la Pareja (Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory -FAPBI-) diseñado por Christensen y Doss (2006), permite el conocimiento de conductas consideradas como positivas (categorías de afectividad y cercanía) y negativas (categorías de exigencias y falta de respeto) de la pareja, permitiendo conocer la frecuencia mensual y el nivel de aceptación de éstas y lograr así un mejor panorama sobre el ajuste de pareja y los comportamientos relacionados y una posterior comparación sobre el comportamiento mismo, en caso que se den evaluaciones test-retest.

Otra de las estrategias de evaluación utilizada frecuentemente son los autoinformes. Christensen, Atkins, Baucom y Yi (2010), emplearon autorreportes para evaluar el nivel de malestar presentado por las parejas. Whisman, Snyder y Beach (2009), desarrollaron un tamizaje para evaluar el desacuerdo de pareja, pero igualmente resaltan la importancia de emplear los autorregistros. Christensen y Eldrige (2005), también emplearon autorregistros para demostrar la relación entre los patrones de comportamiento de demanda-retirada y la satisfacción marital (citado en en Rehman, y Holtzworth, 2006). Snyder y cols., (2005), afirmaron que los autoinformes sirven para obtener información importante acerca de la tasa de frecuencia y la intensidad de las

interacciones negativas, al igual que de los patrones de interacción de la pareja, demostrando así, que existen infinidad de investigaciones, que apoyan el empleo de los autorregistros, dada su eficacia y efectividad en recoger información relevante para la evaluación del comportamiento.

Así mismo, la entrevista para evaluar la problemática de la pareja tiene como objetivo básico el poder realizar la formulación del caso clínico, la cual será la base y la guía para la intervención. Incluye adicionalmente otro objetivo, el cual consiste en lograr un impacto terapéutico durante la fase de evaluación, de tal manera que las parejas se comprometen en su propio proceso (Christensen y Jacobson, 1998). Por lo tanto, esta entrevista se fundamentará en indagar la historia general de la pareja y el funcionamiento actual de la relación, además el terapeuta deberá realizar la observación conductual de la interacción de la pareja (Epstein y Baucom, 2002; Christensen y Jacobson, 1998).

Es así como la entrevista debe apuntar a la realización de la formulación del caso; lo cual implica, conocer los antecedentes de la relación y los antecedentes individuales, conocer su funcionamiento actual y los recursos con que cuenta teniendo en cuenta el contexto en donde se desenvuelve la pareja. Es decir, esto va a permitir definir y entender cuál es el comportamiento problema de la pareja en particular, saber cómo se adquirió o aprendió el mismo y cómo se está mantenido.

Con esta información, se puede establecer la intervención adecuada a esta problemática en esa pareja particular.

Los propósitos principales de evaluar la historia de la pareja es en primer lugar, comprender como se ha desarrollado la relación de pareja a lo largo del tiempo; en segundo lugar, reconocer los aspectos positivos de la relación en contraste con el conflicto actual; y en tercer lugar, observar el estilo afectivo de cada miembro y el grado actual de vinculación con la relación, mientras se indagan los momentos significativos en su historia (Epstein y Baucom, 2002). Cuando se evalúa el funcionamiento actual de la relación, es importante centrarse en las preocupaciones actuales y las fortalezas de la relación, incluyendo las demandas que están experimentando, los recursos disponibles y los que utilizan y cualquier característica individual o de la pareja que reduzca la habilidad para que se adapten a las circunstancias (Epstein y Baucom, 2002; Christensen y Jacobson, 1998).

2.6. Terapias de pareja

Las terapias de pareja no solo han demostrado ser una ayuda para mejorar la relación entre la pareja, sino también para el tratamiento de problemas emocionales y comportamentales que se presentan en las personas que componen la díada (Whisman, Snyder y Beach, 2009), lo

cual demuestra aún más la relevancia que tiene la terapia sobre los problemas que se presentan en la pareja y a nivel individual, mejorando así la calidad de vida de las personas.

Gurman (2001), afirmó que las terapias de pareja están distanciadas de la investigación y que la investigación se está enfocando más en los paquetes y las técnicas o métodos terapéuticos y ha dejado de lado la conexión entre tal desarrollo tecnológico y los marcos conceptuales que deberían darles sustento. Es por esto que el autor enfatiza en que los clínicos y psicoterapeutas deben trabajar con protocolos que han sido empíricamente validados, empleándolos como una guía y no como una serie estricta de pasos a implementar; resaltando además la importancia de validar los protocolos terapéuticos pues ellos le ofrecen a los consultantes intervenciones que han demostrado ser efectivas (Sexton, Coop, Gurman, Lebow, Holtzworth y Johnson, 2011).

Resulta relevante hacer mención de algunas terapias psicológicas enfocadas hacia las dinámicas de la relación de pareja.

Se hará referencia en primer lugar a la terapia de pareja cognitivo-comportamental (CBCT por sus siglas en inglés), que aplica los principios del reforzamiento y el condicionamiento operante a los problemas clínicos (Gurman, 2008). La estructura de la CBCT, suele emplear en promedio 20 sesiones y reconoce el dominio de cada

cónyuge de las habilidades para manejar sus conductas de interacción, sus cogniciones, su experiencia y expresión de las emociones. La propuesta incluye la asignación de tareas por parte del terapeuta con la pareja, para completar entre las sesiones de terapia y que buscan reemplazar las interacciones disfuncionales entre la pareja por nuevas estrategias positivas que sean cotidianas y no sólo estén en el ámbito de la terapia. El segundo componente es la unión con la pareja y el establecimiento de un tratamiento de alianza, donde el terapeuta no está de lado de un cónyuge o de otro; para ello debe haber una escucha empática con ambas personas que permitirá el logro de los objetivos de la relación. El tercer componente es la inclusión de otros individuos en las sesiones de pareja, que puede ser de manera ocasional y se hace con el fin de que el terapeuta observe la influencia de esta persona en la interacción de la pareja. El siguiente componente es la medicación, ya que la terapia individual y la CBCT, analiza si algún miembro de la pareja sufre de alguna psicopatología y las dificultades que trae esto y la medicación usada para la relación. Como quinto componente se encuentra la co-terapia, donde el coterapeuta puede entrenar a cada miembro de la pareja para que éste maximice la atención en lo que hace para superar el aprendizaje de respuestas negativas y genera nuevas conductas constructivas. El sexto componente es hacer sesiones

individuales con cada miembro, donde se hacen entrevistas para recolectar información sobre la historia de la persona.

Gurman (2008), además explica la evaluación y el tratamiento que se hace en CBCT. En cuanto a la evaluación, hay tres objetivos principales: identificar preocupaciones y áreas de potencial enriquecimiento o crecimiento por las cuales la pareja consulta a un terapeuta; clarificar los factores cognoscitivos, emocionales y comportamentales de ambos individuos, de la pareja como una diada, y del ambiente de la pareja que contribuyen a los conflictos que presentan; y determinar las oportunidades que tiene la pareja de direccionar sus conflictos. La evaluación de los patrones individuales, de la relación y del ambiente de ésta, se centra en observar los estilos personales, la orientación a las necesidades, las necesidades comunes y el grado en que están satisfechos.

Como lo indica Gurman (2008), hay varias estrategias para realizar la evaluación en CBCT. En una de ellas el terapeuta observa las habilidades de comunicación, generando un espacio de discusión entre la pareja, para observar las cogniciones, emociones y comportamiento de cada uno, lo cual es importante para identificar un nivel macro de los temas que pueden ser problemas centrales y que pueden guiar la intervención. Una segunda estrategia consiste en los cuestionarios, en los que el terapeuta evalúa la satisfacción de los miembros con las áreas

importantes de la relación, las necesidades de cada persona y de la pareja como tal y la manera en que éstas son satisfechas, las demandas ambientales experimentadas por cada miembro y por la pareja, la cognición y comunicación de los miembros, síntomas de psicopatología en cada uno, abuso físico o psicológico.

Una tercera ayuda consiste en que el terapeuta se reúna con la pareja y le brinde unas recomendaciones para el tratamiento, además de darles su visión de los factores ambientales, de la pareja y de cada miembro que influyen en la relación y de las respuestas cognitivas, conductuales y emocionales que influyen en las dificultades. Entonces el terapeuta ayuda a la pareja para que convierta los problemas de la relación en objetivos positivos (Gurman, 2008).

En lo que respecta a la intervención que se hace desde CBCT, Gurman (2008) indica que los cambios logrados en uno de ellos, produce cambios en los otros. Las intervenciones existentes pueden ser empleadas con cada miembro de la pareja, con la pareja como una diada, o con la interacción de la pareja con el ambiente.

En cuanto a las intervenciones para modificar la conducta, éstas buscan que la persona empiece a comportarse de una manera más positiva hacia su compañero/a y así sus cogniciones y sentimientos también serán más positivos. Estas intervenciones tienen dos categorías. La primera de ellas es la guía de cambio comportamental y de acuerdo

con Halford, Sanders y Behrens (1994), el terapeuta debería discutir con la pareja la importancia de que cada miembro se comprometa en construir cambios comportamentales independientemente de la conducta de la otra persona. La segunda categoría es la intervención basada en habilidades, que le brinda a la pareja instrucciones en el uso de habilidades comportamentales, a través de discusiones entre ellos, videgrabaciones o lecturas para que la pareja practique comportándose de nuevas maneras.

Las intervenciones para direccionar las cogniciones, buscan que las personas comprendan sus cogniciones y la manera en que éstas se relacionan con emociones negativas e incluso con comportamientos negativos hacia el cónyuge. Estas intervenciones tienen dos enfoques como su base. El primero es el cuestionamiento socrático, que le permite a la persona reevaluar la lógica de sus pensamientos. El segundo es el descubrimiento guiado, en el que el terapeuta crea experiencias para la pareja, por ejemplo que estén ambos y empiecen a cuestionar sus pensamientos y generar diferentes perspectivas del compañero y de la relación.

Ahora, teniendo en cuenta las intervenciones focalizadas en las emociones, se puede decir que éstas se usan cuando las personas ya no experimentan la misma cantidad de emociones en la relación. Por esta razón estas intervenciones usan la minimización de las emociones, donde

hay una serie de estrategias desarrolladas por Johnson (2004) (citado por Gurman, 2008), y que tienen como base la creación por parte del terapeuta de una atmósfera agradable para que la experiencia de emociones positivas y negativas por parte de cada persona, sea lo más normal posible. En este ambiente pueden usarse imágenes para que la persona exprese las emociones, preguntas, reflexiones e interpretaciones para evocar esas emociones. Contenido de experiencias y expresiones de emociones en las que el terapeuta confronta con las personas que tienen dificultades en regular la expresión de sus emociones, puesto que las expresan de forma poco apropiada.

Como un segundo tipo de intervención conductual sobre la relación de pareja, se encuentra la terapia integrativa de pareja (TIP o IBCT por sus siglas en inglés) (Dimidjian, Martell, y Christensen, s.f.). Esta terapia fue creada por Andrew Christensen y Neil Jacobson (s.f), y su nombre deriva de la integración de estrategias de cambio y aceptación. Viene de la terapia de pareja tradicional (TBCT), que se basa en el cambio de conducta y en la comunicación y resolución de problemas. Es importante notar que más que hacer énfasis en el cambio, se hace énfasis en la aceptación, entendida como el mecanismo a través del cual la pareja tiene alternativas para solucionar sus problemas y tomarlos como promotores de la intimidad y cercanía, puesto que esta aceptación se da en presencia de estímulos aversivos, donde la persona

no responde con conductas de escape o evitación, sino con una conducta cuya función es mantener o incrementar el contacto con la pareja. La IBCT pretende que las parejas enfrenten sus áreas de desacuerdo como algo normal e inevitable. Además de esto, esta terapia se centra en el agente de la conducta y en quien la recibe.

Este tipo de terapia usa la contingencia en forma de comportamiento como mecanismo para el cambio, es decir, busca generar cambios en las contingencias naturales que ocurren en la vida de la pareja. Para ello el terapeuta hace una agenda con la pareja, donde se identifican los problemas más sobresalientes; las sesiones orientadas a la aceptación se enfocan en discusiones generales sobre las diferencias en cuanto a los patrones de interacción, de los eventos próximos que desencadenan conflictos, sobre incidentes negativos recientes, y sobre interacciones positivas entre la pareja (Gurman, 2008).

La terapia de pareja tiene diversos desarrollos, y en la actualidad se enfatiza en los aspectos de la experiencia privada (emoción), en la aceptación y en el mindfulness, haciendo énfasis en el análisis funcional del comportamiento (Lebow, Chambers, Christensen y Johnson, 2012) que se suman al entrenamiento en habilidades de comunicación (Christensen y cols., 2010).

En cuanto a la efectividad de la terapia de pareja, Lundblad y Hansson, (2006), Shadish y Baldwin (2005) y Snyder, Castellani y

Whisman (2006), Christensen y Heavey (1999) reportan una serie de investigaciones, que demuestran que la terapia en pareja, principalmente la terapia comportamental, influye en el mejoramiento de la interacción entre la pareja.

Christensen y cols. (2010), evaluaron los efectos de la terapia comportamental y la terapia comportamental integrativa de pareja, durante un período de 5 años posteriores a la intervención. Encontraron mejoría en la satisfacción de la pareja durante la intervención; mientras que inmediatamente después de terminada la intervención, se observó un descenso, el cuál es esperado cuando se hace la retirada. Pero, durante la etapa de seguimiento (5 años después) las parejas que seguían juntas mejoraron su nivel de satisfacción, comparados con sus niveles anteriores al tratamiento. La comparación entre los resultados de la terapia comportamental y la integrativa, evaluados en el seguimiento a 5 años no fueron significativos; sin embargo, en el seguimiento realizado a los 2 años de terminada la intervención si mostraban diferencias significativas; las parejas que recibieron la terapia comportamental integrativa mantuvieron tasas más elevadas de satisfacción en comparación con las parejas que recibieron la terapia comportamental tradicional.

Estos resultados, soportan la investigación de Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldrige (2000), donde compararon parejas a las que se les había realizado la terapia comportamental de pareja y la terapia comportamental integrativa y encontraron que las parejas que recibieron la TCI, mostraron un mayor incremento en la satisfacción de pareja en comparación de las parejas que recibieron la terapia comportamental.

La tercera terapia es la terapia de pareja basada en la evidencia, explicada por Tapia (2001), que hace especial énfasis en encontrar mejoras terapéuticas en las evidencias empíricas. Algunas de ellas son el contexto en el que se da la relación y las variables fisiológicas (respuestas de alarma) que influyen en el conflicto. De acuerdo con el autor, dichas evidencias facilitan la creación de intervenciones terapéuticas para parejas en conflicto, puesto que en esta terapia hay gran interés en las interacciones disfuncionales y amorosas/cercanas de la pareja, que admiten emplear los recursos terapéuticos en la creación de una alianza terapéutica, la detección de las secuencias de negatividad, el conocimiento de los daños que ha tenido el estilo de apego de las personas de la pareja, la creación de un clima emocionalmente positivo, la resolución de conflictos y el desarrollo de la intimidad.

Por otro lado, la aproximación teórica planteada por McLean y cols., (2008), resulta interesante, pues estos autores hicieron un estudio

piloto, que buscaba determinar el efecto que el tratamiento de cáncer tiene sobre el funcionamiento de la pareja. Su terapia era llamada terapia de pareja centrada en las emociones (EFT), es decir, se enfocaba en la ampliación de las respuestas emocionales insuficientes en la pareja, para así promover vínculos de apego seguro. McLean y cols. (2008), mostraron que el funcionamiento marital fue favorable en comparación con la aplicación de la EFT en pacientes que no tenían cáncer, puesto que las parejas sentían que tenían la oportunidad de expresar sus sentimientos en un escenario de terapia.

Una cuarta terapia existente para las relaciones de pareja, es la terapia conductual integrativa dialéctica (DBT), explicada por Kirby y Baucom (2007). Esta terapia en un principio fue aplicada en personas con trastorno límite de la personalidad (BPD), pero ahora también es usada para la desregulación emocional en otra clase de desordenes, por ejemplo en el desorden por comer en exceso. Estos autores hicieron una implementación de este tipo de terapia junto con la CBCT, la cual tiene como fin ayudar a las parejas a manejar sus emociones, las interacciones de la relación, y la interconexión entre ambas cosas. Para esto se hace primero una discusión sobre los procesos que los miembros de la pareja viven con respecto a la desregulación emocional, y se habla de los conceptos de vulnerabilidad emocional y modelo biosocial descritos por

Linehan (1993), citado por Kirby y Baucom (2007); este último describiendo la etiología de la desregulación emocional.

Después se introduce la DBT para que las personas comprendan que esta les puede ayudar a ser más efectivos con sus sentimientos (por ejemplo, expresando los sentimientos a través de palabras y observando las experiencias propias). Algunas de las habilidades que se desarrollan con esta terapia van dirigidas a no hacer prejuicios al describir y observar las experiencias, hacer lo que funciona y no lo que está “bien” o “mal”, promover conductas de dominio y auto-cuidado, mejorar patrones de comunicación (expresando sentimientos, solucionando problemas), fomentar conexión en la pareja e iniciar el cambio positivo como pareja.

Para terminar, es importante hacer alusión de nuevo a Gurman (2011), quien hace un análisis interesante sobre la pertinencia de la terapia de pareja, afirmando que en las últimas dos décadas la terapia de pareja ha generado una gran cantidad de teoría clínica que demuestra la efectividad de esta terapia, puesto que alrededor del 70 u 80% de las parejas que asisten a tratamiento, tienen mayores beneficios al finalizar la terapia que aquellos que no la recibieron. Según este autor, hasta la fecha sólo la Terapia Emocional Focalizada en la Pareja (EFT por sus siglas en inglés) y la Terapia Comportamental de Pareja (BCT por sus siglas en inglés), la cual incluye tres formas: Terapia Tradicional de la Conducta Matrimonial (creada por Jacobson y Margolin 1979), la

Terapia Cognitivo-Comportamental de Pareja (creada por Epstein y Baucom, 2002), y la Terapia Integrativa de Pareja (creada por Jacobson y Christensen 1998), son las que han mostrado efectividad en las parejas con las que se han trabajado.

Asimismo como lo plantea Gurman (2011), ninguna de estas terapias ha mostrado mayor efectividad sobre las otras y han tenido un impacto positivo en trastornos en los adultos que co-ocurren con los conflictos de la pareja (ansiedad, depresión, alcoholismo y trastorno de estrés postraumático).

3. EL SÍNDROME METABÓLICO

El síndrome metabólico (MSd), ha sido catalogado como un conjunto de factores de riesgo lipídicos y no lipídicos 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, los malos hábitos alimenticios y la obesidad (López, Sosa y Labrousse, 2007).

El consenso de la comunidad científica sobre qué es el MSd no ha sido posible (Kassi, Pervanidou, Kaltsas y Chrousos, 2011). Desde 1761 se identificó la asociación entre obesidad intrabdominal, metabolismo anormal y arterioesclerosis extensiva, y posteriormente entre hipertensión arterial (HTA), hiperglicemia y gota (1923); fue agrupado bajo el nombre de síndrome X en 1988 por Reaven y sus colaboradores, quienes observaron que varios factores de riesgo tendían a estar juntos (dislipidemia, HTA e hiperglucemia). Diez años después, la OMS (1988) introdujo el término síndrome metabólico (MSd) como entidad diagnóstica con criterios definidos y en el 2001 el Adult Treatment Panel II (ATP III) usó el término en su informe anual.

Esta condición ha tenido un aumento en incidencia y prevalencia importante en los últimos años y se presenta en comorbilidad con

enfermedades endocrinas, cardiovasculares y respiratorias, lo que genera una preocupación importante desde la perspectiva de la salud pública mundial hasta el punto de ser identificada como epidemia. Al tiempo que se reporta incremento de casos, aumenta el interés de la comunidad científica en este problema de salud, debido al limitado conocimiento sobre las condiciones y efectos psicosociales relacionados así como las comorbilidades presentes (Navarro y Vargas 2008; Villegas, Botero, Arango, Arias, y Toro, 2003).

Se considera al MSd, como factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular, pues como ha sido indicado por Lombo, Villalobos, Tique, Satizábal y Franco (2006), en el mundo alrededor de un cuarto de la población adulta tiene síndrome metabólico, quienes doblan en probabilidad de morir, triplican la probabilidad de tener un accidente cerebrovascular o un infarto agudo de miocardio en comparación con la población que no lo padece, y cinco veces más riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

Los criterios diagnósticos para el MSd han variado según la asociación médica en el mundo, especialmente en la consideración de la circunferencia abdominal como criterio principal, por lo cual se han cambiado los mínimos esperados según el país, la raza y la región. Las más aceptadas son las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Alberti y Zimmet, 1998), del Grupo Europeo para el

estudio de la Resistencia a la Insulina (EGIR) y de los grupos del National Cholesterol Education program's Adult Treatment Panel III Report (ATP III) (NCEP, 2001). Todos coinciden en que los componentes básicos del síndrome metabólico son la obesidad, la resistencia a la insulina, la dislipidemia y la hipertensión; sin embargo, aplican criterios diferentes para identificar tales componentes (ver tabla 1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se debe tener al menos uno de los siguientes parámetros para su diagnóstico: la intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, síndrome de ovarios poliquísticos e hígado graso no alcohólico. A su vez, el National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) en el 2011 consideró que el MSd genera mayor riesgo cardiovascular que cualquier otra condición metabólica y se encuentra en debate si en todos los casos de resistencia insulínica se puede suponer MSd (Valenzuela y cols., 2003). De forma reciente, el consenso para Latinoamérica definió 5 criterios diagnósticos para la presencia de MSd que son los acogidos en la actual investigación: presentar una circunferencia abdominal mayor a 102cm en hombres y a 88cm en mujeres, triglicéridos elevados por encima de 150 mg/dl o tratamiento para controlarlos, colesterol HDL por debajo de 40mg/dl para hombres y 50mg/dl para mujeres o tratamiento para el HDL

disminuido, presentar una presión arterial mayor o igual a 130 mmHg o tratamiento antihipertensivo, presentar un nivel de glucosa mayor o igual a 100mg/dl o tratamiento para niveles elevados de glucosa (López-Jaramillo y cols., 2013). El diagnóstico se acoge con el cumplimiento de tres de los cinco indicadores.

Tabla 1

Criterios diagnósticos de MSd según la asociación médica

Criterios	National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP:ATP II, 2003)	American Association of Clinical Endocrinology (2003)	International Diabetes Federation (IDF) (2005)	American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute (AHA/NHLBI) (2004)	Consensus definition (incorporating IDF and AHA/NHLBI definitions) (2009)	Consenso Latinoamericano (2013)
Circunferencia abdominal > 102 cm en hombres, > 88 cm en mujeres.	x	-	-	x	-	x
Triglicéridos 150 mg/dl or mayor.	x	x	x	x	x	x
Colesterol HDL- < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres.	x	x	x	x	x	x
Presión arterial 130/85 mmHg o mayor.	x	x	x	x	x	x
Glucosa IFG 100 mg/dl* o mayor.	x	-	x	x	x	x

Tabla 1

Criterios diagnósticos de MSd según la asociación médica

Obesidad central, definida por la circunferencia abdominal y que puede ser asumida según BMI	-	BMI 25 kg/m2 o mayor.	BMI > 30 kg/m2 (con los valores étnicos específicos *)	-	Elevada circunferencia abdominal (de acuerdo con definiciones específicas para la población del país).	-
--	---	-----------------------	--	---	--	---

Los componentes del MSd han sido igualmente definidos de varias formas. La obesidad abdominal es la forma de obesidad más asociada con el MSd, evaluada clínicamente con la circunferencia de la cintura, tomando como criterios el perímetro abdominal y el índice de masa corporal (IMC) según el origen étnico (ver tabla 2). Los límites varían entre grupos étnicos e incluso dentro de Latinoamérica se han descrito diferencias entre México y países de Suramérica (Rueda-Clausen, Silva, López-Jaramillo, 2008).

Tabla 2.

Perímetro abdominal según grupo étnico

Grupo étnico/región	Sexo	Perímetro abdominal (cm)
Europeos	Hombres/mujeres	>94/>80
EUA	Hombres/mujeres	>102/>88

Tabla 2.

Perímetro abdominal según grupo étnico

Asía Sudeste/chinos	Hombres/mujeres	>90/>80
Latinoamericanos	Hombres/mujeres	>90/>80

Valores tomados por consenso Latinoamericano (López y cols, 2013)

Cabe aclarar que el MSd no incluye la diabetes sino la alteración en el metabolismo de los glicidos (insulinoreistencia e hiperinsulinemia). La hiperinsulinemia aumenta la reabsorción del sodio y tiene efectos vasculotóxicos que producen HTA; por otro lado, la insulina inhibe la lipólisis, que resulta en dislipidemia y en el aumento del diámetro abdominal que se considera como obesidad visceral. Es común que personas obesas o con insulinoreistencia presenten hipertensión arterial elevada, consecuencia de las respuestas vasoconstrictoras y mitogénicas (Grundy, Brewer, Cleeman, Smith y Lefante, 2004). Se considera elevada al obtener valores mayores a 130/85mmHg.

La alteración en el metabolismo lipídico se manifiesta en el análisis de lipoproteína basado en triglicéridos y baja concentración de HDL. Otro factor desencadenante es la dislipidemia que se da por el aumento de los ácidos grasos libres. La OMS y la ATPIII exige trigliceridemia mayor a 150mg/dL o colesterol HDL menor a 40 o

35mg/Dl según la asociación médica de referencia. El perímetro abdominal aumentado es el componente principal para la mayoría de ellas, pues se propone que la mayor actividad lipolítica de la grasa abdominal provoca el aumento de la síntesis de triglicéridos. La acumulación de ácidos grasos de cadena en el hígado, músculo y algunas áreas cerebrales, sumada a la toxicidad pancreática ejercida por estos ácidos grasos constituyen factores fundamentales en las condiciones metabólicas que permiten la aparición de este síndrome.

El tratamiento convencional tiene como principal objetivo disminuir el exceso de grasa corporal y para el conjunto de los anteriores criterios diagnósticos, las guías establecen la prevención secundaria, mediante la indicación de medicación específica y la coadyuvancia de programas encaminados a generar estilos de vida saludables que priorizan una dieta apropiada y la práctica regular de ejercicio físico que lleven a la pérdida de peso (Ford, Giles, Dietz, 2002; López, Sosa, Labrousse, 2007), y con ella, la disminución de la presión arterial, la mejorar de la sensibilidad a la insulina, el control glucémico y el incremento del HDL. Los resultados son muy diversos (de Miguel-Etayo, Moreno, Iglesia, Bel-Serrat, Mouratidou, Garagorri, 2013; Martínez, Cañete, Notario-Pacheco, Sánchez-López, 2013; Morales-Falo, Sánchez-Moreno, Esteban, Alburquerque y Garaulet 2013; Arrebola, Gómez-Candela, Fernández, Bermejo y Loria, 2013; Rubio y

cols., 2007; Luque, García-Martos, Gutiérrez y Vallejo, 2010). Se suman a ellos actualmente, procedimientos quirúrgicos de tipo bariátrico (Corcelles y cols., 2014).

3.1. Condiciones endocrino-metabólicas y factores sociodemográficos

Se han realizado estudios que comparan las prevalencias del MSd y cuyos resultados varían según los criterios diagnósticos que se asuman. Las prevalencias se han determinado en diferentes comunidades étnicas (Lombo, Villalobos, Tique, Satizábal y Franco, 2006; Aguilar-Salinas y cols., 2003; Ford, Giles y Dietz., 2002; Ford y Giles, 2003; Jaber, Brown, Hammad, Zhu y Herman, 2004; Al-Lawati, Mohammed, Al-Hin y Jousilahti, 2003; Lorenzo, Williams, Gonzalez-Villalpando y Haffner, 2005; López-Jaramillo, Silva, Ramírez, García, 2004; ICBF, 2005).

Para el caso de la obesidad, considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) como una condición que se relaciona con otras problemáticas de salud; su prevalencia estimada es de 10% en los hombres y 14% en las mujeres a nivel mundial, habiéndose documentado para el 2008 más de 500 millones de personas con obesidad (OMS, 2012a). En Colombia, la prevalencia estimada de obesidad para el 2008 era de 17.3% de la población según la OMS (2012b), lo que expone un panorama de salud preocupante.

Su relación con el síndrome metabólico (MSd) reside en cómo aumenta los factores de riesgo para desarrollarlo (López y cols., 2007). Para Colombia, las estadísticas presentadas por Ashner y cols. en 2002, indican que la prevalencia del síndrome metabólico es del 33% utilizando los criterios de medición establecidos por la ATP (Adult Treatment Panel). Un estudio posterior realizado en la región de Antioquia en Colombia en el año 2004 mostró que el 33.9% de la población de esta región sufría de síndrome metabólico, de los cuales la mayoría eran hombres (Pinzón y cols., 2007). Recientemente López-Jaramillo y cols. (2013) mostraron que la prevalencia de dicho síndrome en adultos es entre el 25% y el 45% dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados, que la edad de mayor prevalencia son los 50 años y que la frecuencia de aparición en los hombres es ligeramente mayor en comparación con las mujeres, siendo 25,3% frente a 23,2%.

No obstante, la edad de las personas con riesgo de padecer MSd ha ido disminuyendo de forma dramática. Si antes se hablaba de pacientes que bordeaban los 50 años, ahora el grupo de riesgo está situado en torno a los 35 años (López, y cols., 2007). Las prevalencias aumentan con la edad en hombres y mujeres, el grupo de edad que tiene mayor riesgo de presentar síndrome metabólico según el ATP III es el de los cambios relacionados con la edad en distribución de grasa y sensibilidad a la insulina y ello puede explicarse especialmente en

mujeres post-menopáusicas (Pinzón y cols., 2007; Hernández, Jonathan, Valdés y Magel, 2014). Las mujeres tienen una prevalencia superior de obesidad abdominal, según los criterios del ATP III; aunque las recomendaciones de ajuste a las características étnicas no permiten datos concluyentes para Latinoamérica porque la mayor parte de los estudios se ha hecho siguiendo las medidas sugeridas para poblaciones del suroeste asiático. Además se reporta la existencia de importantes diferencias en la prevalencia entre el área urbana y la rural, que presenta cifras menores (Aschner, 2007) en más del 30%, con mayor incidencia en personas con un nivel socioeconómico medio bajo y bajo y con menos de 8 años de estudio (Cuenca y Floresmilo, 2014).

Los determinantes de su desarrollo se ubican en el estilo de vida adaptado poblacionalmente y el rápido proceso de urbanización, que trae consigo malos hábitos nutricionales y una disminución significativa en la actividad física. La dieta inapropiada, caracterizada por un aumento en el consumo de alimentos de alto contenido energético y la disminución del gasto de energía y de la actividad física secundaria a los cambios en la estructura ocupacional, en los sistemas de transporte y en la disponibilidad de dispositivos electrodomésticos que ahorran tiempo, contribuyen con el aumento de la obesidad abdominal así como de los demás componentes del síndrome metabólico (Lombo y cols., 2006, López-Jaramillo y cols., 2004).

3.2. Condiciones metabólicas y disfunción sexual

Las enfermedades crónicas inciden de diversas formas en la valoración de la gente sobre cómo 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 de forma negativa en la emocionalidad de quienes las padecen, quienes modifican sus comportamientos para reajustarse a la nueva condición de salud. De esta forma, las limitaciones físicas repercuten en el autoestima, en el desarrollo de las actividades que pueda realizar la persona y en sus hábitos incluyendo los hábitos sexuales que a su vez genera sentimientos de minusvalía e inseguridad (Zavala y Whetsell, 2007)

Una de las condiciones crónicas que influye en la autopercepción tanto en los hombres como en las mujeres es la obesidad. A las personas que no están satisfechas con su cuerpo les cuesta más encontrar pareja y llevar una vida sexual plena y se sienten menos atractivos para otras personas. 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. Dentro de este grupo entra también la disfunción sexual debida a complicaciones metabólicas (Sapetti, 2007).

La disfunción sexual eréctil (DSE) se presenta en gran parte de la población masculina que padece diabetes mellitus, o usa medicación para controlarla, que abusa en el consumo de sustancias psicoactivas (Romero y Licea, 2000), o que tiene diversos problemas médicos de etiología vasculogénica (Costanzo y cols., 2008; Arrabal-Polo y cols., 2014), complicaciones microvasculares (Castelo y Licea, 2003), cambios en la función hormonal especialmente documentada en el caso de la asociación entre deficiencia de testosterona y diabetes tipo 2 (Álvarez, González y Marrero, 2010) y factores bioquímicos (Taloyan, Wajngot, Johansson, Tovi y Sundquist, 2010).

Para explicar la disfunción sexual masculina en quienes sufren problemas metabólicos, Castelo y Licea (2003) hacen referencia al rol de las alteraciones vasculomioneuroendoteliales y a la asociación entre factores orgánicos y psicológicos, como la depresión con pérdida de la libido que puede anteceder la

disfunción eréctil; mientras que otros como Lindau, Tang, Gomero, Vable, Huang, Drum, Qato y Chin (2010) dan cuenta de que la existencia de comorbilidades empeoran su pronóstico.

Sobre lo anterior, aunque la disfunción eréctil puede ser clasificada como de causa orgánica, psicológica o mixta, en realidad se considera que los factores orgánicos y psicológicos actúan en conjunto. Awad, Salem, Gadalla, Abou, Wafa y Mohamed (2010), han mostrado una relación inversamente proporcional entre el control de la glicemia y la DSE causada por la diabetes tipo dos, encontrando también relaciones con síntomas depresivos, ansiedad, pánico y olvidos, los cuales son comunes y pueden tener un papel importante en la severidad de la alteración en la función sexual. Es por ello que la satisfacción sexual y calidad de vida de los hombres que padecen DSE, es mucho menor en comparación con los hombres que no la padecen (Fugl-Meyer y cols., 1997, Frank y cols., 2010).

En cuanto a la relación entre el MSd y la disfunción sexual femenina según Esposito, Ciotola, Marfella, Tommaso, Cobellis y Giugliano (2005), existe información limitada sobre la relación entre la obesidad, la diabetes mellitus y la disfunción sexual, aunque hay más claridad en el caso de la disfunción sexual masculina. Se ha documentado que al menos una cuarta parte de la

población femenina en países como Estados Unidos presenta algún tipo de disfunción sexual (Laumann, Paik, y Rosen, 1999; Frank, Anderson y Rubinstein, 1978), sin que exista claridad sobre la relación entre condiciones endocrino-metabólicas y la alteración en la función sexual de las mujeres.

Se sabe por ejemplo, que en el caso de la diabetes, hay diversos efectos en los mecanismos biológicos y psicológicos que median la respuesta sexual que influyen en que las mujeres tengan una actitud negativa hacia la actividad sexual (Gaspar, Fernández, Dickinson, y Irigoyen, 2013). Otros estudios demuestran que las pacientes diabéticas pueden presentar trastornos de la respuesta sexual como disminución del deseo sexual, disminución de la excitación, disminución de la lubricación vaginal y retardo para obtener orgasmos, en comparación con las pacientes no diabéticas. Estos trastornos provocan dificultades interpersonales y estrés, lo que puede favorecer el deterioro en la calidad de vida, en la relación de pareja y favorecer la aparición de depresión (Sánchez, Morales, Carreño y Martínez, 2005).

El Centro de investigación en la función sexual de la Clínica Lahey en Massachussets (2001) afirma que durante la premenopausia se tiene cierta protección ante cambios vasculares debido a los estrógenos, pero que en las mujeres portadoras de

diabetes mellitus tipo 2, esta protección se observa en menor grado. Con el fin de avanzar en esta línea de indagación, Esposito y cols. (2005) desarrollaron un estudio comparativo entre mujeres premenopáusicas con edades e índices de masa corporal similares, que cumplieran con criterios de síndrome metabólico y con mujeres que no, siguiendo los criterios diagnósticos de la IDF (2005). Como instrumentos de medición utilizaron el índice de función sexual femenina (IFSF) y realizaron exámenes de laboratorio para medir los niveles de lipoproteínas, colesterol, glucosa y alta sensibilidad a la proteína reactiva C (CRP). Los resultados mostraron que las mujeres con MSd presentaron niveles altos de CRP en la sangre, así como puntuaciones significativamente bajas en los dominios del IFSF asociados a las fases de activación, orgasmo y lubricación de la respuesta sexual en comparación con las mujeres del grupo control. Las puntuaciones del IFSF fueron asociadas de forma negativa con los niveles de CRP, lo cual se afectó ligeramente por el ajuste de edades. Como conclusión los autores afirman que las mujeres con síndrome metabólico tienen una mayor prevalencia de disfunciones sexuales en comparación con las mujeres que no padecen este síndrome (Esposito y cols., 2005).

Estudios como el de Kim, Kim, Kim y cols (2011) confirman estas relaciones. Fue realizado con 773 mujeres entre 40

y 75 años, con una vida sexual activa (frecuencia mínima de una vez al mes), que llegaron a controles médicos y que no presentaban historial de terapias hormonales, depresión u otras enfermedades que influyeran en el estudio. Del grupo, el 13% presentaba MSd y 57% alguna disfunción sexual. El grupo de mujeres con MSd tendían a ser mujeres mayores, postmenopáusicas, obesas, con menor nivel de educación, menor sueldo, así como era más común que sufrieran de incontinencia urinaria además de los componentes del MSd y una baja densidad de la lipoproteína del colesterol en comparación con el grupo control (Kim y cols., 2011). No hubo diferencias entre los grupos al compararlos por disfunción sexual, por lo cual los autores proponen evaluar otros factores sociales que puedan influir en la disfunción sexual. Estudios como el de Ponholzer, Temml, Rauchenwald, Marszalek, y Madersbacher (2008) concluyen, en el mismo sentido, al mostrar que la función sexual en mujeres pre-menopáusicas parece estar asociada a factores distintos al MSd.

En resumen, como lo indicaron Shalender, Bhasin, Enzlin, Coviello, y Basson (2007) no son claros los mecanismos de la disfunción sexual en mujeres con MSd, por lo cual proponen tener en cuenta otras patologías orgánicas específicas como el

hipotiroidismo, las cuales pueden presentar consecuencias similares al MSd y la disfunción sexual.

3.3 Síndrome metabólico y factores psicosociales relacionados

Los estudios han encontrado relación entre las enfermedades cardiovasculares y metabólicas y diversas variables psicosociales que llevan a que la gente valore de forma negativa su calidad de vida. La obesidad, la diabetes y la HTA tienen consecuencias en ella. Por ejemplo, en mujeres ecuatorianas, se ha mostrado la influencia de la obesidad abdominal, la HTA y la hiperglicemia en la calidad de vida. En Reino Unido, la resistencia a la insulina se ha asociado a un pobre funcionamiento físico y estado de salud general y en Brasil ha sido asociada con dependencia funcional. En Estados Unidos, además de comprobarse relaciones significativas entre el MSD y la función física y la salud general; el IMC se asocia con depresión, enfermedad mental, abuso de alcohol, tabaco y estrés (Tsai y cols, 2008).

Otra consecuencia documentada es el nivel de satisfacción de las relaciones de pareja (Litwak, Messeri, 1989; Johnson, Backlund, Sorlie, Loveless, 2000; Ross, Mirowsky, Goldsteen, 1990 citados por Troxel y

cols., 2005; Whisman y Uebelacker, 2012). Troxel y cols. (2005), realizaron una investigación con el propósito de encontrar la relación entre la satisfacción marital y el riesgo de presentar síndrome metabólico (MSd) en mujeres que presentaban diferentes niveles de satisfacción marital y que habían participado en un estudio anterior de tipo prospectivo sobre cambios en las características conductuales, psicosociales y biológicas de mujeres durante el periodo perimenopaúsico y post-menopaúsico. A partir de los resultados obtenidos en la escala de ajuste marital utilizada, se crearon grupos según el nivel de satisfacción marital, así como por su estado civil en el caso de las mujeres que estaban divorciadas, viudas o solteras. Las mujeres que reportaban consistentemente insatisfacción marital tenían un mayor riesgo de desarrollar MSd, en comparación con el grupo de mujeres que reportaron un buen nivel de satisfacción; las mujeres divorciadas y viudas presentaron un riesgo elevado en comparación con las que estaban satisfechas con su matrimonio debido a factores como el estrés producido por la separación ó pérdida, así como a factores económicos. Por último, las mujeres que presentaron dificultades en su matrimonio en la primera evaluación y luego sus resultados mejoraron, no presentaron un mayor riesgo de desarrollar MSd. De esta forma, Troxel y cols. (2005) concluyeron que solamente cuando se presenta estrés marital de forma crónica se incrementa el riesgo de desarrollar MSd, lo cual afirma

la relación entre el estrés marital y el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Más recientemente, Whisman y cols. (2010), llegaron a una conclusión similar tras evaluar en 671 parejas el estrés de la pareja y establecer la relación con marcadores biológicos como muestras de sangre, presión sanguínea y perímetro abdominal confirmatorios de MSd. Las parejas que presentaban mayor estrés marital presentaban mayores criterios para MSd, con una relación más fuerte en las mujeres que en los hombres. De forma más reciente, Whisman y Uebelacker (2012) reportaron una asociación moderada entre el ajuste marital y la incidencia de los indicadores del MSd en una población de parejas a la cual le hicieron seguimiento durante cuatro años. Encontraron también que el ajuste marital no se asoció de forma significativa en los hombres.

Varias de las investigaciones indagan sobre la disfunción sexual y efectos de diverso orden; en la calidad de vida (Conaglen y Conaglen, 2008), en la autoestima (Cappelleri y cols., 2005), en el impacto negativo en la masculinidad, en la satisfacción sexual (McCabe y Matic, 2008) y en las relaciones interpersonales, en las cuales ha surgido un particular interés por la perspectiva y las consecuencias que la pareja tiene de la enfermedad.

Por ejemplo, Conaglen, Williamson y Conaglen, (2009) han mostrado problemas de pareja en relación con: El tratamiento, por la carencia de encuentros íntimos durante el tiempo en que se presenta la disfunción (Althof, 2002); la disparidad de presentación de las dificultades sexuales con la edad de las parejas (Fugl Meyer, Melin, y Fugl Meyer, 2002); y con que las mujeres 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 de la disfunción sexual con el fin de informarlas acerca de las posibles intervenciones y sus características, mejorar la calidad del tratamiento y disminuir los problemas sexuales (Dean y cols., 2008).

En los resultados de la investigación realizada por Conaglen y Conaglen (2008), se encontró que la mujer se preocupa por tratar de disminuir las interacciones íntimas con el fin de minimizar el estrés que su pareja pueda sentir y que 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 y cols. (2006), para muchas personas una vida sexual satisfactoria es un componente fundamental para lograr una buena calidad de vida. Como se ha indicado en apartados anteriores, dicha satisfacción se pierde en el momento en el que surgen problemas sexuales, los cuales afectan la relación de pareja e impactan de forma desfavorable la calidad de vida de las parejas.

En relación con la pareja en la que hay hombres con DSE, se han encontrado pocos estudios en los cuales se haya mostrado que las mujeres tienen un nivel de satisfacción bajo en comparación con las parejas de hombres que no la presentan (Cayan, Bozlu, Canpolat, y Akbay, 2004). McCabe y Matic, (2007) 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.

Fisher, Rosen, Eardley, Sand, y Goldstein, 2005, así como McCabe y Matic (2008), coinciden en señalar que cuando la pareja tiene disfunción eréctil, la mujer se muestra más resistente a la disminución en la frecuencia de la actividad sexual y reporta niveles menores de satisfacción sexual. Adicionalmente, el estudio realizado por Greenstein y cols. (2006), mostró que el 55% de las mujeres parejas de hombres con disfunción eréctil de etiología

mixta, tuvo 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. Por otra parte se reveló que el 91% de los hombres asistieron al urólogo por iniciativa de sus parejas de las cuales el 64% esperaban ser evaluadas acerca de su disfunción. Los autores señalan además que en muchos casos las mujeres se ven como la causa de la disfunción, explicándola como consecuencia de no resultar atractivas para sus parejas.

Siguiendo esta línea, Montorsi y Althof (2004) 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. Sobre este punto, Conaglen y Conaglen, (2008) encontraron que aunque las parejas sostienen que la disfunción impacta la relación alterando la actividad sexual y reduciendo la frecuencia del coito, la ingesta de fármacos que mejoren el desempeño sexual es una opción solo para algunas de ellas, ya que esta opción terapéutica no mejora el grado de satisfacción en comparación con el que tenían antes de presentarse la disfunción. En este estudio, 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, o haber probado nuevas estrategias para tratar de que sus parejas tuvieran mejores erecciones, tales como buscar nuevos lugares para tener sexo, vestirse de forma seductora y desnudarse eróticamente; estrategias inefectivas en muchos casos en las que describen que tales esfuerzos no tuvieron ninguna influencia en la situación de su pareja. La masturbación para algunas mujeres se convirtió en una opción de actividad sexual frecuente; en la mayoría de los casos las parejas aseguran haberse adaptado a la enfermedad acomodándose a las dificultades de quien tiene la disfunción, y manteniendo una buena comunicación.

En síntesis, cuando se presentan disfunciones sexuales, las mujeres reconocen los efectos negativos de la disfunción eréctil en ellas mismas, en sus parejas y en la relación aunque existen dificultades por parte de la pareja en aceptar la disminución drástica de las relaciones sexuales, lo que aporta al deterioro de la relación (McCabe y Matic, 2008) y a la disminución de la autoestima, sobre todo, cuando las interacciones con su pareja son negativas y, de acuerdo con ellas, vulneran su condición de mujer (Conaglen y Conaglen, 2008; Montorsi y Althof, 2004).

En lo que respecta a los hombres, varios estudios han mostrado que la reducción en los encuentros íntimos no solo

influye en la satisfacción sexual, sino que también tiene un impacto negativo en el grado de satisfacción que ellos tienen con su relación de pareja (Bokhour, Clark, Inui, Silliman, y Talcott, 2001; McCabe, 1999; Pontin, Porter, y Mcdonagh, 2002), aunque los resultados no son concluyentes. Por ejemplo, McCabe y Matic (2007) confirman algunas de las conclusiones de estudios previos como el de Simkins-Bullock, Simkins-Bullock, Wildman, y Sugrue (1992) y el de Dunn, Croft and Hackett (1999) sobre una relación débil o inexistente entre las atribuciones que hombres con DSE hacen sobre la responsabilidad y la etiología de la disfunción sexual y el ajuste marital, y entre los problemas sexuales y los sociales, psicológicos y de la salud. También coinciden en 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). Por lo contrario, en las parejas en la que hay hombres con DSE, pocos estudios muestran que estas tengan un nivel de satisfacción bajo en comparación con las parejas de hombres que no la presentan (Cayan, Bozlu, Canpolat, y Akbay, 2004). Por último, Novoa y cols. (2012) encontraron que un ajuste diádico previo al diagnóstico de disfunción eréctil de etiología orgánica se presentaba

como un factor de protección en la organización de la pareja con respecto a la enfermedad y en las dificultades a nivel sexual como la satisfacción.

Los estudios que relacionan el ajuste de pareja y la disfunción sexual femenina, han reconocido la importancia del ajuste diádico en la aparición, mantenimiento y exacerbación de las disfunciones sexuales (Kaplan, 1974; Lazarus, 1989; Metz y Epstein, 2002 citados por Davis y Reissing, 2007). Uno de ellos, el de Jodoin, Bergeron, Khalife', Dupuis, Desrochers y Leclerc (2011) evaluó la relación entre la función sexual, el ajuste diádico y las atribuciones que las personas hacían frente al dolor causado por la vestibulodinia y se encontró que las mujeres que presentaban atribuciones internas sobre el dolor presentaban mejores resultados en el ajuste diádico, así como mayor adherencia al tratamiento y sentimientos de control sobre los problemas en general; mientras que las atribuciones internas, globales y estables mostraron una asociación negativa con el ajuste diádico, la función sexual y el estrés psicológico. Estos hallazgos confirman la relación entre las atribuciones y el estrés marital reportando en numerosos estudios (Baucom y Aiken, 1984; Baucom, Sayers y Duhe, 1989; Doherty, 1982; Eidelson, y Epstein, 1982; Fincham, 1985; Fincham, Beach y Baucom, 1987; Holtzworth Munroe y Jacobson ,1985; Madden y

Jannoff-Bulman, 1981, citados por Jodoin y cols., 2011). Algunos estudios demuestran que el estrés marital puede irrumpir seriamente en la estabilidad de una pareja, provocando infidelidad del cónyuge, separación o divorcio y que la relación de pareja sea menos satisfactoria lo cual tiene consistentemente un efecto deletéreo en el comportamiento sexual de la misma.

Davis y Reissing (2007) muestran la importancia del ajuste diádico en el desarrollo, severidad y mantenimiento del trastorno del dolor como vaginismo o dispareunia, coincidiendo con estudios previos (Graziottin y Brotto, 2004; Lynch, 1986; Mayer, 1932 citados por Davis y Reissing, 2007); aunque también se reportan estudios que no muestran un impacto del mismo en el ajuste marital (Schover y cols., 1992; van Lankveld y cols., 1996; Tugrul y Kabakci, 1997; Hallam y cols., 2001 citados por Davis y Reissing, 2007), mientras que otros muestran un impacto significativo de la dispareunia en la relación de pareja (Meana y cols., 1998; Nylanderlundqvist y Bergdahl, 2003).

En cuanto al vaginismo también se presentan reportes clínicos que muestran la relación entre el ajuste de pareja y su desarrollo y/o mantenimiento (Chisholm, 1972; Lamont, 1994; O'Sullivan, 1979; Shortle y Jewelewicz, 1986; Weiner, 1973 citados por Davis y Reissing, 2007). A pesar de no haber

comprobación empírica de esto, Hawton y Catalan (1990) citados por Davis y Reissing (2007), reportan estudios de tratamientos en los cuales las parejas en las que las mujeres presentaban vaginismo obtenían mejores resultados en comparación con parejas en donde la mujer presentaba otro tipo de disfunción sexual. Otros estudios muestran que no había diferencias en la satisfacción de pareja en las mujeres con vaginismo en comparación con las que presentaban dispareunia o en mujeres que no presentaban problemas en sus relaciones sexuales (Lankveld y cols., 1995; Reissing y cols., 2003 citados por Davis y Reissing, 2007). Dados los resultados contradictorios, es posible concluir que la relación entre el ajuste diádico y el vaginismo o la dispareunia permanecen como conceptos teóricos debido a la falta de soporte empírico.

CAPITULO II.

MATERIAL, MÉTODO

Y PROCEDIMIENTO

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Como puede observarse en el desarrollo del apartado anterior, no hay acuerdo sobre los componentes de la satisfacción sexual, los factores relacionados con el ajuste diádico ni con las condiciones sociodemográficas y de salud que puedan estar asociadas de forma favorable o desfavorable con ella.

En el caso de Colombia son muy pocos los estudios que se han realizado integrando análisis de variables sociodemográficas, variables relacionadas con el ajuste diádico y frecuencia y aceptación del comportamiento de la pareja; más escasos son los estudios llevados a cabo incluyendo pacientes que sufran patología orgánica que pueda repercutir en la satisfacción sexual. En consecuencia, el objetivo y las hipótesis que han guiado este trabajo de investigación se plantean a continuación:

1.1 Objetivo General

Establecer si existen diferencias en el ajuste diádico y la satisfacción sexual entre personas con y sin síntomas de patología orgánica de tipo metabólico en una muestra de sujetos colombianos que acudieron a un Hospital de la zona centro en la ciudad de Bogotá, y

clarificar qué variables la afectan de manera favorable o desfavorable identificando un modelo explicativo derivado de las pruebas y medidas sobre el ajuste diádico y la satisfacción sexual.

1.2 Las hipótesis de las que se ha partido son:

1.2.1. HIPOTESIS 1

Existirá un mejor ajuste diádico y satisfacción sexual en el grupo en que se descartó patología orgánica que en los grupos con patología orgánica.

1.2.2. HIPOTESIS 2

El grupo que presenta patología orgánica pero que no cumple criterios de Síndrome Metabólico –MSd- presentará mejor ajuste diádico y satisfacción sexual que el grupo que sí cumple criterios MSd.

1.2.3. HIPOTESIS 3

Existirá una relación directa entre la satisfacción sexual de los tres grupos y el ajuste diádico.

1.2.4. HIPOTESIS 4 (implícita)

Las personas con MSd tendrán peor ajuste diádico y satisfacción sexual que los dos grupos anteriores.

1.3. Para comprobar dichas hipótesis se plantearon las siguientes tareas específicas de obtención y análisis de datos:

- Describir los factores sociodemográficos relacionados con la satisfacción sexual y el ajuste diádico
- Describir el ajuste diádico, y la frecuencia y aceptación de los comportamientos positivos y negativos de la pareja, y su relación con la satisfacción sexual.
- Comprobar si la presencia de ciertas condiciones de patología orgánica afectan de forma significativa la satisfacción sexual y el ajuste diádico.
- Evaluar modelos causales sobre la influencia de las variables demográficas y el diagnóstico de patología orgánica sobre las variables de satisfacción sexual y ajuste diádico.

2. MUESTRA

De la convocatoria realizada entre los usuarios del Hospital Universitario San Ignacio -HUSI- de la ciudad de Bogotá desde Enero de 2012 a Enero de 2014, se presentaron 1107 personas, de las cuales únicamente 928 aceptaron participar en el estudio tras conocer los objetivos de investigación. Una vez realizada la verificación de los

criterios de inclusión y exclusión, de los 928 personas que aceptaron participar se escogieron 860 casos.

Los criterios de inclusión fueron: ser residente en Colombia, ser mayor de 18 años, tener una relación de pareja estable de al menos 6 meses, con dominio verbal y escrito del español. Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta los siguientes; ser menor de 18 años, tener grave discapacidad sensorial o motora, no dominar el idioma español con fluidez, tener una patología psiquiátrica incapacitante y padecer un grave deterioro cognoscitivo; lo que fue confirmado por especialistas en psiquiatría y psicología con evaluación por observación directa y el pase de pruebas de tamizaje.

Durante la fase de evaluación de los 860 casos, quedaron excluidas las personas con dificultades para asistir a la evaluación, los que no contaron con la aprobación de su pareja para participar en el estudio, no firmaron el consentimiento informado o no había mantenido relaciones sexuales con su pareja durante seis meses. Finalmente, el total de casos seleccionados fue de 659.

En el total de la muestra se identificaron tres grupos bien diferenciados; pacientes que cumplían criterios de síndrome metabólico (Grupo 1: MSd); pacientes que tenían alguna sintomatología orgánica específica pero que no contaban con todos los criterios de inclusión al

uso de la bibliografía científica sobre MSd (Grupo 2: POE); y un tercer grupo que no presentaba patología orgánica (Grupo 3: GN).

Los criterios diagnósticos para síndrome metabólico según el consenso para Latinoamérica (López-Jaramillo y cols, 2013) comprenden el cumplimiento de 3 o más de las siguientes características: circunferencia abdominal mayor a 102cm en hombres y a 88cm en mujeres, triglicéridos por encima de 150 mg/dl o tratamiento para controlarlos, colesterol HDL por debajo de 40mg/dl para hombres y 50mg/dl para mujeres o tratamiento para el HDL disminuirlo, presión arterial mayor o igual a 130 mmHg o tratamiento antihipertensivo y un nivel de glucosa mayor o igual a 100mg/dl o tratamiento para niveles elevados de glucosa.

A todas las personas que componían el primer grupo con patología orgánica del tipo MSd se les verificó el diagnóstico a través de una evaluación médica y de enfermería en la que se evaluaron los marcadores biológicos.

El segundo grupo estuvo compuesto por pacientes con alguna patología orgánica y que estaban en tratamiento pero que no cumplían criterios diagnósticos para síndrome metabólico.

El tercer grupo lo conformaron personas que tras acudir a los servicios del hospital se les descartó patología orgánica o dicha patología fue resulta tras el tratamiento médico.

A continuación se presenta la tabla que describe cada grupo con los datos sociodemográficos relevantes (tabla 3) y posteriormente la información sobre las variables biológicas (tabla 4).

Tabla 3

Composición de grupo y datos sociodemográficos

	<i>MSd</i>	<i>POE</i>	<i>GN</i>	<i>Totales</i>
N	94	111	454	659
Sexo				
Femenino	56 (59.6%)	66 (59.5%)	321 (70.7%)	443 (67.2%)
Masculino	38 (40.4%)	45 (40.5%)	133 (29.3%)	216 (32.8%)
Edad (media)	45.70 10.41	± 28.49 ± 8	27.02 ± 7.97	29.9 ± 10.54
Orientación sexual				
Sexo opuesto	91 (96,8%)	82 (73.9%)	405 (89.2%)	578 (87.7%)
Mismo sexo	1 (1,1%)	25 (22.5%)	37 (8.1%)	63 (9.6%)
Ambos sexos	2 (2.1 %)	4 (3.6%)	12 (2.6%)	18 (2.7%)
Estado civil				
Casados/as	58 (61.7%)	17 (15.3%)	81 (17.8%)	156 (23.7%)
Unión libre	22 (23.4%)	27 (24.3%)	64 (14.1%)	113 (17.1%)
Solteros/as	14 (14.9%)	64 (57.7%)	298 (65.6%)	376 (57.1%)
Separados/divorciados	0	3 (2.7%)	11 (2.4%)	14 (2.1%)

Nivel educativo				
Primaria	6 (6.4%)	2 (1.8%)	0	8 (1.2%)
Bachillerato	40 (42.5%)	30 (27%)	96 (21.1%)	166 (25.2%)
Técnico	29 (30.9%)	16 (14.4%)	59 (13%)	104 (15.8%)
Profesional	17 (18.1%)	37 (33.3%)	215 (47.4%)	269 (40.8%)
Especialista	0	9 (8.1%)	43 (9.5%)	52 (7.9%)
Magister	2 (2.1%)	14 (12.6%)	37 (8.1%)	53 (8%)
PhD	0	3 (2.7%)	4 (0.9%)	7 (1.1%)
Relación de pareja				
Tiempo en meses	238.03 153.21	± 57.68 ± 60.93	57.70 ± 76.37	83.42 ± 109.26
Rangos de tiempo de relación				
Entre 6 y 18 meses	4 (4.3%)	32 (28.8%)	132 (29.1%)	168 (25.5%)
Entre 19 y 40 meses	8 (8.5%)	27 (24.3%)	131 (28.9%)	166 (25.2%)
Entre 41 y 96 meses	12 (12.8%)	34 (30.6%)	121 (26.7%)	167 (25.3%)
De 97 meses en adelante	70 (74.5%)	18 (16.2%)	70 (15.4%)	158 (24%)
Ocupación				
Empleado/a	34 (36.2%)	60 (54.1%)	246 (54.2%)	340 (51.6%)
Desempleado/a	6 (6.4%)	30 (27%)	139 (30.6%)	175 (26.6%)
Independiente	52 (55.3%)	20 (18%)	69 (15.2%)	141 (21.4%)
Pensionado/a	2 (2.1%)	1 (0.9%)	0	3 (0.5%)

*Los datos son presentados en medias ± Desviaciones estándar (DE) o números (%).

La siguiente tabla muestra la información sobre los marcadores biológicos y los síntomas de patología orgánica para cada grupo.

Tabla 4

información biológica para cada grupo

	<i>MSd</i>	<i>POE</i>	<i>Normal</i>	<i>Totales</i>
Marcadores biológicos				
Glicemia	118.79 mg/ dL ± 34.32	-	-	118.79 mg/ dL ± 34.32
Triglicéridos	183.92 mg/ dL ± 84.46	-	-	183.92 mg/ dL ± 84.46
Colesterol HDL	41.13 mg/ dL ± 13.92	-	-	41.13 mg/ dL ± 13.92
Hemoglobina glicosilada	6.04 ± 1.69	-	-	6.04 ± 1.69
Tensión arterial	125.97/77.04 mmHg ± 15.1/10.37	-	-	125.97/77.04 mmHg ± 15.1/10.37
IMC	40.23 Kg/mt ² ± 5.58	-	-	40.23 Kg/mt ² ± 5.58
Perímetro abdominal	121.20 cm ± 12.60	-	-	121.20 cm ± 12.60
Diagnósticos				
Diabetes tipo 2	45 (47.9%)	2 (1.8%)	-	47 (7.1%)
Hipertensión arterial	48 (51.1%)	10 (9%)	-	58 (8.8%)
Hígado graso	43 (45.7%)	7 (6.3%)	-	50 (7.6%)
Obesidad	91 (96.8%)	36 (32.4%)	-	127 (19.3%)
Dislipidemia	31 (33%)	8 (7.2%)	-	39 (5.9%)
VIH	0	22 (19.8%)	-	22 (3.3%)
Agrupación de sintomatología orgánica por sistemas de afectación				
Endocrinos	69 (73.4%)	19 (17.1%)	-	88 (13.4%)
Dermatológicos	0	5 (4.5%)	-	5 (0.8%)
Gastrointestinales	0	5 (4.5%)	-	5 (0.8%)

Oncológicos	0	3 (2.7%)	-	3 (0.5%)
Autoinmunes	0	22 (19.8%)	-	22 (3.3%)
Nefrológicos	0	3 (2.7%)	-	3 (0.5%)
Cardiovasculares	25 (26.6%)	2 (1.8%)	-	27 (4.1%)
Neurológicos	0	4 (3.6%)	-	4 (0.6%)
Articulares	0	1 (0.9%)	-	1 (0.2%)
Ginecológicos	0	3 (2.7%)	-	3 (0.5%)

*Los datos son presentados en medias \pm Desviaciones estándar (DE) o números (%).

2.1. Grupo 1: Con Síndrome Metabólico -MSd-

En el grupo con MSd estuvo compuesto por 94 pacientes, el 60% mujeres y el 40% hombres, la edad media fue de 45 años, 62% estaban casados, en su mayoría con estudios de bachillerato completo (42%) y estudios técnicos (30%), el 55% de ocupación independientes, el 91% tenían relaciones sexuales con personas del sexo opuesto y con un tiempo medio de relación de 238 meses (19,8 años), llevando el 74% mas de 8 años en la relación.

En cuanto a los marcadores biológicos registrados se encontró un promedio de glicemia en sangre de 118.79 mg/dL, triglicéridos de 183.92 mg/dL, colesterol HDL de 41.13mg/dL, hemoglobina glicosilada 6.04 y tensión arterial 125.97/77.04mmHg. Sobre los datos antropométricos, se presentó un índice de masa corporal (IMC)

promedio de 40.23Kg/mt² correspondiente al límite inferior de obesidad tipo III y el perímetro abdominal promedio fue de 121.20cm.

2.2 Grupo 2: Con sintomatología orgánica específica -POE-

El grupo de pacientes con síntomas de patología orgánica específica que no cumplieron criterios para el diagnóstico de MSd estuvo compuesto por 111 pacientes, el 60% mujeres y el 40% hombres, con una edad promedio de 28,49 años, el 24,3% vivían en unión libre y el 58% estaban solteros, con estudios de bachillerato completo el 27%, estudios técnicos un 14% y el 33% eran profesionales, el 54% de ocupación empleados y el 27% desempleados, con un tiempo medio de relación de 57,68 meses (4,8 años) y el 74% tenían relaciones sexuales con personas del sexo opuesto, el 23% con personas del mismo sexo y el 4% con personas de ambos sexos. Los diagnósticos de patología médica en este grupo fueron principalmente Obesidad (32%), VIH (20%) e Hipertensión arterial (9%) y al clasificar los síntomas, se encuentra afectación principalmente en el sistema endocrinológico (17%) y el sistema inmune (19.8%).

2.3 Grupo 3: Grupo de población normal o sin patología –GN-

El grupo sin síntomas de patología orgánica estuvo compuesto por 454 personas, el 71% mujeres y el 29% hombres, solo el 18% estaban casados, un 14% vivía en unión libre, en tanto que el 65% estaban

solteros, con estudios de bachillerato completo el 21%, estudios técnicos un 13% y el 47% eran profesionales, el 54% de ocupación empleados y el 31% desempleados, con un tiempo medio de relación de 57,70 meses (4,8 años) y el 89% tenían relaciones sexuales con personas del sexo opuesto y el 8% con personas de su mismo sexo. A este grupo se les descartó patología orgánica.

3. MATERIAL

La evaluación de los participantes recogió información sociodemográfica, información médica de relevancia, así como información sobre la relación diádica y las características de la interacción y la satisfacción sexual. Se pasaron una serie de pruebas, que se describen a continuación.

3.1 ANAMNESIS U HOJA DE DESCRIPCIÓN DE DATOS

Mediante la cual se recogen los datos de identificación de cada caso, la información sociodemográfica y de salud. Esta última derivada de la evaluación realizada por el personal médico y de enfermería siguiendo el protocolo establecido (ANEXO 1).

3.2 INVENTARIO DE FRECUENCIA Y ACEPTACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LA PAREJA (*Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory –FAPBI-*)

Desarrollado por Doss y Christensen (2006) para medir las percepciones de los individuos sobre su relación de pareja. El ajuste diádico es definido en cuatro categorías, de las cuales dos se consideran positivas y dos negativas. Las positivas son:

- Afectividad, que comprende las dimensiones de intimidad verbal, intimidad física y actividad sexual.
- Cercanía, que incluye las dimensiones de decisiones financieras, tiempo compartido, confianza, crianza de los hijos, actividades sociales, apoyo, soluciones intentadas y tareas del hogar.

Entre las categorías negativas se incluyen:

- Exigencias, comprenden las dimensiones de abuso verbal, críticas, control y autoritarismo.
- Violación, definida como la falta de respeto, que incluye las dimensiones de infidelidad, deshonestidad, comportamientos adictivos, abuso físico, invasión de privacidad e incumplimiento de acuerdos.

Como fase previa a la utilización del FAPBI se realizó un proceso de validación a población colombiana (Novoa, Pino, Vargas y

Sanabria, 2013). En dicho estudio se confirmó el 64.9% de los ítems que la componen explican la varianza total. Un alfa de cronbach de 0.87 del componente de aceptación, y en el Test-retest correlaciones significativas por debajo de 0.01 (Anexo 2). En cuanto a la confiabilidad y validez presenta una mínima diferencia entre los resultados de pareja heterosexuales y homosexuales, y una correlación significativa $p < .01$ entre los ítems relacionados con la aceptación por parte de hombres y mujeres.

Puntuación de los ítems individuales

Para los ítems de frecuencia: Debido a que las parejas pueden informar la frecuencia de varias maneras, es necesario poner todos los elementos de la frecuencia en la misma escala. La frecuencia es reportada en una escala de 0-9 y luego se clasifica por día, por semana o por mes. Para que todos los elementos de frecuencia reflejen la frecuencia por mes, multiplique el 0-9 de la clasificación por 30 si es por día, multiplique los 0-9 clasificación por 4.3 si es por semana y el 0-9 de la clasificación se multiplican por 1 si es por mes.

Para los ítems de aceptación: las puntuaciones se basan en una escala de 0-9. Con 0 representando el “totalmente inaceptable” y el 9 representando el “totalmente aceptable”.

Existen dos métodos de interpretación que se utilizan con el FAPBI.

Método 1: Comportamientos Positivos y Negativos de la pareja:

El más sencillo consiste en crear una subescala de comportamientos positivos y comportamientos negativos. Como los índices de aceptación y frecuencia están separados, esto crea 4 subescalas totales (aceptación de comportamientos positivos, frecuencia de comportamientos positivos, la aceptación de conductas negativas y la frecuencia de comportamientos negativos).

- Aceptación de comportamientos positivos = suma de las calificaciones de aceptación de ítems 1-11
- Frecuencia de comportamientos positivos = suma de las calificaciones de frecuencia por mes para los ítems 1-11
- Aceptación de comportamientos negativos = suma de las calificaciones de aceptación de ítems 13-20
- Frecuencia de comportamientos negativos = suma de las calificaciones de frecuencia mensual para los ítems 13-20

Método 2: Definir los comportamientos positivos y comportamientos negativos de la pareja:

Una manera de examinar las puntuaciones de las subescalas en el FAPBI es dividir las subescalas positivas y negativas en dos subcategorías. Los análisis factorial exploratorio y confirmatorio demuestran que estas

subescalas más pequeñas son diferentes pero positivamente correlacionadas con las otras. La tabla 5 muestra la interpretación de las escalas. Estas subescalas son:

Positivas:

- Aceptación de afectividad = suma de las calificaciones de la aceptación de los ítems 1, 2 y 6
- Frecuencia de afectividad = suma de las calificaciones de la frecuencia por mes para los artículos 1, 2 y 6
- Aceptación de cercanía = suma de las calificaciones de la aceptación de los ítems 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 y 11
- Frecuencia de cercanía = suma de las calificaciones de frecuencia mensual para los ítems 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11

Negativas:

- Aceptación de Exigencias = SUMA de las calificaciones de la aceptación de los ítems 13, 17 y 19
- Frecuencia de Exigencias = SUMA de las calificaciones de frecuencia mensual para los ítems 13, 17 y 19
- Aceptación de violación (falta de respeto) = suma de las calificaciones de la aceptación de los ítems 14, 15, 16, 18 y 20

- Frecuencia de violación (falta de respeto) = suma de las calificaciones de frecuencia mensual para los ítems 14, 15, 16, 18, 20.

Tabla 5

Interpretación del FAPBI

Conductas Positivas				Conductas Negativas			
Afectividad		Cercanía		Exigencias		Falta de respeto	
Frec	Accept	Frec	Accept	Frec	Accept	Frec	Accept
	/27		/72		/27		/54
Frecuencia Total Positivas		Aceptación Total Positivas		Frecuencia Total Negativas		Aceptación Total Negativas	
Total:		Total: /99		Total:		Total: /81	

Las respuestas sobre la frecuencia y aceptación de los comportamientos de la pareja muestran qué tan aceptable es para cada persona, la frecuencia de comportamientos positivos (afectividad y cercanía) y negativos (exigencias y falta de respeto) de su pareja en el último mes. A mayor frecuencia de conductas positivas y mayor puntuación en los grados de aceptación de este tipo de conductas, la persona informa que tiene una interacción favorable con su pareja, así como al presentarse una menor frecuencia de conductas negativas y una mayor aceptación de las mismas.

3.3 ESCALA DE AJUSTE DIADICO- 7 (*Dyadic Adjustment Scale 7 -DAS-7*)

Es un instrumento desarrollado por Husley, Best, Lefebvre y Vito (2001) para evaluar el ajuste de la pareja de forma rápida, el cual consta de 32 ítems. La versión abreviada del DAS comprende 7 ítems de la escala original, distribuidos en 3 subescalas: cohesión (8, 10, 11), consenso (25, 27, 28) y la satisfacción global de pareja (31). La escala de Consenso mide el grado de acuerdo existente entre los miembros de la pareja en áreas como valores, educación, tareas domésticas, tiempo libre, relaciones con los familiares y amigos, etc. La escala de Satisfacción valora el grado de satisfacción con la relación entendida como frecuencia y grado de las discusiones, satisfacción con la relación actual y el compromiso para continuar con ella. La escala de Cohesión evalúa el nivel de implicación de la pareja en tareas conjuntas relativas a proyectos de vida o de intercambio positivo de reforzadores.

El instrumento utilizado tiene una consistencia interna de 0.75 y 0.80 y al ser comparado con los resultados de la escala de satisfacción marital de Kansas (KMSS) entre 0.86 y 0.95. Para su aplicación en población colombiana, esta versión de la EAD fue validada por Novoa, Pino, Sanabria y Vargas (2013) encontrando que el 65.7% de los ítems que la componen explican la varianza total, tiene una confiabilidad de

0.69 y una correlación en el test-retest significativa $p < 0.01$. (ANEXO 3).

Se califica sumando las puntuaciones de los 7 ítems.

Media Hombres: 21.8 (SD = 5.7, rango de 5 – 34)

Media Mujeres; 21.0 (SD = 6.5, rango de 4 – 34)

A partir de lo que muestra la tabla X, si se presenta una puntuación por encima de 21 es indicativo de un buen nivel de ajuste en la relación de pareja. Los valores por debajo de la media sugieren desajuste de pareja e indican áreas de ajuste que pueden ser mejoradas.

Tabla 6

Interpretación del DAS-7

Consenso	Cohesión	Satisfacción
x/15	x/15	x/6
Total: x/36		

3.4 CUESTIONARIO DE CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL (*Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form -CSFQ-14*)

Este cuestionario cuenta con una versión diferente para hombres y para mujeres; fue desarrollado por Clayton, McGarvey y Clavet (1997) y

esta compuesto por cinco dimensiones que se evalúan a través de 36 ítems en una escala Likert de 5 puntos:

- 1.Placer
- 2.Frecuencia/Deseo sexual
- 3.Interés-Deseo sexual
- 4.Excitación-Erección, y
- 5.Orgasmo/Eyaculación

La versión corta fue desarrollada por Keller, McGavery y Clayton (2006) y está compuesta por 14 ítems. Keller y cols. (2006) describen una validez de constructo $>.50$ para cada pregunta, así como una validez interna con un alfa de Cronbach total de $.90$ para la versión de mujeres y de $.89$ para la versión de hombres. En población colombiana fue adaptada y validada por Novoa y cols (2013) encontrando para la versión hombres una validez de constructo de 69.2% de la varianza total entre sus ítems, un alfa de cronbach de 0.75 en el análisis de confiabilidad y un test-retest significativo con una $p < 0.01$. Para la versión mujeres de la escala se encontró un 69.5% de la varianza total de lo ítems que la componen, un alfa de cronbach de 0.80 en el análisis de confiabilidad y una correlación significativa con una $p < 0.01$ en el test-retest (ANEXO 4 y 5).

El CSFQ-14 utiliza una escala Likert de 5 puntos para proporcionar al paciente la oportunidad de autoevaluar sus conductas o problemas

sexuales en cierto número de áreas. Para todos los ítems, las puntuaciones más altas reflejan un funcionamiento sexual mayor. Para 12 de los 14 ítems, un mayor funcionamiento sexual corresponde a una mayor frecuencia de goce/placer (por ejemplo, 1 = nunca hasta 5 = todos los días). Para dos ítems (ítem 10, que evalúa la pérdida de interés después de la excitación para las mujeres y priapismo en los hombres, y el ítem 14 que evalúa los orgasmos dolorosos), un mayor funcionamiento sexual corresponde a menores frecuencias (por ejemplo, 1 = todos los días hasta 5 = nunca). El ítem 10 y 14 se incluyen en la puntuación total, pero no en las puntuaciones de las escalas.

Además de proporcionar una puntuación total de la función sexual, la CSFQ-14 brinda la posibilidad de puntuaciones de 8 escalas, utilizando dos esquemas distintos: cinco escalas que corresponden a las escalas en CSFQ en su forma original o tres escalas correspondientes a las fases del ciclo de respuesta sexual. Las cinco escalas originales incluyen: (a) deseo/ frecuencia, una escala de 2 ítems que evalúa la frecuencia de los actos sexuales, incluyendo relaciones sexuales y masturbación y la frecuencia del deseo de participar en la actividad sexual; (b) Deseo/interés, una escala de 3 ítems que evalúa el interés y el deseo de tener experiencias sexuales expresado en la frecuencia de pensamientos sexuales o fantasías y sentimientos de placer provocados por el erotismo; (c) emoción /excitación, una escala de 3 ítems que evalúa la frecuencia

de la excitación, la facilidad de excitación y la adecuada lubricación vaginal / erección durante la actividad sexual; (d) el orgasmo/finalización, una escala de 3 ítems que evalúa la capacidad para alcanzar el orgasmo, incluyendo la frecuencia de orgasmos, capacidad de alcanzar orgasmos cuando se desee y el grado de placer derivada de un orgasmo; y (e) placer, 1 solo ítem que evalúa el goce actual de la vida sexual en comparación con el goce pasado. Las tres fases del ciclo de respuesta sexual incluyen el deseo, la excitación y el orgasmo o de la finalización, según lo descrito en el DSM IV y confirmado en el DSM V (American Psychological Association, 1994, 2013).

En el CSFQ-14, las preguntas 2 a 6 se refieren a la fase de deseo, preguntas 7 a 9 para la fase de excitación, y las preguntas 11 a 13 para el orgasmo o fase finalización.

El CSFQ-14 proporciona una puntuación total sumando las puntuaciones de los 14 ítems. La puntuación total del CSFQ-14 fluctúa entre 14 y 70, la puntuación de la escala de deseo oscila entre 5 y 25, y las puntuaciones de la escala de excitación y orgasmo van desde 3 hasta 15. En todos los casos, las puntuaciones más altas reflejan un mejor funcionamiento sexual. Total CSFQ-14 ≤ 47 de puntuación para varones y ≤ 41 para las mujeres sugieren disfunción sexual global (ver tabla 7).

Tabla 7

Interpretación del CSFQ-14

Deseo/interés	Deseo/ frecuencia	Emoción /excitación	Orgasmo/finalización	Placer
/15	/10	/15	/15	/5
Total: /70				

En cuanto a la función sexual (CSFQ-14), puntuaciones iguales o superiores a 47 para hombres y a 41 para mujeres, indican que la función sexual se encuentra dentro de los límites normales en la(s) área(s) de Deseo/ frecuencia, Deseo/interés, Emoción /excitación, Orgasmo/finalización y Placer.

En la interpretación se considera que puntaje total CSFQ-14 ≤ 47 para hombres sugiere disfunción sexual y que un puntaje ≤ 41 para mujeres indicaría disfunción sexual.

3.5 ÍNDICE DE SATISFACCIÓN SEXUAL *Index of Sexual Satisfaction, (ISS)* de Hudson (1982)

El Índice de Satisfacción Sexual (ISS) de Hudson (1982) cuenta con 25 ítems con calificación en escala Likert de 4 puntos, y se concibió como una medida breve y global de desacuerdo sexual. Debido a que los ítems se puntúan en sentido negativo, cuanto más alta es la puntuación,

se refleja menor disfrute o satisfacción de la sexualidad con la pareja; de ahí que se ha denominado a la escala como de “insatisfacción sexual” (Moral, 2009).

Moral (citando los estudios de Hudson, 1982) describe que este instrumento tiene alta consistencia interna y validez discriminativa; y clasifica correctamente al 80% de las parejas 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. En población colombiana se realizó un proceso de validación en el que se encontró una validez de constructo que 62.3% de la varianza total de los ítems de la escala (Novoa et al. 2013), un alfa de confiabilidad de 0.91 y una correlación significativa con una $p < 0.01$ (ANEXO 6).

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 los ítems 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

(Insatisfacción, puntuaciones negativas)

$$(((\text{Puntuación total} - 25) \times 2) / 3)$$

Una puntuación mayor a 30 sugiere insatisfacción sexual y puntuaciones inferiores reportan satisfacción con la vida sexual. Una puntuación mayor a 70, una experiencia severa de estrés con la posibilidad de violencia sexual.

4. VARIABLES E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

La tabla siguiente describe y clarifica las variables del estudio, las categorías o dimensiones que las componen, las pruebas utilizadas y los parámetros de interpretación.

Tabla 8

Variables e instrumentos utilizados

VARIABLES	CATEGORIAS/DIMENSIONES	INSTRUMENTO	VALORACIÓN	
AJUSTE DIADICO	<ul style="list-style-type: none"> • Cohesión • Consenso • Satisfacción global de pareja 	DAS-7	<p>La media para hombres es de 21.8</p> <p>La media para mujeres es de 21.0</p> <p>Los valores por debajo de la media sugieren desajuste de pareja.</p>	
	COMPORTAMIENTOS POSITIVOS			
	Afectividad	Intimidad Verbal, Intimidad Física y Actividad Sexual	FAPBI	<p>A mayor frecuencia de conductas positivas y mayor puntuación en los grados de aceptación de este tipo de conductas, existe una interacción favorable con la pareja.</p>
	Cercanía	Decisiones Financieras, Tiempo Compartido, Confianza, Crianza de los Hijos, Actividades Sociales, Apoyo, Soluciones Intentadas y Tareas del hogar.		
	COMPORTAMIENTOS NEGATIVOS			
Exigencias	Abuso Verbal, Críticas, Control y Autoritarismo;			
Violación (falta de respeto)	Infidelidad, Deshonestidad, Comportamientos Adictivos, Abuso Físico, Invasión de Privacidad e Incumplimiento de Acuerdos.			

SATISFACCION SEXUAL	Evalúa satisfacción global	ISS	Rango potencial va de 0 a 100. puntuación mayor a 30 sugiere insatisfacción sexual, y una puntuación mayor a 70, una experiencia severa de estrés con la posibilidad de violencia sexual. Cuanta más alta es la puntuación, refleja menor disfrute o satisfacción con la sexualidad en la pareja
	Placer; Frecuencia/Deseo sexual; Interés/Deseo sexual; Excitación/Erección y Orgasmo/Eyacuación	CSFQ-14	Indica disfunción sexual en hombres un puntaje total ≤ 47 y en mujeres un puntaje total ≤ 41
CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad, sexo, orientación sexual, nivel educativo, tipo de relación, tiempo de relación en meses	CUESTIONARIO ESPECÍFICO	Codificación: 1=si; 2=no; 3=ns/nc
CONDICIONES DE SALUD	Sintomatología de patología orgánica derivada de la evaluación médica endocrinológica y nutricional	CUESTIONARIO ESPECÍFICO	Codificación: 1=si; 2=no; 3=ns/nc

5. PROCEDIMIENTO

La metodología utilizada se corresponde con un estudio transversal descriptivo correlacional/causal, y se realizó en tres fases:

a. Fase I Adaptación de los instrumentos

Como fase previa a la siguiente investigación, se realizó el proceso de investigación psicométrica que permitiera adaptar y establecer la confiabilidad de los instrumentos que estaban en inglés y no

contaban con validación en población colombiana (FAPBI, ISS, CSFQ, DAS-7) Novoa y cols (2013^a, b, c, d). Con los instrumentos validados, se continuó con las siguientes fases descritas a continuación.

b. Fase II Evaluación

Una vez obtenidos los permisos éticos e institucionales para poner en marcha la investigación, se convocó a los usuarios del hospital a participar en el estudio. Dicha convocatoria se realizó por contacto directo con pacientes y/o población sana, y a través de medios virtuales y redes sociales de uso en el hospital. A quienes contestaron se les expusieron los objetivos generales y el procedimiento a seguir. Con aquellos que aceptaron continuar con el proceso se dio paso a la verificación de los criterios de inclusión y exclusión y con los seleccionados se procedió a la firma del consentimiento informado (Anexo 7). A todas las personas que resultaron elegibles y aceptaron participar, se las citó al control médico para verificación de los síntomas de patología orgánica y en ese mismo momento o en un período no mayor a los quince días posteriores, se procedió a la aplicación de los instrumentos. La evaluación se realizó de forma individual en el contexto hospitalario con el fin de evitar sesgos en la información suministrada y garantizar la confidencialidad. Al finalizar, se entregó un informe a cada participante sobre los resultados de su evaluación, se realizó una retroalimentación y en caso de ser pertinente se ofreció un

acompañamiento psicológico para trabajar los temas relacionados con sexualidad y relaciones de pareja.

c. Fase Analisis de datos

Posteriormente se procedió al análisis de datos mediante el software SPSS versión 2.0 y software AMOS 21 y la escritura del documento final.

6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para los análisis estadísticos, primero se calcularon las puntuaciones totales de cada escala y sub-escala administrada, se llevarán a cabo análisis con estadística descriptiva para comparar medias, medianas y frecuencias entre las variables. Posteriormente se llevará a cabo un modelo de medición para verificar la existencia del afecto positivo y negativo como variables latentes. Finalmente se llevará a cabo un análisis multinivel y de varianza uni y multivariados para predecir las variables dependientes a partir de las variables independientes y evaluar los posibles efectos de determinados factores sobre una o más variables dependientes. Para estudiar las diferencias entre medias se utilizaron los tests estadísticos paramétricos y no paramétricos exigidos por las condiciones de aplicación y ANOVA con prueba post-hoc de Bonferroni. Finalmente, para examinar la capacidad predictiva de cada una de las variables sobre la satisfacción sexual y el

ajuste diádico se efectuó un análisis de regresión múltiple, empleando el método de pasos sucesivos, dando lugar a un modelo significativo y la evaluación de los modelos de relación causal entre las variables analizadas se ha realizado a través de modelos de ecuaciones estructurales (path analysis) usando el software AMOS 21. Estos modelos, ponen a prueba la matriz de correlación entre dos o más variables causales (Baron y Kenny, 1986). La bondad del ajuste de los modelos estimados se evaluó a través de los índices de ajuste global y analíticos obtenidos. Con respecto a los índices globales, se utilizaron cinco índices de ajuste: el criterio de información de Akaike (AIC), la ratio del modelo chi-cuadrado, el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de bondad de ajuste (GFI) y la media de la raíz cuadrada del error de aproximación (RMSEA). El criterio de Akaike, es un indicador relativo que orienta a la elección del modelo que menor índice obtenga; la chi cuadrado no debe ser significativa. Por el contrario, los índices CFI y GFI han de acercarse a 0.9 (a mayor índice, mejor ajuste) y el RMSEA ha de resultar significativo siendo mejor el ajuste a mayor significación. Por otra parte, los índices analíticos informan del ajuste a través de los coeficientes de regresión estandarizada y a través de los índices de modificación de parámetros Wald y Lagrange (Chou y Bentler, 1990). El primero muestra los parámetros que no han resultado significativos, y el segundo aquellas relaciones causales que, siendo

estadísticamente significativas, no han sido incluidas por el investigador en el modelo.

CAPÍTULO III.

RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos de los análisis estadísticos realizados para alcanzar los objetivos formulados en el capítulo correspondiente. Inicialmente se presentan los análisis de las variables criterio y posteriormente los análisis de los modelos de causalidad.

3.1 Análisis de la variable dependiente ajuste diádico

La evaluación del ajuste diádico se realizó con los instrumentos DAS-7 y FAPBI, se muestran los resultados para el DAS-7 y posteriormente los del FAPBI.

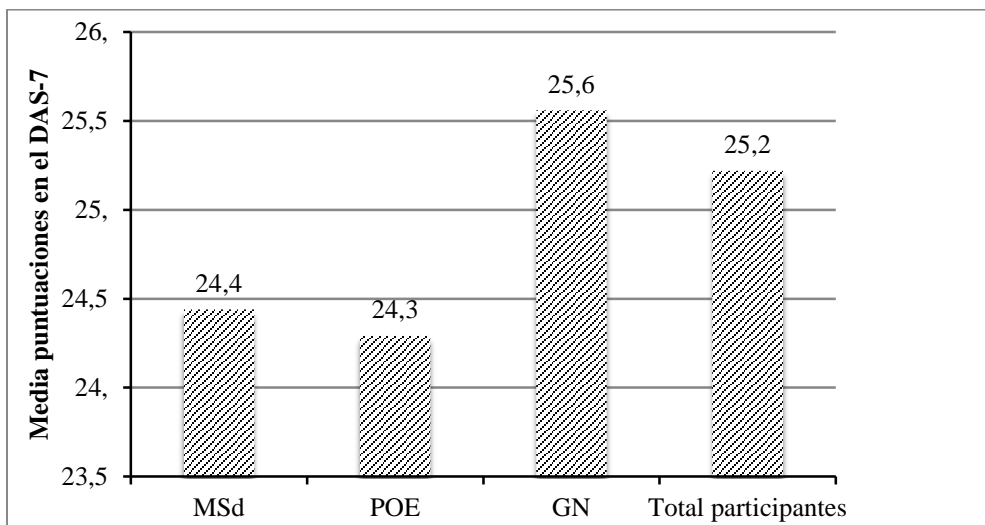
3.1.1 Ajuste diádico DAS-7

Como se ha mencionado, en la escala de Ajuste Diádico DAS-7 (Spanier, 1979) puntuaciones por encima de la media son indicativas de buen nivel de ajuste en la relación de pareja (hombres: 21.8 y mujeres: 21).

Existe un buen nivel de ajuste diádico para el promedio de los participantes (ver gráfica 1). Si se analizan las dimensiones, la categoría de consenso tiene mayor puntuación. El grupo con síndrome metabólico -MSd- y el de patología orgánica específica -POE- tienen como promedio, puntuaciones más bajas que el grupo de personas normales o sin patología.

En cuanto a la diferencia de medias a partir de análisis ANOVA se puede observar que se presentan diferencias significativas entre los grupos con respecto al consenso ($F_{(2,634)} = 15.29$; $p < 0.01$), específicamente entre el grupo

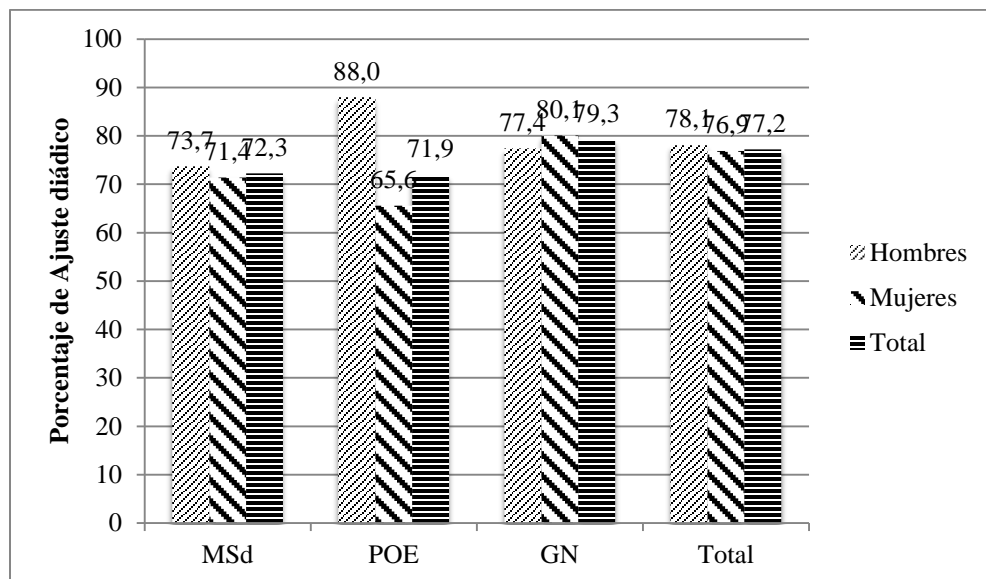
MSd y POE ($p < 0.01$) y entre MSd y el GN ($p < 0.01$), siendo mayor la puntuación del grupo MSd. Mientras que en la cohesión ($F_{(2,634)} = 18.35$; $p < 0.01$), las diferencias significativas se presentaron entre el MSd y el POE ($p < 0.01$) y el MSd y el GN ($p < 0.01$) siendo mayor la tendencia en los grupos POE y GN. Para el total de la escala DAS-7 y el componente de satisfacción no presenta diferencias significativas.



Gráfica 1. Puntuaciones medias de la escala DAS-7 según los grupos.

La descripción anterior es más clara si se observa la Gráfica 1, en la cual se indica el porcentaje de participantes que presentan ajuste diádico según el grupo de pertenencia. El 77% de la población total refiere ajuste diádico, y de los tres grupos, el que mayor ajuste presenta es el grupo de población normal (GN:79%), seguido por el de síndrome metabólico

(MSd). En todos los grupos fue mayor el porcentaje de personas que refieren ajuste diádico que el que no (Ver gráfica 2).



Gráfica 2. Porcentaje de Ajuste diádico en los participantes según grupo.

3.1.2 Frecuencia y aceptación de los comportamientos de la pareja - FAPBI-

El FAPBI es un instrumento que mide la frecuencia de varios comportamientos de la pareja clasificados como positivos o negativos. Estas conductas presentan rangos amplios (desde 1 hasta 270 comportamientos al mes) y debido a esto la dispersión es alta. En los resultados de esta escala, a mayor frecuencia de conductas positivas al mes y mayor puntuación en los grados de aceptación de este tipo de conductas, la persona valora de forma más favorable la interacción con su pareja.

La tabla 9 muestra para el total de los participantes, mayor frecuencia de comportamiento positivos por parte de la pareja en el mes en comparación con los comportamientos negativos, mientras que la aceptación de los comportamientos negativos fue mayor a la de los comportamientos positivos. En cuanto a las subcategorías, los comportamientos de cercanía son los que con mayor frecuencia se presentan, aunque el grado de aceptación de los comportamientos de afectividad resulta más importante. De las conductas negativas, los comportamientos de la categoría de falta de respeto son en promedio más frecuentes.

Tabla 9.

Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos.

<i>FAPBI</i>	<i>MSd</i>				<i>POE</i>				<i>GN</i>				<i>F</i>	
<i>Frecuencia de los comportamientos de la pareja</i>														
	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx		
FP	269,6	198,1	1	922	396,8	351,2	24	1341,70	491,7	363,8	14	1341,70		17,4**
FA	123,7	136,3	0	546	188,7	199,4	6	758,71	244,4	202,6	2	758,71		16,3**
FC	145,9	126,6	1	555	213,6	223,2	12	743,97	240,4	219,1	6	743,97		8,07**
FE	20,6	41,3	0	176,60	29,8	50,2	0	176,60	22,04	41,6	0	176,60		1,37
FF	6,3	19,9	0	128,60	30,1	49,1	0	179,88	26,7	49,6	0	179,88		8,31**
FN	26,9	56,9	0	267,82	56,8	82,6	0	267,82	48,3	76,1	0	267,82		4,23*
<i>Aceptación de los comportamientos de la pareja</i>														

	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	
AP	6,43	1,8	1,10	9	5,90	1,78	,30	9	6,53	1,55	1,40	9	5,61**
AA	6,45	2,41	0	9	6,72	1,94	0	9	7,38	1,81	0	9	11,5**
AC	6,42	1,80	,75	9	5,59	1,89	,38	9	6,21	1,69	,50	9	6,01**
AE	6,63	2,56	0	9	4,38	3,02	0	9	4,25	2,96	0	9	26,1**
AF	7,73	1,74	1,50	9	4,90	3,29	0	9	4,87	3,18	0	9	35,6**
AN	7,28	1,90	1	9	4,73	3,03	0	9	4,66	2,93	0	9	34,2**

F= ANOVA de un factor entre los grupos.

** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

AP (Aceptación de conductas positivas); AA (Aceptación Afectividad); AC (Aceptación Cercanía); AE (Aceptación Exigencias); AF (Aceptación Falta de respeto); AN (Aceptación de conductas Negativas).

FP (Frecuencia conductas Positivas); FA (Frecuencia Afectividad); FC (Frecuencia Cercanía); FE (Frecuencia Exigencias); FF (Frecuencia Falta de respeto); FN (Frecuencia conductas Negativas).

Cuando se comparan los promedios de los grupos, el grupo con MSd refiere mayor frecuencia mensual de comportamientos positivos que negativos (269.6), siendo los de cercanía los más frecuentes (145.9) dentro de los componentes del FAPBI. También se encontró que los comportamientos relacionados con la falta de respeto son los más aceptados (7.73), los que pertenecen a la categoría de exigencias son los más frecuentes (20.6) y la falta de respeto los más aceptados (7.73). Es llamativo de todas formas que este grupo tiene promedios altos de aceptación de comportamientos negativos (7.28), incluso en un rango de aceptación mayor que el de los comportamientos positivos (7.07)(ver tabla 9).

El grupo con patología orgánica específica, coincide en los resultados con el grupo anterior (ver tabla 9) en cuanto al mayor promedio en la frecuencia de comportamientos positivos al mes (396.8) y aceptación de los mismos (5.90) en comparación con la frecuencia de los negativos (56.83) y su aceptación (4.73). En este grupo, a diferencia del grupo con MSd, la falta de respeto es la categoría de comportamientos negativos con la media más alta (30.14) y los comportamientos de afectividad presentan la mayor aceptación (6.72).

Finalmente, el grupo de población normal, cuyos promedios están descritos en la tabla 9, es el que mayor frecuencia y aceptación de comportamientos positivos refiere en los tres grupos, el que mejor valora los comportamientos de afectividad y el que menos acepta los comportamientos negativos.

Lo anterior se corrobora al realizar ANOVAS entre los grupos, presentándose diferencias significativas entre las medias de los mismos tanto en las frecuencias de comportamiento de la pareja como en la aceptación de estos. Cabe aclarar que tan solo la frecuencia de comportamientos relacionados con las exigencias no presentaron diferencias significativas.

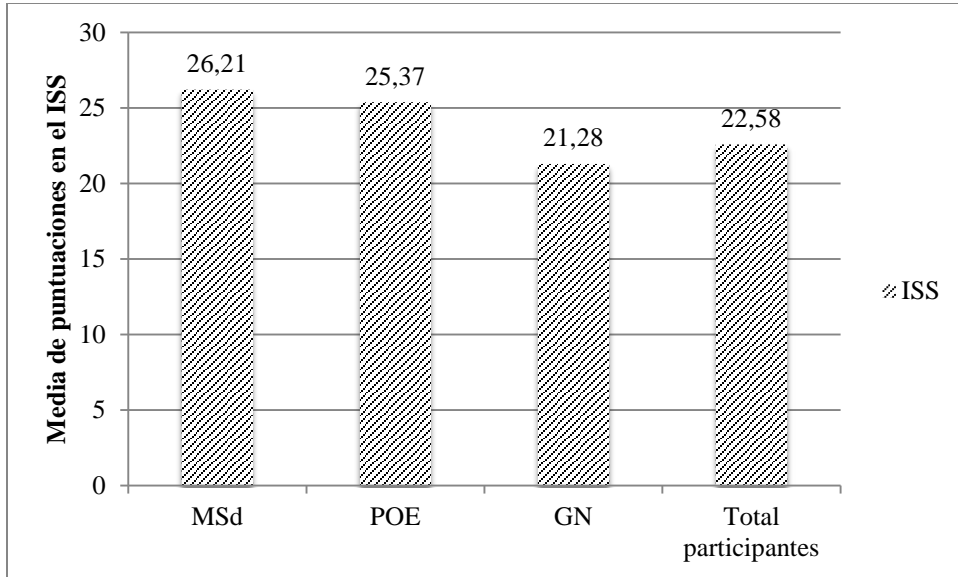
3.2. Análisis de la variable dependiente satisfacción sexual

La satisfacción sexual fue evaluada a través de dos instrumentos, el Índice de Insatisfacción Sexual -ISS- y la Escala de cambios en la función sexual -CSFQ 14-. Primero se describen los resultados del ISS y posteriormente el CSFQ-14.

3.2.1 Satisfacción Sexual -ISS-

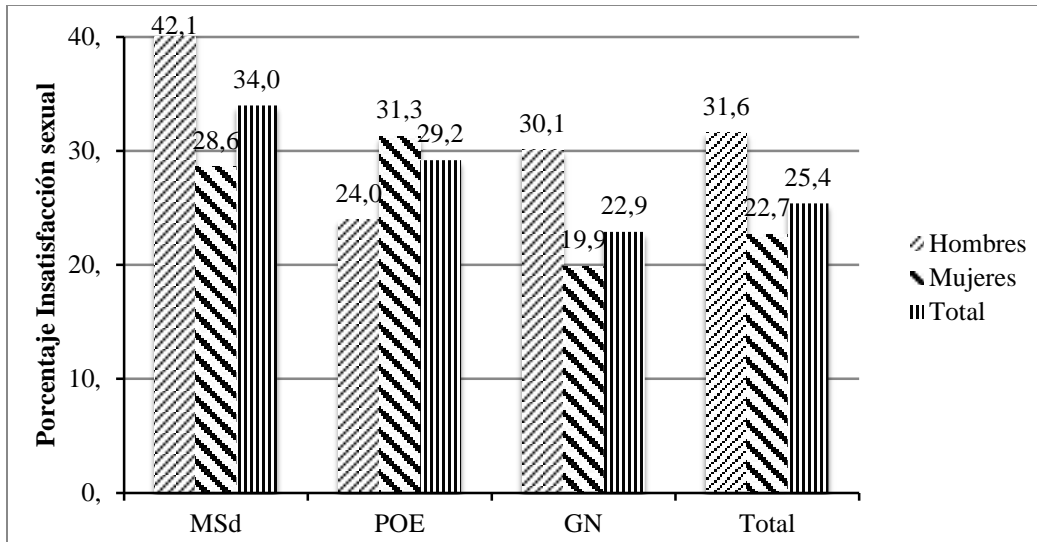
El ISS es una escala que da un puntaje global, puntuaciones mayores a 30 sugieren insatisfacción sexual y puntuaciones inferiores reportan satisfacción con la vida sexual.

El promedio de puntuación para todos los grupos esta por debajo de 30; como lo muestra la gráfica 3, el grupo que menor satisfacción presenta es el de MSd, seguido por el grupo con patología orgánica específica. Estas diferencias se evidencian al realizar los ANOVA, presentándose diferencias significativas entre los grupos ($F_{(2,634)} = 5.70$; $p < 0.01$), específicamente entre el grupo MSd y el GN ($p < 0.05$).



Gráfica 3. Puntuaciones medias en el ISS según grupo

La gráfica 4, muestra insatisfacción sexual para el 25% de todos los participantes, el 16% del grupo de población normal o sin patología y tan solo el 5% del grupo de MSd y el 4% del grupo POE están insatisfechos sexualmente. Dentro de cada grupo, el porcentaje de personas insatisfechas es mayor en el grupo con MSd que en los demás grupos (34%).

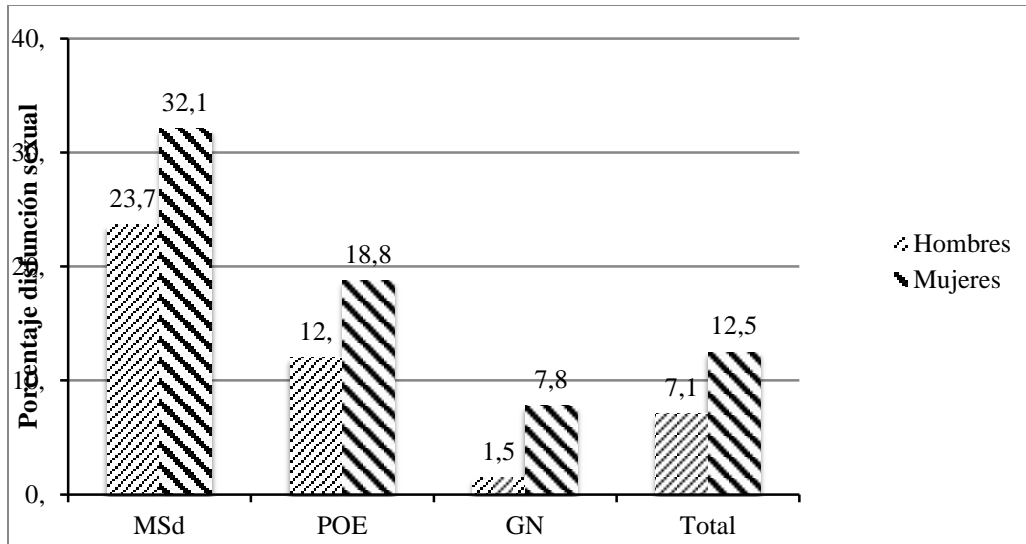


Gráfica 4. Porcentaje de participantes con insatisfacción sexual según grupo.

3.2.2 Cambios en la función sexual -CSFQ-14-

Las puntuaciones más altas del CSFQ-14 reflejan un mejor funcionamiento sexual; puntuaciones iguales o superiores a 47 para hombres y a 41 para mujeres, indican que la función sexual se encuentra dentro de los límites normales en las áreas de deseo/ frecuencia, deseo/interés, emoción /excitación, orgasmo/finalización y placer.

Los resultados han señalado que el 10.83% de la población presenta disfunción sexual y que los mayores porcentaje de personas con disfunción sexual los tienen los grupos con MSd y el de personas sin patología o normales (ver Gráfica 5).



Gráfica 5. Porcentaje de participantes con disfunción sexual según grupo.

3.3 Análisis de las variables sociodemográficas y de relación

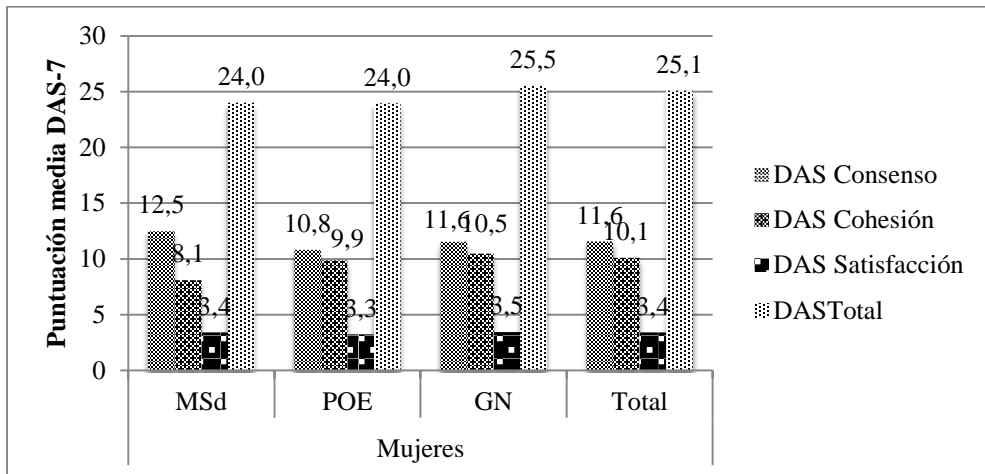
A continuación se presenta la descripción de las variables sociodemográficas relacionadas con la satisfacción sexual y el ajuste diádico.

3.3.1 Sexo

3.3.1.1 Mujeres

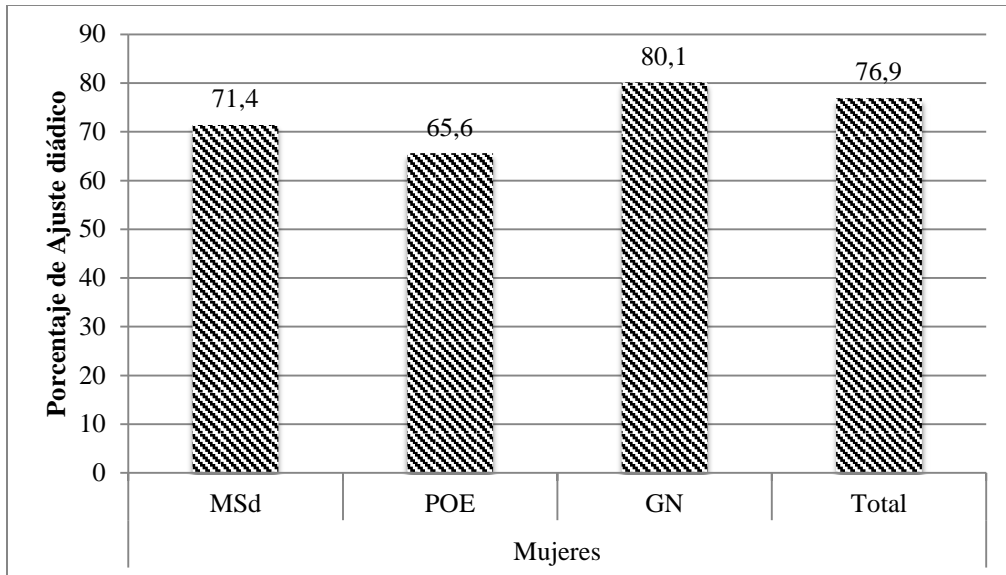
Se observa que las mujeres del grupo MSd presentan mayor consenso y menor cohesión y satisfacción que las mujeres de los otros grupos (Ver gráfica 6). En cuanto a las diferencias entre medias de los grupos, se encontraron diferencias significativas con respecto al consenso ($F_{(2,438)}=9.04$; $p0.01$), entre el grupo

MSd y el POE ($p < 0.01$), entre el MSd y el GN ($p < 0.01$) y entre el POE y el GN ($p < 0.05$), siendo mayor el grupo POE. En cuanto a la cohesión se presentaron diferencias entre los grupos ($F_{(2,438)} = 15.21$; $p < 0.01$) específicamente entre MSd y POE ($p < 0.01$) y MSd y GN ($p < 0.01$) siendo el MSd el mayor.



Gráfica 6. Puntuaciones medias de la escala DAS-7 para las participantes mujeres según los grupos.

Más del 70% de las mujeres obtuvieron puntajes altos en la escala DAS-7, indicando ajuste diádico. Las que pertenecían al grupo normal o sin patología presentan el mayor porcentaje de ajuste (80%), en comparación con el grupo de sintomatología orgánica específica (66%) y el grupo sin enfermedad (Gráfica 7).



Gráfica 7. Promedio de Ajuste diádico para las participantes mujeres según los grupos.

El promedio mensual de comportamientos positivos por parte de la pareja que las mujeres refieren es de (443), siendo los comportamientos de cercanía los de mayor presencia (221). En cuanto a los comportamientos negativos de las parejas de las mujeres participantes se encontró un promedio mensual de (43), siendo los relacionados con la falta de respeto los de mayor presencia (23).

Ahora bien, al comparar los resultados de las mujeres según el grupo se encuentra que las que pertenecen al grupo GN presentan el mayor promedio mensual de comportamientos positivos por parte de sus parejas (486), siendo los comportamientos de afectividad los de mayor presencia (240). Por otra parte, las mujeres que hacen parte del grupo con MSd presentan los menores

promedios de comportamientos positivos de la pareja (237), siendo mayores las frecuencias de comportamiento de cercanía (125).

Ahora bien, la mayor frecuencia de comportamientos negativos por parte de la pareja lo presentó el grupo POE (62) siendo los comportamientos relacionados con la falta de respeto los de mayor presencia (32), mientras que el grupo con MSd presentó la menor frecuencia de comportamientos negativos (22), siendo aquellos relacionados con exigencias los de mayor frecuencia (16).

En cuanto a la aceptación de estos comportamientos, se encontró que las mujeres del grupo con MSd presentan el mayor promedio de aceptación de comportamientos positivos (6.56) y negativos (7.25), mientras que las mujeres del grupo POE el menor promedio de aceptación de comportamientos positivos (5.80) y negativos (4.64).

De esta forma se pudo evidenciar a partir de la comparación de medias por medio de ANOVAS que se presentan diferencias significativas entre las participantes mujeres de los grupos tanto en las frecuencias como en la aceptación de los comportamientos de la pareja. Tan solo la frecuencia de comportamiento negativos de exigencias presentaron medias similares.

Tabla 10.

Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de las mujeres según los grupos.

<i>FAPBI</i>	<i>MSd</i>				<i>POE</i>				<i>GN</i>				<i>F</i>	
<i>Frecuencia de los comportamientos de la pareja</i>														
	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx		
FP	237,7	183,8	1	922	410,1	378,1	24	1341,70	486,3	365,1	14	1341,70	12,3**	
FA	111,9	125,3	0	546	191,3	205,7	8	758,71	240,6	201,3	3	758,71	11,1**	
FC	125,7	94,6	1	378	227,3	244,1	12	743,97	236,6	213,5	6	743,97	6,8**	
FE	15,9	39,3	0	176,6	30,9	51,05	0	176,60	18,2	38,1	0	176,60	2,9	
FF	4,9	10,4	0	64	32,7	49,1	0	179,88	25,4	47,8	0	179,88	6,3**	
FN	22,1	53,05	0	267,8	62,1	85,5	0	267,82	43,7	73,6	0	267,82	4,4*	
<i>Aceptación de los comportamientos de la pareja</i>														
	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx		
AP	6,56	1,94	1	8,82	5,80	1,92	,27	9	6,47	1,65	1,27	9	4,26*	
AA	6,65	2,46	0	9	6,72	2,08	0	9	7,4	1,84	0	9	5,98**	
AC	6,52	1,95	,75	9	5,46	2,03	,38	9	6,12	1,80	,50	9	5,18**	
AE	6,76	2,50	0	9	4,19	3,25	0	9	4,42	3,04	0	9	15,3**	
AF	7,71	1,73	1,50	9	4,86	3,18	0	9	4,90	3,15	0	9	21,1**	
AN	7,25	1,89	1	9	4,64	3,05	0	9	4,74	2,98	0	9	18,8**	

F= ANOVA de un factor entre los grupos.

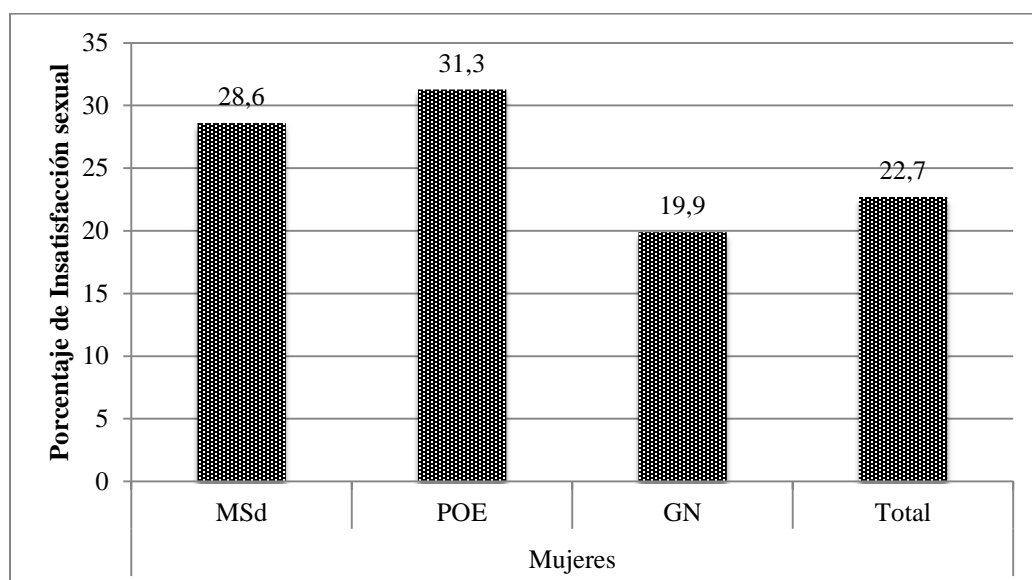
** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

AP (Aceptación de conductas positivas); AA (Aceptación Afectividad); AC (Aceptación Cercanía); AE (Aceptación Exigencias); AF (Aceptación Falta de respeto); AN (Aceptación de conductas Negativas).

FP (Frecuencia conductas Positivas); FA (Frecuencia Afectividad); FC (Frecuencia Cercanía); FE (Frecuencia Exigencias); FF (Frecuencia Falta de respeto); FN (Frecuencia conductas Negativas).

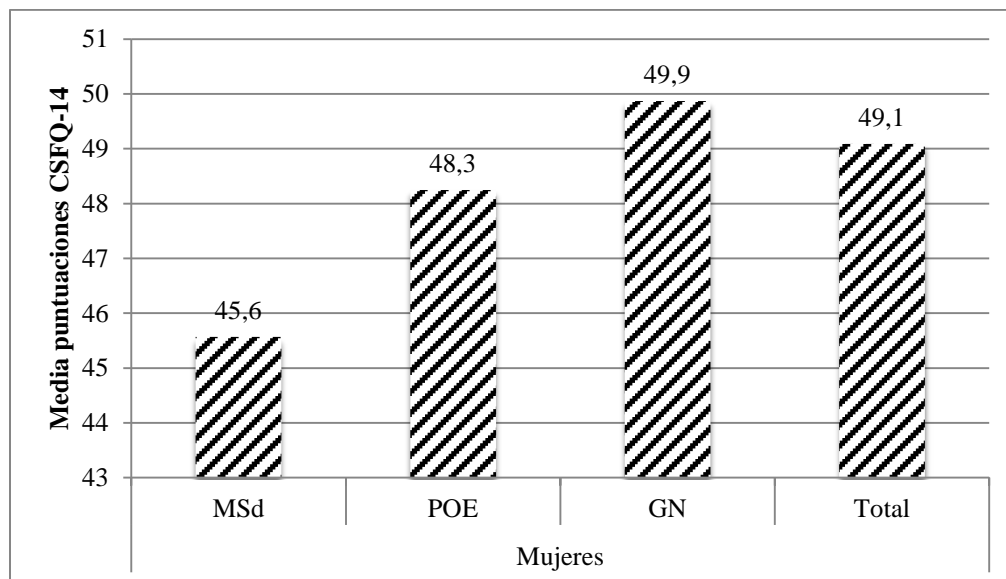
Por su parte, se encontró que el 22% de las mujeres esta insatisfecha sexualmente. El mayor porcentaje de mujeres insatisfechas sexualmente se encuentra en el grupo con MSd y en el grupo con patología orgánica específica y el menor porcentaje lo presenta el grupo de mujeres normales (Gráfica 8).



Gráfica 8. Promedio de Insatisfacción sexual para las participantes mujeres según los grupos.

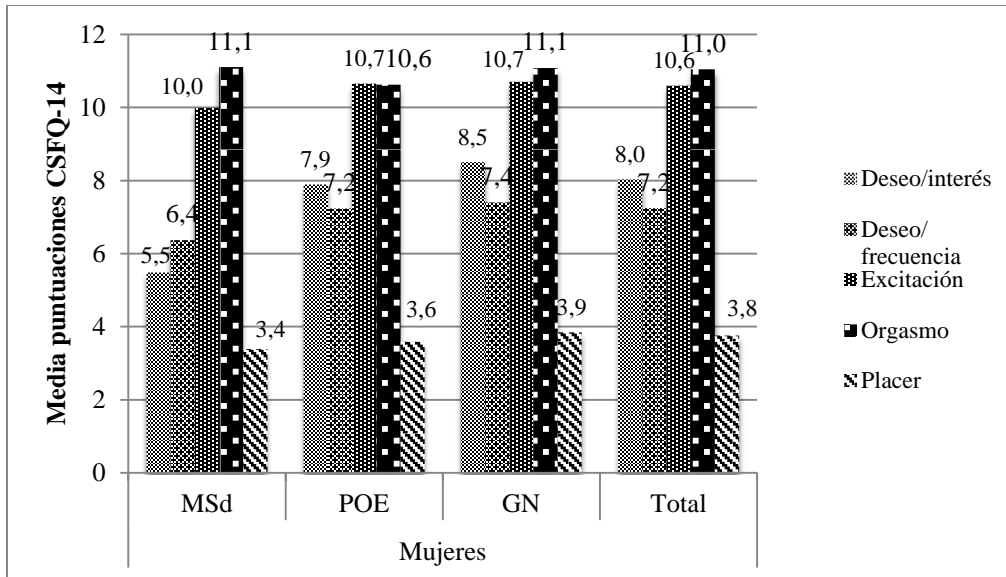
El CSFQ-14 muestra que en promedio la población total femenina tiene buen funcionamiento sexual (Gráfica 9); que el grupo con MSd tiene puntajes más bajos, especialmente en el área del deseo y las mujeres sin

enfermedad tienen mejor función que los demás grupos en todas las fases de la actividad sexual.



Gráfica 9. Puntuaciones medias en el CSFQ-14 para las participantes mujeres según los grupos.

El grupo con patología orgánica específica fue el que menor puntuación tuvo en la fase de orgasmo/finalización (Gráfica 10). Frente a esto, se encontraron diferencias significativas ($p < 0.01$) entre las medias de los grupos con respecto al deseo (MSd > a POE y GN), el placer (MSd > a GN) y el puntaje total de la escala (MSd > a GN), mientras que la excitación y el orgasmo presentaron medias similares.

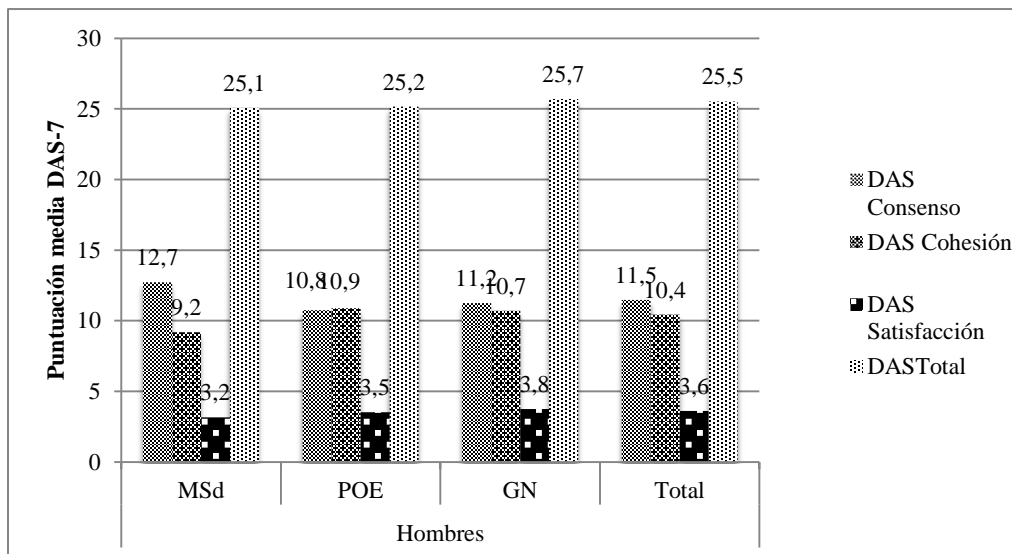


Gráfica 10. Puntuaciones medias en los componentes del CSFQ-14 para las participantes mujeres según los grupos.

3.3.1.1 Hombres

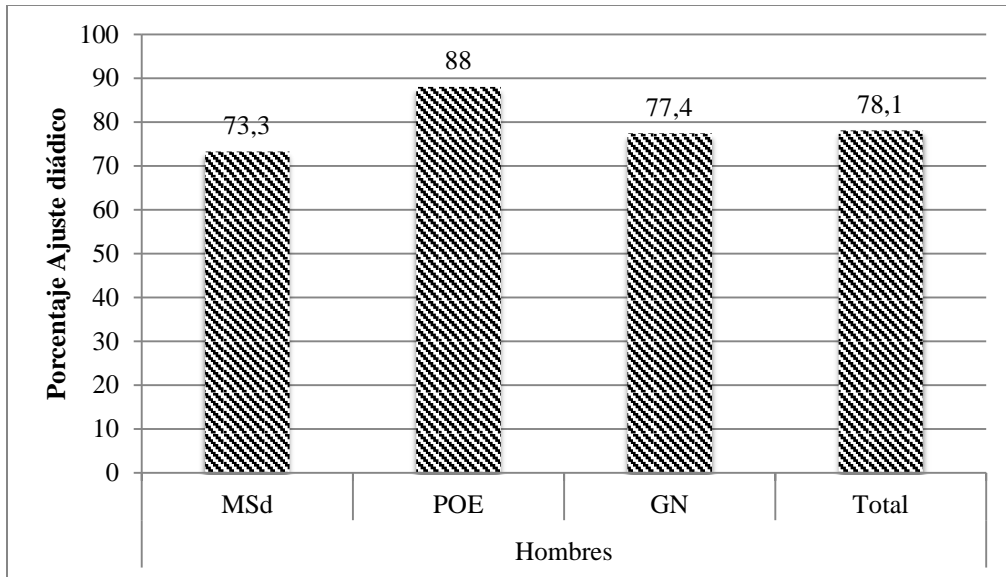
Se pudo observar que los hombres del grupo con síndrome metabólico (MSd) presentaron la puntuación media más alta en cuanto al consenso y las más bajas con respecto a la cohesión, satisfacción y total del DAS-7. Por otra parte se encuentran diferencias significativas entre las medias de los grupos con respecto al consenso ($F_{(2,193)}=6.58$; $p<0.01$), presentándose diferencias entre el grupo MSd y el POE ($p<0.01$) y el MSd y el GN ($p<0.01$). En la cohesión se presentan diferencias en las medias ($F_{(2,193)}=4.97$; $p<0.01$), principalmente entre el grupo MSd y el POE ($p<0.05$) y el MSd y el GN

($p < 0.01$). Por último en la satisfacción se encontraron diferencias ($F_{(2,193)} = 3.22$; $p < 0.05$), únicamente entre MSd y GN ($p < 0.05$). En cuanto al puntaje total del DAS-7 no se presentaron diferencias entre las medias de los grupos (Ver gráfica 11).



Gráfica 11. Puntuaciones medias de la escala DAS-7 para las participantes hombres según los grupos.

Más del 70% de los hombres obtuvieron puntuaciones de ajuste diádico. Los hombres del grupo con POE tienen mayor porcentaje de ajuste (88%), mientras que los hombres del grupo MSd presentaron el menor (74%) (Gráfica 12).



Gráfica 12. Promedio de Ajuste diádico para las participantes hombres según los grupos.

Con respecto a la frecuencia y aceptación del comportamiento de la pareja reportados en los hombres mostró una media de comportamientos positivos al mes de (450) y la aceptación de los mismos (6.5), siendo los de cercanía los de mayor frecuencia (226) y mayor aceptación frente a los comportamientos de afectividad (7). En cuanto a los negativos, se presentó una media de (52.41) y una aceptación media de (5.09), siendo los comportamientos de exigencias los de mayor frecuencia mensual (30) y los de falta de respeto los más aceptados (5.39).

Al comparar por grupos, se encuentra que los hombres del grupo sin patología reportaron la mayor frecuencia de comportamientos positivos al mes por parte de su pareja (505) y la aceptación más alta frente a estos (6.67),

siendo los comportamientos de afectividad lo de mayor frecuencia (253) y aceptación (7.29). Por otra parte, la mayor frecuencia de comportamientos negativos de la pareja lo reportaron los hombres del grupo sin patología (59), siendo los comportamientos de exigencias los de mayor frecuencia mensual (31), mientras que el grupo con MSd reportó la menor frecuencia de comportamientos negativos (34) y la mayor aceptación de los mismos (7.33).

Tabla 11.

Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los hombres según los grupos.

<i>FAPBI</i>	<i>MSd</i>				<i>POE</i>				<i>GN</i>				<i>F</i>	
<i>Frecuencia de los comportamientos de la pareja</i>														
	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx		
FP	316,7	211,3	47,40	658,90	362,7	274,6	45,50	1090,50	505,7	361,7	26	1341,70	5,94**	
FA	141	151,2	0	527,20	181,9	186	6	660	253,7	206,3	2	758,71	5,59**	
FC	175,7	159,5	13	555	178,6	156,5	20	743,97	249,6	232,6	11	743,97	2,518	
FE	27,5	43,67	0	176,60	26,8	49,04	0	176,60	31,2	48,06	0	176,60	,15	
FF	8,47	28,86	0	128,60	23,4	49,7	0	179,88	29,7	53,8	0	179,88	2,74	
FN	34,04	62,18	0	267,82	43,2	74,4	0	267,82	59,4	80,8	0	267,82	1,81	
<i>Aceptación de los comportamientos de la pareja</i>														
	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx		
AP	6,24	1,57	3,55	9	6,14	1,38	3,27	8,55	6,67	1,27	2,82	9	2,6	

AA	6,15	2,34	,67	9	6,73	1,58	2,33	9	7,29	1,73	1,33	9	5,8*
AC	6,27	1,58	3,88	9	5,92	1,45	3,63	8,75	6,44	1,39	3	9	1,4
AE	6,43	2,67	,67	9	4,85	2,32	,67	8,33	3,86	2,73	0	9	13,9**
AF	7,77	1,78	2,17	9	5,01	3,61		9	4,78	3,25	0	9	14,1**
AN	7,33	1,95	2,22	9	4,96	3,05	,67	8,78	4,48	2,80	0	9	16,5**

F= ANOVA de un factor entre los grupos.

** $p \leq 0,01$

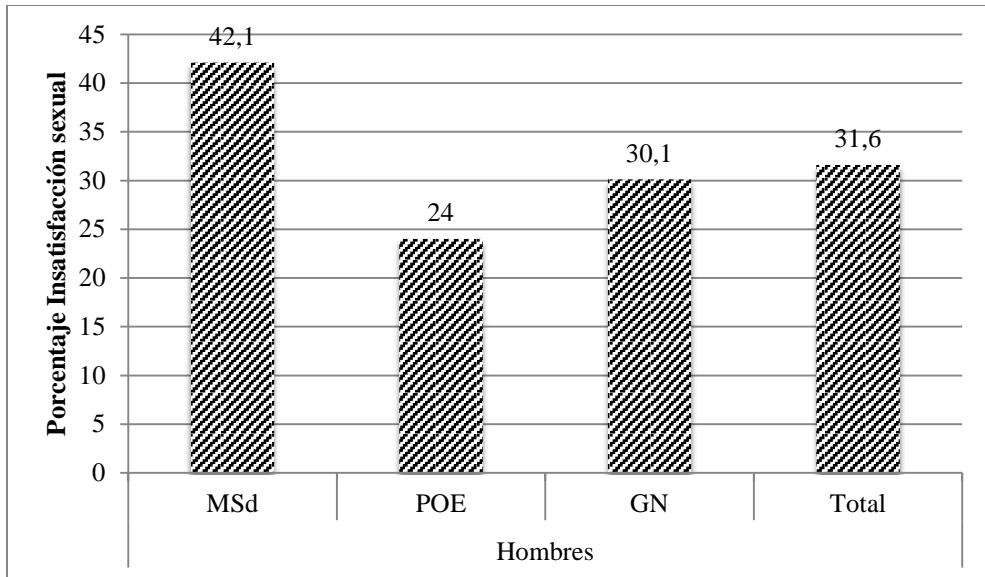
* $p \leq 0,05$

AP (Aceptación de conductas positivas); AA (Aceptación Afectividad); AC (Aceptación Cercanía); AE (Aceptación Exigencias); AF (Aceptación Falta de respeto); AN (Aceptación de conductas Negativas).

FP (Frecuencia conductas Positivas); FA (Frecuencia Afectividad); FC (Frecuencia Cercanía); FE (Frecuencia Exigencias); FF (Frecuencia Falta de respeto); FN (Frecuencia conductas Negativas).

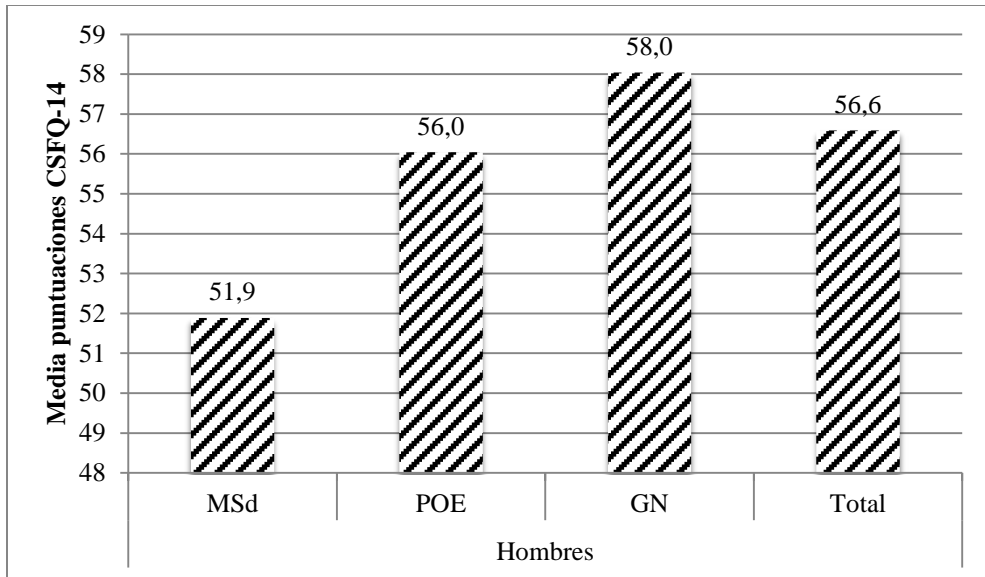
Se encontraron diferencias significativas entre las medias de los grupos para la frecuencia de comportamientos positivos y de afectividad, así como para la aceptación de comportamientos de afectividad, exigencias, falta de respeto y negativos en general.

La Gráfica 13 muestra que el 32% de los hombres esta insatisfecho sexualmente y que el mayor porcentaje de insatisfacción lo tienen los hombres del grupo con síndrome metabólico (42%) seguido del grupo de población normal o sin enfermedad.



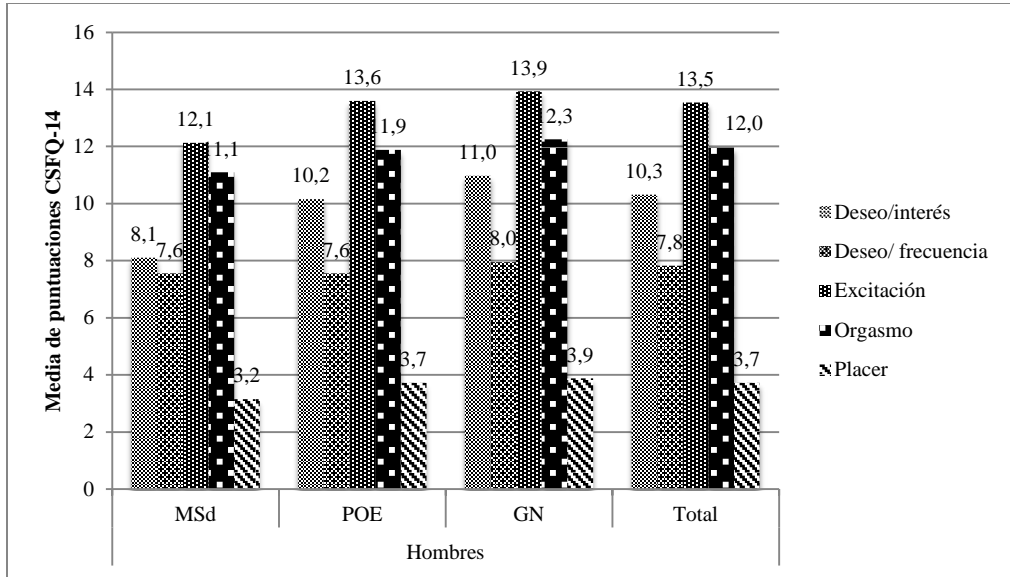
Gráfica 13. Promedio de Insatisfacción sexual para las participantes hombres según los grupos.

En toda la población masculina evaluada se encontró adecuado funcionamiento sexual según el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (CSFQ-14); comparativamente los hombres del grupo de población normal tiene mejor funcionamiento sexual y los del grupo con síndrome metabólico el que menor funcionamiento tiene (ver Gráfica 14).



Gráfica 14. Puntuaciones medias en el CSFQ-14 para los participantes hombres según los grupos.

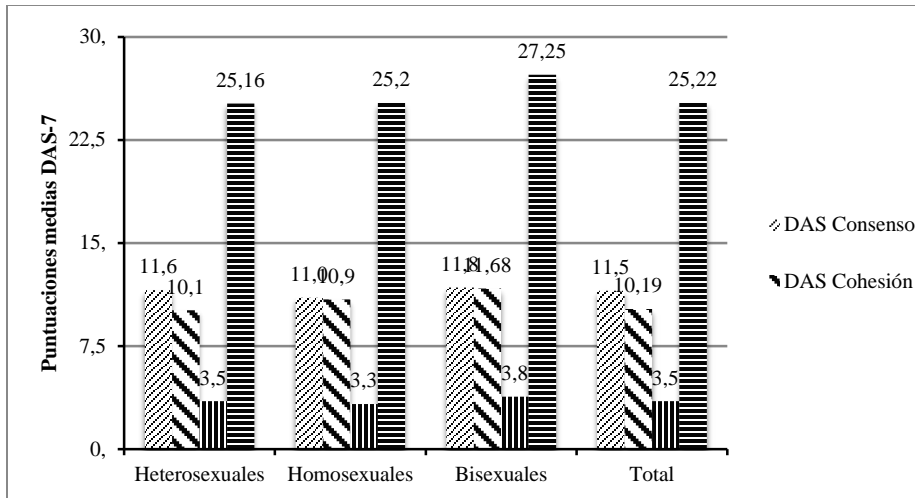
De los tres grupos, el de MSd es el que menor promedio en los puntajes especialmente en la fase de deseo/interés es en la que se encuentra menor puntuación (ver Gráfica 15). De esta forma, se encontraron diferencias significativas ($p < 0.01$) entre las medias de los grupos con respecto al deseo/interés, la excitación y la puntuación total de las escala, principalmente entre el grupo MSd y el POE ($p < 0.01$) y el MSd y el GN ($p < 0.01$). Para el caso del orgasmo y el placer, entre el grupo MSd y el GN ($p < 0.01$).



Gráfica 15. Puntuaciones medias en los componentes del CSFQ-14 para los participantes hombres según los grupos.

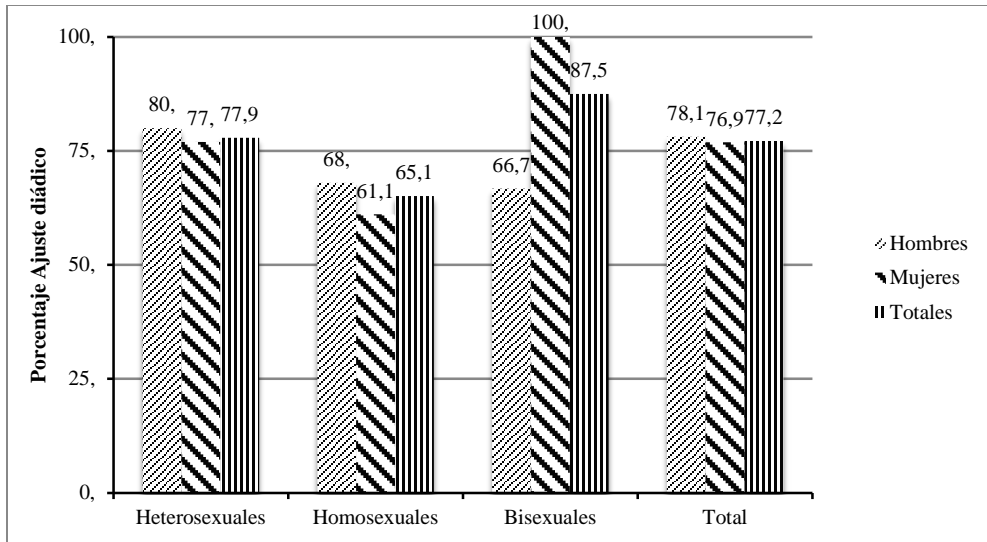
3.3.2 Orientación sexual

Se pudo observar que los participantes bisexuales presentaban la puntuación media más alta en cuanto al consenso, la cohesión, satisfacción y total del DAS-7. Por otra parte no se encuentran diferencias significativas entre las medias de los grupos con respecto a los componentes y el puntaje total del DAS-7 (Ver gráfica 16).



Gráfica 16. Puntuaciones medias en los componentes del DAS-7 para los participantes según su orientación sexual.

Así, las personas heterosexuales y bisexuales presentaron el mayor porcentaje de ajuste diádico, mientras que los participantes homosexuales presentaron el menor porcentaje de ajuste (35%). El Gráfica 16 indica que los hombres bisexuales tienen el porcentaje más bajo de ajuste (67%), mientras que los hombres heterosexuales el mayor (80%). Las mujeres homosexuales presentaron el menor porcentaje de ajuste (61%) y aquellas mujeres bisexuales presentaron el 100% del ajuste.



Gráfica 17. Porcentaje de Ajuste diádico para los participantes según su orientación sexual.

En cuanto a la Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja -FAPBI- se observa que los participantes que reportaron ser homosexuales presentan la mayor frecuencia de comportamientos positivos por parte de sus parejas (450) y la mayor aceptación frente a los mismos (6.62), siendo los comportamientos de afectividad los de mayor frecuencia (229) y aceptación (7.15). Por el contrario los participantes que reportaron ser bisexuales presentaron la menor frecuencia de comportamientos positivos (311) y la menor aceptación de los mismos (5.89), siendo los de afectividad los más frecuentes (178) y los más aceptados (6.70).

En cuanto a la frecuencia de los comportamientos negativos reportados, los participantes que heterosexuales presentaron la mayor frecuencia (47), siendo los de falta de respeto los que más se reportaron (24).

Por su parte los participantes bisexuales presentaron la mayor aceptación de los comportamientos negativos (6.05), siendo los comportamientos de falta de respeto los más aceptados (6.54).

Ahora bien, a pesar de lo anterior no se encontraron diferencias significativas entre los grupos con respecto a la frecuencia y aceptación de los comportamientos de la pareja.

Tabla 12

Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos.

<i>FAPBI</i>	<i>Heterosexual</i>				<i>Homosexual</i>				<i>Bisexual</i>				<i>F</i>	
<i>Frecuencia de los comportamientos de la pareja</i>														
	M	DS	Mín	Máy	M	DS	Mín	Máy	M	DS	Mín	Máy		
FP	449,08	355,72	1	1341,70	450,63	326,91	48	1341,70	311,87	228,04	74,60	817,50	1,191	
FA	219,19	200,17	0	758,71	229,71	181,11	6,30	557,20	178,23	188,57	0	561,50	,400	
FC	225,77	213,31	1	743,97	215,49	209,31	17	743,97	133,64	81,77	24	278,30	1,513	
FE	23,76	44,47	0	176,60	15,29	23,29	0	86	12,96	14	0	35	1,222	
FF	24,65	47,23	0	179,88	20	44,76	0	179,88	19,68	46,13	0	179,88	,272	
FN	47,18	76,08	0	267,82	39,20	62,31	0	267,82	36,71	66,26	4	267,82	,363	
<i>Aceptación de los comportamientos de la pareja</i>														
	M	DS	Mín	Máy	M	DS	Mín	Máy	M	DS	Mín	Máy		
AP	6,43	1,66	,27	9	6,62	1,40	2,82	9	5,89	1,15	4,27	8,18	1,16	
AA	7,16	1,96	0	9	7,15	2,08	0	9	6,70	1,48	4,67	9	,423	
AC	6,15	1,79	,38	9	6,43	1,32	3,25	9	5,59	1,15	4,13	7,88	1,34	
AE	4,60	3,06	0	9	4,79	2,58	,33	9	5,08	2,81	0	8,33	,26	
AF	5,20	3,21	0	9	6,10	3,22	0	9	6,54	1,61	3,50	9	2,83	
AN	4,99	2,99	0	9	5,66	2,76	,44	9	6,05	1,85	2,33	8,78	1,96	

F= ANOVA de un factor entre los grupos.

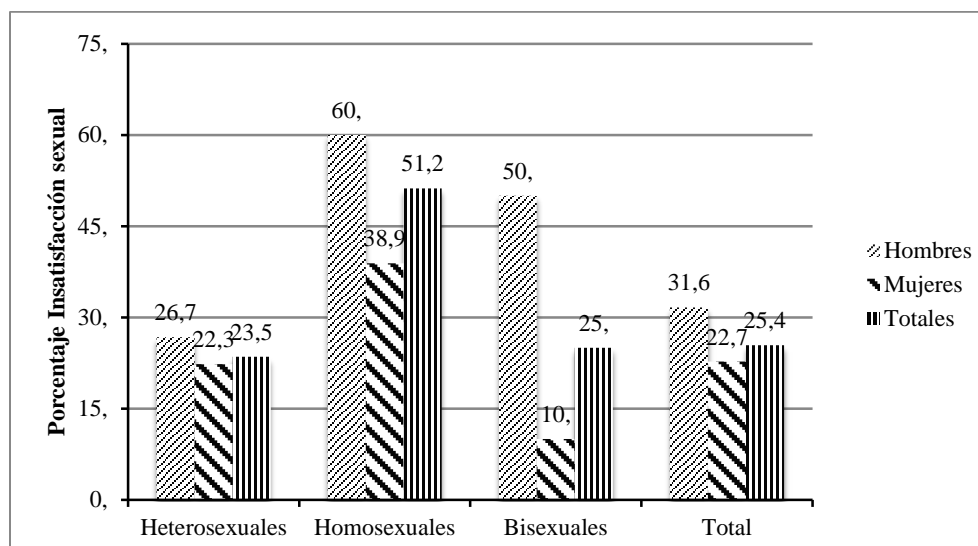
** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

AP (Aceptación positivas); AA (Aceptación Afectividad); AC (Aceptación Cercanía); AE (Aceptación Exigencias); AF (Aceptación Falta de respeto); AN (Aceptación Negativas).

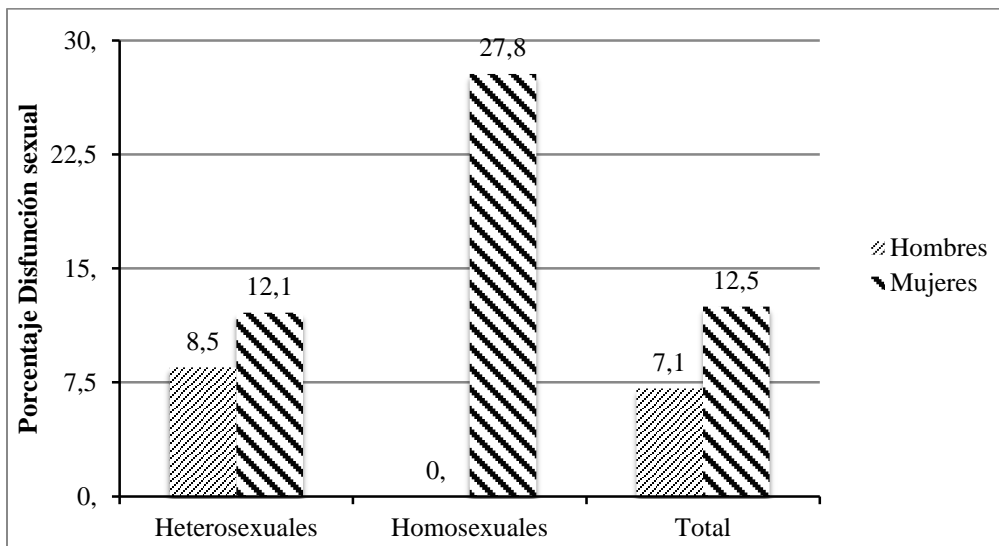
FP (Frecuencia positivas); FA (Frecuencia Afectividad); FC (Frecuencia Cercanía); FE (Frecuencia Exigencias); FF (Frecuencia Falta de respeto); FN (Frecuencia Negativas).

Por otra parte, en cuanto a la insatisfacción sexual se encontraron diferencias significativas en las medias del ISS entre los grupos ($F_{(2,634)}=5.72$; $p < 0.01$), específicamente entre homosexuales y heterosexuales ($p < 0.05$). También se evidenció que el mayor porcentaje de hombres que presentaron insatisfacción sexual corresponde a los que se definieron como homosexuales (60%). Las mujeres de orientación homosexual también presentaron el mayor porcentaje de insatisfacción (39%), lo que se representa en el grupo total de participantes con un porcentaje de 51% de insatisfacción para dicha orientación (Ver gráfica 18).



Gráfica 18. Porcentaje de insatisfacción sexual para los participantes según su orientación sexual.

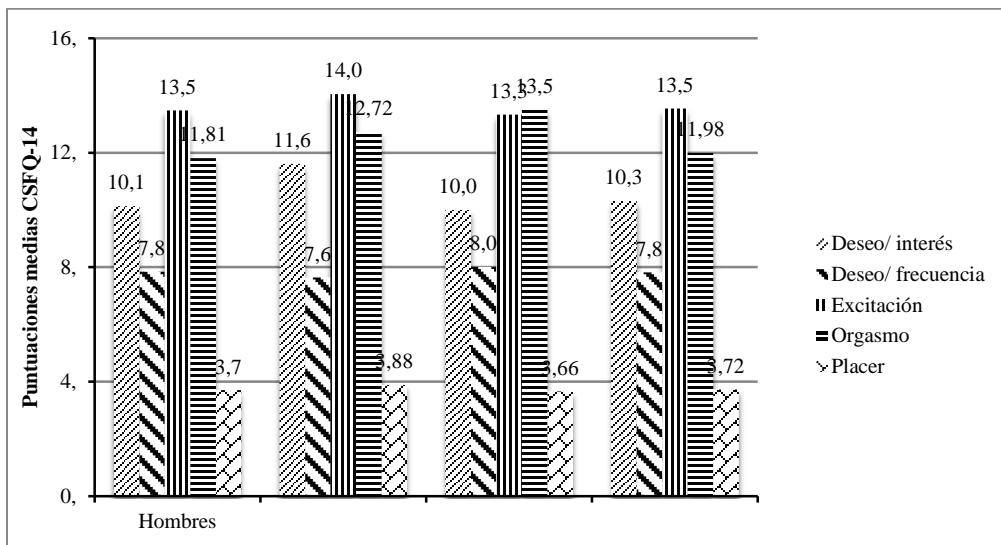
Con respecto a la disfunción sexual, sólo el 7.1% de los hombres presentó disfunción sexual, con mayor porcentaje en los heterosexuales, mientras que los hombres con otras orientaciones sexuales no presentaron disfunción. Para las mujeres, el 12.5% presentaron disfunción sexual y un mayor porcentaje en los casos de homosexuales (28%) (Ver gráfica 19). Al analizar las puntuaciones totales del CSFQ-14, no se encontraron diferencias significativas entre las diversas orientaciones sexuales en los hombres ($F_{(2,193)} = 2.26$; $p > 0.05$) ni en las mujeres ($F_{(2,438)} = 1.47$; $p > 0.05$).



Gráfica 19. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes según su orientación sexual.

Al analizar los componentes del CSFQ-14 se encontró que en el caso de los hombres homosexuales, presentan la puntuación más alta en el

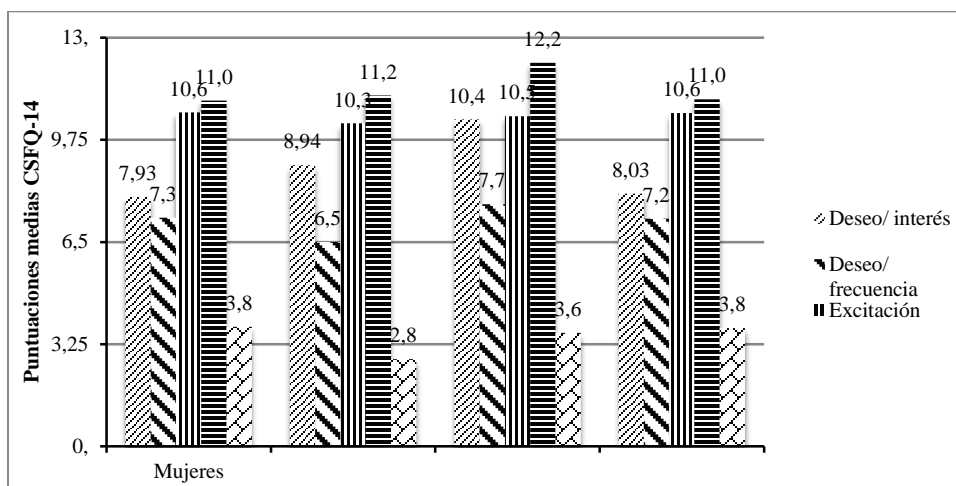
deseo/interés, la excitación y el placer, mientras que los bisexuales presentan la mayor puntuación en el deseo/frecuencia y el orgasmo (Ver Gráfica 20). Por el contrario, si se presentan diferencias significativas entre las orientaciones sexuales en los componentes de deseo/interés ($F_{(2,193)}= 3.13$; $p<0.05$) y en el orgasmo ($F_{(2,193)}= 5.06$; $p<0.01$) entre heterosexuales y homosexuales ($p<0.05$).



Gráfica 20. Puntuaciones medias de los componentes del CSFQ-14 para los hombres participantes según su orientación sexual.

En el caso de las mujeres bisexuales, presentan las mayores puntuaciones de deseo y orgasmo, mientras que las heterosexuales son mayores las puntuaciones de excitación y placer (Ver gráfica 21). De esta forma se encontraron diferencias significativas entre las orientaciones

sexuales de las mujeres con respecto al deseo/interés ($F_{(2,438)} = 5.50$; $p < 0.01$) entre heterosexuales y bisexuales ($p < 0.01$), deseo/frecuencia ($F_{(2,438)} = 3.45$; $p < 0.05$) entre heterosexuales y homosexuales ($p < 0.05$) y el placer ($F_{(2,438)} = 8.94$; $p < 0.01$) entre heterosexuales y homosexuales ($p < 0.01$).



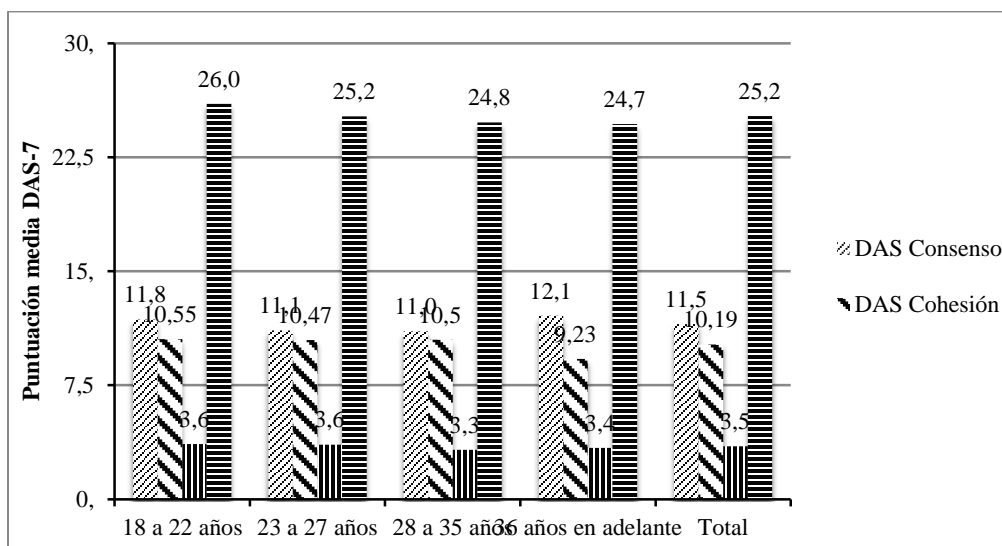
Gráfica 21. Puntuaciones medias de los componentes del CSFQ-14 para las mujeres participantes según su orientación sexual.

3.3.3 Edad

La distribución de los rangos de edad de los participantes se organizó por cuartiles, lo que permite que los grupos tengan una cantidad de participantes similar que permita su comparación.

Con respecto al ajuste diádico, se encontró que los participantes mayores de 36 años presentaron los mayores puntajes en el Consenso, en la

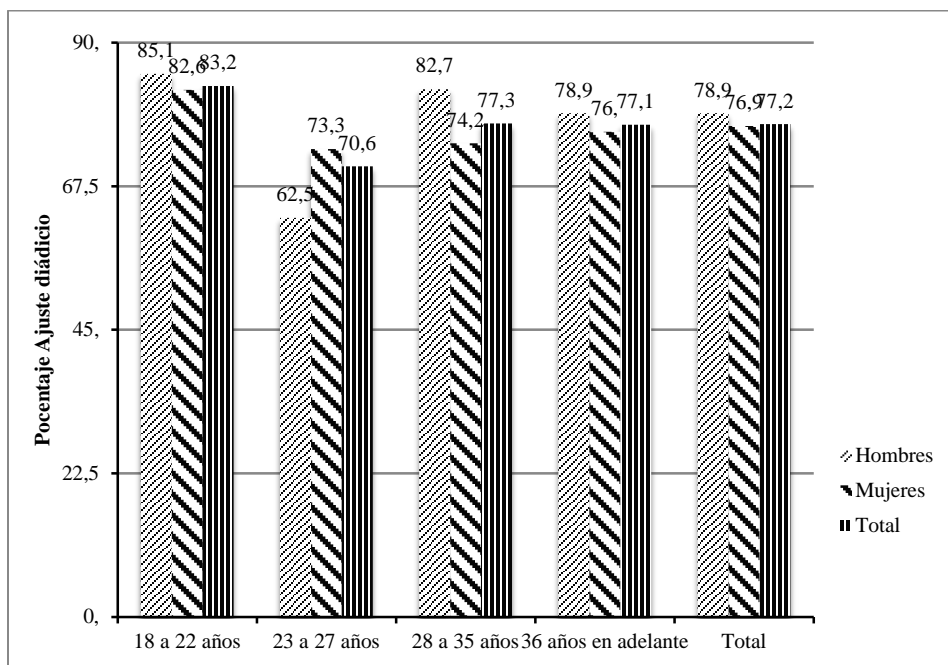
Cohesión los participantes entre 18 y 22 años, en la Satisfacción y en el puntaje total del DAS-7 los que estaban entre los 18 y los 22 años (Ver gráfica 22). De esta forma, se encontraron diferencias significativas entre las medias de los grupos para el Consenso ($F_{(3,633)} = 7.95$; $p < 0.01$), principalmente entre los 18 a 22 años y los de 23 a 35 años ($p < 0.05$) y entre los mayores de 36 años con los de 23 a 35 años ($p < 0.01$). La Cohesión presentó diferencias ($F_{(3,633)} = 7.38$; $p < 0.01$) principalmente entre los mayores de 36 años y los menores de 35 años ($p < 0.01$), indicando que a mayor edad menor cohesión.



Gráfica 22. Puntuaciones medias del DAS-7 para los participantes según su rango de edad.

También se encontró que los participantes con edades entre 18 y 22 años presentaron el mayor porcentaje de ajuste (83.2%), siendo mayor en los hombres de estos rangos de edad (85.1%) en comparación con las mujeres

(82.6%). Por otra parte, los participantes con rangos de edad entre 23 y 27 años presentaron el menor porcentaje de ajuste (70%), siendo mayor el ajuste en las mujeres de este grupo (73%) en comparación con los hombres (62%) (Ver gráfica 23).



Gráfica 23. Porcentaje de Ajuste diádico para los participantes según su edad.

En cuanto a la Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja -FAPBI- se observa que los participantes que presentan rangos de edad entre los 18 y 22 años presentan la mayor frecuencia de comportamientos positivos (500) y negativos (55) en el mes, siendo los comportamientos de afectividad (266) y falta de respeto (31) los más frecuentes y los más

aceptados (7.50 y 4.50), mientras que los participantes con rangos de edad de 36 años en adelante presentaron la mayor aceptación de comportamientos positivos (6.54) y negativos (6.03), siendo los comportamientos de falta de respeto los más aceptados por ellos (6.23).

Al realizar comparaciones entre las medias de los grupos se encuentra que se presentan diferencias estadísticamente significativas en las frecuencias de los comportamientos positivos y negativos generales y de afectividad y falta de respeto, así como en los componentes de aceptación se encontraron diferencias significativas entre los grupos, a excepción de la aceptación de comportamientos positivos.

Tabla 13

Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos.

<i>FAPB I</i>	18 a 22 años				23 a 27 años				28 a 35 años				36 años en adelante				<i>F</i>
<i>Frecuencia de los comportamientos de la pareja</i>																	
	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	
FP	500,20	364,73	34,10	1341,70	493,61	374,42	24	1341,70	454,81	341,26	18	1341,70	326,71	290,51	1	1341,70	8,76**
FA	266,23	213,15	14	758,71	262,54	213,50	6	758,71	233,33	189,25	5	758,71	107,39	113,94	0	578,70	25,34*
FC	235,06	219,14	14	743,97	230,47	211,12	13,30	743,97	216,43	209,02	6	743,97	206,58	204,02	1	743,97	,62
FE	26,75	46,13	0	176,60	19,72	36,10	0	176,60	26,65	49,36	0	176,60	18,46	38,80	0	176,60	1,69
FF	30,78	51,14	0	179,88	24,81	44,30	0	179,88	26,80	53,14	0	179,88	13,78	36,28	0	179,88	3,95**
FN	54,94	77,73	0	267,82	47,90	72,49	0	267,82	50,32	83,75	0	267,82	31,54	63,53	0	267,82	3*
<i>Aceptación de los comportamientos de la pareja</i>																	

	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	
AP	6,53	1,50	,82	9	6,41	1,54	,27	9	6,19	1,76	1,27	9	6,54	1,73	1	9	1,50
AA	7,50	1,60	1,33	9	7,36	1,88	0	9	7,02	2,09	0	9	6,66	2,19	0	9	6,13**
AC	6,17	1,65	,63	9	6,05	1,64	,38	9	5,88	1,90	,50	9	6,49	1,79	,75	9	3,35*
AE	3,96	2,96	0	9	4,56	2,79	0	9	4,24	3,22	0	9	5,78	2,84	0	9	11,79**
AF	4,50	3,08	0	9	5,38	2,98	0	9	5,16	3,37	0	9	6,23	3,12	0	9	8,57**
AN	4,32	2,88	0	9	5,11	2,73	,22	9	4,85	3,13	0	9	6,03	2,87	0	9	9,93**

F= ANOVA de un factor entre los grupos.

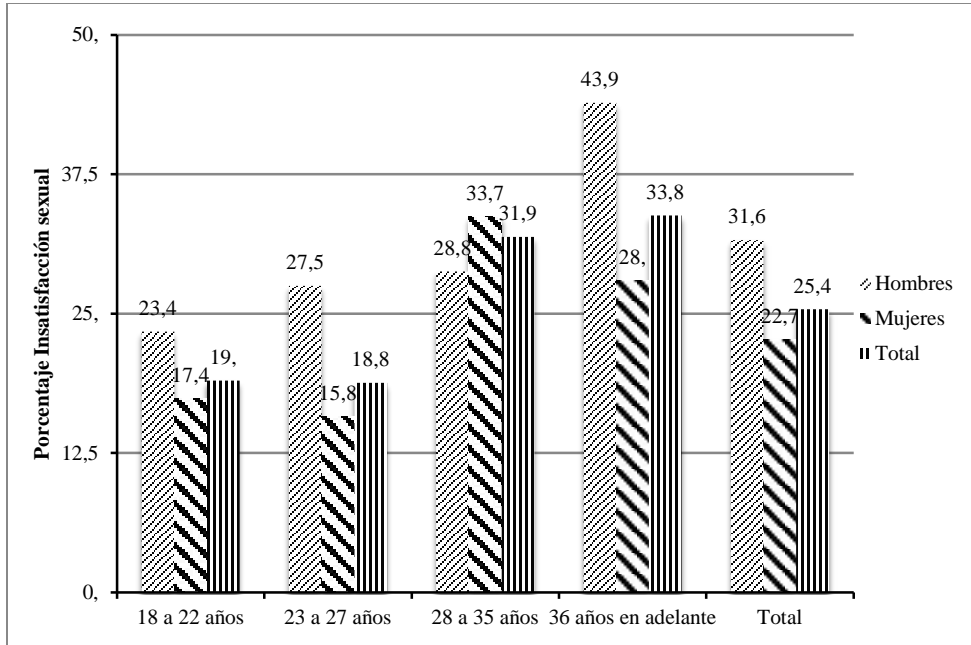
** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

AP (Aceptación conductas positivas); AA (Aceptación Afectividad); AC (Aceptación Cercanía); AE (Aceptación Exigencias); AF (Aceptación Falta de respeto); AN (Aceptación conductas Negativas).

FP (Frecuencia conductas positivas); FA (Frecuencia Afectividad); FC (Frecuencia Cercanía); FE (Frecuencia Exigencias); FF (Frecuencia Falta de respeto); FN (Frecuencia conductas Negativas).

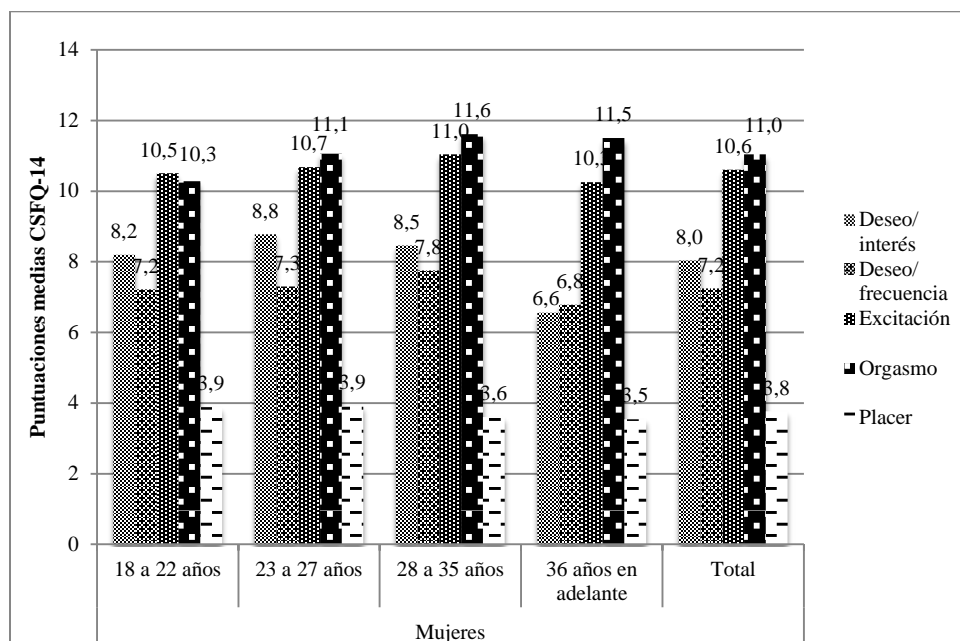
En lo referente a la insatisfacción sexual, se presentaron diferencias significativas entre las medias de los participantes según su rango de edad ($F_{(3,633)}=7.79$; $p < 0.01$), presentándose diferencias entre los que tenían entre 18 y 22 años y los de 28 años en adelante ($p < 0.01$), entre los de 23 a 27 años y los de 28 a 35 años ($p < 0.05$) y entre los de 23 a 27 años y los mayores de 36 años ($p < 0.01$). También se encontró que el mayor porcentaje de insatisfacción se presentó en los participantes que eran mayores de 36 años (33.8%), siendo mayor el porcentaje de insatisfacción de los hombres (43.9%) en comparación con las mujeres de ese grupo de edad (28%). Por otra parte, los participantes entre 23 y 27 años presentaron el menor porcentaje (18.8%), siendo mayor la insatisfacción para los hombres (27.5%) en comparación con las mujeres (15.8%) de este rango de edad (Ver gráfica 24).



Gráfica 24. Porcentaje de Insatisfacción sexual para los participantes según su edad.

Con respecto a la disfunción sexual, las mujeres entre los 28 a 35 años presentaron la mayor puntuación en el componente de deseo, excitación y orgasmo del CSFQ-14, mientras que las mujeres entre los 23 y 27 años presentaron el mayor puntaje en el componente de placer (Ver gráfica 25). Al realizar ANOVAS se encontraron diferencias significativas entre los rangos de edad para los componentes de deseo/interés ($F_{(3,437)}=16.21$; $p0.01$), principalmente entre las mayores de 36 y las menores de 36 ($p<0.01$). En el deseo/frecuencia ($F_{(3,437)}=8.74$; $p0.01$), principalmente entre las de 28 a 35 años con respecto a los demás rangos de edad ($p<0.01$). Para el orgasmo

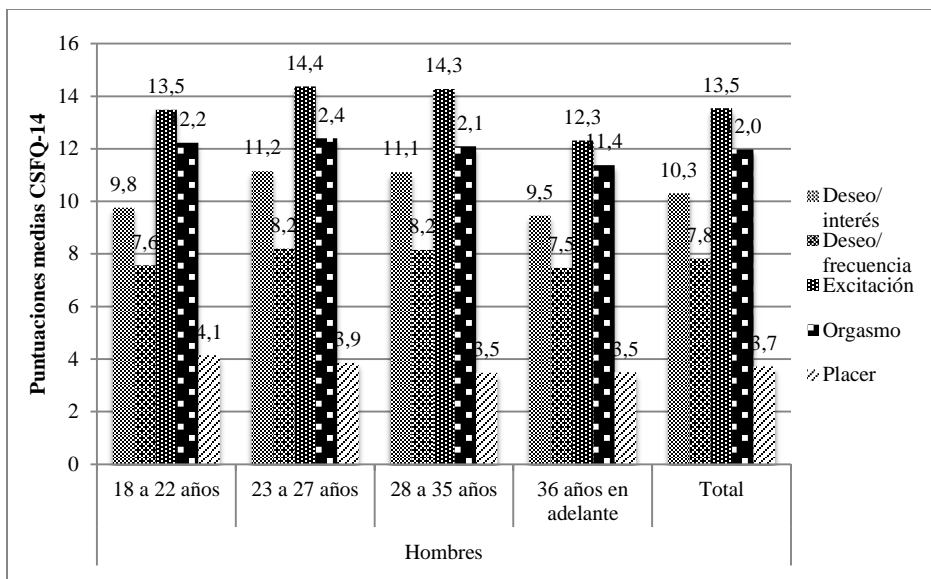
($F_{(3,437)}=5.50$; $p<0.01$) principalmente entre las de 18 a 22 años con respecto a las mayores de 28 años ($p<0.01$). Para el puntaje total de la escala ($F_{(3,437)}=4.42$; $p<0.01$) se presentaron diferencias entre las mujeres mayores de 36 años y aquellas entre 23 y 35 años ($p<0.05$).



Gráfica 25. Puntuaciones en los componentes del CSFQ-14 para las participantes mujeres según su rango de edad.

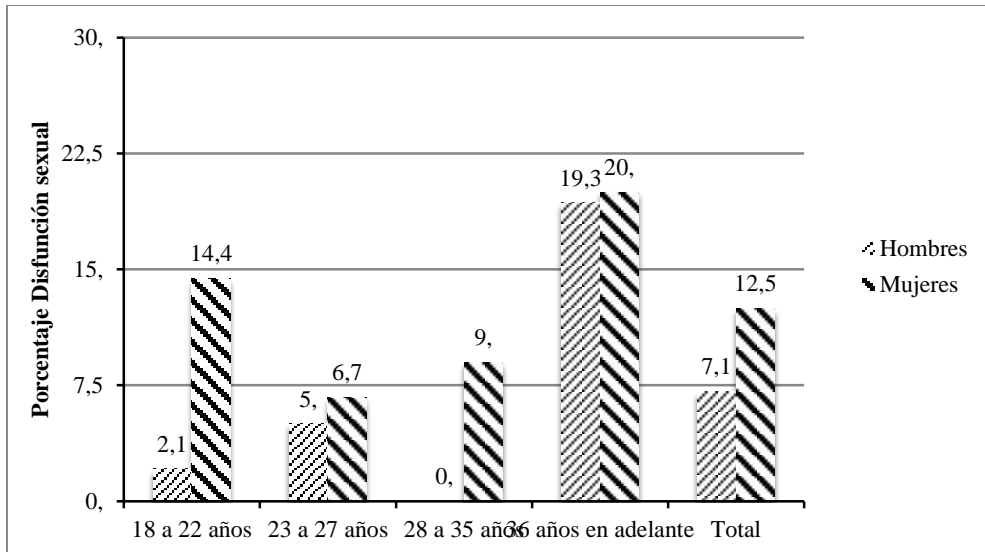
En el caso de los hombres, se encontró que la mayor puntuación en los componentes de deseo, excitación y orgasmo del CSFQ-14 corresponde a los que estaban entre los 23 y 27 años de edad, mientras que la mayor puntuación del componente de placer lo presentaron los que estaban entre los 18 y 22 años (Ver gráfica 26).

Al realizar ANOVAS se encontraron diferencias entre las medias de los grupos para los componentes de deseo/interés ($F_{(3,192)}=5.41$; $p0.01$), especialmente entre los mayores de 36 años y los que tenían entre 23 y 35 años ($p<0.05$). Para el deseo/frecuencia ($F_{(3,192)}=6.15$; $p0.01$), entre los de 18 a 22 años y 28 a 35 años ($p<0.05$), así como entre los mayores de 36 años y los hombres entre 23 y 35 años ($p<0.05$). En la excitación ($F_{(3,192)}=15.30$; $p0.01$) se presentaron diferencias entre los mayores 36 años y los menores de 35 años. Con respecto al orgasmo ($F_{(3,192)}=3.25$; $p0.05$) se presentaron diferencias entre los de 23 a 27 años y los mayores de 36 años. En el componente de placer ($F_{(3,192)}=4.51$; $p0.01$) se presentaron diferencias entre los hombres entre 18 y 22 años y los mayores de 28 años ($p<0.01$). Con respecto al puntaje total de la escala ($F_{(3,192)}=9.69$; $p0.01$) se presentaron diferencias significativas entre los hombres de 18 a 22 años y los de 23 a 35 años ($p<0.05$), así como entre los hombres mayores de 36 años y los hombres entre 23 y 35 años ($p<0.01$).



Gráfica 26. Puntuaciones en los componentes del CSFQ-14 para los participantes hombres según su rango de edad.

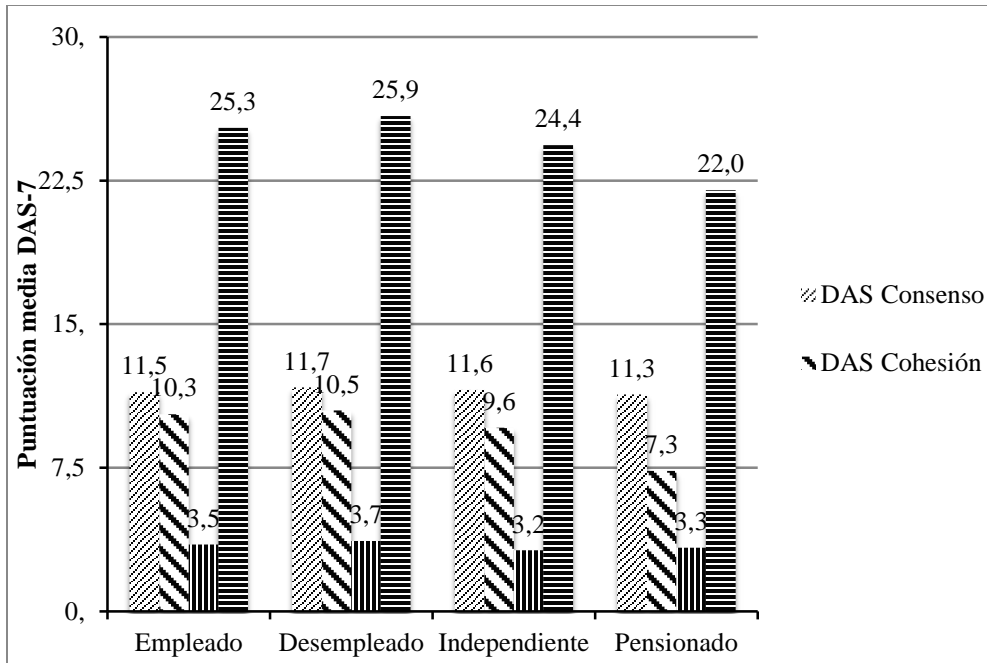
Por otro lado, sólo el 7.1% de los hombres presentó disfunción sexual. El mayor porcentaje, tanto para hombres (19.3%) como mujeres (20%), fue para quienes tenían edades de 36 años en adelante. El menor porcentaje de disfunción masculina lo presentaron los participantes de entre 28 y 35 años, mientras que en el caso de las mujeres, el menor porcentaje de disfunción lo presentaron aquellas que tenían entre 23 y 27 años de edad (Ver Gráfica 27).



Gráfica 27. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes según su edad.

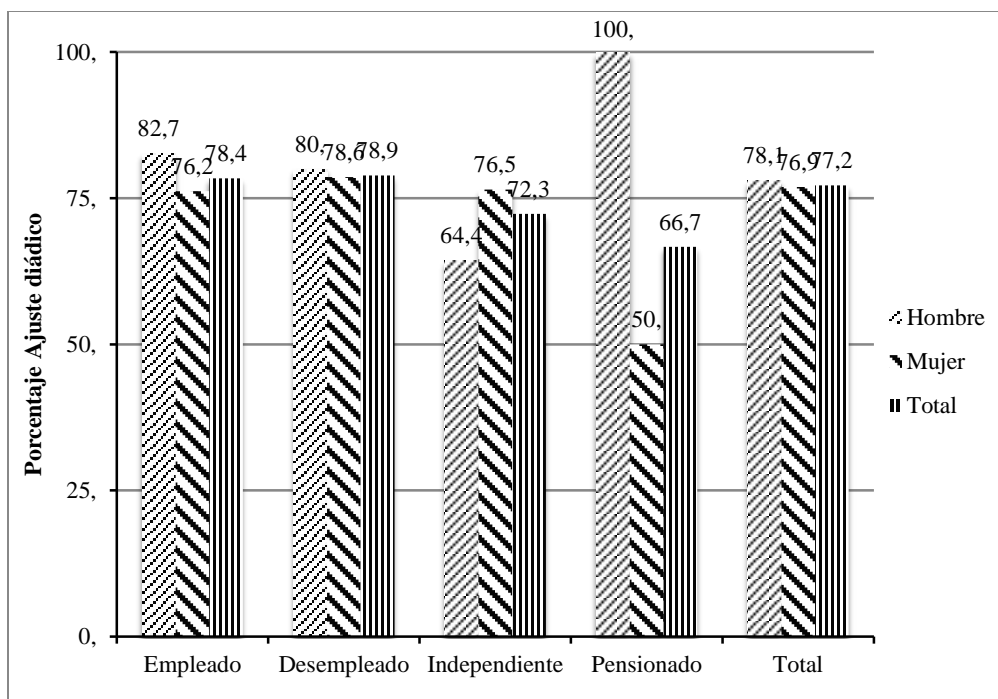
3.3.4 Ocupación

En cuanto al ajuste diádico, los participantes desempleados presentaron la mayor puntuación en el consenso, cohesión, satisfacción y el total de la escala DAS-7 (Ver gráfica 28). Por otra parte se encontraron diferencias significativas entre las medias de los grupos para los componentes de cohesión ($F_{(3,633)}=3.38$; $p<0.05$) y para el total del DAS-7 ($F_{(3,633)}=2.84$; $p<0.05$) entre los desempleados y los independientes ($p<0.05$). En cuanto a la satisfacción ($F_{(3,633)}=3.28$; $p<0.05$) se encontraron diferencias entre los desempleados y los independientes ($p<0.01$).



Gráfica 28. Puntuaciones medias en los componentes del DAS-7 de los participantes según su ocupación.

Se observó que el grupo de jubilados presentó el menor porcentaje de ajuste (67%) y los desempleados el mayor porcentaje (79%). Mayor porcentaje de ajuste en hombres empleados (83%), en comparación con los que trabajan como independientes (64%). En las mujeres, el 79% de las desempleadas presentan ajuste diádico, mientras que pensionadas el menor porcentaje de ajuste (50%) (Ver gráfica 29).



Gráfica 29. Porcentaje de Ajuste diádico para los participantes según su ocupación.

Con respecto a la Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja -FAPBI- se encontró que los participantes desempleados presentan la mayor frecuencia de comportamientos positivos en el mes (525), siendo los de afectividad los que presentan la mayor frecuencia (271) y aceptación de estos (7.29), mientras que la mayor aceptación de los comportamientos positivos la presentaron los participantes que estaban empleados (6.5).

En lo que respecta a los comportamientos negativos, los participantes jubilados presentaron la mayor frecuencia de estos (93), siendo los comportamientos de exigencias los de mayor frecuencia (78), mientras que los participantes que reportaron ser independientes presentaron la mayor

aceptación de dichos comportamientos (5.9), siendo los comportamientos de falta de respeto los más aceptados por ellos (6.3).

En cuanto a las diferencias en las medias presentadas por los grupos, se encontró que hay diferencias significativamente estadísticas entre ellos con respecto a las frecuencias de comportamientos positivos generales, de afectividad, cercanía y exigencias, así como con la aceptación de los comportamientos de afectividad, exigencias, falta de respeto y negativas en general.

Tabla 14. Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos.

<i>FAPB I</i>	Empleados				Desempleados				Independientes				Jubilados				<i>F</i>
<i>Frecuencia de los comportamientos de la pareja</i>																	
	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	
FP	445,99	340,42	24	1341,70	525,14	383,53	26	1341,70	348,87	310,08	1	1341,70	89,53	74,71	45,50	175,80	7,44*
FA	207,15	189,56	0	758,71	271,90	219,95	6	758,71	183,15	178,69	0	660	45,20	47,65	7	98,60	6,80*
FC	232,56	211,61	6	743,97	253,01	227,78	15	743,97	162	173,34	1	743,97	44,33	30,37	17,30	77,20	5,84*
FE	19,09	35,886	0	176,60	26,94	49,30	0	176,60	26,17	48,41	0	176,60	77,90	71,85	6,30	150	3,30*
FF	21,46	44,48	0	179,88	29,03	51,93	0	179,88	25,11	46,73	0	179,88	15,80	13,70	0	24,50	1,02
FN	41,19	69,19	0	267,82	53,62	82,22	0	267,82	49,07	78,49	0	267,82	93,70	83,60	6,30	172,90	1,52
<i>Aceptación de los comportamientos de la pareja</i>																	
	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	
AP	6,50	1,54	,27	9	6,47	1,53	,82	9	6,20	1,93	1	9	5,03	2,73	3,27	8,18	1,86
AA	7,24	1,79	0	9	7,29	1,79	0	9	6,80	2,43	0	9	4,33	4,05	1,67	9	4,05*
AC	6,23	1,70	,38	9	6,17	1,65	,63	9	5,98	2	,75	9	5,29	2,26	3,63	7,88	,87

AE	4,50	3,14	0	9	4,31	2,87	0	9	5,33	2,85	0	9	5,11	1,17	4	6,33	3,24*
AF	5,04	3,32	0	9	5,02	3,13	0	9	6,28	2,72	0	9	5,94	3	3	9	5,37*
AN	4,86	3,10	0	9	4,79	2,86	0	9	5,90	2,57	,44	9	5,66	2,25	3,67	8,11	4,60*

F= ANOVA de un factor entre los grupos.

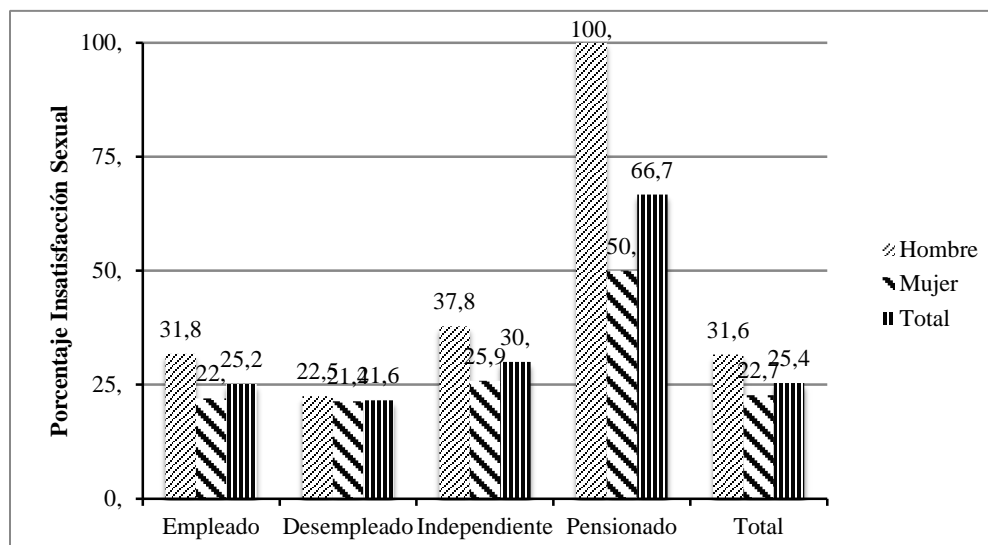
** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

AP (Aceptación conductas positivas); AA (Aceptación Afectividad); AC (Aceptación Cercanía); AE (Aceptación Exigencias); AF (Aceptación Falta de respeto); AN (Aceptación conductas Negativas).

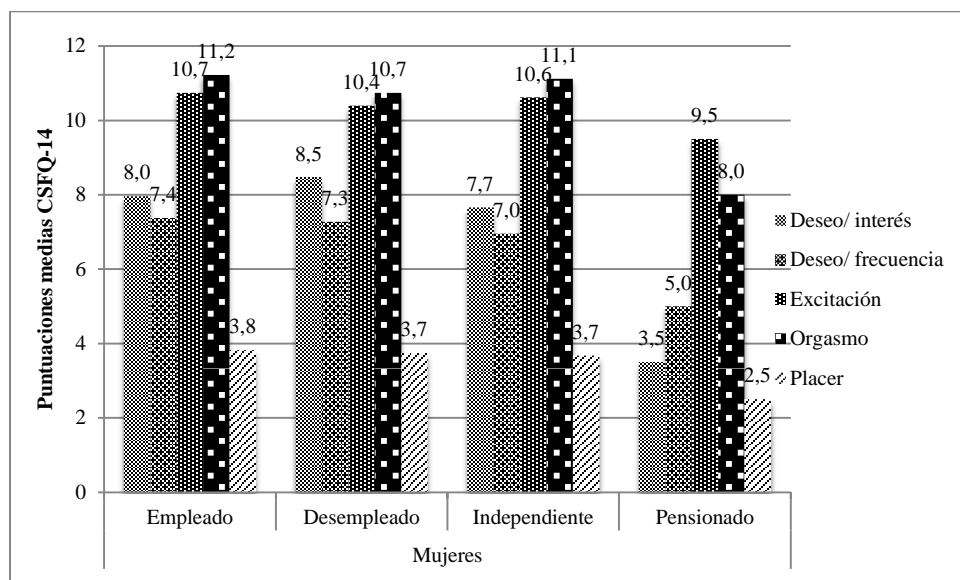
FP (Frecuencia conductas positivas); FA (Frecuencia Afectividad); FC (Frecuencia Cercanía); FE (Frecuencia Exigencias); FF (Frecuencia Falta de respeto); FN (Frecuencia conductas Negativas).

En cuanto a la variable de satisfacción sexual, el mayor porcentaje de insatisfacción lo tienen hombres y mujeres jubilados, así como los independientes. En la población total, un 67% de insatisfacción sexual esta en las personas pensionadas y 30% en los independientes (Ver gráfica 30). Se evidenció que no se presentan diferencias significativas entre las medias de los grupos ($F_{(3,633)}=2.59$; $p > 0.05$).



Gráfica 30. Porcentaje de Insatisfacción sexual para los participantes según su ocupación.

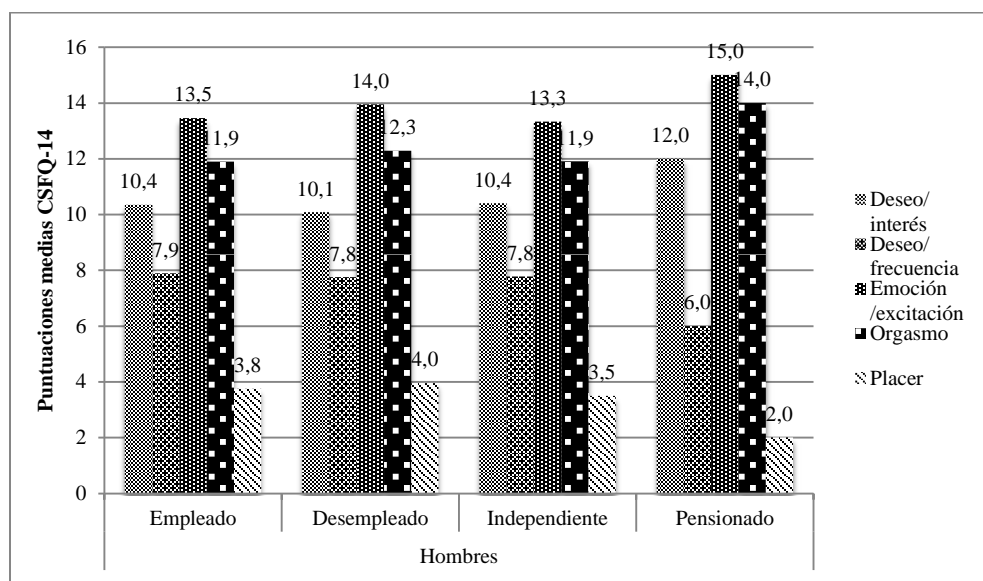
Con respecto a la disfunción sexual, las mujeres desempleadas presentaron el mayor puntaje en el componente de deseo/interés, mientras que las mujeres empleadas presentaron la mayor puntuación en el deseo/frecuencia, excitación y orgasmo (Ver gráfica 31). Se encontraron diferencias significativas entre las medias de los grupos de mujeres para los componentes de deseo/interés ($F_{(3,437)}=3.84$; $p<0.01$) principalmente entre los desempleados y pensionados ($p<0.05$).



Gráfica 31. Puntajes en los componentes del CSFQ-14 para las participantes mujeres según su ocupación.

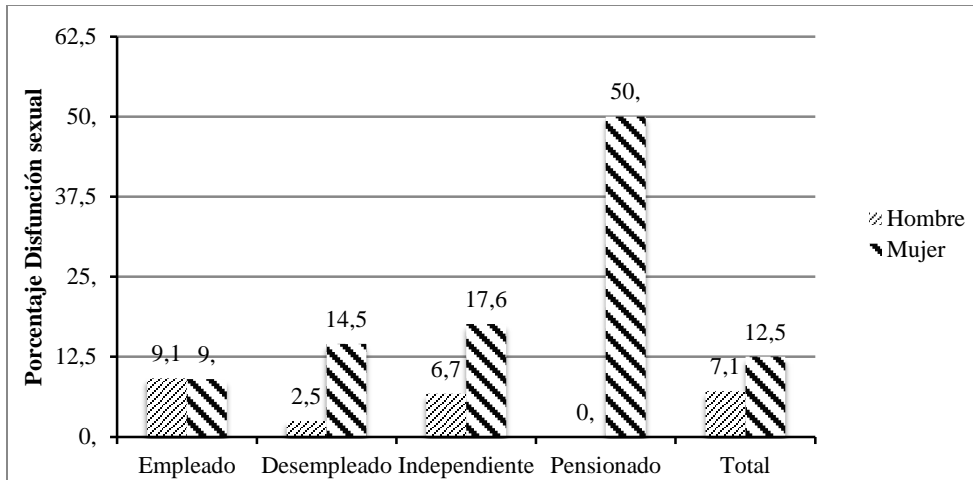
Para el caso de los hombres, los jubilados presentaron la mayor puntuación de deseo/interés, excitación y orgasmo, mientras que los empleados presentaron la mayor puntuación en el deseo/frecuencia y los

desempleados el mayor puntaje en el componente de placer (Ver gráfica 32). A pesar de lo anterior no se encontraron diferencias significativas entre las medias de los grupos para los componentes del CSFQ-14 con respecto a la ocupación.



Gráfica 32. Puntajes en los componentes del CSFQ-14 para los participantes hombres según su ocupación.

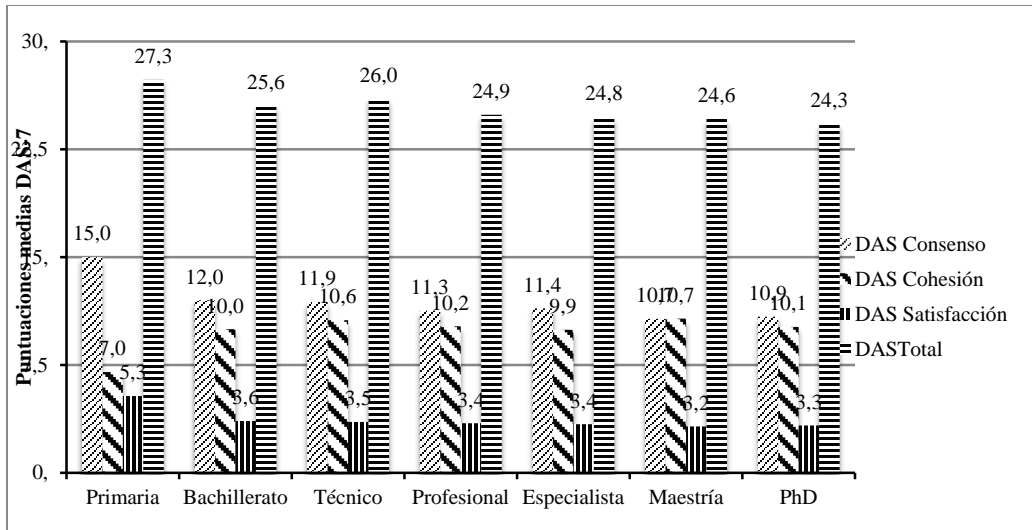
Se observó que el mayor porcentaje de disfunción sexual fue para los hombres empleados (9%) y las mujeres pensionadas (50%), seguidas por las que laboran como independientes (18%) (Ver gráfica 33).



Gráfica 33. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes según su ocupación.

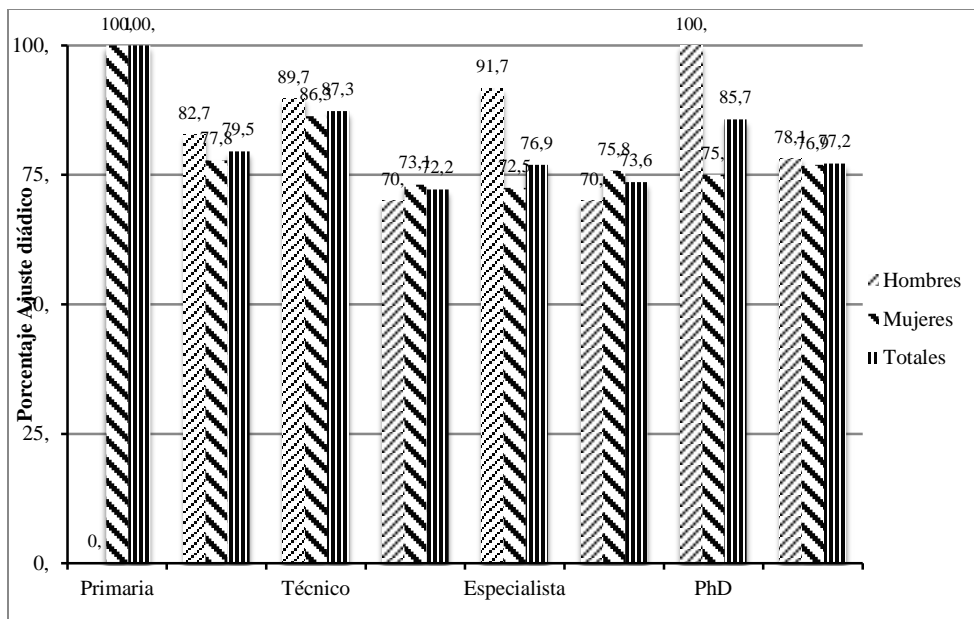
3.3.5 Nivel Educativo

En cuanto al ajuste diádico, los participantes que estudiaron solo la educación Primaria presentaron la mayor puntuación en las variables de Consenso, Satisfacción y en el total de la escala DAS-7, mientras que los participantes cuyo nivel de estudios era de Maestría presentaron la mayor puntuación en la Cohesión (Ver gráfica 34). Por otra parte se encontraron diferencias significativas entre las medias de los grupos para los componentes de Consenso ($F_{(6,630)}=5.66$; $p<0.01$), principalmente entre los que tenían un nivel de primaria y los demás niveles educativos ($p<0.01$) y Satisfacción ($F_{(6,630)}=2.54$; $p<0.01$) entre los que tenían un nivel de primaria y los que tenían un nivel de bachillerato ($p<0.05$), profesional ($p<0.05$), especialista ($p<0.05$) y de maestría ($p<0.01$).



Gráfica 34. Puntuaciones medias de los componentes del DAS-7 para los participantes según su nivel de estudios.

Hay altos porcentajes de ajuste de pareja al analizarlo por nivel educativo. Los participantes con Formación Profesional presentan un menor porcentaje de ajuste en comparación con los demás niveles educativos. En el caso de los hombres, todos los que tenían el grado de Doctor presentaron ajuste diádico, mientras que el menor porcentaje se encontró en los profesionales (70%). Con respecto a las mujeres, las de nivel educativo de Especialista presentan el menor porcentaje de ajuste con un 72%, mientras que las que tenían un nivel educativo de Primaria presentaron el 100% de ajuste (Ver Gráfica 35).



Gráfica 35. Porcentaje de Ajuste diádico para los participantes según su nivel de estudios.

En cuanto a la Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja -FAPBI- se encontró que los profesionales presentaron la mayor frecuencia de comportamientos positivos (490), siendo los comportamientos de afectividad los que más se presentan (249), mientras los participantes cuyo nivel educativo era la primaria reportaron la mayor aceptación de los comportamientos positivos (6.84) y negativos (7.66), siendo los comportamientos de cercanía (7.2) y falta de respeto (8) los más aceptados por ellos. En cuanto a los comportamientos negativos, los participantes con nivel de doctorado fueron los que presentaron la mayor frecuencia (61), siendo los comportamientos de falta de respeto los de mayor presencia para este grupo (35).

Al comparar las medias de los grupos según el nivel de estudios, se puede evidenciar que existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos en la frecuencia de comportamientos positivos y de afectividad, mientras que las demás frecuencias y aceptación de los comportamientos de la pareja no presentaron diferencias significativas.

Tabla 15a. Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos

<i>FAPBI</i>	Primaria	Bachillerato	Técnico	Profesional	<i>Especialista</i>	<i>Maestría</i>	<i>PhD</i>	<i>F</i>							
<i>Frecuencia de los comportamientos de la pareja</i>															
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	
FP	112,2	83,8	462,3	363,3	425,1	354,4	490,6	365,1	318,1	231,5	404,3	318,1	227,9	158,0	3,53**
FA	19,4	22,0	237,4	207,7	187,8	187,5	249,8	206,0	160,1	147,0	162,8	172,0	122,8	114,1	4,61**
FC	92,8	94,1	225,2	218,1	235,9	202,6	233,2	216,9	156,0	167,4	233,4	222,6	105,1	81,9	1,82
FE	7,73	7,80	24,1	44,5	20,4	43,7	24,0	42,9	23,5	47,2	18,9	34,9	26,1	43,5	,31
FF	3,43	2,7	22,5	42,0	17,2	40,0	27,4	51,5	28	52,5	23,1	44,9	35,4	48,6	,93
FN	11,1	5,8	47,5	74,4	34,3	65,8	50,2	77,5	51,91	88,3	43,2	70,5	61,6	62,1	,89
<i>Aceptación de los comportamientos de la pareja</i>															
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	
AP	6,8	1,4	6,5	1,5	6,4	1,8	6,3	1,6	6,6	1,4	6,5	1,6	5,6	1,2	,88
AA	5,6	3,1	7,2	1,8	7,1	2,0	7,1	1,9	7,2	1,5	6,8	2,2	6,6	1,7	,88
AC	7,2	,9	6,3	1,6	6,1	1,9	5,9	1,8	6,3	1,7	6,3	1,5	5,2	1,2	1,67
AE	7	1,7	4,9	2,8	5	3,2	4,2	3,0	4,7	3,2	4,4	2,7	4,2	2,7	1,89
AF	8	1,5	5,5	2,9	5,3	3,4	5,0	3,1	5,0	3,4	5,5	3,2	5,3	3,0	1,32
AN	7,6	1,5	5,3	2,7	5,2	3,2	4,7	2,9	4,9	3,2	5,1	2,8	5,0	2,6	1,48

F= ANOVA de un factor entre los grupos.

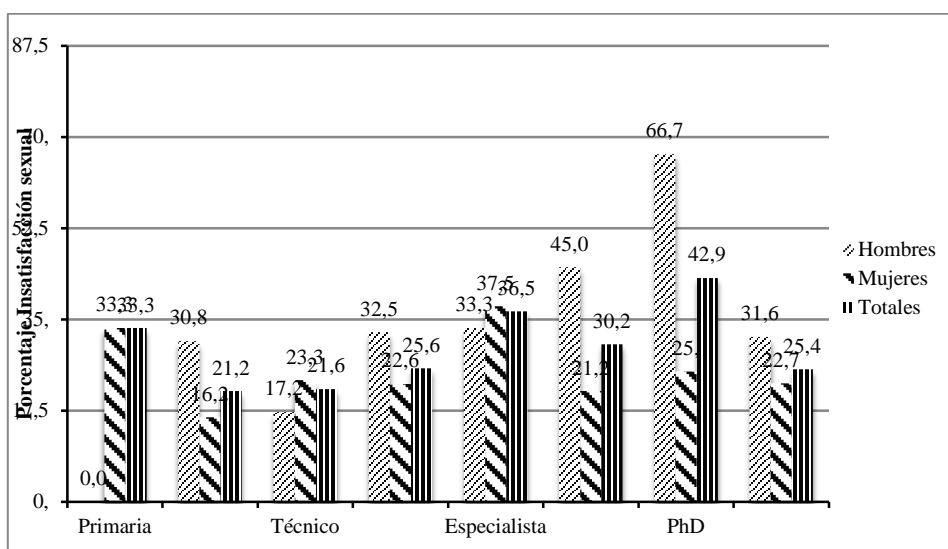
** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

AP (Aceptación conductas positivas); AA (Aceptación Afectividad); AC (Aceptación Cercanía); AE (Aceptación Exigencias); AF (Aceptación Falta de respeto); AN (Aceptación conductas Negativas).

FP (Frecuencia conductas positivas); FA (Frecuencia Afectividad); FC (Frecuencia Cercanía); FE (Frecuencia Exigencias); FF (Frecuencia Falta de respeto); FN (Frecuencia conductas Negativas).

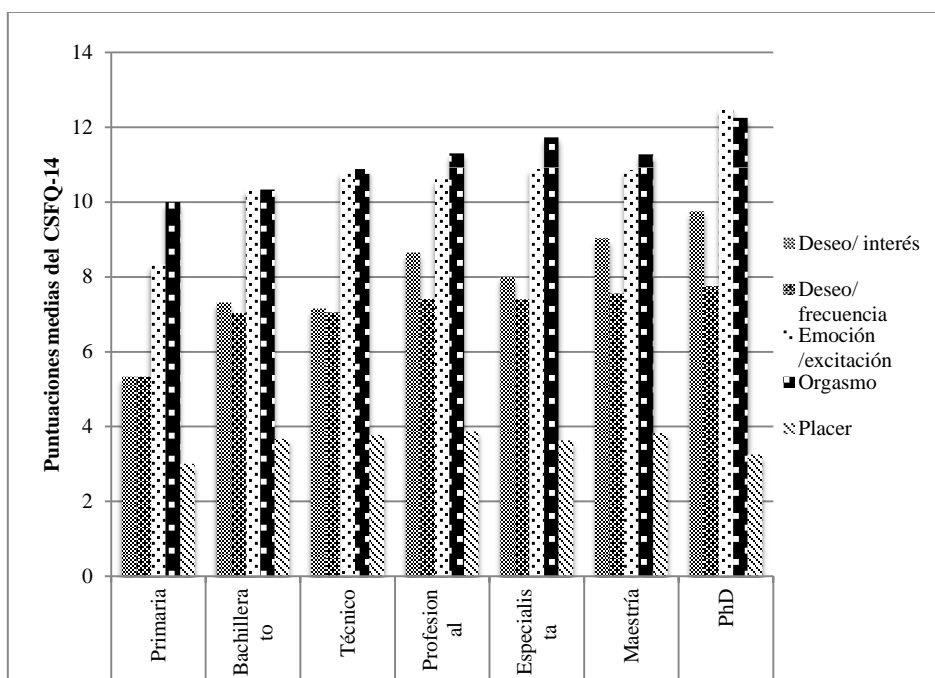
El mayor nivel de insatisfacción sexual partiendo del nivel de estudios está en los hombres con Doctorado (67%), seguido de los hombres con Maestría (45%). En el caso de las mujeres, las más insatisfechas son las Especialistas (37%), seguido de las que tienen como Máx nivel educativo la Primaria (33%) (Ver Gráfica 36). No se encontraron diferencias significativas entre las medias de los grupos con respecto a los puntajes del ISS según el nivel de estudios.



Gráfica 36. Porcentaje de Insatisfacción sexual para los participantes según su nivel de estudios.

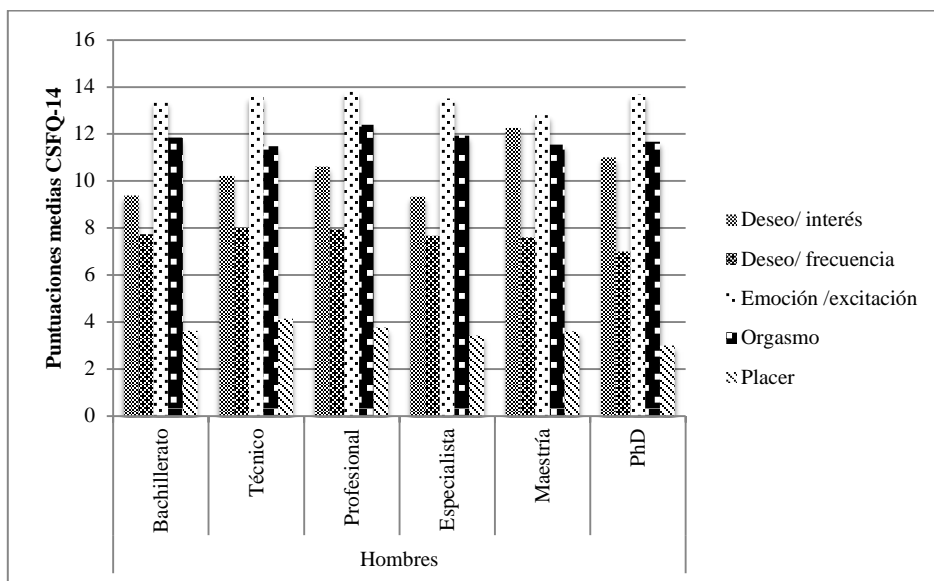
Con respecto a la disfunción sexual, se encontró en el caso de las mujeres que aquellas que presentaban un nivel educativo de Doctorado presentan las mayores puntuaciones de deseo, excitación y orgasmo, mientras que las que refieren un nivel de maestría presentaron la mayor puntuación en el placer (Ver Gráfica 37). Se encontraron diferencias

significativas entre las medias de los grupos de mujeres según el nivel de estudios en los componentes de deseo/interés ($F_{(6,434)}=6.91$; $p<0.01$) entre los que tenían nivel profesional y los de nivel de primaria ($p<0.05$), bachillerato ($p<0.01$) y técnico ($p<0.01$), así como los de nivel de maestría y los de nivel de primaria ($p<0.05$), bachillerato ($p<0.05$) y técnico ($p<0.01$). En cuanto al total de la escala se presentaron diferencias ($F_{(6,434)}=4.04$; $p<0.01$) entre las de nivel de primaria y los profesionales y maestría ($p<0.05$), así como entre los de nivel de bachillerato y profesional ($p<0.05$).



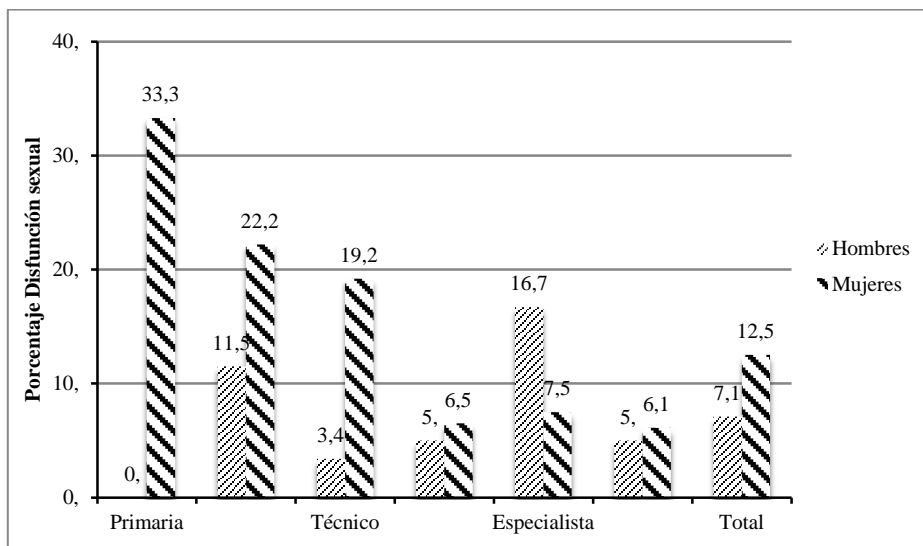
Gráfica 37. Porcentaje de Disfunción sexual para las participantes mujeres según su nivel de estudios.

Para el caso de los hombres, se encontró que los que tenían un nivel de estudios de Maestría presentan la mayor puntuación en el componente de deseo/interés, los de nivel de Formación Técnica presentan la mayor puntuación de deseo/frecuencia, los de nivel profesional presentan la mayor puntuación de excitación y orgasmo, mientras que los que tenían un nivel de Especialidad presentaron la mayor puntuación de placer (Ver gráfica 38). Solo se encontraron diferencias significativas en las medias de los grupos con respecto al deseo/interés ($F_{(5,190)}=3.88$; $p<0.01$), principalmente entre el nivel de maestría y bachillerato ($p<0.01$) y entre maestría y especialista ($p<0.05$).



Gráfica 38. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes hombres según su nivel de estudios.

Ahora bien, los hombres que informaron tener un nivel educativo de Especialista presentaron el mayor porcentaje de disfunción sexual (17%), mientras que en el caso de las mujeres, las que informaron tener un nivel educativo de Primaria presentaron el mayor porcentaje de disfunción sexual (33%) (Ver gráfica 39).

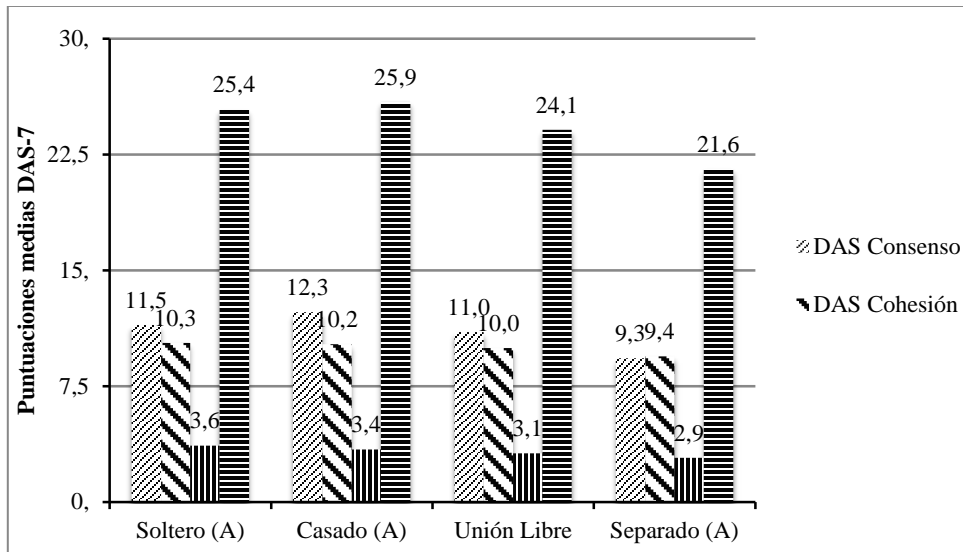


Gráfica 39. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes según su nivel de estudios.

3.3.6 Estado Civil

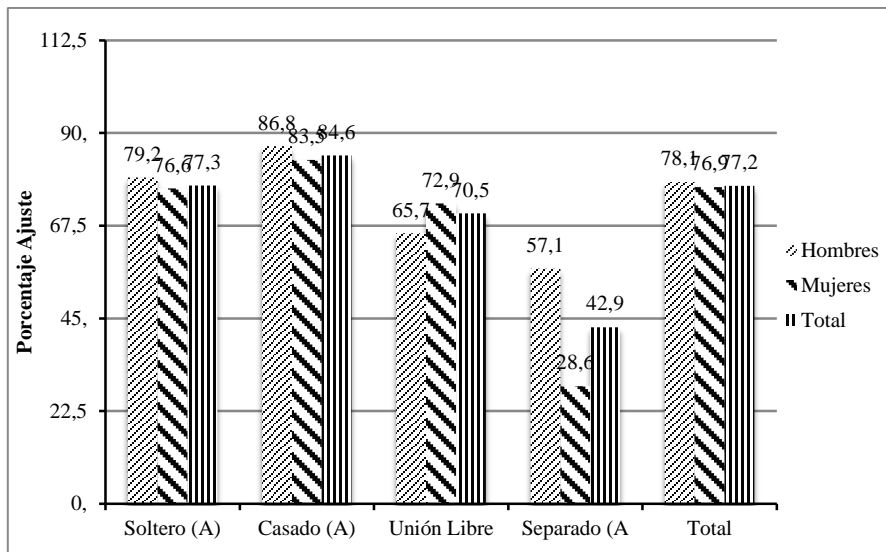
En cuanto al ajuste diádico, los participantes casados presentaron la mayor puntuación en el consenso y el total de la escala DAS-7, mientras que los solteros presentaron la mayor puntuación en la cohesión y la satisfacción (Ver gráfica 40). Por otra parte se encontraron diferencias significativas entre las medias de los grupos para los

componentes de consenso ($F_{(3,633)}=12.67$; $p<0.01$) principalmente entre casados y solteros ($p<0.01$) y entre casados y en unión libre ($p<0.01$). Con respecto a la satisfacción se presentan diferencias ($F_{(3,633)}=5.07$; $p<0.01$) entre solteros y en personas que viven en unión libre ($p<0.01$).



Gráfica 40. Puntuaciones de los componentes del DAS-7 para los participantes según su estado civil.

Los participantes casados reportaron el mayor porcentaje de ajuste diádico (85%), mientras que los participantes divorciados presentaron el menor porcentaje (43%). En la comparación por sexo, los hombres casados presentaron el mayor porcentaje de ajuste diádico (87%), mientras que los hombres separados presentaron el menor porcentaje (57%). En cuanto a las mujeres, las separadas también presentaron el menor porcentaje de ajuste de pareja (29%) y las casadas el mayor (83%) (Ver gráfica 41).



Gráfica 41. Porcentaje de Ajuste diádico para los participantes según su estado civil.

En cuanto a la Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja -FAPBI- se encontró que los participantes que vivían en unión libre presentaron la mayor frecuencia de comportamientos positivos (497), siendo los comportamientos de cercanía los que más se presentan (266), mientras que los participantes casados presentaron las mayor aceptación de los comportamientos positivos (6.76) y negativos (5.50) siendo los comportamientos de afectividad (6.77) y los de falta de respeto (5.70) los más aceptados por ellos. Por otro lado, los participantes que eran separados presentaron la mayor frecuencia de comportamientos negativos en el mes (77), siendo los comportamientos de falta de respeto los que más se presentan (54).

Para el caso del estado civil, se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos para las frecuencias de comportamientos de afectividad, cercanía, exigencias, falta de respeto y negativas en general, mientras que la frecuencia de positivas en general no presentó diferencias significativas. En lo que respecta a la aceptación de los comportamientos, se presentaron diferencias significativas para la aceptación de comportamientos positivos, afectividad, cercanía y exigencias.

Tabla 16

Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos.

<i>FAP BI</i>	Soltero				Casado				Unión libre				Separado				<i>F</i>
<i>Frecuencia de los comportamientos de la pareja</i>																	
	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	
FP	450,18	342,44	24	1341,70	416,11	347,38	1	1341,70	497,69	395,79	14	1341,70	271,42	173,41	113,37	3707,10	2,31
FA	247,40	201,48	8	758,71	152,61	167,11	0	720	229,30	211,67	2	758,71	141,25	162,60	6	578,70	9,45*
FC	201,75	196,77	5,30	743,97	252,01	221,13	1	743,97	266,69	240,10	6	743,97	130,17	106,71	6,90	365	4,77*
FE	20,78	39,52	0	176,60	18,30	37,03	0	176,60	34,59	53,78	0	176,60	42,02	73,29	0	176,60	4,48*
FF	25,49	46,58	0	179,88	12,53	34,28	0	179,88	33,20	56,39	0	179,88	53,93	70,96	1	179,88	6,62*
FN	46,84	73,43	0	267,82	31,93	62,67	0	267,82	62,22	87,61	0	267,82	76,96	106,45	1	267,82	4,34*
<i>Aceptación de los comportamientos de la pareja</i>																	
	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	
AP	6,46	1,45	,27	9	6,76	1,63	1	9	5,82	2,03	1	9	6,53	1,59	3,27	9	7,24*

AA	7,54	1,56	0	9	6,77	2,27	0	9	6,42	2,40	0	9	6,78	1,84	3,67	9	12,09 **
AC	6,05	1,62	,38	9	6,75	1,63	,75	9	5,59	2,10	,50	9	6,44	1,81	2	9	10,60 **
AE	4,57	2,92	0	9	5,24	3,10	0	9	3,83	3,68	0	9	4,95	3,82	,33	9	4,73* *
AF	5,14	3,06	0	9	5,70	3,44	0	9	5,18	3,23	0	9	5,53	3,19	,33	9	1,19
AN	4,95	2,85	0	9	5,50	3,17	0	9	4,73	2,93	0	9	5,34	3,31	,67	9	1,77

F= ANOVA de un factor entre los grupos.

** $p \leq 0,01$

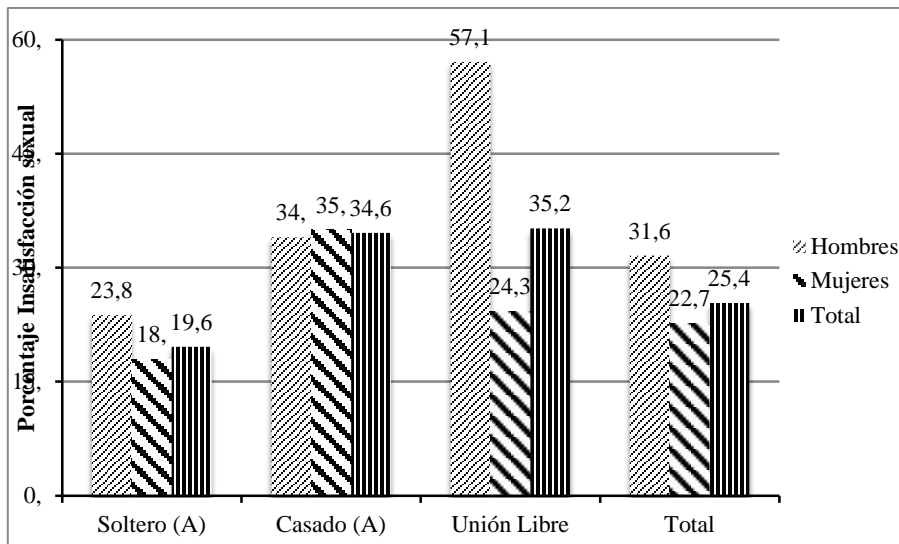
* $p \leq 0,05$

AP (Aceptación conductas positivas); AA (Aceptación Afectividad); AC (Aceptación Cercanía); AE (Aceptación Exigencias); AF (Aceptación Falta de respeto); AN (Aceptación conductas Negativas).

FP (Frecuencia conductas positivas); FA (Frecuencia Afectividad); FC (Frecuencia Cercanía); FE (Frecuencia Exigencias);

FF (Frecuencia Falta de respeto); FN (Frecuencia conductas Negativas).

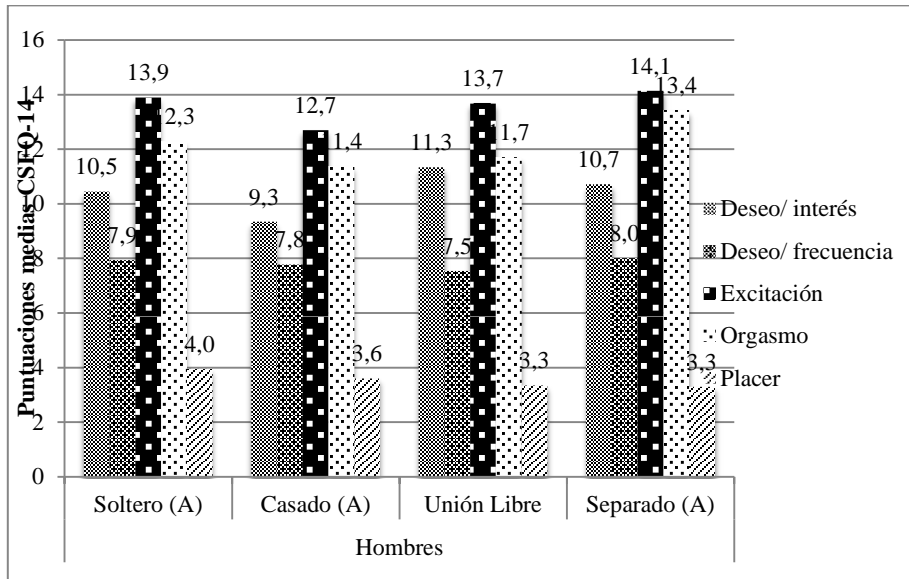
Los hombres que vivían en unión libre presentaron el mayor porcentaje de insatisfacción sexual con 57%, mientras que para las mujeres más insatisfechas están casadas (35%). Así, se encuentra que el porcentaje de insatisfacción más alto de la población total lo presentan las personas que viven en unión libre (35%) (Ver Gráfica 42). Se presentaron diferencias significativas entre los grupos de participantes en las puntuaciones del ISS ($F_{(3,633)}=12.18$; $p < 0.01$), principalmente entre los casados y los solteros ($p < 0.01$), los casados y los separados ($p < 0.01$), así como entre los que vivían en unión libre y los solteros ($p < 0.01$) y entre los de unión libre y los separados ($p < 0.01$).



Gráfica 42. Porcentaje de Insatisfacción sexual para los participantes según su estado civil.

En lo que respecta a la disfunción sexual, los hombres que vivían en unión libre presentaron el mayor puntaje en el deseo/interés y los separados presentaron la mayor puntuación en deseo/frecuencia, excitación y orgasmo, mientras que los solteros presentaron la mayor puntuación de placer (Ver gráfica 43). Se pudieron identificar diferencias significativas entre las medias de los grupos de hombres según su estado civil en los componentes del CSFQ-14 correspondientes a deseo/interés ($F_{(3,192)}=4.07$; $p0.01$) entre casados y los que viven en unión libre ($p<0.05$). En la excitación se presentaron diferencias ($F_{(3,192)}=4.97$; $p0.01$) entre casados y solteros ($p<0.01$) y entre casados y separados ($p<0.05$). Para el componente de orgasmo se encontraron diferencias ($F_{(3,192)}=5.03$; $p0.01$) entre separados y casados ($p<0.01$) y

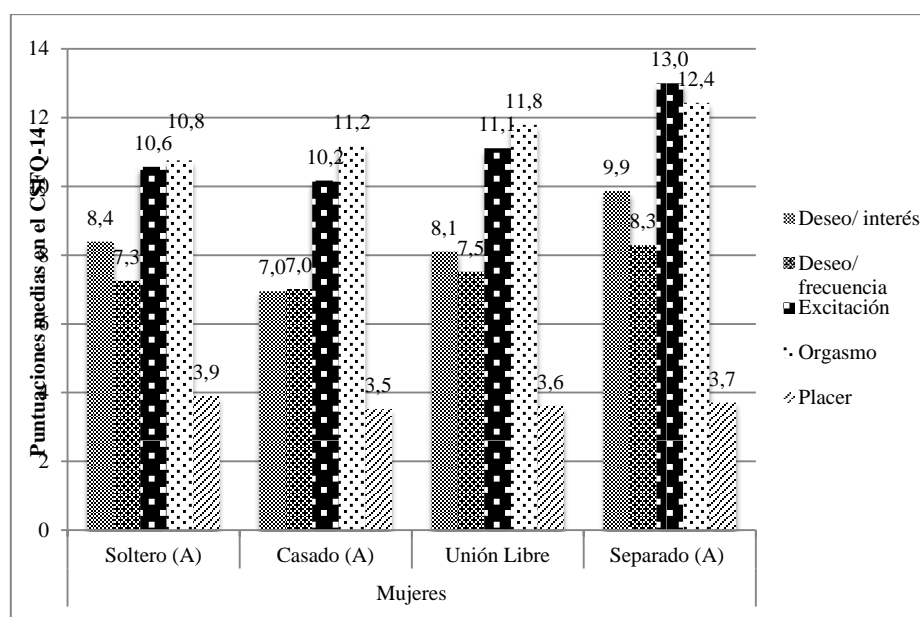
entre separados y en unión libre ($p < 0.05$). Por último con respecto al placer se presentaron diferencias ($F_{(3,192)} = 3.72$; $p < 0.05$) entre los solteros y los que vivían en unión libre ($p < 0.05$).



Gráfica 43. Puntuaciones medias de los componentes del CSFQ-14 para los participantes hombres según su estado civil.

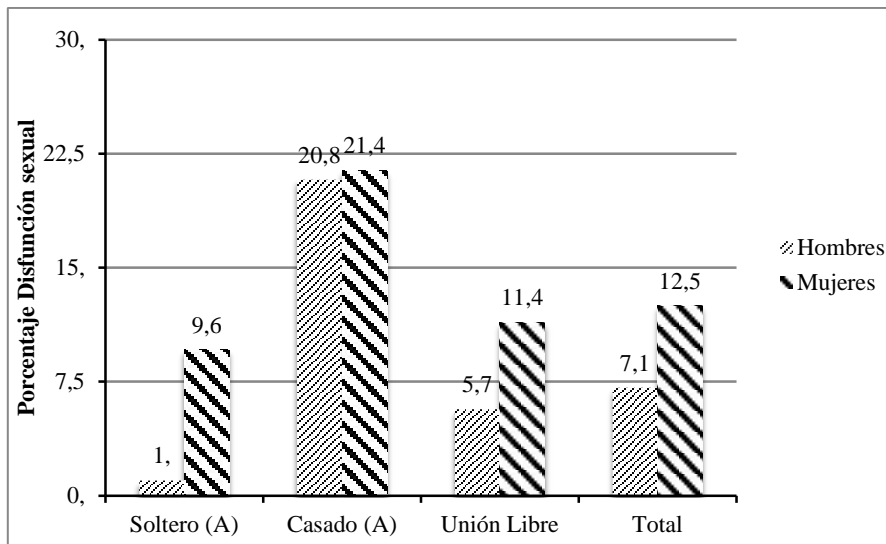
Para el caso de las mujeres, las separadas presentaron la mayor puntuación en el componente de deseo, excitación y orgasmo, mientras que las solteras presentaron la mayor puntuación en el componente de placer (Ver gráfica 44). Se pudieron identificar diferencias significativas entre las medias de los grupos de mujeres según su estado civil en los componentes del CSFQ-14 correspondientes a deseo/interés ($F_{(3,434)} = 9.03$; $p < 0.01$) principalmente entre casados y solteros ($p < 0.01$) y entre casados y separados ($p < 0.05$). Para la excitación se encontraron

diferencias ($F_{(3,434)}=4.76$; $p<0.01$) entre separados y solteros ($p<0.05$) y entre separados y casados ($p<0.05$). Para el componente de orgasmo ($F_{(3,434)}=3.24$; $p<0.05$) entre separados y casados ($p<0.01$) y entre separados y unión libre ($p<0.05$). Por último para el componente de placer se encontraron diferencias ($F_{(3,434)}=3.81$; $p<0.01$) entre solteros y casados ($p<0.05$).



Gráfica 44. Puntuaciones medias de los componentes del CSFQ-14 para los participantes hombres según su estado civil.

El 21% de los hombres casados presentan disfunción sexual, así como es el caso de las mujeres participantes casadas (21%), siendo el estado civil que mayor porcentaje de disfunción presenta en comparación con los demás grupos (Ver gráfica 45).

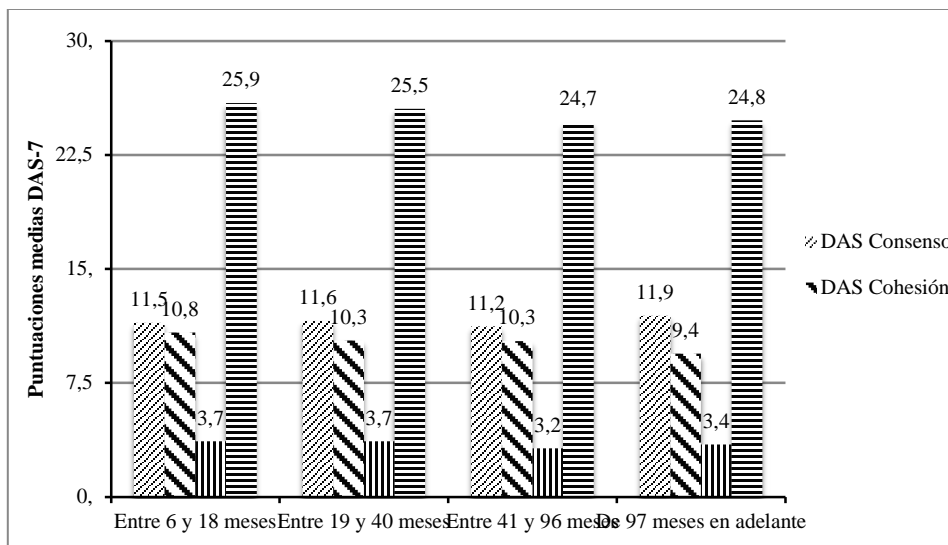


Gráfica 45. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes según su estado civil.

3.3.6. Tiempo de relación

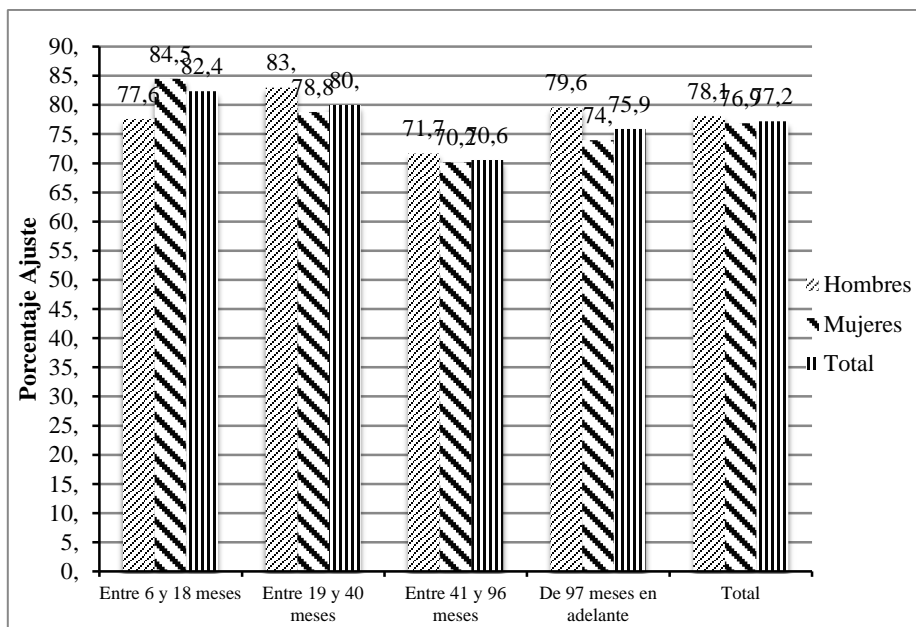
En cuanto al ajuste diádico, los participantes con una relación mayor a 97 meses presentaron la mayor puntuación en el consenso. Los que llevaban un tiempo de relación entre 6 y 18 meses presentaron la mayor puntuación de cohesión, satisfacción y el total de la escala DAS-7 (Ver gráfica 46). Por otra parte se encontraron diferencias significativas entre las medias de los grupos para los componentes de Consenso ($F_{(3,633)}=2.62$; $p<0.05$) entre los participantes que llevaban entre 41 y 96 meses de relación y los que llevaban más de 97 meses ($p<0.05$). En cuanto a la Cohesión se encontraron diferencias ($F_{(3,633)}=5.96$; $p<0.01$) entre los participantes que llevaban más de 97 meses de relación y los que llevaban entre 6 y 18 meses ($p<0.01$) y entre 19 y 40 meses

($p < 0.05$). Para las Satisfacción se presentaron diferencias ($F_{(3,633)} = 4$; $p < 0.01$) entre los participantes que llevaban más de 97 meses de relación y los que llevaban entre 6 y 18 meses ($p < 0.01$) y los que llevaban entre 41 y 96 meses ($p < 0.01$).



Gráfica 46. Puntuaciones de los componentes del DAS-7 para los participantes según su tiempo de relación.

Las personas que llevaban una relación de pareja entre 6 y 18 meses de duración presentaron el mayor porcentaje de ajuste diádico (82.4%), siendo mayor el porcentaje de las mujeres (84.5%) en comparación con los hombres (77.6%) para este grupo. Por otra parte los que tenían una relación de pareja entre 41 y 96 meses de duración presentaron el menor porcentaje de ajuste (70.6%), presentándose mayor porcentaje de ajuste para los hombres (71.75) en comparación con las mujeres de este grupo (70.2%) (Ver gráfica 47).



Gráfica 47. Porcentaje de Ajuste diádico para los participantes según su tiempo de relación.

En cuanto a la frecuencia y aceptación de comportamientos por parte de la pareja en el Cuestionario de Frecuencia y Aceptación del Comportamiento de la Pareja (FAPBI), se encontró que las personas que tenían una relación de pareja entre 6 y 18 meses de duración presentaron la mayor frecuencia de comportamientos positivos en el mes (522) y la aceptación de los mismos (6.59), siendo los comportamientos de afectividad los que más se presentan (300) y se aceptan (7.23). Por otra parte, las personas que tenían una relación de pareja entre 41 y 96 meses de duración presentaron la mayor frecuencia de comportamientos negativos de la pareja en el mes (58), siendo los comportamientos de falta de respeto los que más se presentan (31), mientras que los que

tenían una relación entre 6 y 18 meses presentaron la mayor aceptación de los comportamientos negativos de la pareja (5.50), siendo los comportamientos de falta de respeto los más aceptados (5.68).

Al comparar las medias de los grupos organizados por tiempo de relación se puede evidenciar que se presentan diferencias estadísticamente significativas entre ellos con respecto a la frecuencia de comportamientos positivos y negativos, la afectividad y la falta de respeto. Mientras que para el caso de la aceptación, se presentaron diferencias significativas entre las medias de la aceptación de los comportamientos negativos, de exigencias, falta de respeto y afectividad.

Tabla 17. Puntuaciones medias del Inventario de Frecuencia y Aceptación del comportamiento de la pareja de los grupos.

<i>FAP</i>	Entre 6 y 18 meses				Entre 19 y 40 meses				Entre 41 y 96 meses				De 97 meses en adelante				<i>F</i>
<i>BI</i>	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	
<i>Frecuencia de los comportamientos de la pareja</i>																	
FP	522,91	368,29	26	1341,70	461,97	321,28	49,20	1341,70	461,72	394,80	18	1341,70	335,46	287,71	1	1341,70	8,23*
FA	300,60	216,66	11	758,71	246,92	197,52	15,30	758,71	210,43	196,78	2	758,71	116,77	124,62	0	544,40	27,03**
FC	222,07	210,31	14	743,97	215,48	198,97	11	743,97	244,76	227,02	6	743,97	208,56	207,08	1	743,97	,88
FE	19,37	37,64	0	176,60	24,27	44,32	0	176,60	28,73	49,39	0	176,60	19,23	38,89	0	176,60	1,79
FF	21,41	41,65	0	179,88	30,90	55,31	0	179,88	30,99	52,12	0	179,88	13,39	33,61	0	179,88	5,27*

FN	37,9 3	61,2 2	0 2	267,8 2	57,9 5	87,0 8	0 2	267,8 2	58,0 1	83,3 9	0 2	267,8 2	13,3 9	33,6 17	0 8	179,8 8	5,44* *
----	-----------	-----------	--------	------------	-----------	-----------	--------	------------	-----------	-----------	--------	------------	-----------	------------	--------	------------	------------

Aceptación de los comportamientos de la pareja

	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	M	DS	Mín	Máx	
AP	6,59	1,61	1,3 6	9	6,50	1,59	1	9	6,13	1,74	,2 7	9	6,50	1,55	,8 2	9	2,50
AA	7,23	1,82	0	9	7,21	2,08	0	9	6,84	2,17	0	9	7,55	1,67	1	9	3,99* *
AC	6,35	1,73	1	9	6,31	1,68	1	9	5,86	1,86	,3 8	9	6,10	1,70	,6 3	9	2,59
AE	5,15	2,99	0	9	4,85	2,94	0	9	4,71	3,02	0	9	3,76	2,99	0	9	6,31* *
AF	5,68	3,28	0	9	5,72	3,17	0	9	5,45	3,03	0	9	4,31	3,09	0	9	6,96* *
AN	5,50	3,02	,11	9	5,38	2,91	0	9	5,20	2,84	,1 1	9	4,13	2,89	0	9	7,28* *

F= ANOVA de un factor entre los grupos.

** $p \leq 0,01$

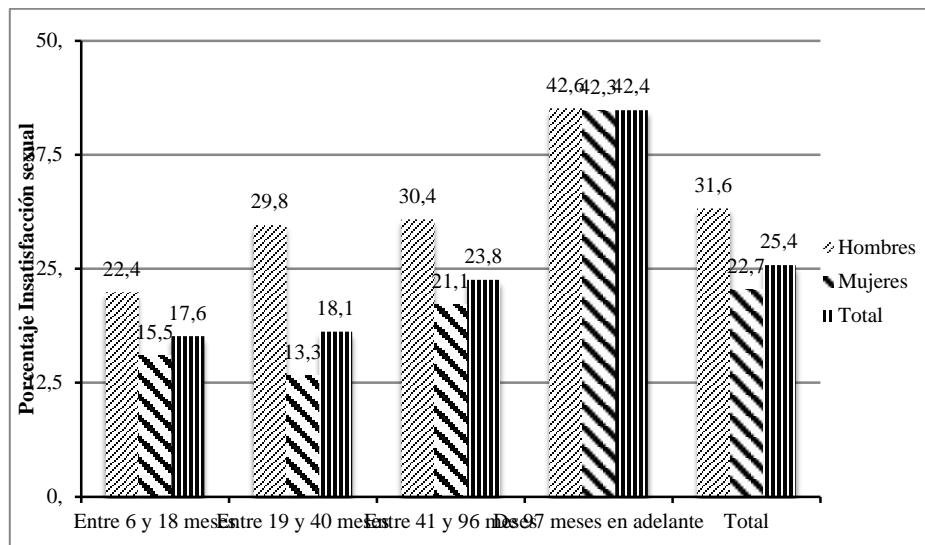
* $p \leq 0,05$

AP (Aceptación conductas positivas); AA (Aceptación Afectividad); AC (Aceptación Cercanía); AE (Aceptación Exigencias); AF (Aceptación Falta de respeto); AN (Aceptación conductas Negativas).

FP (Frecuencia conductas positivas); FA (Frecuencia Afectividad); FC (Frecuencia Cercanía); FE (Frecuencia Exigencias); FF (Frecuencia Falta de respeto); FN (Frecuencia conductas Negativas).

Las personas con una relación de pareja de 97 meses en adelante presentaron el mayor porcentaje de insatisfacción sexual (42.4%), siendo mayor la insatisfacción en los hombres (42.6%) que en las mujeres (42.3%). Por otra parte, las personas que informaron de una relación entre 6 y 18 meses de duración presentaron el menor porcentaje de insatisfacción sexual (17.6%), presentándose mayor insatisfacción en los hombres (22.4%) en comparación con las mujeres (15.5%) (Ver gráfica 48). Se encontraron diferencias significativas entre los grupos según el tiempo de relación ($F_{(3,633)}=18.03$; $p0.01$) entre los participantes que llevaban más de 97 meses de relación y los que llevaban entre 6 y 18

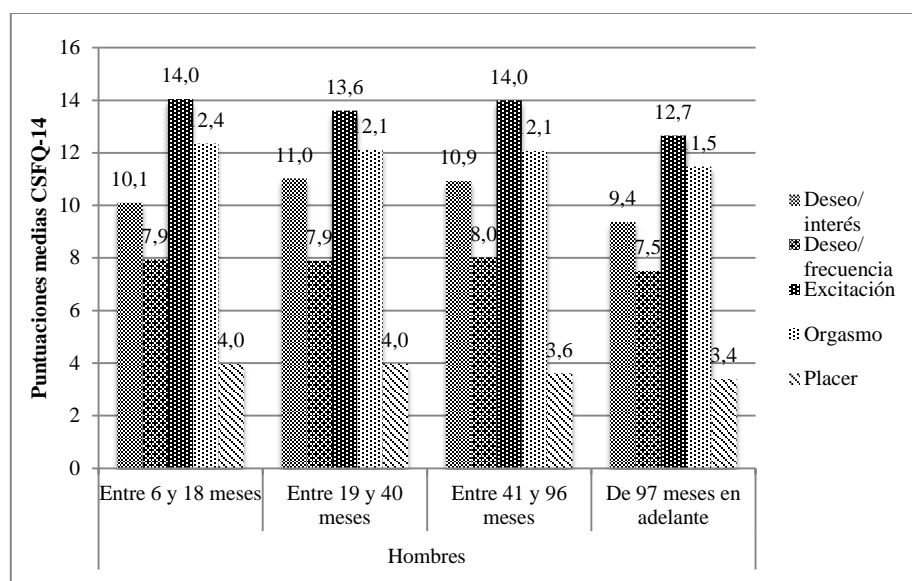
meses ($p < 0.01$), los que llevaban entre 19 y 40 meses ($p < 0.01$) y los que llevaban entre 41 y 96 meses ($p < 0.01$).



Gráfica 48. Porcentaje de Insatisfacción sexual para los participantes según su tiempo de relación.

En lo que se refiere a la disfunción sexual, en el caso de los hombres que tenían un tiempo de relación entre 19 y 40 meses, presentaron la mayor puntuación en el componente de deseo/interés, mientras que los hombres con relaciones entre 41 y 96 meses presentaron la mayor puntuación en el deseo/frecuencia y excitación, y los que tenían una relación entre 6 y 18 meses presentaron la mayor puntuación en el orgasmo y placer (Ver gráfica 49). Se encontraron diferencias significativas en las medias de los hombres de los grupos según el tiempo de relación en las puntuaciones del CSFQ-14 en los componentes de deseo/interés ($F_{(3,192)}=4.14$; $p < 0.01$) entre los que tenían

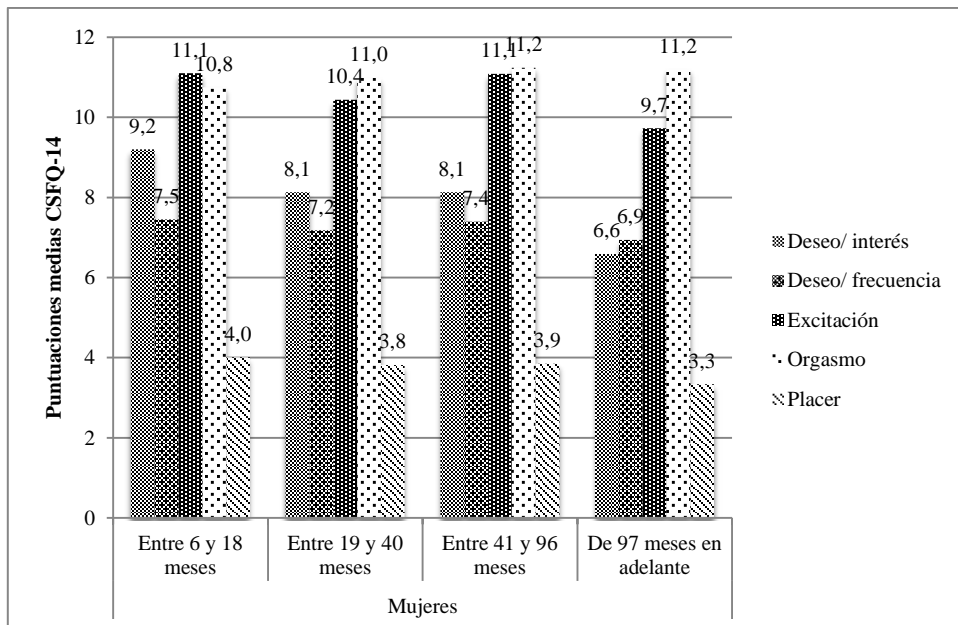
una relación mayor a 97 meses de duración y los que llevaban entre 19 y 40 meses ($p < 0.05$) y los que llevaban entre 41 y 96 meses ($p < 0.05$). Para la excitación se encontraron diferencias ($F_{(3,192)} = 6.18$; $p < 0.01$) entre los que llevaban más de 97 meses y entre 6 y 18 meses ($p < 0.01$) y entre 41 y 96 meses ($p < 0.01$). Por último el componente de placer presentó diferencias ($F_{(3,192)} = 3.74$; $p < 0.05$) entre los que llevaban entre 19 y 40 meses y los que llevaban más de 97 meses de relación ($p < 0.05$).



Gráfica 49. Puntuaciones medias en el CSFQ-14 para los participantes hombres según su tiempo de relación.

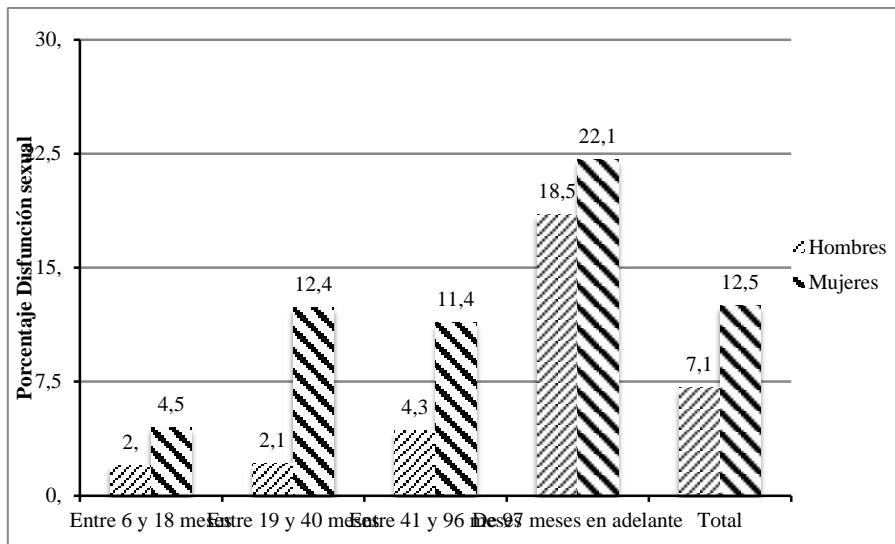
Para las mujeres, aquellas que tenían una relación de pareja entre 6 y 18 meses presentaron los mayores puntajes en los componentes de deseo, excitación y placer, mientras que las mujeres con relaciones entre

41 y 96 años presentaron la mayor puntuación en el componente del orgasmo (Ver gráfica 50). Se encontraron diferencias significativas en las medias de las mujeres de los grupos según el tiempo de relación en las puntuaciones del CSFQ-14 en los componentes de deseo/interés ($F_{(3,437)}=20.06$; $p<0.01$) entre las que llevaban más de 97 meses de relación y las que llevaban menos de 97 meses ($p<0.01$). En el deseo/frecuencia se encontraron diferencias ($F_{(3,437)}=3.32$; $p<0.05$) entre las que llevaban entre 6 y 18 meses y los que llevaban más de 97 meses ($p<0.05$). Para el componente de excitación ($F_{(3,437)}=8.55$; $p<0.01$) se encontraron diferencias entre las que llevaban entre 6 y 18 meses y los que llevaban más de 97 meses ($p<0.01$) y los que llevaban entre 41 y 96 meses ($p<0.01$). Por último para el placer se presentaron diferencias ($F_{(3,437)}=8.75$; $p<0.01$) entre las que llevaban más de 97 meses de relación y las que llevaban menos de 97 meses ($p<0.01$).



Gráfica 50. Puntuaciones medias en el CSFQ-14 para las participantes mujeres según su tiempo de relación.

De esta forma, las personas que tenían una relación de pareja de 97 meses de duración en adelante presentaron el mayor porcentaje tanto para hombres (18.5%) como para mujeres (22.1%). Por el contrario, las personas con relaciones que tenían una duración de entre 6 y 18 meses informaron de los menores porcentajes de disfunción tanto en hombres (2%) como en mujeres (4.5%) (Ver gráfica 51).



Gráfica 51. Porcentaje de Disfunción sexual para los participantes según su tiempo de relación.

3.4 Evaluación de Modelos Causales

Se realizaron Análisis de Varianza (ANOVA) de una vía y Análisis pos hoc para examinar el efecto de la categoría diagnóstica en la frecuencia y aceptación del comportamiento de la pareja, el ajuste diádico, los cambios en la función sexual -masculina y femenina-, y la insatisfacción sexual. Las variables de frecuencia total de interacciones positivas con la pareja y de frecuencia total de interacciones negativas con la pareja presentaron altos niveles de Curtosis (5.74 (E=0.193) y 56.98 (E=0.193) respectivamente). Por lo tanto, se realizó una corrección de datos atípicos en dichas variables estableciendo puntos de corte de +/- 3 desviaciones estándar. Después de realizar la corrección, la curtosis de

la frecuencia de interacciones positivas y negativas se redujo significativamente (0.018 y 3.78 respectivamente).

La tabla 18 muestra los estadísticos descriptivos de las variables criterio para cada categoría diagnóstica, incluyendo los factores que las conforman. Se encontró que la categoría diagnóstica tiene un efecto significativo en todas las variables criterio. Los participantes con MSd reportaron promedios significativamente mayores de insatisfacción sexual, y cambio en la función sexual (masculina y femenina) en comparación con los participantes sin patología (categoría normal). Además, en el caso del cambio en la función sexual masculina, el promedio de los participantes con MSd fue significativamente mayor al de los participantes en la categoría POE. Por otro lado, los participantes en la categoría diagnóstica POE (alguna patología orgánica específica) presentan un promedio de ajuste diádico significativamente menor que el de los participantes sin patología (categoría normal).

Tabla 18.

Promedios de frecuencia y aceptación del comportamiento de la pareja, ajuste diádico, cambio en la función sexual (femenina y masculina) e insatisfacción sexual según la categoría diagnóstica de los participantes.

	MSd	POE	GN	F	GI	p
<i>Inventario de Frecuencia y Aceptación del Comportamiento de la Pareja (FAPBI)</i>						
<i>Frecuencia del comportamiento de la pareja</i>						
Frecuencia Total Positivas	269.6926 _a	396.8392 _b	491.784 _b	17.401	(2, 634)	.000
Frecuencia Total Negativas	26.929 _a	56.832 _b	48.367 _b	4.232	(2, 634)	.015
Frecuencia Afectividad	123.726 _a	188.737 _b	244.484 _c	16.355	(2, 634)	.000
Frecuencia Cercanía	145.965 _a	213.635 _b	240.461 _b	8.0785	(2, 634)	.001
Frecuencia Exigencias	20.658 _a	29.822 _b	22.040 _a	1.3784	(2, 634)	.252
Frecuencia Falta de Respeto	6.389 _a	30.142 _b	26.743 _b	8.315	(2, 634)	.000
<i>Aceptación del Comportamiento de la pareja</i>						
Aceptación Total Positivas	6.434236 _a	5.903984 _b	6.535042 _a	5.619	(2, 634)	.004
Aceptación Total Negativas	7.283688 _a	4.731586 _b	4.667401 _b	34.230	(2, 634)	.000
Aceptación Afectividad	6.453901 _a	6.726592 _a	7.383994 _b	11.539	(2, 634)	.000
Aceptación Cercanía	6.426862 _a	5.595506 _b	6.216685 _a	6.012	(2, 634)	.003
Aceptación Exigencias	6.631206 _a	4.382022 _b	4.258443 _b	26.145	(2, 634)	.000
Aceptación Falta de Respeto	7.737589 _a	4.906367 _b	4.871880 _b	35.654	(2, 634)	.000
<i>Escala de ajuste diádico (DAS)</i>						
DAS Total	24.4468 _{a,c}	24.2921 _{b,a}	25.5639 _c	3.901	(2, 634)	.021
DAS Consenso	12.5957 _a	10.8090 _b	11.4626 _c	15.297	(2, 634)	.000
DAS Cohesión	8.5426 _a	10.1573 _b	10.5507 _c	18.359	(2, 634)	.000
DAS Satisfacción	3.3085	3.3258	3.5507	1.934	(2, 634)	.145
<i>Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual (CSFQ) Hombres</i>						
CSFQ masculino Total	51.8947 _a	56.0400 _b	58.0451 _b	19.621	(2, 193)	.000
Deseo/ interés masculino	8.1053 _a	10.1600 _b	10.9774 _b	18.699	(2, 193)	.000
Deseo/ frecuencia masculino	7.5526	7.5600	7.9549	2.796	(2, 193)	.064

Emoción /excitación masculino	12.1316 _a	13.6000 _b	13.9323 _b	14.404	(2, 193)	.000
Orgasmo/finalización masculino	11.1053 _a	11.8800 _{a,b}	12.2556 _{b,c}	6.346	(2, 193)	.002
Placer masculino	3.1579 _a	3.7200 _{a,b}	3.8872 _{b,c}	7.245	(2, 193)	.001

Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual (CSFQ) Mujeres

CFQ femenino Total	45.5714 _a	48.2500 _{a,b}	49.8723 _{b,c}	8.594	(2, 438)	.000
Deseo/ interés femenino	5.4821 _a	7.8906 _b	8.5078 _b	36.693	(2, 438)	.000
Deseo/ frecuencia femenino	6.3750 _a	7.2344 _b	7.4050 _b	14.895	(2, 438)	.000
Emoción /excitación femenino	9.9821	10.6563	10.7040	2.260	(2, 438)	.106
Orgasmo/finalización femenino	11.2679	10.6250	11.0841	.917	(2, 438)	.400
Placer femenino	3.3929 _a	3.5938 _{a,b}	3.8598 _{b,c}	5.938	(2, 438)	.003

Índice de Satisfacción Sexual (ISS)

ISS Total	26.2199 _a	25.3783 _{a,b}	21.2878 _{b,c}	5.704	(2, 634)	.004
-----------	----------------------	------------------------	------------------------	-------	----------	------

MSd=síndrome metabólico, POE=patología orgánica específica, y Normal= sin diagnóstico de MSd o POE.

Nota: dentro de cada fila, los promedios con diferentes subíndices (a, b, c) difieren según el nivel 0,05 de significación, de acuerdo con la prueba de Bonferoni.

Posteriormente, se realizaron análisis de covarianza (ANCOVA) para examinar el efecto de la categoría diagnóstica en la frecuencia y aceptación del comportamiento de la pareja, el ajuste diádico, los cambios en la función sexual (masculina y femenina), y la insatisfacción sexual, controlando el efecto del sexo (excepto en las variables cambios en la función sexual), la edad, el tiempo de relación, la convivencia (convive con su pareja –Sí=0 o No=1), el estatus laboral (Trabaja –Sí=0

o No=1), y la orientación de género (Heterosexual = 0 u otras orientaciones sexuales (lesbianas, gays, bisexuales) =1).

La edad tuvo un efecto significativo en la aceptación de interacciones negativas ($F_{(1,596)}=7.000$, $p=0.008$) y la frecuencia total de interacciones positivas ($F_{(1,596)}=4.212$, $p=0.041$). El tiempo de relación tuvo un efecto significativo en la insatisfacción sexual ($F_{(1,412)}=18.115$, $p=0.009$) y el cambio en la función sexual femenina ($F_{(1,596)}=9.692$, $p=0.002$). La convivencia tuvo un efecto significativo en la insatisfacción sexual ($F_{(1,596)}=4.653$, $p=0.031$), la frecuencia total de interacciones positivas ($F_{(1,596)}=21.043$, $p=0.000$), la aceptación de interacciones negativas ($F_{(1,596)}=11.673$, $p=0.001$) y el cambio en la función sexual femenina ($F_{(1,412)}=3.954$, $p=0.047$). El estatus laboral tuvo un efecto significativo en la aceptación de interacciones positivas ($F_{(1,596)}=5.479$, $p=0.017$). Y la orientación de género tuvo un efecto significativo en la insatisfacción sexual ($F_{(1,596)}=12,131$, $p=0.001$) y la aceptación de interacciones negativas ($F_{(1,596)}=5.453$, $p=0.02$).

Después de controlar los efectos de los factores demográficos (sexo, edad, nivel de estudios, el tiempo de relación, la convivencia, el estatus laboral y orientación sexual), se encontró que la categoría diagnóstica tiene un efecto significativo en las interacciones positivas, la aceptación de interacciones positivas, la aceptación de interacciones negativas, el ajuste diádico, el cambio en la función sexual masculina y

la insatisfacción sexual. Las comparaciones por pares (ver tabla 2) muestran que los participantes con MSd reportan promedios significativamente menores de interacciones positivas, y significativamente mayores de aceptación de interacciones negativas e insatisfacción sexual, en comparación con las demás categorías diagnósticas. Por otro lado, los participantes en la categoría diagnóstica POE reportaron promedios significativamente más bajos en aceptación de interacciones positivas y ajuste diádico, en comparación con la categoría diagnóstica sin patología.

Tabla 19.

Promedios de frecuencia y aceptación del comportamiento de la pareja, ajuste diádico, cambio en la función sexual e insatisfacción sexual según la categoría diagnóstica de los participantes, controlando el efecto de los factores demográficos.

	MSd	POE	GN	F	gl	P
<i>Inventario de Frecuencia y Aceptación del Comportamiento de la Pareja (FAPBI)</i>						
Frecuencia Total Positivas	269.6926_a	414.0755_{b,a}	497.037_{c,b}	8.196	(9, 596)	.000
Aceptación Total Positivas	6.4342_{a,c}	5.7937_{b,a}	6.5304_c	6.395	(9, 596)	.002
Frecuencia Total Negativas	26.9294	63.899	47.922	2.246	(9, 596)	.107
Aceptación Total Negativas	2.2837_a	4.3362_b	4.6457_b	17.219	(9, 596)	.000
Frecuencia Afectividad	123.7266 _a	193.1997 _{b,a}	246.4394 _{c,b}	3.186	(9, 596)	.042
Frecuencia Cercanía	145.9660 _a	227.1915 _b	243.4932 _b	13.005	(9, 596)	.000
Frecuencia Exigencias	20.6586	33.6310	21.8218	2.295	(9, 596)	.102
Frecuencia Falta de Respeto	6.3894 _a	33.8416 _{b,a}	27.0593 _{b,c}	4.385	(9, 596)	.013
Aceptación Afectividad	6.4539 _a	6.6197 _{b,a}	7.3758 _{b,c}	6.296	(9, 596)	.002
Aceptación Cercanía	6.4269 _a	5.4840 _{b,a}	6.2134 _{c,a}	5.815	(9, 596)	.003
Aceptación Exigencias	6.6312 _a	4.5043 _b	4.8314 _b	12.330	(9, 596)	.000
Aceptación Falta de Respeto	7.7376 _a	27.0256 _b	28.9882 _b	28.814	(9, 596)	.000

Escala de ajuste diádico (DAS)

DAS Total	24.4468_{a,c}	24.0256_a	25.5542_{b,c}	3.233	(9, 596)	.040
DAS Consenso	12.5957 _a	10.6538 _b	11.4717 _a	6.600	(9, 596)	.001
DAS Cohesión	8.5426 _a	10.0769 _{b,a}	10.5142 _{b,c}	6.083	(9, 596)	.002
DAS Satisfacción	3.3085	3.2949	3.5684	1.877	(9, 596)	.154

Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual (CSFQ) Hombres

CSFQ masculino Total	51.8947_a	54.9048_{b,a}	58.1034_{c,b}	8.158	(8, 166)	.000
Deseo/ interés masculino	8.1053 _a	9.6190 _{b,a}	10.9741 _{c,b}	7.972	(8, 166)	.000
Deseo/ frecuencia masculino	7.5526	7.3810	7.8621	1.516	(8, 166)	.223
Emoción /excitación masculino	12.1316 _a	13.3333 _{b,a}	14.0948 _{c,b}	9.225	(8, 166)	.000
Orgasmo/finalización masculino	11.1053	11.7619	12.2845	1.453	(8, 166)	.237
Placer masculino	3.1579 _a	3.5714 _{b,a}	3.9052 _{c,b}	4.801	(8, 166)	.009

Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual (CSFQ) Mujeres

CFQ femenino Total	45.5714	48.0175	49.7208	1.772	(8, 412)	.171
Deseo/ interés femenino	5.4821 _a	7.9825 _{b,a}	8.4156 _{c,b}	3.488	(8, 412)	.031
Deseo/ frecuencia femenino	6.3750 _a	7.1930 _{b,a}	7.3864 _{c,b}	3.804	(8, 412)	.023
Emoción /excitación femenino	9.9821	10.5965	10.6851	.615	(8, 412)	.541
Orgasmo/finalización femenino	11.2679 _a	10.5088 _{b,c}	11.0714 _{c,a}	3.915	(8, 412)	.021
Placer femenino	3.3929	3.5614	3.8604	2.540	(8, 412)	.080

Índice de Satisfacción Sexual (ISS)

ISS Total	26.2199_a	25.8120_{a,b}	20.8994_{b,c}	9.489	(9, 596)	.000
------------------	----------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------	-----------------	-------------

Nota: dentro de cada fila, los promedios con diferentes subíndices difieren según el nivel 0,05 de significación, de acuerdo con la prueba de Bonferoni.

Además de los análisis de varianza (ANOVA) y covarianza (ANCOVA), se realizaron análisis de camino (path analysis) usando ecuaciones estructurales para modelar las relaciones entre el diagnóstico de patología orgánica (participante diagnosticado con al menos un

criterio de patología orgánica=1 y participantes sin diagnóstico de patología=0), el perfil demográfico de los participantes (el tiempo de relación, la convivencia, el nivel de estudios, la orientación sexual, la edad, el sexo, el estatus laboral), la insatisfacción sexual y el ajuste diádico. La edad, el sexo y el estatus laboral fueron estadísticamente irrelevantes (no tuvieron efectos significativos en las variables criterio), y fueron removidos del modelo para mejorar los estadísticos de ajuste (χ^2 , CFI y RMSEA). Las covarianzas entre el tiempo de relación y el diagnóstico de patología orgánica, la convivencia y el diagnóstico de patología orgánica, el nivel educativo y el diagnóstico de patología orgánica, y el nivel educativo y la orientación sexual se incluyeron en el modelo de acuerdo con los índices de modificación (modification Index) proporcionados por el software AMOS 21.

Se encontró un modelo que se ajustó relativamente bien a los datos ($\chi^2_{(6)}=7.783$, $p=0.254$; CFI=0.997; RMSEA=0.022). En la figura X1, los coeficientes estandarizados del modelo están representados sobre las líneas unidireccionales (camino). Todas las covarianzas del modelo fueron significativas (ver tabla 20). Se encontraron asociaciones positivas entre el tiempo de relación y la convivencia, el nivel de estudios y el diagnóstico de patología, y entre el nivel de estudios y la orientación sexual; y asociaciones negativas entre el tiempo de relación y

el diagnóstico de patología, la convivencia y el diagnóstico de patología, y el nivel de estudios y el tiempo de relación.

Tabla 20

Covarianzas del modelo hipotético de camino

	Variables	Covarianza	E.	C.R.	p
Tiempo de Relación	↔ Convivencia	.302	.023	13.157	.000
Tiempo de Relación	↔ Diagnóstico de patología	-.192	.020	-9.830	.000
Convivencia	↔ Diagnóstico de patología	-.066	.009	-7.225	.000
Nivel de estudios	↔ Tiempo de Relación	-.157	.042	-3.708	.000
Nivel de estudios	↔ Diagnóstico de patología	.106	.023	4.641	.000
Nivel de estudios	↔ Orientación sexual	.047	.015	3.116	.002

Los resultados del modelo sugieren que la insatisfacción sexual ($p=0.00$) y el diagnóstico de patología ($p=0.011$) afectan negativa y significativamente al ajuste diádico. Sin embargo, el efecto del diagnóstico de patología en la insatisfacción sexual no fue significativo ($p=0.381$). Por consiguiente, el efecto indirecto del diagnóstico de patología en el ajuste diádico, mediado por la insatisfacción sexual, tampoco puede considerarse significativo. Por otro lado, se encontró que el tiempo de relación ($p=0.00$), la convivencia ($p=0.018$) y la orientación sexual ($p=0.00$), afectan positiva y significativamente a la insatisfacción sexual. La convivencia ($p=0.005$) y la orientación sexual ($p=0.015$)

afectaron positiva y significativamente el ajuste diádico. El nivel de estudios afectó negativa y significativamente el ajuste diádico ($p=0.026$). Por último, se puede señalar que el efecto indirecto del tiempo de relación, la convivencia y la orientación sexual en el ajuste diádico, por medio de la insatisfacción sexual, fue significativo.

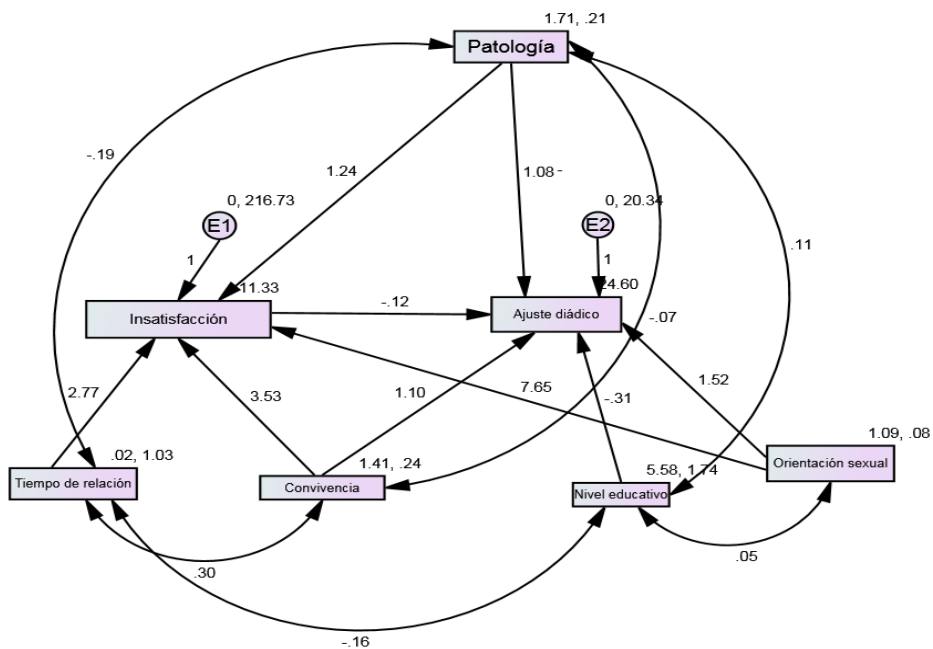


Figura 1. Modelo hipotético de camino. Los coeficientes estandarizados del modelo aparecen sobre las líneas unidireccionales (caminos).

Para determinar si el diagnóstico de la patología es más importante que los factores demográficos en el ajuste del modelo estructural, o *viceversa*, se realizó un segundo análisis de camino,

anidado en el primero, en el que se eliminó el efecto del diagnóstico de patología en la insatisfacción sexual y el ajuste diádico. El modelo anidado mostró un buen ajuste con los datos ($\chi^2_{(5)}=4.465$, $p=0.461$; CFI=0.99; RMSEA=0.0001). La figura 2 muestra los coeficientes estandarizados del modelo anidado (todos significativos al nivel 0.05) y las covarianzas (todas significativas al nivel 0.05). El ajuste del modelo anidado no es significativamente distinto al del primer modelo ($\chi^2_{(2)}=2.653$, $p>0.05$). Por lo tanto, se puede concluir que el modelo anidado es superior al primer modelo, debido a es más parsimonioso y se ajusta igual de bien a los datos.

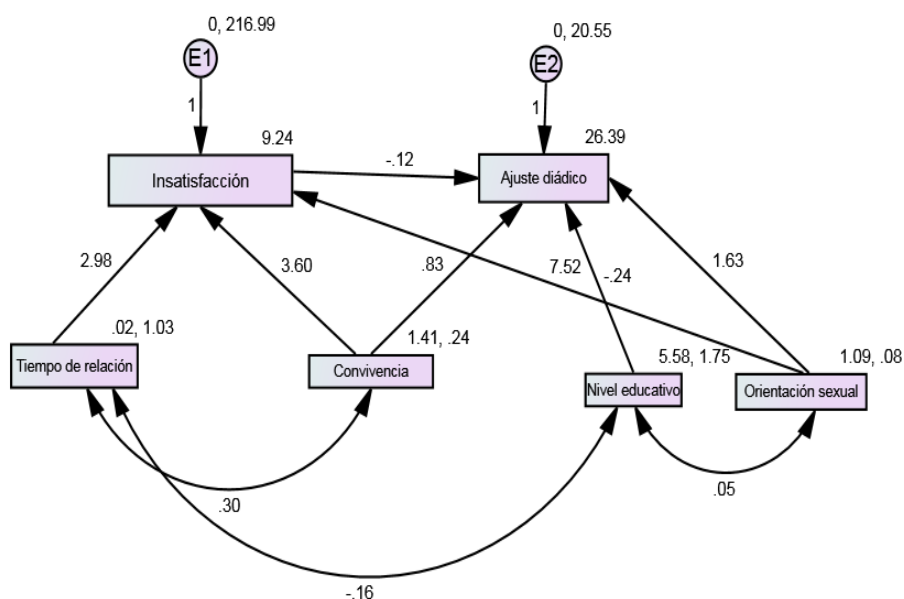


Figura 2. Modelo anidado.

CAPITULO IV.

DISCUSSION

El objetivo general de este trabajo de investigación fue establecer si existen diferencias en el ajuste diádico y la satisfacción sexual entre personas con y sin síntomas de patología orgánica de tipo metabólico en una muestra de sujetos colombianos que acudieron a un Hospital de la zona centro en la ciudad de Bogotá, y clarificar qué variables la afectan de manera favorable o desfavorable identificando un modelo explicativo sobre el ajuste diádico y la satisfacción sexual derivado de las pruebas y medidas. Para cumplirlo, se describieron las variables sociodemográficas y del diagnóstico de patología metabólica, y se analizó la relación que podía haber entre ellas.

A continuación se discutirán los resultados obtenidos respecto a los objetivos propuestos, con la salvedad del papel del género que será discutido en relación con cada objetivo, tal y como se ha trabajado en los resultados. Al final del capítulo se ofrecerá una discusión general que recoge e integra la totalidad de los hallazgos obtenidos.

Tal y como se ha indicado en el capítulo correspondiente, las primeras tareas de la presente tesis han sido describir los factores sociodemográficos relacionados con la satisfacción sexual y el ajuste diádico, así como su relación con la frecuencia y aceptación de los comportamientos positivos y negativos de la pareja.

La distribución por género en la población total fue de 69% de mujeres y 31% de hombres, lo que significa que por cada tres mujeres participantes, solo un hombre se involucró en el estudio. Si bien esto se puede considerar un factor adverso al análisis comparativo por género respecto de las variables de interés, y reconociendo como limitación del estudio el no haber contemplado un marco muestral representativo y aleatorizado para esta variable, tal distribución se acerca a la información de censo poblacional para el país según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el 2010, en el que las mujeres representan mayor proporción de la población en todos los grupos poblacionales excepto en el grupo de 0 a 14 años donde el 51% son hombres y el 49% mujeres. Esta diferencia también se pueden deber al acceso diferencial a los servicios sanitarios hospitalarios, lugar en donde se realizó la convocatoria al estudio, atribuible en parte a que el 90,6% de las mujeres se encuentra afiliada a seguridad social en salud, mientras que la proporción de hombres afiliados es 87,7%, y que de ellos, la mayor parte labora y tiene por tanto, menor posibilidad de asistencia a las actividades requeridas para la evaluación como también es reportado por el DANE.

Cuando se analiza la distribución por grupos, se encuentra que si bien se mantiene la diferencia proporcional entre mujeres y hombres, tanto en el grupo con síndrome metabólico (MSd) como en el grupo de

patología orgánica específica (POE) se reduce a un 10% de margen, lo que corrobora los indicadores de prevalencia de casos de enfermedad metabólica en ambos sexos (OMS, 2012^a; Navarro y Vargas 2008; Villegas, Botero, Arango, Arias, y Toro, 2003) y contradice los resultados presentados por Pinzón y cols. (2007) quienes reportan que la prevalencia era mayor en hombres. De todas formas es plausible considerar que la disposición de ellas para abordar estos temas es mayor en comparación con los hombres, que son menos abiertos a hacer públicas sus opiniones, tal y como lo indican diversos autores (Marwick, 1999; Nussbaum, Singh, y Pyles, 2004)

El análisis descriptivo indica que casi un 25% de las mujeres y de los hombres puntuaron con desajuste diádico, que las mujeres que menores puntuaciones obtuvieron en el DAS-7 fueron aquellas del grupo con sintomatología específica (POE), seguidas del grupo con síndrome metabólico (MSd). Sin duda, ellas como los hombres que no tienen sintomatología orgánica y hacen parte del grupo normal (GN), tienen los mejores puntajes en la medida de ajuste diádico, con promedios por encima del 77%. Caso distinto se observa para los hombres del grupo POE, quienes mejores puntuaciones obtuvieron en el DAS-7, incluso por encima del GN. Esta información apoya la idea inicial acerca de que las personas con enfermedades crónicas tienen mayor afectación en aspectos

psicosociales, tal y como fuera hipotetizado, pero además referido ampliamente por la literatura (Ubillos, Paez y González, 2000).

Ahora bien, al analizar las características del ajuste diádico según la formulación de Spanier (1976), el consenso es la categoría que mayor puntuación obtiene y la satisfacción la menor. Esto indica que para ambos sexos, el mayor nivel de ajuste y coincidencia con la pareja se encuentra en áreas como la economía, las tareas domésticas, la crianza hijos, las amistades y las relaciones con los familiares; mientras que la cohesión o la implicación en actividades conjuntas y el intercambio afectivo y de ideas, es la categoría del ajuste diádico que podría resultar problemática para la relación, especialmente en las mujeres con MSd.

Al evaluar el ajuste diádico focalizando los comportamientos que caracterizan la interacción durante el último mes, se identifica que según la evaluación general de las mujeres y hombres, la interacción de la pareja hacia ellas es típicamente positiva, en las mujeres especialmente en comportamientos de cercanía según la clasificación de Doss y Christensen (2006), los cuales coinciden con la calificación dada en el DAS-7, por cuanto la cercanía abarca las decisiones financieras, el tiempo compartido, la crianza de los hijos, actividades sociales, soluciones intentadas y tareas del hogar. Si bien los promedios de comportamientos positivos son altos en todos los grupos, las mujeres del

GN tienen mayor interacción positiva caracterizada por comportamientos de afectividad más frecuentes y aceptables para ellas, categoría que comprende la intimidad verbal, la intimidad física y la actividad sexual. Es de anotar aún así que al comparar los promedios entre los grupos, la tasa de conductas positivas del grupo con MSd es apenas la mitad de la tasa del GN y del grupo POE. Se tiene entonces que las personas con condición de obesidad y con problemas metabólicos, tienen un patrón de reciprocidad positiva menos satisfactorio que las demás. Lo anterior resulta relevante cuando se recuerda que patrones de interacción diádica en los que la tasa de interacciones positivas supere las negativas, son más satisfactorios y predicen la estabilidad y perdurabilidad de la relación, por cuanto se soportan en dinámicas de reciprocidad positiva (Epstein y Baucom, 2002) que permiten manejar situaciones de conflicto y periodos de crisis.

Esto de todas formas debe ser analizado con cuidado, pues la baja tasa de comportamientos negativos no es un indicador de ajuste. Como se describió en el capítulo correspondiente, los comportamientos considerados negativos cumplen una función dentro de la relación, pues le permiten a los miembros de la pareja identificar y motivar patrones de cambio (McNulty y Russell, 2010). En este sentido, la baja tasa de comportamientos negativos en todos los grupos puede mostrar que las personas, especialmente las mujeres son menos proclives a identificar

y/o reportar la interacción negativa por parte de sus parejas. La mayor frecuencia de comportamientos positivos en comparación con los negativos es también informado por Doss y Christensen (2006), tanto entre parejas que asistían a terapia como las que no lo hacían.

De todos los comportamientos negativos, los relacionados con exigencias (abuso verbal, críticas, control y autoritarismo) fueron los más frecuentes para las mujeres MSd, aunque la violación o falta de respeto (infidelidad, deshonestidad, comportamientos adictivos, abuso físico, invasión de privacidad e incumplimiento de acuerdos) lo fue para las del POE y el GN. Sin duda, las mujeres del grupo MSd tienen una diferencia significativa con respecto a los demás grupos, pues según ellas sus parejas tienen comportamientos negativos de este tipo en promedio al menos cinco veces por mes. En otras palabras, se puede decir que ser mujer obesa o con alguna condición de enfermedad metabólica incrementa la vulnerabilidad a recibir mal trato por parte de la pareja, especialmente en términos de abuso verbal, críticas y autoritarismo, y que las parejas de las mujeres sin patología si bien les faltan mas al respeto violando los acuerdos, en el trato cotidiano se comportan mejor. Si bien estos resultados no son del todo comparables con los reportados en otros estudios, debido a la variedad en el instrumento de evaluación, si coinciden con lo referido por Whisman y Uebelacker (2012) y Whisman y cols (2010), al mostrar diferencias de género en relación con

el ajuste diádico y los indicadores del MSd, pues las mujeres enfermas reportan mayor desajuste en el tiempo que los hombres.

Más interesante aún cuando se considera el grado de aceptación del comportamiento de la pareja, pues como lo señalan Doss y Christensen (2006) y Christensen y Jacobson (1998) cuando se empiezan a presentar las diferencias entre la pareja, si bien al inicio los compañeros las aceptan, con el tiempo esas incompatibilidades se vuelven costosas, se presenta la frustración y comportamientos de demanda y de retirada; lo cual conduce a interacciones coercitivas, de vilipendio y de polarización. Para el caso de las mujeres en todos los grupos, la aceptación de los comportamientos negativos no superó los siete grados en una escala de diez, lo que indica que no hay una aceptación total con la interacción de forma similar a los resultados de Doss y Christensen (2006) en los cuales las mujeres que asistían a terapia de pareja presentaron una media de aceptación de cinco puntos y las que no asistían a terapia de ocho puntos.

Es interesante comprobar que las mujeres MSd aceptan en mayor grado los comportamientos negativos de su pareja, superando en más de tres puntos a las del POE y del GN; que es más aceptable para ellas la violación de acuerdos y la falta de respeto que las exigencias, pero además que comparativamente, aceptan más los comportamientos

negativos de sus parejas que los positivos. Mientras, para las mujeres de los otros dos grupos se invierte la ponderación, es decir, tanto las del POE como las del GN aceptan más los comportamientos positivos que los negativos (con al menos dos puntos de diferencia entre unos y otros), con mayor valoran más favorablemente los comportamientos de afectividad. Lo anterior puede explicarse porque las parejas de MSd son las que más tiempo llevan juntas y porque como lo señalan Karney y Bradbury (1995) con el tiempo las parejas tienden a ser más estables aunque reporten también mayor frecuencia de interacción negativa; pero además apoya lo que han demostrado los modelos explicativos del aprendizaje social, en los que se concluye que los comportamientos negativos típicos de reciprocidad aversiva, se asocian con una disminución en la satisfacción de la pareja y/o una mayor probabilidad de divorcio (Bandura, 1969, Epstein y Baucom, 2002; McNulty y Russell, 2010).

En contraste, los hombres del grupo sin enfermedad (GN) identificaron con más frecuencia los comportamientos positivos de su pareja, en promedios mensuales mucho mayores que los de los grupos con enfermedad (MSd y POE), siendo los de afectividad los que tuvieron mayor tasa mensual y los de cercanía los menores; y al igual que para las mujeres, el grado de aceptación osciló entre cinco y siete grados, siendo mayor la aceptación de comportamientos para los hombres con MSd, y

curiosamente más aceptables los comportamientos negativos que los positivos. Lo anterior se asemeja a los resultados presentados por Doss y Christensen (2006) con respecto a la frecuencia de afectividad en contraste con la frecuencia de comportamientos de cercanía para el caso de los hombres, así como la mayor aceptación de comportamientos de cercanía y falta de respeto de la pareja.

Por otra parte, al analizar la frecuencia y aceptación de comportamientos de la pareja en función del estado civil se encontró que los hombres que estaban casados o cohabitaban con su pareja reportaron mayor frecuencia de comportamientos de cercanía y mayor porcentaje en el DAS-7. También se presentó una diferencia de género en la aceptación de acuerdo al estado civil, siendo los hombres casados los que presentaron la mayor aceptación de los comportamientos de la pareja. Todos estos datos coinciden con los de Doss y Christensen (2006) y permiten concluir como lo afirman McNulty & Russell, 2010, que el comportamiento negativo no siempre genera insatisfacción en las parejas.

Por la continuidad en el asunto del análisis del ajuste diádico en función de variables sociodemográficas por género, hay que decir desde ya que las mujeres y hombres homosexuales tienen los promedios de ajuste más bajos (solo el 61% y 68% respectivamente), en comparación

con los heterosexuales que alcanzan un promedio del 77%. El total de las mujeres bisexuales refieren ajuste diádico, en tanto solo el 66% de los hombres bisexuales lo reportó. A pesar de lo anterior no se presentaron diferencias significativas entre los géneros, lo que respalda los resultados de Cuenca, Graña, Peña y Andreu (2013), sobre la inexistencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres heterosexuales con respecto a las puntuaciones en el DAS, así como los de Silva y Marques (2013) sobre parejas heterosexuales y parejas homosexuales. Teniendo en cuenta el género, se presentan puntuaciones similares en los componentes de consenso y satisfacción, análogos a los hallazgos de Tam, Lee, Har, Chua (2011) sobre la no existencia de diferencias significativas en el consenso y satisfacción entre hombres y mujeres.

En cuanto a la ocupación, las mujeres desempleadas tienen mejor ajuste diádico que las mujeres empleadas o las que trabajan de forma independiente, pero al menos la mitad de las pensionadas refirió un ajuste diádico bajo. No se comportan de la misma forma los datos para los hombres pensionados, que en su totalidad puntuaron alto en el DAS-7, así como quienes trabajan de manera independiente son los que menores puntuaciones obtuvieron. De la misma forma se pudo ver cuando se analizó el estado civil, y se encontró que hombres y mujeres casados tuvieron el mayor porcentaje de ajuste, seguidos por los solteros y los que viven en unión libre. Si bien, tanto hombres como mujeres

separados tuvieron el menor porcentaje de ajuste diádico (solo el 42% de ellos), hay diferencias importantes entre hombres y mujeres, pues mas de la mitad de los hombres separados se reportaron con ajume diádico, mientras que solo el 28% de ellas lo hizo. Aquí se encontraron diferencias significativas en la satisfacción entre parejas que estaban casadas o cohabitaban y las que eran solteras o no cohabitaban al igual que lo presentan Tam y cols. (2011), pero a diferencia de los autores citados se presentaron diferencias significativas en el componente de consenso.

Si se analiza el grado de ajuste diádico por edad, se encuentra coincidencia con aquellos estudios que muestran que a medida que pasan los años, el grado de satisfacción y ajuste con la pareja tiene pocas variaciones, identificando el más alto pico de ajuste para aquellos que están en el rango de 18 a 22 años, momento en el cual hay un decremento que vuelve a estabilizarse a partir de los 36 años hacia adelante. Es de anotar que hay una variación en el nivel de ajuste diádico para hombres y para mujeres, pues para ellas la tendencia es a la estabilidad (los puntajes no oscilan más de uno o dos puntos porcentuales luego de los 30 años), mientras que para los hombres hay dos periodos de mayor ajuste entre los 18 y 22 años y entre los 28 y 35 años, disminuyendo al menos en un diez por ciento en los otros periodos

de edad, con menor satisfacción entre los 23 y 27 años, como ya se indicó.

Ahora, cuando se observa la variación del ajuste en función del tiempo de relación, es posible ver que la población del estudio se comportó de forma análoga a como otros estudios han mostrado en cuanto a que el ajuste diádico es alto en los primeros dos años de una relación, tiene una disminución al rededor de los 5 años y luego se estabiliza o mejora levemente de los 8 años hacia adelante. Estos hallazgos coinciden con lo informado por Karney y Bradbury (1995) sobre que la estabilidad de la relación de pareja y la satisfacción marital no son variables intercambiables aunque se relacionen entre sí. La comparación por género no muestra diferencias importantes, excepto en quienes tienen mas de 8 años de relación, cuando se identifica una diferencia porcentual entre hombres y mujeres, estando ellas menos ajustadas que los hombres según el DAS-7, confirmando hallazgos de Bradbury, Fincham y Beach (2000); Amato (2007); Amato, Johnson, Booth y Rogers (2003) sobre como la edad y el nivel educativo inciden en la satisfacción de la pareja. Por su parte, los cambios decrecientes en el ajuste diádico en el tiempo, encontrados aquí van en la misma línea de los de Kurdek, (1999) señalando que usualmente hay un periodo menos satisfactorio y de mayor vulnerabilidad, que decrece durante los

primeros cuatro años de matrimonio y luego se estabiliza alrededor de los ocho años.

Sin embargo, dado que estos resultados solo son susceptible de ser comprendidos en un momento en el tiempo de la relación, por la modalidad transversal del estudio no puede afirmarse con certeza las variaciones en el ajuste o la sexualidad en el tiempo de relación. Es entonces deseable que en futuros estudios se pueda contar con información relativa a la historia de cada individuo y de la díada, en tanto la evaluación que realiza cada persona acerca de su satisfacción con la pareja, depende tanto de la historia individual de aprendizaje como de la historia de interacción con su pareja tal como ha sido señalado por diversos autores (Epstein y Baucom, 2002; Christensen, Jacobson y Babcock, 1995; Osterhout, Frame y Johnson, 2011; South, Krueger y Iacono, 2011).

Las cosas no varían mucho cuando se analiza la satisfacción sexual. Más del setenta por ciento de los participantes refirieron sentirse satisfechos sexualmente; los más insatisfechos están en el grupo con MSd (al rededor del 42%) y la mayor proporción de mujeres con disfunción sexual presentando problemas en las fases de deseo y placer, seguido del grupo POE; mientras que en el caso de los hombres, los del GN están mas insatisfechos que los del POE (30% y 24% respectivamente), y son quienes, en promedio tienen más disfunción

sexual con problemas en la frecuencia de deseo e interés. Lo anterior coincide con los hallazgos de Blümel y cols en el 2009 sobre el decremento de la lubricación vaginal como el más saliente cambio en la función sexual, reportado por las mujeres en casi todos los países de LA.

Muestra también que las mujeres y los hombres sin patología orgánica tienen mejores desempeños desde la perspectiva de la función sexual y se encuentran más satisfechos que los que tienen algún tipo de patología. Es importante considerar los resultados que muestran que en las fases de deseo y placer hay diferencias significativas entre los grupos, mientras que no hubo en las fases de excitación y orgasmo. Estos resultados confirman lo señalado por Zakhari, (2009) respecto a las dificultades en el deseo, lubricación, excitación y orgasmo; así como los de Blumen y cols (2009), quienes informaron que una mayor proporción de cambios en la función sexual en las mujeres no es rara, especialmente en mujeres activas de países latinoamericanos y aunque nuestros datos no permiten establecer prevalencia para compararlos con los de ellos que la establecían en 38% para las mujeres, si podemos decir que encontramos menor incidencia comparativa.

Al analizar la satisfacción y los cambios en la función sexual según la orientación de género, se encuentran diferencias entre los

grupos. Las mujeres homosexuales fueron las que mayores índices de insatisfacción sexual y disfunción sexual tuvieron, seguidas de las heterosexuales y con mayor satisfacción sexual para las bisexuales. No así para los hombres, pues al menos el 60% de los homosexuales estuvo insatisfecho sexualmente, a pesar que no se reportaron casos con disfunción sexual en este grupo, seguido por un 50% de los bisexuales con insatisfacción, sin tampoco ningún caso de disfunción sexual, y solo el 26% de los heterosexuales estuvo insatisfecho y el 8,5% con alguna disfunción. Dato curioso, pues para el caso de los hombres, la satisfacción sexual no estuvo asociada a disfunción sexual, como si sucedió en el caso de las mujeres. De todas formas es claro que los hombres homosexuales y bisexuales están mas satisfechos que los heterosexuales.

Esta independencia parcial de la función y satisfacción sexual, a la luz de los modelos clásicos de la función sexual de Master y Jhonson (1996) y Kaplan (1978; 1985) abre la pregunta sobre si las condiciones metabólicas y de salud alteran el funcionamiento sexual en las fases de deseo y placer, o se explican mejor con base en proceso psicológicos y psicosociales asociados. De todas formas, estos hallazgos coinciden con la formulación de Byers, (1999) y nos permite afirmar que incluso cuando se presenta disfunción sexual, no se corresponde en todos los

casos con la insatisfacción, y que tampoco la ausencia de dificultades en las fases de la respuesta sexual implica satisfacción.

Más adelante, cuando se analicen los resultados de los modelos explicativos, se verá que las condiciones psicosociales son más relevantes a la hora de explicar la satisfacción y el funcionamiento sexual sobre la presencia o no de patología orgánica. Si bien los resultados de los modelos aquí probados no dieron un valor causal a la variable patología, quedarían aún por establecer las razones que llevan a los grupos con alguna condición de salud comprometida a tener los peores desempeños en casi todas las variables evaluadas en comparación con el grupo sin enfermedad, y si ellas pueden rastrearse en las condiciones relativas a variables demográficas, más que a la función biológica. Lo anterior apoya los modelos teóricos que enfatizan en el peso de las variables contextuales en la explicación del comportamiento, que son las teorías del aprendizaje (Woodson, 2002; Ardila, 1998; Hogben y Byrne, 1998), así como las que ponen el peso en la sexualidad como una construcción social (Simon y Gagnon, 2003; Wellings, 2012; Rubin, 1989; Weeks, 1993). Es también plausible considerar que ciertos determinantes sociales tienen un peso importante en los resultados y que como ha sido descrito por Arrivillaga, Ross, Useche, Alzate y Correa (2009); en el caso colombiano y en Latinoamérica en general, es necesario integrar variables relacionadas con la inequidad de género y la

posición social al analizar diversos factores de la conducta sexual y la adherencia a los tratamientos.

Por otro lado, las diferencias en la orientación de género muestran que las mujeres homosexuales tienen más bajos promedios de satisfacción y más problemas con la función sexual, que las heterosexuales y divergen por completo con las bisexuales y con los hombres con la misma orientación sexual. Estos resultados no coinciden con lo señalado por Useche (2005) acerca de la baja prevalencia e incluso de la inexistencia de disfunciones sexuales en la población lésbica según la clasificación del DSM IV y V. Hay que recordar que para este autor, quién sigue la formulación de la función erótica desarrollada por Alzate (1997), la clasificación y conceptualización de las disfunciones sexuales en los modelos de la APA, siguen un modelo paradigmático esencialista que resta peso a los procesos sociales. Los resultados aquí obtenidos, al menos en términos de la orientación sexual, señalan que las mujeres homosexuales tiene mayores problemas en esta área, independientemente de sí tienen alguna condición médica asociada o no.

Ahora, las diferencias por edad indican que en todos los grupos etáreos al menos el 20% de las mujeres se siente insatisfecha sexualmente, que las más insatisfechas son las que están entre 28 y 35

años (casi el 30%), seguidas de las mayores de 36 años (un poco menos de 30%), mientras que las mujeres entre los 23 y 27 años son las más satisfechas. No sucede igual cuando se analiza desde la perspectiva de los hombres, pues el 44% de los mayores de 36 años están insatisfechos, con al menos 20 puntos porcentuales de diferencia con los demás grupos etáreos, que no superan el 28%. Hay diferencias importantes con las mujeres, pues los hombres entre los 18 y los 27 años están insatisfechos. Una distribución parecida con tendencia ascendente se encuentra cuando se analiza la presencia de disfunción sexual por edad; máximo reporte de disfunción sexual estuvo en los hombres y mujeres mayores de 36 años, lo cual coincide con lo referido por Moore, Strauss, Herman, y Donatucci (2003) con respecto al decaimiento de la función sexual de los hombres mayores de 50 años y con Zakhari (2009) quien reporta que las mujeres mayores de 40 años presentan dificultades en el funcionamiento sexual.

Sobre el asunto de la ocupación laboral, lo que se puede decir es que las mujeres pensionadas tienen menor satisfacción y mayores disfunciones sexuales en comparación con los demás grupos (al menos el 50%), y que la diferencia es de al menos veinte puntos porcentuales. Todos los hombres de este grupo se secuestran insatisfechos sexualmente, a pesar de no reportar disfunción sexual, notándose también que por lo menos el 31% de los que trabajan, ya sea como

empleados o independientes están insatisfechos y que al menos el 6.7% presenta disfunción sexual. Hay diferencias por género en términos de la función sexual en mujeres que en hombres, en los hombres hay independencia entre función y satisfacción.

Curiosamente, los resultados muestran diferencias por género si se analiza el nivel de estudios. Si bien las mujeres y los hombres que tienen como máximo nivel de estudios la primaria comparten el porcentaje de insatisfacción sexual, las diferencias son evidentes a medida que avanza el nivel educativo. Por ejemplo, las mujeres con máximo nivel educativo de primaria tienen en promedio mayor insatisfacción y más problemas sexuales que las demás y que las que tienen estudios de bachiller son las que menos insatisfechas están, a pesar de encontrar con las tasas más altas de disfunción sexual, lo que corrobora los planteamientos de Byers (2005) en su modelo conceptual de satisfacción sexual en el que refiere que esta no depende de la función sexual. Estos datos son interesantes si se considera que a medida que avanza el nivel educativo y con él, el desarrollo profesional, las mujeres están más satisfechas sexualmente en la medida expresan y se involucran de forma más propositiva y libre en la búsqueda de una vida más plena, con una sexualidad más activa. En el caso de los hombres, a mayor nivel educativo mayor insatisfacción sexual, alcanzando un pico del 66% de insatisfacción para los hombres con doctorado, aunque en ellos no se

identificara disfunción sexual, como si sucede con los que tienen estudios técnicos, siendo el grupo con mayor disfunción sexual.

Para comprender un poco mejor si la satisfacción y el funcionamiento sexual están relacionados con el tipo de relación, se compararon los datos en función del estado civil y el tiempo de relación, y se encontró que más del treinta por ciento de las personas casadas y al menos un veintidós por ciento de las mujeres que conviven en unión libre están insatisfechas sexualmente, diferenciándose de los solteros que tienen tasas de insatisfacción menores a 18%.

Se encuentran diferencias entre los hombres y las mujeres en unión libre, pues más del 50% de ellos están insatisfechos (de ellas solo el 24%), casi doblando al grupo de hombres insatisfechos que aun están solteros. Curiosa también la tasa de disfunción sexual en las personas casadas, que pasa del 20%, y si bien baja al 11% en las mujeres que están en unión libre, y al 5% de los hombres, sigue existiendo una diferencia de al menos diez puntos porcentuales en estos grupos y el de personas solteras. Quienes llevan más de ocho años de relación tienen en promedio mayores tasas de insatisfacción sexual que los que llevan menos tiempo, evidenciándose una tasa creciente de insatisfacción a partir de los 18 meses de relación. Para las mujeres, este comportamiento va de la mano de los resultados en disfunción sexual, pues el grupo de

mujeres con 8 años o más de relación, son las que mayor reporte de disfunción sexual presentan. Sucede igual en los hombres, quienes muestran presencia creciente de disfunción sexual, con un 12% entre quienes llevan un año y medio y tres de relación y luego la máxima tasa en los que llevan mas de 8 años, como ya se mencionó.

Estos resultados coinciden con lo encontrado en otros estudios con población femenina que muestran que los menores índices de problemas sexuales y la mayor satisfacción sexual en las mujeres se da antes de los 40 años y que luego, debido en parte a cambios de diverso tipo, unos de ellos asociados a la menopausia y la crianza de los hijos, se presentan mayores reportes de problemas en esta área (Zakhari, 2009). Sin embargo, no puede obviarse que también existen reportes de otros investigadores que han señalado que la plenitud de la sexualidad femenina se da luego de los 40 años aunque la actividad sexual disminuya en frecuencia (Arias-Castillo y cols., 2009; Ojeda, Ordóñez y Ochoa, 2000), precisamente porque disminuye el temor al embarazo, la preocupación por los logros profesionales y hay más estabilidad en la vida de pareja.

Entonces, desde la perspectiva del ajuste diádico y la sexualidad, ser mujer, tener más de 36 años, tener problemas metabólicos o síntomas de patología orgánica asociada, mantener relaciones homosexuales y

menor nivel educativo resulta predictor de desajuste con la pareja, de insatisfacción y mayores problemas en la función sexual. Lo es también él estar casado o convivir con la pareja. Todo lo anterior fue corroborado con los análisis de covarianza (ANCOVA).

Con respecto al objetivo de comprobar si la presencia de ciertas condiciones de patología orgánica afectan de forma significativa la satisfacción sexual y el ajuste diádico, las hipótesis planteadas fueron:

Primero, que existiría un mejor ajuste diádico y satisfacción sexual en el grupo en que se descartó patología orgánica que en los grupos con patología orgánica y segundo, que el grupo que presenta patología orgánica pero que no cumple criterios de síndrome metabólico –MSd- presentaría mejor ajuste diádico y satisfacción sexual que el grupo que sí cumple criterios MSd. Los resultados obtenidos tras los análisis de varianza y pos hoc confirmaron estas hipótesis. Se tiene entonces, que la patología orgánica (MSd y POE) afecta significativamente todas las variables criterio y que quienes tienen MSd presentan promedios significativamente mayores de insatisfacción sexual y cambios en la función sexual (masculina y femenina) en comparación con los participantes sin patología (GN).

Se confirmó también que los hombres con MSd, tienen cambios significativamente mayores en la función sexual, que

los que tienen otro tipo de patología orgánica específica (POE). Por otro lado, los participantes del grupo POE presentan un promedio de ajuste diádico significativamente menor que el de los participantes sin patología.

Sobre la hipótesis relativa a la relación directa entre la satisfacción sexual de los tres grupos y el ajuste diádico, los resultados permiten confirmar que la insatisfacción sexual así como el diagnóstico de patología afectan negativa y significativamente al ajuste diádico, confirmando la hipótesis. Esto coincide con los resultados reportados por Whisman y Uebelacker (2012), Whisman y cols (2010), Troxel y cols. (2005), sobre tal relación en personas con MSd; así como los postulados de Byers (2005) sobre la vinculación entre las demandas y recompensas propias de la relación diádica y la satisfacción sexual de la pareja.

No obstante, los resultados señalan el efecto indirecto pero significativo del tiempo de relación y la convivencia, elementos fundamentales del ajuste diádico, en la insatisfacción sexual, y confirman que la insatisfacción sexual, independientemente de la condición de patología se relaciona negativamente con el ajuste diádico. Estos datos apoyan las conclusiones derivadas de un estudio previo de McCabe y Matic, (2008), así como las de que enfatizan en un impacto significativo de la disfunción sexual en la relación de pareja (Davis y

Reissing, 2007; Meana y cols., 1998; Nylanderlundqvist y Bergdahl, 2003).

Con el fin de integrar los resultados anteriores, y evaluar modelos causales que permitieran establecer la influencia de las variables demográficas y el diagnóstico de patología orgánica sobre las variables de satisfacción sexual y ajuste diádico, se realizaron análisis de camino o de ecuaciones estructurales, cuyos resultados se discuten a continuación.

El estudio de las relaciones causales entre las variables de ajuste diádico y satisfacción sexual con la patología orgánica reveló un efecto negativo de esta última tanto en la satisfacción como en el ajuste diádico, aunque el efecto de la patología orgánica no es significativo en la satisfacción sexual. La variable MSd predijo disfunción sexual y menor ajuste diádico y mientras que las variables relativas al tiempo de relación y la convivencia y la orientación de género predijeron positivamente la insatisfacción sexual. Se puede entender este resultado considerando que las personas con problemas metabólicos y con síntomas de patología orgánica específica fueron quienes más tiempo de relación tenían al momento de la evaluación y quienes más valoraron y aceptaron mejor los comportamientos positivos de las parejas en comparación con el grupo sin patología, pero además, que los factores culturales e históricos relativos a las variables mencionadas, afectan de forma importante la interacción y satisfacción sexual.

En lo que respecta a las variables de sexualidad y ajuste diádico, tanto el modelo inicial probado (figura 1), como el modelo anidado sobre este (figura 2) muestran un efecto directo y positivo de las variables de la convivencia y la orientación sexual tanto en el ajuste diádico, como en la satisfacción sexual, sin dependencia de la condición patológica.

El modelo causal final pretendió establecer si la condición de enfermedad era más importante que los factores demográficos en la explicación de la satisfacción sexual y el ajuste diádico y los resultados mostraron que efectivamente son las variables de tiempo de relación, la convivencia, el nivel educativo y la orientación sexual las que explican la satisfacción sexual y el ajuste diádico, como puede verse en la figura 2.

Estos resultados apoyan las tesis de los modelos conceptuales que resaltan el papel de las variables históricas y socioculturales en la función sexual y en el ajuste diádico, por encima de las condiciones biológicas y de funcionamiento médico, pues si bien los resultados confirman que la condición de patología orgánica puede afectar la función sexual, también muestran independencia relativa entre unos y otros.

Antes de concluir, es importante comentar las limitaciones del estudio, pues los resultados y su discusión dependen de la metodología

empleada, tal y como ha sido señalado por diversos autores (Weiss, 2005). La principal limitación está en que el estudio no recoge datos en el tiempo que permitan establecer si los cambios en la función sexual y el ajuste de diádico varían en función de la evolución de la enfermedad y su tratamiento, o en función del tiempo de convivencia y otras variables demográficas identificadas. Serían necesarias mediciones a lo largo de la relación de pareja de estas personas que permitieran observar la evolución de las distintas variables evaluadas en función de la enfermedad y los tratamientos médicos implementados.

Además, contar con una muestra que hubiese contemplado el balance por género y orientación sexual principalmente, y que permitiera además, establecer datos de prevalencia para la población colombiana. Si bien, el tamaño de muestra no es pequeño, un marco muestral más amplio permitiría perfilar mejor los resultados.

Otra limitación es no haber contado con las mediciones de los marcadores biológicos en los tres grupos, pues ello puede explicar la ausencia de resultados de esta variable respecto de los modelos causales.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES

1. La categoría diagnóstica, tanto para el caso del síndrome metabólico como para las otras condiciones de patología orgánica específica, tienen un impacto significativo en el ajuste diádico, sin embargo el efecto del diagnóstico de patología orgánica en la insatisfacción sexual no es significativo.

2. Las personas con síndrome metabólico tienen más problemas en la función sexual, están más insatisfechas sexualmente, tienen puntajes más bajos en el ajuste diádico y promedios significativamente menores de interacciones positivas que los que no padecen esta enfermedad.

3. Hay mayores cambios en la función sexual en los hombres con síndrome metabólico, pero hay mayores tasas de disfunción en las mujeres de todos los grupos.

4. Ser mujer, con síndrome metabólico, homosexual, con bajo nivel educativo y no convivir con la pareja es un predictor de disfunción sexual y de menor frecuencia de comportamientos positivos y aceptación de comportamientos negativos de la pareja.

5. El tiempo de relación y la convivencia tienen un efecto significativo en la satisfacción sexual y el cambio en la función sexual femenina.

6. La edad, el sexo y el estatus laboral son irrelevantes a la hora de explicar el ajuste diádico y la satisfacción sexual.

7. La insatisfacción sexual y el diagnóstico de patología orgánica afectan negativa y significativamente el ajuste diádico.

8. El tiempo de relación, la convivencia y la orientación sexual afectan positiva y significativamente la insatisfacción sexual, y la convivencia y la orientación sexual afectan en el mismo sentido el ajuste diádico.

9. Son más importantes los factores sociodemográficos que los factores relacionados con la condición orgánica en la explicación del ajuste diádico.

REFERENCIAS

- Acevedo, V. E., Restrepo de Giraldo, L. y Tovar, J. R. (2007). Parejas satisfechas de larga duración en la ciudad de Cali. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 85-107
- Acker, M. y Davis, M.H. (1992). Intimacy, Passion and Commitment in adult romantic relationships: a test of the Triangular Theory of Love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 21-50.
- Adler-Baeder, F., Higginbotham, B. y Lamke, L. (2004). Putting empirical knowledge to work: Linking research and programming on marital quality. *Family Relations*, 53(5), 537-546.
- Adult Treatment Panel III. (2001). Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults. *JAMA* 285 (19): 2486-2497.
- Aguilar-Salinas, C.A., Rojas, R., Gomez-Perez, FJ., et al. (2003). Analysis of the agreement between the World Health Organization criteria and the National Cholesterol Education Program-III definition of the metabolic syndrome: results from a population-based survey. *Diabetes Care*; 26 (5): 1635.
- Al-Lawati, J.A., Mohammed, A.J., Al-Hinai, H.Q y Jousilahti, P. (2003). Prevalence of the metabolic syndrome among Omani adults. *Diabetes Care*; 26 (6): 1781-1785.
- Alberti, K.G., Zimmet, P. Z. (1998). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med*; 15 (7): 539-553.
- Alcántara, E. y 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.
- Allgeier, E. (1987). Sexual Coercion: Reducing Victim Vulnerability. *Sexual Coercion And Assault* 2(3):1-4.

- Althof, S y Wieder, M. (2004). Psychotherapy for erectile dysfunction: Now more relevant than ever. *Endocrine*, 23, 131-134.
- 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.
- Álvarez, A.M., González, R.M. y Marrero, M.A. (2010). Papel de la testosterona y el cortisol en el síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cubana Endocrinol.* 21 (1), 80-90.
- Alzate, H. (1997). *Sexualidad humana*. Editorial Temis, Bogotá.
- Amato, R. (2007). Transformative processes in marriage: Some thoughts from a sociologist. *Journal of Marriage and Family*, 69, 305-309.
- Amato, R., Johnson, R., Booth, y Rogers, J. (2003). Continuity and Change in Marital Quality Between 1980 and 2000. *Journal of Marriage and Family* 65 (1), 1-22.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4^a ed. Washington DC: Asociación Americana de Psiquiatría.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Madrid: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V)*. Madrid: Masson.
- American Urological Association Inc. (2004). *The management of benign prostatic hyperplasia*. Baltimore (MD): American Urological Association, Inc.
- Ardila, J. E. (2002). Disfunción eréctil. *MedUNAB*, 5 (15), 174-184.
- Ardila, R. (1975). Imprinting sexual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 7, 287-289.

- Ardila, R. (1979). *Los orígenes del comportamiento humano*. Barcelona: Editorial Fontanella.
- Ardila, R. (1998). *Homosexualidad y psicología*. Mexico: Editorial Manual Moderno.
- Arias-Castillo, L., Ceballos-Osorio, J., Ochoa, J. y Reyes-Ortiz, C. (2009). Correlates of sexuality in men and women aged 52–90 years attending a university medical health service in Colombia. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 3008–3018.
- Arias-Galicia, F. (2003). La escala de satisfacción marital: Análisis de su confiabilidad y validez en una muestra de supervisores mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 37 (1), 67 –92.
- Arrabal-Polo, M. Á., Vera-Arroyo, B., Lahoz-García, C., Valderrama-Illana, P., Cámara-Ortega, M., Arrabal-Martin, M. y López-Carmona Pintado, F. (2014). Disfunción eréctil, síndrome metabólico y arteriopatía. Relación clínico-patológica mediante ecografía carotídea. *Actas Urológicas Españolas*, 38 (3), 179-183.
- Arrebola Vivas, E., Gómez-Candela, C., Fernández Fernández, C., Bermejo López, L. y Loria Kohen V. (2013). Effectiveness of a program for treatment of overweight and nonmorbid obesity in primary healthcare and its influence lifestyle modification. *Nutr Hosp*; 28 (1): 137-41.
- Arrington, R., Cofrancesco, J. y Wu, A. W. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research*, 13, 1643-1658.
- Arrivillaga, M., Ross, M.; Useche, B., Alzate, M. y Correa, D. (2009). Posición social, papel de género y adhesión al tratamiento en mujeres colombianas con VIH/sida: enfoque de los determinantes sociales de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(6), 502-510.
- Aschner, P., Chavez, M., Izquierdo, J., Sole, J., Tarazona, A., Pinzon, JB, Et al. (2002). Prevalence of the metabolic syndrome in a rural

and urban population in Colombia. *Diab Res Clin Pract.* 57(suppl) 1:532

- Aschner P, Lasalle J, McGill M, on behalf of the Global Partnership for Effective Diabetes Management (2007). The team approach to diabetes management: partnering with patients *Int J Clin Pract* 61(suppl 157): 22–30.
- Ashdown, B., Hackathorn, J. y Clark, E. (2011). In and Out of the Bedroom: Sexual Satisfaction in the Marital Relationship. *Journal of Integrated Social Sciences*, 2(1), 40-57.
- Auslander, B.A., Rosenthal, S.L., Fortenberry, J.D., Biro, F.M., Bernstein, D.I. y Zimet, G.D. (2007). Predictors of sexual satisfaction in an adolescent college population. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20, 25-28.
- 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.
- Ballesteros de Valderrama, B. P. (1995). Modelos explicativos de la relación entre conflicto marital y ajuste infantil. *Suma psicológica*, 2, 1, 23-41.
- Ballesteros, B. P. y Novoa-Gómez, M. M. (2009). El enfoque conductual. En: Carvajal, L. M. (ed) *Colección Notas en Clave de Psicología*. Colombia, Editorial Pontificia Universidad Javeriana, p.101 –121.
- Bancroft, J. (1989). Homosexuality. En J. Bancroft. *Human Sexuality and its Problems*. Churchill Livingstone. California.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ 1986: Prentice Hall
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Eval Program Plann* 1990; 13:9 –17.
- Banfield, S. y McCabe, M.P. (2001). Extra relationship involvement among women: Are they different from men? *Archives of Sexual Behavior*, 30, 119-142.
- Basen-Engquist, K. y Parcel, G. S. (1992). Attitudes, norms, and self-efficacy: A model of adolescents HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quality* 19, 264 –277.
- Basson, R. (2001). Human sex response cycles. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 33–43.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association*, 172, 1327-1333.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Fergusson, D. y Fourcroy, J. (2000). Report Of The International Consensus Development Conference On Female Sexual Dysfunction: Definitions And Classifications. *The Journal of Urology*, 163 (3): 888-893.
- Baucom, K., Sevier, M., Eldridge, K. A., Doss, B. D. y Christensen, A. (2011). Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral couple therapy: Outcome and link with five-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (5), 565-576
- Beach, S. R. H., Fincham, F. D., Amir, N. y Leonard, K. E. (2005). The taxometrics of marriage: Is marital discord categorical? *Journal of Family Psychology*, 19, 276 –285.
- Beach, S. R. y O'Leary, K. D. (1993a). Dysphoria and marital discord: Are dysphoric individuals at risk for marital maladjustment? *Journal of Marital and Family Therapy*, 19(4), 355-368.

- Beach, S. R., Fincham, F. D., Amir, N. y Leonard, K. E. (2005). The taxometrics of marriage: Is marital discord categorical?. *Journal of Family Psychology*, 19 (2), 276–285. doi: 10.1037/0893-3200.19.2.276.
- Beach, S. R., y O'Leary, K. D. (1993b). Marital discord and dysphoria: For won does the marital relationship predict depressive symptomatology?. *Journal of social and Personal Relationships*, 10, 405- 420.
- Berkman, L., Leo-Summers, L. y Horwitz, R. (1992). Emotional Support and Survival after Myocardial infarction. A prospective, population- based study of the elderly. *Annals of internal Medicine* 117: 10003-9
- Berns, S., Jacobson, N. y Christensen, A. (2000). *Clinical behavior analysis: marital problems*. Reno, Nevada: Context Press.
- Beutel, M.E., Stobel-Richter, Y. y Brahler, E. (2008) Sexual desire and sexual activity of men and women across their life spans: Results from a representative German community survey. *British Journal of Urology*, 101, 76–82.
- Bhasin, S., Enzlin, P., Coviello, A. y Basson, R. (2007). Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet*, 369, 597–611.
- Bloom, B. L., Asher, S. J. y White, S. W. (1978). Marital dis ruption as a stressor: A review and analysis. *Psychological Bulletin*, 85 (4), 867-894.
- Blümel, J., Binfa, L., Cataldo P., Carrasco, A., Izaguirre, H. y 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.
- Blümen J., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A. Calle, A., Espinoza, M., Flores, D., Izaguirre, H., Leon-Leon, P., Lima, S., Mezones-Holguin, E., Monterrosa, A., Mostajo, D, Navarro, D., Ojeda, E., Onatra, W.,

- Royer, M., Soto, E., Vallejo, S., y Tserotas, K. (2009). Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 16, 6, 1139-1148.
- Bodenmann, G., Pihet, S. y Kayser, K. (2006). The relationship between dyadic coping and marital quality: A 2-year longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 485-493.
- 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.
- Borges, R., Temido, P., Sousa, L., Azinhais, P., Conceição, P., Pereira, B., Leão, R., Retroz, E., Brandão, Á., Cristo, L., and Sobral, F. (2009). Metabolic syndrome and sexual (dys)function. *Journal Sex Medicine*, 6, 2958–2975.
- Bowker, L. H. (1983). Marital rape: A distinct syndrome? *Social Casework*, 64 (6), 347- 352.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bradbury, N., Fincham, D. y Beach, R.H. (2000). Research on the Nature and Determinants of Marital Satisfaction: A Decade in Review. *Journal of Marriage and Family* 62 (4), 964-980.
- 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.
- Breen, N. y McDaniel, S. (2008). Couple Therapy and Medical Issues: Working with Couples Facing Illness. En: A. Gurman (Ed.). *Clinical Handbook of Couple Therapy –Fourth Edition-* (pp. 618-640). New York: The Guilford Press.
- Burr, W. R. (1973). *Theory construction and the sociology of the family*. New York: John Wiley.

- Byers, E. S., Demmons, S. y Lawrence, K. (1998). Sexual satisfaction within dating relationships: A test of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 257-67.
- Byers, E. S. (1999). The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction: Implications for Sex Therapy with Couples. *Canadian Journal of Counseling*, 33 (2), 95-111.
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *The Journal of Sex Research*, 42 (2), 113-118.
- Byrne, D. y Byrne, A. (1977). *Exploring human sexuality*. New York: Crowell.
- Cano, A. y Vivian, D. (2003). Are life stressors associated with marital violence? *Journal of Family Psychology*, 17(3), 302-314.
- Cappelleri, J. C., Althof, S. E., Siegel, R.L., Stecher, V.J., Tseng, L.J., y Dutttagupta, 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. y Osterloh, I. (1999). Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urology*, 54 (2), 346-351.
- Castelo, L. y Licea, M. (2003). Disfunción sexual eréctil y diabetes mellitus: Aspectos etiopatogénicos. *Rev Cubana Endocrinol* [revista en la Internet]. Ago [citado 2014 Mayo 26]; 14(2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532003000200007&lng=es.
- Castroviejo, F. (2010). *Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, España.

- 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.
- Christensen, A. (s. f.). *Outline of Integrative Behavioral Couple Therapy*. Manuscrito inédito, Departamento de Psicología, Universidad de California, los Ángeles, Estados Unidos.
- Christensen, A. y Doss, B (2006). Acceptance in Romantic Relationships: The frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory. *Psychological Assessment*, 18, 3, 289- 302.
- Christensen, A. y Eldridge, K. A. (2005). *The demand/withdraw interaction pattern: A summary of measures and findings*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington, DC.
- Christensen, A. y Heavy, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual review of Psychology*, 50, 165-190.
- Christensen, A. y Jacobson, N.S. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: a therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton.
- Christensen, A. y Pasch, L. (1993). The sequence of marital conflict: An analysis of seven phases of marital conflict in distressed and nondistressed couples. *Clinical Psychology Review*, 13, 3-14.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Baucom, B. y Yi, J. (2010). Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 225- 235.
- Christensen, A., Jacobson, N.S y Babcock, J.C. (2000). *Reconcilable differences*. New York: Guilford.
- Christensen, A., Jacobson, N.S. y Babcock, J.C. (1995). Integrative behavioral couple therapy. En N.S. Jacobson y A.S. Gurman

- (Eds.), *Clinical Handbook of Marital Therapy*, 2nd Edition. (pp 31-64). New York: Guilford.
- Clayton, A. H., McGarvey, E. L. y Clavet, G. J. (1997). The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, reliability and validity. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 731–745.
- 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.
- Conte, H.R. (1989). Development and Use of Self-Report Techniques for Assessing Sexual Function: A Review and Critique. *Archives of Sexual Behavior*, 12, 555-576.
- Corcelles, R., Vidal, J., Delgado, S., Ibarzabal, A., Bravo, R., Momblan, D., Espert, J., Morales, X., Almenara, R. y Lacy A. (2014). Effects of Gastric Bypass on Estimated Cardiovascular Risk in Morbidly Obese Patients With Metabolic Syndrome. *Cirugía Española*, 92, 1, 16-22.
- Cordova, J. (2001). Acceptance in Behavior Therapy: Understanding the Process of Change. *The Behavior Analyst*, 24, 213-226.
- Costanzo, P., Knoblovits, P., Rey-Valzacchi, G., Gueglio, G., Layus, O. y 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.
- Crawfor, L. L. y Domjan, M. (1995). Second- order sexual conditioning in male japanese quail (Coturnix japwfor.). *Animal Learning y Behavior*, 23, 327- 334.
- Crowell, J.A. y Treboux, D. (2001). Attachment and security in adult partnership. En C. Clulow (Ed.), *Adult attachment and couple*

psychotherapy: The “secure base” in practice and research (pp. 28-42). London: Brunner-Routledge.

- Cuenca, C. y Floresmilo, L. (2014). Prevalencia y factores asociados a síndrome metabólico en pacientes entre 20 y 45 años, Hospital José Carrasco Arteaga, 2013.
- Cuenca, M., Graña, J., Peña, M. y Andreu, J. (2013). Psychometric properties of the Dyadic Adjustment Scale (DAS) in a community sample of couples. *Psicothema*, 25 (4), 536-541.
- Cunningham, S. (2010). *Reevaluating Sexual Satisfaction through an Expectancy Lens: Validation of the Sexual Activity Frequency and Expectation Scale*. Documento de tesis para optar por el título de Master of Science de la Universidad de Auburn, Alabama. EEUU: Universidad de Auburn.
- Daker-White, G. (2002). Reliable and Valid Self-Report Outcome Measures in Sexual (Dys) function: A systematic Review. *Archives of Sexual Behavior*, 31(2), 197-209.
- David, C., Steele, R., Forehand, R. y Armistead, L. (1996). The role of family conflict and marital conflict in adolescent functioning. *Journal of Family Violence*, 11 (1), 81-91.
- Davies, N. B. (1990). Dunnocks: Cooperation and conflict among males and females in a variable mating system, en P. B. Stacey y W. D. Koenig (eds) *Comparative breeding in birds: Long-term studies of ecology and behavior*. Cambridge, Inglaterra, Cambridge University Press, 457-485.
- Davis, H. y Reissing, E. (2007). Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: a critical review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 22 (2), 245-254.
- De Miguel-Etayo, P., Moreno, L.A., Iglesia, I., Bel-Serrat, S., Mouratiadou, T. y Garagorri, J.M. (2013). Body composition changes during interventions to treat overweight and obesity in children and adolescents; a descriptive review. *Nutr Hosp*; 28 (1): 52-62.

- Deal, J. E. (1996). Marital conflict and differential treatment of siblings. *Family Process*, 35 (3), 333-346.
- Dean, J., Rubio-Auriol, 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.
- Derogatis, L. y Burnett, A. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 289–300.
- Derogatis, L.R. (1975). *Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI): Preliminary Scoring Manual*. Baltimore, MD. Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R. y Mellisaratos, N. (1979). The DSFI: A Multidimensional Measure of Sexual Functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 5, 244-281.
- Derogatis, L.R., Lopez, M.C. y Zinzeletta, E.M. (1988). Clinical Applications of the DSFI in the Assessment of Sexual Dysfunctions. In R. Brown y E. Roberts (Eds.), *Advances in the Understanding and Treatment of Sexual Disorders*, New York, PNA Publishing.
- Diamond, L.M. (2003). What does Sexual Orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychological Review*, 110 (1), 173-192.
- Domjan, M. y Holloway, K. S. (1998). Sexual learning. In G. Greenberg and M. M. Haraway (Eds.), *Encyclopedia of comparative psychology* (pp. 602-613). New York: Garland.
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., y Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96 (3), 601-619.
- Doss, B. y Christensen, A. (2006). Acceptance in Romantic Relationships: The Frequency and Acceptability of Partner

- Behavior Inventory. *Psychological Assessment* American Psychological Association, 18, 3, 289–302.
- Dunn, K. M., Croft, P. R. y Hackett, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 53, 144-148.
- Dush, C. M., Taylor, M. G. y Kroeger, R. A. (2008). Marital happiness and psychological well-being across the life course. *Family Relations*, 57 (2), 211- 226.
- Eldridge, K. A. y Christensen, A. (2002). Demand-Withdraw communication during couple conflict: A review and analysis. En P. Noller y J. A. Feeney (Eds.), *Understanding marriage: Developments in the study of couple interaction* (pp. 286- 289).
- Epstein, N. y Baucom, D. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington: American Psychological Association.
- Esposito, K., Ciotola, M., Marfella, R., Di Tommaso, D., Cobellis, L. y Giugliano, D. (2005). The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women. *International Journal of Impotence Research*, 17, 224–226.
- Esposito, K., Giugliano, F., Ciotola, M., De Sio, M., D’Armiento, M. y Giugliano D. (2008). Obesity and sexual dysfunction, male and female. *Int Journal Impot Res*; 20, 358–365.
- Estep, D. Q., Niewenhuijsen, K., Bruce, K. E., de Neef, K. J., Walters, P. A., Baker, S. C. y Slob, A. K. (1988). Inhibitions of sexual behavior among subordinate stump tail macaques, *Macaca artoidea*, *Animal Behavior*, 36, 854-864.
- Fernandez, B. y Sierra, J. C. (2012). *Un estudio sobre variables asociadas a la satisfacción sexual*. Trabajo de Investigación del Máster en Diseños de Investigación y Aplicaciones en Psicología y Salud, Universidad de Granada, España. Manuscrito no publicado.

- Ferreira, L.C., Narciso, I. y Ferreira-Novo, R. (2012). Intimacy, sexual desire and differentiation in couplehood: a theoretical and methodological review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 38, 263-280.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanstone, IL: Row, Peterson.
- Fincham, F. D. y Osborne, L. N. (1993). Marital conflict and children: Retrospect and prospect. *Clinical Psychology Review*, 13, 75-88.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H., Harold, G. T. y Osborne, L. N. (1997). Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women? *Psychological Science*, 8, 351-357.
- Finkelhor, D. (1989). *Child sexual abuse: new theory and research*. New York: Free Press.
- Ford, E. S. y Giles, W. H. (2003). A comparison of the prevalence of the metabolic syndrome using two proposed definitions. *Diabetes Care*; 26 (3): 575-581.
- Ford, E. S., Giles, W. H. y Dietz, W. H. (2002). Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*; 287 (3): 356-359.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings 1972- 1977*, edited by Colin Gordon, Harvester, London.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad*. 1. La voluntad de saber. Madrid. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad*. 2. El uso de los placeres. Madrid. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad*. 3. El cuidado de sí. Madrid. Siglo XXI.

- Frank, E., Anderson, C., Rubinstein, D. (1978) Frequency of sexual dysfunction in “normal” couples. *New English Journal Med*, 299, 111–115.
- Frank, E., Anderson, C. y Rubinstein, D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in << normal>> couples. *New England Journal of Medicine*, 299, 111-115.
- Frank, E., Noyon, A., Hofling, V. y Heidenreich, T. (2010). In-situation safety behaviors as a factor in the maintenance and treatment of sexual dysfunctions. *Sexual and Relationship Therapy*, 25 (1), 12-28.
- Freud, S. (1916). On transience. Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume XIV. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1940). An Outline of Psychoanalysis. Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume XXIII). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud*, Vol. 14, pp. 152-170. London: Hogarth Press.
- Frieze, I. H. (1983). Investigating the causes and consequences of marital rape. *Signs*, 8 (3), 532-553.
- Frohlich, P. y Meston, C. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research*, 39, 321-325.
- Fugl-Meyer, A. R., Lodnert, G., Branholm, I. B. y Fugl-Meyer, K. S. (1997). On life satisfaction in male erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 9, 141–148.
- Fugl-Meyer, K. S. y Fugl-Meyer, A. R. (2002). Sexual disabilities are not singularities. *International Journal of Impotence Research*, 14, 487–493.

- Gagnon, J. y Simon, W (1973). *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. Aldine.
- Gallego, O. y Barreiro, E. (2010). Análisis de los factores asociados a las relaciones de pareja homosexual (Gays y Lesbianas) en la ciudad de Bogotá. *Suma Psicológica*, 17 (1), 69-81.
- Gaspar, C., Fernández, M., Dickinson, M. y Irigoyen, A. (2013). Frecuencia de disfunción sexual en un grupo de pacientes diabéticas mexicanas. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 29(1): 44-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252013000100007&lng=es.
- Geer, J. y O'donohue, W. (Eds.). (1987). *Theories of human sexuality*. New York: Plenum Press.
- Gottman, J. M. (1993). The roles of conflict engagement, escalation, or avoidance in marital interaction: A longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 6-15.
- Graham, C., Fischer, J., Crawford, D., Fitzpatrick, J. y Bina, K. (2000). Parental status, social support, and marital adjustment. *Journal of family issues*, 21 (7), 888-905.
- Graham, C., Sanders, S. y Milhausen, R. (2006). The Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women: Psychometric Properties. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 397-409.
- Graham, J. M. y Desjardins, C. (1980). Classical conditioning: Introduction of luteinizing hormone and testosterone secretions in anticipation of sexual activity. *Science*, 210, 1039-1041.
- Graham, M. A., Eich, C., Kephart, B. y Peterson, D. (2000). Relationship among body image, sex, and popularity of high school students. *Perceptual and motor skills*, 90 (3), 1187-1193.
- Graham, J.M., Diebels, K.J. y Bamow, Z.B. (2011). The reliability of relationship satisfaction: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Family Psychology* 25 (1), 39-48.

- 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. y Broderick, M. (2006). Premature Ejaculation: On Defining and Quantifying a Common Male Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (4), 295-302.
- Grundy, S.M., Brewer, H.B., Cleeman, J.I., Smith, S.C. y Lenfant, C. (2004). Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/ American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation*; 109 (3): 433-438.
- Grundy, S.M., Hansen, .B., Smith, S.C., Cleeman, J.I. y Kahn, R.A. (2004). Clinical management of metabolic syndrome: report of the American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute/American Diabetes Association conference on scientific issues related to management. *Circulation*; 109 (4): 551-556.
- Gurman, A (2011). Couple Therapy Research and the Practice of Couple Therapy: Can We Talk?. *Family Process*, 50, 280-292.
- Gurman, A. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy. En D.H. Baucom, N.B. Epstein, J.J. La Taillade, y J.S. Kirby (Eds.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (pp. 31-72). New York: The Guilford Press.
- Gurman, A. (2008). Integrative Behavioral Couple Therapy. En Dimidjian, S., Martell, C., Christensen, A (Eds.), *Clinical Handbook of couple Therapy* (pp.73-103). New York: The Guilford Press.
- Gurman, A. S. (2001). Couple therapy research and the practice of couple therapy: Can we talk?. *Family Process*, 50 (3), 280 –292. Recuperado de <http://wileyonlinelibrary.com/journal/famp>.
- Halford, W. K., Sanders, M. R. y Behrens, B. C. (1994). Self-regulation in behavioral couples therapy. *Behavior Therapy*, 25, 431-452.

- Hamby, S. L. y Sugarman, D. B. (1999). Acts of psychological aggression against a partner and their relation to physical assault and gender. *Journal of Marriage and the Family*, 61 (4), 959-970.
- Hammock, G. y O'Hearn, R. (2002). Psychological aggression in dating relationships: Predictive models for males and females. *Violence and Victims*, 17 (5), 525-540.
- Hatfield, E. (1988). Passionate and Companionate Love. En R. J. Sternberg y M. L. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 191-217). New Haven, CT: Yale University Press.
- Hazan, C. y Diamond, L. M. (2000). The place of attachment in human mating. *Review of General Psychology*, 4, 186-204.
- Hazan, C. y Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C. y Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. En J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 336-354). New York: Guilford Press.
- Heiman, J., Long, S., Smith, S., Fisher, W., Sand, M. y Rosen, R. (2011). Sexual Satisfaction and Relationship Happiness in Midlife and Older Couples in Five Countries. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 741-753.
- Heinemann, L. (2005). Scale of Quality of Sexual Function (QSF) as an outcome measure for both genders?. *Journal of Sexual Medicine*, 2 (1), 82-95.
- Hendrick, C. y Hendrick, S. (1990). A relationship-specific version of the love attitudes scale. *Journal of social behavior and personality*, 5, 239-254.
- Hendrick, C. y Hendrick, S. (1986). A theory and method of love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 392-402.

- Hendrick, C., Hendrick, S. y Reich, D. (2006). The brief sexual attitudes scale. *Journal of Sex Research*, 43, 76-86.
- Hendrick, S. y Hendrick, C. (1987). Multidimensionality of Sexual Attitudes. *The Journal of Sex Research*, 23 (4), 502-526.
- Hernández, N. y Valdés, Y. (2014). Riesgo cardiovascular durante el climaterio y la menopausia en mujeres de Santa Cruz del Norte, Cuba. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79 (1), 14-20.
- Herrington, R. L., Mitchell, A. E., Castellani, A. M., Joseph, J. I., Snyder, D. K. y Gleaves, D. H. (2008). Assessing disharmony and disaffection in intimate relationships: Revision of the marital satisfaction inventory factor scales. *Psychological Assessment*, 20 (4), 341-350.
- Hess, E. H. (1973). *Imprinting: Early experience and the developmental psychobiology of attachment*, New York: van no strand Reinhold.
- Heyman, R. E., Sayers, S. L. y Bellack, A. S. (1994). Global marital satisfaction vs. marital adjustment: An empirical comparison of three measures. *Journal of Family Psychology*, 8, 432-446.
- Hogben, M. y Byrne, D. (1998). Social Learning Theory on Human Sexuality. *The Journal of Sex Research*, 35, 1, 58-71.
- Holloway, K. S. y Domjam, M. (1993). Sexual approach conditioning: Unconditioned stimulus factors. *Journal of experimental psychology: Animal Behavior Processes*, 19, 38-46.
- Hoon, E., Hoon, P. y Wincze, J. (1976). An inventory for the measurement of female sexual arousability. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 291-300.
- House, J.S., Landis, K.R. y Umberson, D. (1988). Social relationship and health. *Science* 241: 540-510.
- Hudson, W. W. (1982). *The Clinical Measurement Package: A Field Manual*, Homewood, IL, EUA: Dorsey Press.

- Hudson, W. W. y Murphy, G. G. (1998). Sexual Attitude Scale. En: C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis (Eds.), *Handbook of Sexuality-related Measures* (pp. 83-84). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hudson, W., Harrison, D. y Crosscup, P. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*, 17 (2), 157-174.
- Hughes, T. y Snell, W. E., (1990). Communal and exchange approaches to sexual relations. *Annals of Sexual Research*, 3, 149-163.
- Hunsley, J., Best, M., Lefebvre, M. y Vito, D. (2001). The seven-item short form of the Dyadic Adjustment Scale: Further evidence for construct validity. *The American Journal of Family Therapy*, 29, 325-335.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2005). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia*. En: www.icbf.gov.co
- International Diabetes Federation. (2005). *World wide definition of Metabolic Syndrome*. En: www.idf.org
- Jaber, L.A., Brown, M.B., Hammad, A., Zhu, Q. y Herman, W.H. (2004). The prevalence of the metabolic syndrome among arab americans. *Diabetes Care*; 27 (1): 234-238.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J. y Eldrige, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (2), 351-355.
- Jacobson, N. y Margolin, G. (1979). *Marital Therapy: strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel Publishers.

- Jodoin, M., Bergeron, S., Khalife', S., Dupuis, M. J., Desrochers, G. y Leclerc, B. (2011) Attributions About Pain as Predictors of Psychological Symptomatology, Sexual Function, and Dyadic Adjustment in Women with Vestibulodynia. *Arch Sex Behav*, 40, 87–97.
- Johnson, M. D., Davila, J., Rogge, R. D., Cohan, C. L., Lawrence, E., Karney, B. R. y Bradbury, T. N. (2005). Problems-solving skills and affective expressions as predictors of change in marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (1), 15 –27.
- Judd, H. L., Lucas, W. E., & Yen, S. S. (2002). Effect of oophorectomy on circulating testosterone and androstenedione levels in patients with endometrial cancer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118(6), 793–798.
- Kaplan, H. (1974). *The new sex therapy*. Brunner/Mazel, New York.
- Kaplan, H. (1978). *La nueva terapia sexual*. Vols. I y II, Alianza, Madrid.
- Kaplan, H. (1979). *Disorders of Sexual Desire: And Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*. Simon and Schuster, New York.
- Kaplan, H. (1985). *Trastornos del deseo sexual*. Grijalbo, Barcelona.
- Karney, B. R. (2001). Depressive symptoms and marital satisfaction in the early years of marriage: Narrowing the gap between theory and research. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 45-68). Washington, DC: American Psychological Association
- Karney, B. R. y Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: a review of theory, method and research. *Psychological Bulletin*, 118,3-34.

- Karney, B. R. y Bradbury, T. N. (2005). Attributions in marriage: State or trait? A growth curve analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 295-309.
- Kasian, M. y Painter, S. L. (1992). Frequency and severity of psychological abuse in a dating population. *Journal of Interpersonal Violence*, 7 (3), 350-364.
- Kassi, E., Pervanidou, P., Kaltsas, G. y Chrousos, G. (2011). Metabolic syndrome: definitions and controversies. *BMC Med*, 9, 48-61
- Keller, A., McGavery, E.L. y Clayton, A.H. (2006). Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *Journal of Sexual Marital Therapy*, 32 (1), 43-52.
- Kessler, R. C., Price, R. H. y Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kiecolt-Glaser, J. K. y Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127 (4), 472-503.
- Kiecolt-Glaser, J.K, Malarkey, W.B, Chee, M., et al. (1993). Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation. *Psychosom Med* 55, 395–409.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Fisher, L.D., Ogrocki, P., et al (1987). Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosom Med*, 49, 31–34.
- Kim, Y.H., Kim, S.M., Kim, J.J., Cho, I.S. y Jeon, M.J. (2011). Does Metabolic Syndrome Impair Sexual Function in Middle- to Old-Aged Women? *Journal Sexual Medicine*, 8, 1123–1130.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. y Martin, C. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, PA: WB Saunders.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C. y Gebhard, P. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia, PA: WB Saunders.
- Kirby, J. y Baucom, D. (2007). Integrating dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral therapy: A couples skills group for

- emotion dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 394-405.
- Kolotkin, R.L., Binks, M., Crosby, R.D., et al. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, 14, 472–479.
- Kreuter, M., Sullivan, M. y Siosteen, A. (1994a). Sexual adjustment after spinal cord injury (SCI) focusing on partner experiences. *Paraplegia* 32, 225-235.
- Kreuter, M., Sullivan, M. y Siosteen, A. (1994b). Sexual adjustment after spinal cord injury (SCI) -comparison of partner experiences in pre- and post injury relationships. *Paraplegia*, 32, 759-770.
- Kreuter, M., Sullivan, M. y Siosteen, A. (1996). Sexual adjustment and quality of relationships in spinal paraplegia: A controlled study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 541-548.
- Krishnamurti, T. y Loewenstein, G. (2012). The Partner-Specific Sexual Liking and Sexual Wanting Scale: Psychometric Properties. *Archives of Sexual Behavior*, 41,467-476.
- Kurdek, L.A. (1998). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality over the first 4 years of marriage for first-married husbands and wives. *Journal of Family Psychology* 12, 494- 510.
- Kurdek, L.A. (1999). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality for husbands and wives over the first 10 years of marriage. *Developmental Psychology*, 35, 1283-1296.
- Langevin R., Paitich D. (2002). Clarke Sex History Questionnaire for Males-Revised (SHQ-R). MHS Inc., North Tonawanda, NY
- Lankveld, J. y Koeveringe, G. (2003). Predictive validity of the Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) for the presence of sexual Dysfunctions within a Dutch urological population. *International Journal of Impotence Research*, 15, 110-116.
- Latini, G., De Felice, C., Presta, G., Del Vecchio, A., Paris, I., Ruggieri, F. y Mazzeo, P. (2003). Exposure to Di (2-ethylhexyl) phthalate in humans during pregnancy. A preliminary report. *Biol Neonate*. 83 (1), 22–24.
- Laumann, E., Nicolosi, A., Glasser, D., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E. y Wang, T. (2005). GSSAB Investigators'Group. Sexual problems

among women and men aged 40–80 years: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Journal of Sexual Medicine*, 17 (1), 39–57.

Laumann, E., Paik, A., Glasser, D., Han, J., Wang, T., Levinson, B., Moreira, E., Nicolosi, A. y Gingell, C. (2006). *A Cross-Nation study of Subjective Sexual Well-Being among Older Women and Men: Findings from Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*. Chicago: International Academy of Sex Research.

Laumann, E.O., Paik, A. y Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, 281, 537–44.

Lawrance, K. y Byers, E. S. (1992). Development of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction in long term relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1, 123-28.

Lawrance, K. y Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267-85.

Le, B. y Agnew, R. (2003). Commitment and its theorized determinants: A meta-analysis of the Investment Model. *Personal Relationships*, 10, 37-57.

Leach, L.S., Butterworth, P., Olesen, S.C. y Mackinnon, A. (2012). *Relationship quality and levels of depression and anxiety in a large population-based study*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (3), 417-425.

Lebow, J., Chambers, A., Christensen, A. y Johnson, S. (2012). “Research on the treatment of Couple Distress”. *Journal of Marital and Family Therapy* 38 (1): 145- 168.

Ledón, L., Agramonte, A., Chirinos, J., Mendoza, M., Fabr e, B., Hern andez Yero, J.A. y Hidalgo, M. (2006). Experiencia sexual de mujeres y varones viviendo con enfermedades endocrinas. *Rev Int Androl.* 4 (2), 60-9.

Lee, J.A. (1973). *The colors of love: An exploration of the ways of loving*. Don Mills: New Press.

Levine, S.B. (2003). The nature of sexual desire: A clinician’s perspective. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32, 279-285.

Levy, M.B. y Davis, K.E. (1988). Love styles and attachment styles compared: Their relations to each other and to various relationship

- characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 439-471.
- Lewis, R.A. y Spanier, E.B. (1979). Theorizing about the quality and stability of marriage. In W.R. Burr, R. Hill, F.I. Nye, y I.L. Reiss (Eds.), *Contemporary theories about the family* (pp. 268-294). New York: Free Press.
- Liberman, R.P., Wheeler, E. G., Visser, L., Kuehnel, J. y Kuehnel, T. (1987). *Manual de terapia de pareja*. Desclée de Brouwer.
- Lindau, S.T., Tang, H., Gomero, A., Vable, A., Huang, E.S., Drum, M.L., Qato, D.M. y Chin MH. (2010). Sexuality among Middle-Aged and Older Adults With Diagnosed and Undiagnosed Diabetes. A national, population-based study. *Diabetes Care*, 33 (10), 2202-10.
- Litzinger, S. y Coop, K. (2005). Exploring Relationships Among Communication, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction. *Journal of Sex y Marital Therapy*, 31 (5), 409-424.
- Lombo, B., Villalobos, C., Tique, C., Satizábal, C. y Franco C., (2006). Prevalencia del síndrome metabólico entre los pacientes que asisten al servicio Clínica de Hipertensión de la Fundación Santa Fe de Bogotá. *Revista Colombiana de Cardiología*; 12, 6, 472-478.
- López-Jaramillo, P., Sánchez, R. A., Díaz, M., Cobos, L., Bryce, A., Parra Carrillo, J. Z.,...Zanchetti, A. (2013). Latin American consensus on hypertension in patients with diabetes type 2 and metabolic syndrome. *Journal of Hypertension*, 31, 223–238.
- López-Jaramillo, P., Silva, S., Ramírez, F. y García, R. (2004). Síndrome metabólico: diagnóstico y prevención. *Acta Médica Colombiana*; 29 (3), 137-144.
- López, M., Sosa, M. y Labrousse, N. (2007). Síndrome metabólico. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* 174, 12-15. Universidad Nacional del Nordeste.
- LoPiccolo, J. y Steger, J. (1974). The Sexual Interaction Inventory: A new Instrument for Assessment Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 585-595.
- Lorenzo, C., Williams, K., Gonzalez-Villalpando, C. y Haffner SM. (2005) The prevalence of the metabolic syndrome did not increase

- in Mexico City between 1990-1992 and 1997- 1999 despite more central obesity. *Diabetes Care*; 28 (10), 2480-2485.
- Lundblada, A. M. y Hansson, K. (2006). Couples therapy: effectiveness of treatment and long-term follow-up. *Journal of Family Therapy*. 28, 136-152.
- Luque, G.T., García-Martos, M., Gutiérrez, C.V. y Vallejo, N.G. (2010). Papel del ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la obesidad en adultos. *Retos Nuevas Tendencias en Educ Física Deporte Recreación*; (18), 47-51.
- MacDonald, S., Halliday, J., MacEwan, T., Sharkey, V., Farrington, S., Wall, S. y McCreadie, R. (2003). Nithsdale Schizophrenia surveys 24: Sexual dysfunction. Case-control Study. *British Journal of Psychiatry*, 182, 50-56.
- Machado, A., Navarro, D., Domínguez E., García T. y Navarrete O. (2002). Respuesta sexual de la mujer de edad mediana con diabetes mellitus. *Rev Cubana Endocrinol* [revista en la Internet]. 13 (3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol13_3_02/end03302.htm.
- Mahoney, M.J., Miller, H.M. y Arciero, G. (1995). Constructive Metatheory and the Nature of Mental Representation. En M. Mahoney (Ed.) *Cognitive and Constructive Psychotherapies* (103-120). N.Y.: Springer.
- Maltz, D. N. y Broker, R.A. (1983). A cultural approach to male female miscommunication in J.J Gumpres (ed.). *Language and social identity*. New York: Columbia University Press, pp 195-216
- Marston, P. J., Hecht, M. L., Manke M. L., McDaniel, S. y Reeder, H. (1998). The subjective experience of intimacy, passion, and commitment in heterosexual loving relationships. *Personal Relationships*, 5, 15-30.
- Martínez Vizcaíno, V., García-Prieto, J., Notario-Pacheco, B. y Sánchez-López M. (2013). Successful intervention models for obesity prevention: the role of healthy life styles. *Nutr Hosp*; 28 (Suppl. 5): 105-13.
- Martínez, L. y 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. (1994). *Factores de riesgo del conflicto marital*. Monografía inédita. Bogotá, Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Martínez, P. y Ballesteros de Valderrama, B. (1998). *Dos en uno. Cómo lograr armonía en nuestra relación de pareja*. Grijalbo, Bogotá.
- Marwick, C. (1999). Survey says patients expect little physician help on sex. *Journal of the American Medical Association*, 281, 2173–2174.
- Mas, M. (1999). Fisiología sexual. En J.A.F. (Ed). *Fisiología humana* (2a ed). Madrid: MacGraw Hill-Interamericana; p.1148-1158.
- Masters, W. y Johnson, V. (1966) *Human sexual response*. Little Brown, Boston.
- Matthews, L. S., Conger, R. D. y Wickrama, K. A. S. (1996). Work-family conflict and marital quality: Mediating processes. *Social Psychology Quarterly*, 59(1), 62-79.
- 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 Cummins, R. A. (1998). Sexuality and quality of life among young people. *Adolescence*, 33(132), 761-773.
- 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.
- McCabe, M. y Matic, H. (2008). Duration of erectile dysfunction and its relationship to treatment seeking and satisfaction with treatment using PDE5 inhibitors. *International Journal of Urology*. (4):346-9.
- McCarthy, B. y Thestrup, M. (2008). Couple Therapy and the treatment of Sexual Dysfunction. En: A. Gurman (Ed.). *Clinical Handbook of Couple Therapy –Fourth Edition-* (pp. 591-617). New York: The Guilford Press.
- McClelland, S. (2010). Intimate Justice: A Critical Analysis of Sexual Satisfaction. *Social and Personality Psychology Compazz* 4, 9, 663-680.

- McLean, L. M., Jones, J. M., Rydall, A. C., Walsh, A., Esplen, M. J., Zimmermann, C., et al. (2008). A couples intervention for patients facing advanced cancer and their spouse caregivers: Outcomes of a pilot study. *Psycho-oncology*, 17 (11), 1152-1156.
- McLeod, D.B. (1994). Research on affect and mathematics learning in the JRME: 1970 to the present. *Journal for Research in Mathematics Education*, 25 (6), 637-647.
- McMahon, C., Abdo, C., Incrocci, L., Perelman, M., Rowland, D., Waldinger, M. y Cheng Xin, Z. (2004). Disorders of Orgasm and Ejaculation in Men. In: T.F. Lue, R., Basson, R., Rosen, F., Giuliano, S., Khoury, F., Montorsi F. (Eds) *Sexual Medicine: Sexual Dysfunctions in Men and Women*, Editions 21, Paris, Chap 13
- McNulty, J. K. y Russell, V. M. (2010). When “negative” behaviors are positive: a contextual analysis of the long-term effects of problem-solving behaviors on changes in relationship satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98 (4), 587–604.
- McNulty, J. K., O’Mara, E. M. y Karney, B. R. (2008). Benevolent cognitions as a strategy of relationship maintenance: Don’t sweat the small stuff . . . but it’s not all small stuff. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 631–646.
- Meana, M., Binik, Y.M., Khalifé, S. y Cohen, D. (1998). Affect and marital adjustment in women ors on changes dyspareunic pain. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 381- 385.
- Medico, D. (2005). *Researching on Sexuality for Pleasure*. Documento de trabajo. Suiza: Geneva Foundation for Medical Education and Research. University of Lausanne, Health Psychology Unit.
- Melero, R. (2008). *La relación de pareja: apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación*. Universidad de València, Tesis doctoral. Documento no publicado. Servei de Publicacions.
- Meston, C. y Ahrold, T. (2010). Ethnic, Gender and Acculturation Influences on Sexual Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 179-189.
- Meston, C.M. y Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The

- Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *Journal of Sexual Medicine*, 2, 66-81.
- Metz, M. y McCarthy, B. (2003) *Coping with premature ejaculation: Overcome PE, please your partner, and have great sex*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Metz, M. y McCarthy, B. (2004) *Coping with erectile dysfunction: How to regain confidence and enjoy great sex*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Metz, M. y McCarthy, B. (2007) The “Good-Enough Sex” model for couple sexual satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, 22: 3, 351- 362.
- Mikulincer, M. y Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics y change*. New York: Guilford Press.
- Milhausen, R., Graham, C., Sanders, S., Yarber, W. y Maitland, S. (2010). Validation of the Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women and Men. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1091-1104.
- Mokk, D. G. (1987). *Motivation: The organization of action*, New York, Norton.
- Montorsi, F., y Althof, S. E. (2004). Partner responses to sildenafil citrate (Viagra) treatment of erectile dysfunction. *Urology*, 63, 762–767.
- Moore, T., Strauss, J., Herman, S. y Donatucci, C. (2003). Erectile Dysfunction in early, Middle, and Late Adulthood Symptom Patterns and Psychosocial Correlates. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29 (5), 381-399.
- Moral, J. (2009). Medida de la Satisfacción Sexual en Parejas Casadas: Un Estudio de Validación. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología* 15 (1), 45-76.
- Morales-Falo, E.M, Sánchez-Moreno, C., Esteban, A., Alburquerque, J.J y Garaulet, M. (2013). Quality of the diet «before and during» a weight loss treatment based on Mediterranean Diet; behavioral therapy and nutritional education. *Nutr Hosp*; 28 (4): 980-7.
- Myers, J. K., Lindenthal, J. J. y Pepper, M. P. (1975). Life events, social integration and psychiatric symptomatology. *Journal of Health and Social Behavior*, 16 (4), 421-429.

- Mykletun, A., Dahl, A., O'leary, M. y Fossa, S. (2005) Assessment of male sexual function by the Brief Sexual Function Inventory. *BJU international*, 97(2), 316-23. DOI:10.1111/j.1464-410X.2005.05904.x
- Navarro, E. y Vargas, R. (2007). Síndrome metabólico en el suroccidente de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 24 (1), 40-52.
- Nelson, C. J y Kenowitz, J. (2013). Communication and intimacy-enhancing interventions for men diagnosed with prostate cancer and their partners. *Journal Sex Med*; 10 Suppl 1, 127-32.
- Neto, F. (2012). The Satisfaction with Sex Life Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 45 (1), 18-31.
- Nichols, H. y Molinder, I. (1996). *Multiphasic Sex Inventory II: Clinician's Handbook*. Fircrest, WA: Nichols y Molinder Assessments.
- Nieto, J. A. (1989). *Cultura y sociedad en las prácticas sexuales*. Madrid. Fundación Universidad Empresa.
- Nieto, J. A. (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*, Talasa, Madrid
- Novoa-Gómez, M., Cruz, C., Rojas, L. y Wilde, K. (2003). Efectos secundarios de los tratamientos de cáncer de próstata localizado en la calidad de vida y el ajuste marital. *Universitas Psychologica*, 2 (2), 169-186.
- Novoa-Gómez, M., Garcés, A., Gómez, C. y Pino, S. (2012) *Ajuste Diádico y Sexualidad en hombres con Disfunción Sexual Eréctil de Origen Orgánico –Estudio De Caso*. Tesis de para optar al grado de psicólogo. Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. Documento inédito.
- Novoa-Gómez, M., Pino, S., Vargas, R. y Sanabria, P. (2013a). *Validación psicométrica de la Escala de Ajuste diádico de 7 ítems (EAD-7) en población colombiana*. Manuscrito en preparación, documento inédito.
- Novoa-Gómez, M., Pino, S., Vargas, R. y Sanabria, P. (2013b). *Validación psicométrica del Índice de satisfacción sexual (ISS) en población colombiana*. Manuscrito en preparación, documento inédito.

- Novoa-Gómez, M., Pino, S., Vargas, R. y Sanabria, P. (2013c). *Validación psicométrica del Cuestionario de Cambios en la Función sexual (CSFQ-14) en población colombiana*. Manuscrito en preparación, documento inédito.
- Novoa-Gómez, M., Pino, S., Vargas, R. y Sanabria, P. (2013d). *Validación psicométrica del Inventario de Frecuencia y Aceptación del Comportamiento de la Pareja (FAPBI) en población colombiana*. Manuscrito en preparación, documento inédito.
- Nylanderlundqvist, E. y Bergdahl, J. (2003). Vulvar vestibulitis: Evidence of depression and state anxiety in patients and partners. *Acta Dermato-Venereologica*, 83, 369- 373.
- O'Connor, D., Corona, G., Forti, G., Tajar, A., Lee, D., Finn, J., Bartfai, G., Boonen, S., Casanueva, F., Giwercman, A., Huhtaniemi, I., Kula, K., O'Neil, T., Pendleton, N., Punab, M., Silman, A., Vanderschueren, D., Wu, F. y the European Male Ageing Study group. (2008). Assessment of Sexual Health in Aging Men in Europe: Development and Validation of the European Male Aging Study Sexual Function Questionnaire. *International Society for Sexual Medicine*, 5, 1374–1385.
- O'Conors, P. y Brown, G. (1984). Supportive relationships: factor fancy? *Journal of Personal and Social Relationship* 1, 159-75.
- O'Leary, M., Fowler, F. y Lenderking, W. (1995). A brief male sexual function inventory for urology. *Urology* 46 (5), 697-706.
- Offman, A. y Mattheson, K. (2005). Sexual compatibility and sexual functioning in intimate relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 31-39.
- Ojeda, G., Ordóñez, M. y Ochoa, L. (2000). *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia –Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá: Profamilia.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012a). *Diabetes*. Nota descriptiva N°312. Recuperado el 6 de septiembre de 2013, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012b). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva N°311. Recuperado el 6 de septiembre de 2013, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

- Organización Mundial de la Salud OMS. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. (<http://www.who.int/gender>).
- Osterhout, R. E., Frame, L. E. y Johnson, M. D. (2011). Maladaptive attributions and dyadic behavior are associated in engaged couples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30, 787-818.
- Parra, C. (2007). Evaluación del Conflicto de Pareja desde la Perspectiva Cognoscitiva Conductual. *Revista Digital de Psicología*, 2, 88-122.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia
- Pérez, F. (2013). *Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS) en usuarios de Redes Sociales*. Trabajo de Fin de Master para obtener el título de Master en Sexología. Almería, España: Universidad de Almería.
- Pfaus, J.G., Kippin, T.E. y Centeno, S. (2001). Conditioning and sexual behavior: A review. *Horm Behav*, 40, 291-321.
- Pick, S. y Andrade, P. (1988a). Diferencias sociodemográficas en la satisfacción marital: el caso de México. *Revista de Psicología Social*, 3, 91-97. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2903303>.
- Pinzón, J., Serrano, N., Díaz, L., Mantilla, G., Velasco, H., Martínez, L., Millán, P., Acevedo, S. y 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.
- Ponholzer, A., Temml, C., Rauchenwald, M., Marszalek, M. y Madersbacher, S. (2008). Is the metabolic syndrome a risk factor for female sexual dysfunction in sexually active women? *International Journal of Impotence Research* 20, 100–104.
- 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.

- Proulx, C. M., Helms, H. M. y Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 576-593.
- Quirk, F., Heiman, J., Rosen, R., Laan, E., Smith, M. Y Boolell, M. (2002). Development of a Sexual Function Questionnaire for Clinical Trials of Female Sexual dysfunction. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 11 (3): 277-289.
- Reaven, G.M., Banting Lecture. (1988). Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988; 37 (12): 1595-1607
- Rehman, U. y Holtzworth-Munroe, A. (2006). A cross-cultural analysis of the demand- withdraws marital interaction: Observing couples from a developing country. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 755-766.
- Reiss, I. L. (1986). *Journey into sexuality: An exploratory voyage*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Reiss, I. L. (1999). Evaluating sexual science: Problems and prospects. *Annual Review of Sex Research*, 10, 236-271.
- Reiss, I. L., Anderson, R.E. y Sponaugle, G.C. (1980). A multivariate model of the determinants of extramarital sexual permissiveness. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 395-411.
- Reiss, I. L. (1967). *Hacia una sexualidad racional*. Barcelona : Fontanella.
- Roach, A. R., Browden, R. y Frazier, T. (1981). The Marital Satisfaction Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 537-546.
- Robayo, J. A., García, P., Herney, A. y Carbonell, J. (2009). Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en un hospital de tercer nivel. *Revista Colombiana de Urología*, 18 (1), 39-46.
- Robles, T. F. y Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: Pathways to health. *Physiology and Behavior*, 79 (3), 409-416.
- Roche, B. y Barnes, D. (1996). Arbitrarily applicable relational responding and sexual categorization: A critical test of the derived difference relation. *The Psychological Record*, 46, 451-475.
- Roche, B. y Barnes, D. (1997). A transformation of respondently conditioned stimulus functions in accordance with arbitrarily

- applicable relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 67, 275-301.
- Roche, B., Barnes-Holmes, D., Smeets, P. M., Barnes-Holmes, Y. y McGeady, S. (2000). Contextual control over the derived transformation of discriminative and sexual arousal functions. *The Psychological Record*, 50, 267-291.
- Rodríguez, O. R. (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento Psicológico*, 7 (14), 41-52.
- Romero, J. y 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. y 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 and Marital therapy*, 26 (2), 191-208.
- Rubin, G. (1989): Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En Vance, C. S. (comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Madrid, Talasa, pp. 113-190.
- Rubio, M.A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., et al. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes*; 5 (3): 135-75.
- Rueda-Clausen, C., Silva, F. y López-Jaramillo, P. (2008). Epidemic overweight and obesity in Latin America and the Caribbean. *International Journal Cardiology*, 28, 125, 111-2
- Rusbult, C. E. (1980). Commitment and satisfaction in romantic associations: a test of investment model. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 172-186.
- Rusbult, C. E. (1983). A longitudinal test of the investment model: the development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 101-117.
- Rust J, Golombok S. (1986). The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behavior* 15, 157-65.

- Rust, J. y Golombok, S. (1985). The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 63-64.
- Saíz, J. y Zábala, S. (2000). Ansiolíticos benzodiacepínicos y función sexual. En Bobes, J. Dexeus, J. Gibert, J. Psicofármacos y función sexual. Edición Díaz de Santos, Madrid.
- Sanchez-Fuentes, M., Santos-Iglesias, P. y Sierra, J. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 67-75.
- Sánchez, C., Morales, F., Carreño, J. y Martínez S. (2005). Disfunción Sexual Femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatología y Reproducción Humana*; 19, 152-60.
- Sanders, S., Graham, C. y Milhausen, R. (2008). Predicting Sexual Problems in Women: The Relevance of Sexual Excitation and Sexual Inhibition. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 241-251.
- Santos-Iglesia, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (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.
- 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>
- Segraves, R. (2009). Considerations for a Better Definition of Male Orgasmic Disorder in DSM V. *International Society for Sexual Medicine*, 7, 690-699.
- Seidman, S.(2006). Theoretical perspectives. En Seidman, S; Fischer, N. and Meeks, Ch. (eds) *Handbook of the New Sexuality Studies*. Taylor y Francis Group: Routledge, USA and Canada. 4-16.

- Seidman, S., Fischer, N. and Meeks, Ch. (2006). (eds). *Handbook of the New Sexuality Studies*. Taylor y Francis Group: Routledge, USA and Canada.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421.
- Sexton, T., Coop-Gordon, K., Gurman, A., Lebow, J., Holtzworth. Munroe, A. y Johnson, S. (2011). Guidelines for Classifying Evidence-Based Treatments in Couple and Family Therapy. *Family process*. 50, 3, 377-392.
- Shadish, W.R. y Bladwin, S.A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 547-570.
- Shaver, P.R. y Hazan, C. (1988). A biased overview of the study of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 473-501.
- Sierra, J.C., Zubeidat, I., Carretero-Dios, H. y Reina, S. (2003). Estudio psicométrico preliminar del Test del Deseo Sexual Inhibido en una muestra española no clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*; 3 (3), 489-504.
- Silva, J. y Marques, H. (2013). Monogamy and Marital Adjustment: A Study of Same Sex Couples and Different Sex Couples. *Psychology, Community & Health*, 2 (1), 28–42.
- Simkins-Bullock, J., Wildman, B.G., Bullock, W.A. y Sgrue, D.P. (1992). Etiological attributions, responsibility attributions, and marital adjustment in erectile dysfunction patients. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, 83–103.
- Simon, W. (1996). *Postmodern sexualities*. New York: Routledge.
- Simon, W. y Gagnon, J. (2003). Sexual scripts: Origins, Influences and Changes. *Qualitative Sociology*, 26(4): 491-497.
- Siosteen, A., Lundqvist, C., Blomstrand, C., Sullivan, L. y Sullivan, M. (1990). Sexual ability, activity, attitudes and satisfaction as part of adjustment in spinal cord-injured subjects. *Paraplegia*, 8, 285-295.
- Smith, S., O'Keane, V. y Murray, R. (2002). Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *British Journal of Psychiatry*, 181, 49-55.

- Snell, W., Fisher, T. y Walters, A. (1993). The multidimensional sexuality Questionnaire: An objective self Report Measure of Psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6, 27-55.
- Snyder, D. K., Castellani A. M. y Whisman M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology*. 57, 317-44.
- Snyder, D. K., Heyman, R. E. y Haynes, S. N. (2005). Evidence-based approaches to assessing couple distress. *Psychological assessment*, 17 (3), 288-307.
- Sobczak, J. (2009). Female Sexual Dysfunction: Knowledge Development and Practice Implications. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45 (3), 161-172.
- South, S. C., Krueger, R. F. y Iacono, W. G. (2011). Understanding general and specific connections between psychopathology and marital distress: A model based approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 935-947.
- South, S., Doss, B. y Christensen, A. (2010). "Through the eyes of the beholder: the mediating role of relationship acceptance in the impact of partner behavior". *Family Relations* 59, 611-622.
- 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.
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *The Journal of Sex Research*, 39 (3), 190-196.
- Sroufe, L.A. y Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- 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.

- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
- Sternberg, R.J. (1998). *Cupid's arrow: The course of love through time*. New York: Cambridge University Press.
- Stulhofer A., Busko V. y Brouillard P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *The Journal of Sex Research*, 47 (4), 257-68.
- Taleporos, G. y McCabe, M. P. (2002). The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sexuality and Disability*, 20, 177-183.
- Taloyan, M., Wajngot, A., Johansson, S.E., Tovi, J. y Sundquist J. (2010). Ethnic differences in dissatisfaction with sexual life in patients with type 2 diabetes in a Swedish town. *BMC Public Health*.10, 536-42.
- Tam, C., Lee, T., Har, W. y Chua, S. (2011). Dyadic Consensus and Satisfaction of Married and Dating Couples in Malaysia. *Asian Social Science*, 7(9), 65-72.
- Tan, G., Waldman, K. y Bostick. (2002). Psychosocial Issues, Sexuality, and Cancer. *Sexuality y Disability*, 20 (4), 297-318.
- Tapia, L. (2001). Algunas consideraciones para una Terapia de Pareja basada en la evidencia. *De Familias y Terapias*, 9, 14 y 15, 7-30.
- Tesser, A. y Beach, S. R. H. (1998). Life events, relationship quality, and depression: An investigation of judgment discontinuity in vivo. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (1), 36-52.
- Tiefer, L. (1991). Historical, Scientific and feminist criticisms of "The human Sexual Response cycle" model. *Annual review of sex research*, 2, 1-23.
- Tiefer, L. (2001). A new view of women's sexual problems: why new? Why now? *JournalSex Research*, 38 (2), 89-96.
- Tiefer, L., Hall, M. y Tavriz, C. (2000). Beyond dysfunction: a new view of women's sexual problems. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28 (s), 225-232.

- Tomlinson, J. y Wright, D. (2004). Impact of erectile dysfunction and its subsequent treatment with sildenafil: qualitative study. *British Medical Journal* 328 (7447): 1037–1040.
- Treboux, D. y Busch-Rossnagel, N. (1995). Age differences in parent and peer influences on female sexual behavior. *Journal of Adolescent Research*, 5 (2), 175–189.
- Troxel, W., Matthews, K., Gallo, L. y Kuller, L. (2005). Marital Quality and Occurrence of the Metabolic Syndrome in Women. *Arch Intern Med*, 165, 1022-1027.
- Tsai, A.G., Wadden, T.A., Sarwer, D.B., Berkowitz, R.I., Womble, L.G., Hesson, L.A, Phelan, S., Rothman, R. (2008) Metabolic syndrome and health-related quality of life in obese individuals seeking weight reduction. *Obesity*. 16, 59-63.
- Useche, B. (2001). El examen sexológico en las disfunciones excitatorias y orgásmicas femeninas. *Revista Terapia Sexual*, 4 (1), 115-131.
- Useche, B. (2005a). Medicalización, erotismo y diversidad sexual: Una crítica sexológica al DSM-IV-TR (I parte). *Sexología Integral*, 2 (1), 36-42.
- Useche, B. (2005b). Medicalización, erotismo y diversidad sexual: Una crítica sexológica al DSM-IV-TR (II parte). *Sexología Integral*, 2 (2), 87-95.
- Valenzuela, A., Maíz, A., Margozzini, P., Ferreccio, C., Rigotti, A., Olea, R. y 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.
- Vance, C. S. (1989). “El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad” en Vance, C. S. (comp). *Placer y peligro: Explorando la sexualidad femenina* Madrid. Talasa.(9-49).
- Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 295-307.
- Villanueva, T.L., Bernal Campos, S., Erazo, R.M., Fuentes, X. y Sanchez, S. (1999). La primera entrevista en terapia de pareja.
- Villegas, A., Botero, J., Arango, I., Arias, S. y Toro, M. (2003). Prevalencia del síndrome metabólico en El Retiro, Colombia. *Iatreia* 16 (4), 291-297.

- Waite, L. y Joyner, K. (2001). Emotional and physical satisfaction with sex in married, cohabiting, and dating sexual unions: do men and women differ?. En: Laumann, E.; Michael, R. *Sex, love and health in America: private Choices and Public Policy* (pp. 239-269). The University of Chicago Press, USA
- Wamboldt, F.S. y Reiss, D. (1989). Defining a family heritage and a new relationship: Twocentral themes in the making of a marriage. *Family Process*, 28, 317-335.
- Waring, E. y Reddon, J. (1983). The measurement of intimacy in marriage: the Waring Intimacy Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 39 (1), 53-57.
- Weeks, J. (1993). *El malestar de la sexualidad*. Madrid. Talasa.
- Weiss, D. (1998). The use of theory in sexuality research. *Journal of Sex Research*, 35, 1-9.
- Weiss, D. (2002). The Need to Integrate Sexual Theory and Research. In Wiederman, M y Whitley, B (Eds.) *Handbook for Conducting Research on Human Sexuality*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, USA. Cap 2. 7-24.
- Weissman, M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression. *Am J Public Health*, 77:445–51.
- Wellings, K. (2012) Sexual health: theoretical perspectives. En: *Conceptual and theoretical aspects of sexual health*. McGraw-Hill, London. (págs.)
- West, M. y Sheldon-Keller, A. (1994). *Patterns of relating*. New York: Guilford Press.
- Whisman M. A., Snyder, D. K. y Beach, S. (2009). Screening for marital and relationship discord. *Journal of Family Psychology*, 23 (2), 247–254.
- Whisman, A., Uebelacker, L., Settles, T. (2010). Marital Distress and the Metabolic Syndrome: Linking Social Functioning With Physical Health. *Journal of Family Psychology*, 24 (3), 367–370.
- Whisman, A., y Uebelacker, L. (2012). A Longitudinal Investigation of Marital Adjustment as a Risk Factor for Metabolic Syndrome. *Health Psychology*, 31, 1, 80–86

- Whisman, M. A. (2001). Marital adjustment and outcome following treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 125-129.
- Wiederman, M. y Whitley, B. (Eds.) (2002). *Handbook for Conducting Research on Human Sexuality*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, USA.
- Williams, L., Edwards, T., Patterson, J. y Chamow, L. (2011). *Essential Assessment Skills for Couple and Family Therapists*. New York: The Guilford Press.
- Williams, S. y Frieze, I.(2005). Courtship behaviors, relationship violence, and breakup persistence in college men and women. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 248–257.
- Willoughby, B. y Vitas, J. (2012). Sexual Desire Discrepancy: The Effect of Individual Differences in Desired and Actual Sexual Frequency on Dating Couples. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 477-486.
- Woodson, J. (2002) Including 'learned sexuality' in the organization of sexual behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 26(1), 69-80.
- Wulfert. E. y Wan, C. K. (1993). Condom Use: A Self-Efficacy Model. *Health Psychology*; 12, 5, 346-353.
- Yuan, J. W., McCarthy, M., Holley, S. R. y Levenson, R. W. (2010). Physiological down- regulation and positive emotion in marital interaction. *Emotion*, 30(4), 467-474.
- Zajecka, J., Mitchell, S. y Fawcett, J. (1997). Treatment-emergent changes in sexual functions with selective serotonin reuptake inhibitors as measured with the Rush Sexual Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(4),755-760.
- Zakhari, R. (2009). Female sexual dysfunction: A primary care perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 498–505.
- 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 Cancer. *Psychooncology*, 19(8), 814-822.

- Zeifman, D. y Hazan, C. (1997). A process model of adult attachment formation. En S. Duck, (Ed.), *Handbook of personal relationships*. (pp. 179-196). New York: Willey.
- Ziherl, S. y Masten, R. (2010). Differences in Predictors of Sexual Satisfaction in Sexual Satisfaction Between Female and Male University Students in Slovenia. *Psychiatria Danubina*, 22(3), 425-429.

ANEXOS

ANEXO 1

Encuesta_____ Tipo_____ Número_____

Fecha (dd-mm-aaaa): ____ - ____ - _____

Código_____

ANAMNESIS U HOJA DE DATOS PERSONALES

No. Historia Clínica: _____

Fecha de Nacimiento (*dd-mm-aaaa*): --

¿Tengo relaciones sexuales con?

Personas del sexo opuesto

Personas de mí mismo sexo

Personas de ambos sexos

Estado Civil: Soltero (a)

Casado(a)

Unión Libre

Viudo(a)

Separado(a)/Divorciado(a)

Número de hijos:

Tiempo de relación (En meses)

Nivel de estudios: Primaria incompleta

Primaria Completa

Bachillerato incompleto

Bachillerato completo

Técnico

Profesional
Especialista
Magister
PhD

Ocupación: Empleado
Independiente
Desempleado
Jubilado

Paraclínicos: Tensión arterial

Glicemia

HDL _____

Triglicéridos _____

Datos Antropométricos:

Peso actual (Kg) _____

Estatura (Cm) _____

Perímetro abdominal (Cm) _____

¿Antecedentes psiquiátricos? No Si ¿Cuál(es)?

: _____

Actualmente ¿Asiste a una consulta de Psiquiatría, Psicología? No
Si

Antecedentes patológicos:

Hipertensión arterial ()

Diabetes Mellitus ()

Dislipidemia ()

Hígado graso ()

Obesidad ()

Otros _____

ANEXO 2

Encuesta_____ Tipo_____ Número_____

Fecha (dd-mm-aaaa): _____ - _____ - _____

Código_____

FRECUENCIA Y ACEPTABILIDAD DEL COMPORTAMIENTO DE LA PAREJA (FAPBI)

Instrucciones:

En toda relación hay conductas positivas que a los individuos les gusta que su pareja realice, y conductas negativas que a los individuos no les gusta que su pareja realice. A continuación encontrará en las siguientes hojas una lista de conductas típicas que pueden causar satisfacción o insatisfacción en la relación:

A) Dé un estimado de la frecuencia de la conducta en el último mes. Calcule el número de veces (0-9) que la conducta ha ocurrido en el último mes ya sea por día, semana o mes. Por ejemplo, si una conducta ocurrió dos veces a la semana, usted puede estimarla como 2 veces por semana u 8 veces al mes. En el siguiente ejemplo, el cónyuge indicó que su compañero/a inició afecto físico alrededor de 2 veces por semana en el último mes. Si una conducta ocurrió por lo menos una vez el mes pasado, NO se estima como cero veces por día o cero veces por semana.

B) Después de que usted haya estimado la frecuencia de la conducta en el último mes, califique que tan aceptable es para usted que esta conducta haya ocurrido en la frecuencia especificada en el último mes. Use los números menores en la escala para calificar comportamientos cuya frecuencia en el último mes fueron inaceptables, intolerables e insoportables. Por el contrario, use los números más altos al final de la escala para calificar comportamientos cuya frecuencia en el último mes es

aceptable o incluso deseable. Si la conducta no ha ocurrido en el último mes, responda con cero veces por mes y luego califique que tan aceptable es para usted que la conducta no haya ocurrido en el último mes.

Conductas Positivas dela Pareja

- En el último mes, mi pareja fue afectiva físicamente (ej. Sostuvo mi mano, me besó, me abrazó, puso su brazo alrededor de mí, respondió cuando yo inicié contacto afectivo)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya sido afectuosa físicamente con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja fue verbalmente afectuosa (ej. Me hizo un cumplido, me dijo que me amaba, me dijo cosas lindas)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya sido verbalmente afectuosa con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja realizó las labores domésticas (incluye las veces que su pareja inició las labores domésticas así como las veces que usted se lo sugirió y su pareja lo hizo (Ej. Cocinó, lavó los platos, limpió la casa, lavó la ropa, fue al supermercado, lavó el carro, sacó la basura)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierra en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya realizado las labores domésticas con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja cuidó a los niños (ej. Cuidó a los niños, les ayudó con sus tareas, jugó con ellos, los disciplinó).
NOTA: si usted y su pareja no cuidan niños, por favor escriba N/A a continuación de este ítem, deje los espacios en blanco y pase al siguiente ítem]

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierra en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya cuidado a los niños con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja confió en mi (ej. Compartió conmigo como se estaba sintiendo, confió en mi sus éxitos y fracasos)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierra en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya confiado en usted con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja tuvo actividad sexual conmigo (ej. puede incluir relaciones sexuales o cualquier otra actividad sexual significativa, ya sea iniciada por usted o su pareja)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya tenido actividad sexual con usted con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja me apoyó cuando tuve problemas (ej. Escuchó mis problemas, simpatizó conmigo, me ayudó con mis dificultades)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja lo haya apoyado con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja realizó actividades sociales o recreativas conmigo (ej. Fue a cine, a comer, a un concierto, de excursión, etc. conmigo, incluidas las veces que su pareja inició

estos eventos así como las veces que usted u otras personas los iniciaron)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya realizado actividades sociales o recreativas con usted con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja socializó con mi familia o con mis amigos (ej. Visitó mi familia o mis amigos conmigo, respondió cuando ellos lo llamaron, me acompañó a salir con mi familia o mis amigos)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya socializado con su familia o sus amigos con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja converso conmigo acerca de problemas en nuestra relación y trató de resolverlos. (ej. habló conmigo acerca de los problemas de la relación, trató de resolver los problemas de manera constructiva)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya discutido con usted acerca de los problemas de la relación con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja participó en las responsabilidades financieras conjuntas (ej. Ayudó a tomar decisiones financieras, pagó cuentas, me consultó antes de realizar compras importantes)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya participado de las responsabilidades financieras con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

Conductas Negativas dela Pareja

- En el último mes, mi pareja fue crítico conmigo (ej. Me culpó por los problemas, realizó acusaciones sobre mi)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya sido crítico con usted con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja fue deshonesto conmigo (ej. Me mintió, no me dijo cosas que yo necesitaba saber, cambió los hechos de tal forma que no pude saber lo que realmente sucedió)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya sido deshonesto con usted con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja se comportó de manera inapropiada con miembros del otro sexo (ej. Fue coqueta con otros hombres/mujeres, asistió reuniones secretas con ellos, permitió que se sobrepasaran o se sobrepasó con ellos o tuvo infidelidades.

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja se haya comportado de manera sexualmente inapropiada con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja no cumplió con sus acuerdos (ej. No hizo lo que dijo que haría, se retractó de su palabra)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja no haya cumplido con sus acuerdos con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja fue verbalmente abusivo/a conmigo (ej. Me insultó, me puso sobrenombres, me alzo la voz o me gritó)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya sido verbalmente abusivo con usted con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja fue físicamente abusivo/a conmigo (ej. Me empujó, me gritó, me pateó, me mordió, me golpeo o me lanzó cosas)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya sido físicamente abusivo con usted con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja fue mandona y controladora (ej. hizo cosas sin consultarme primero, insistió en hacer las cosas a su forma, no escuchó lo que yo quería, manipuló las cosas de tal manera que obtuvo lo que quiso)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierre en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya sido mandón y controlador con usted con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja invadió mi privacidad (ej. Abrió mi correo, escuchó mis conversaciones con mis amigos o familia)

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierra en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja haya invadido su privacidad con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

- En el último mes, mi pareja se involucró en conductas adictivas que molestaron (ej. Como fumar, consumir drogas, tomar alcohol, etc.) . NOTA: por favor incluya que comportamiento fue: _____

Frecuencia: _____ veces por: Día Semana Mes (*encierra en un círculo una sola opción*)

Aceptabilidad: ¿Que tan aceptable es para usted que su pareja se haya involucrado en estas adicciones con esta frecuencia en el último mes?

Totalmente inaceptable 0 1 2 3 4 5 6 7 8
9 Totalmente Aceptable

Ítems de mayor preocupación para Usted:

Fuera de las conductas que usted calificó en este cuestionario, ¿cuáles son las 5 conductas (positivas o negativas) que fueron de mayor preocupación

para usted o que le causaron mayor problema en el último mes? Por ejemplo, si el ítem 14 fue el de mayor preocupación, usted debe escribir el número 14, y luego indicar, por ejemplo, que el problema fueron las críticas (ver ejemplo abajo). POR FAVOR NO ponga más de un ítem en cada línea, y haga todo lo posible por elegir 5 ítems como se solicita.

EJEMPLO:

Ítem de mayor preocupación: No. De ítem en este cuestionario 14 Tema del ítem Críticas hacia mi

Cuál es su:

Ítem de mayor preocupación: No. De ítem en este cuestionario _____
Tema del ítem _____

Ítem de 2ª mayor preocupación: No. De ítem en este cuestionario _____
Tema del ítem _____

Ítem de 3ª mayor preocupación: No. De ítem en este cuestionario _____
Tema del ítem _____

Ítem de 4ª mayor preocupación: No. De ítem en este cuestionario _____
Tema del ítem _____

Ítem de 5ª mayor preocupación: No. De ítem en este cuestionario _____
Tema del ítem _____

ANEXO 3

Encuesta_____ Tipo_____ Número_____

Fecha (dd-mm-aaaa): _____ - _____ - _____

Código_____

ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO (DAS-7)

La mayoría de las personas tienen desacuerdos en sus relaciones de pareja. Por favor indique abajo el grado aproximado de acuerdo o de desacuerdo entre usted y su pareja para cada ítem de la siguiente lista.

Ítem	5 Siempre de acuerdo	4 Casi siempre de acuerdo	3 Ocasionalmente desacuerdo	2 Frecuentemente desacuerdo	1 Casi siempre en desacuerdo	0 Siempre desacuerdo
1.Filosofía de vida						
2.Objetivos, metas y cosas consideradas importantes						
3.Cantidad de tiempo que pasan juntos						

¿Con qué frecuencia diría que ocurren los siguientes eventos entre usted y su compañero(a)?

Ítem	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Una o dos veces al mes	3 Una o dos veces a la semana	4 Una vez al día	5 Más a menudo
4. Intercambian ideas						
5. Discuten algo con calma						
6. Trabajan juntos en un proyecto						

7. Los puntos de la línea de abajo representan grados diferentes de felicidad con su relación de pareja. Suponiendo que el punto marcado con la palabra "Feliz" refleja el grado de satisfacción obtenido por la mayoría de las parejas. Por favor rodee con un círculo cuál de estos es el grado de felicidad que mejor describe su relación de pareja.



ANEXO 4

Encuesta _____ Tipo _____ Número _____

Fecha (dd-mm-aaaa): _____ - _____ - _____

Código _____

CUESTIONARIO DE CAMBIOS EN LA FUNCIÓN SEXUAL VERSIÓN CORTA PARA HOMBRES (CSFQ-14-M)

Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?

1. Ninguno
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o place

¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?

1. Nunca

2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasía sexuales) ahora?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?

1. Ningún disfrute o placer
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

¿Con qué frecuencia tiene una erección?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Obtiene una erección fácilmente?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

¿Es capaz de mantener una erección?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

¿Con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas, prolongadas?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)

4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Con qué frecuencia tiene una eyaculación?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Es capaz de eyacular cuando quiere?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?

1. Ningún disfrute o placer
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?

1. Nunca

2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

ANEXO 5

Encuesta _____ Tipo _____ Número _____

Fecha (dd-mm-aaaa): _____ - _____ - _____

Código _____

CUESTIONARIO DE CAMBIOS EN LA FUNCIÓN SEXUAL VERSIÓN CORTA PARA MUJERES (CSFQ-14-F)

Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?

1. Ninguno
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o place

¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?

1. Nunca

2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasía sexuales) ahora?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?

1. Ningún disfrute o placer
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Se excita fácilmente?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde el interés?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)

4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?

1. Ningún disfrute o placer
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?

1. Nunca

2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

ANEXO 6

Encuesta _____ Tipo _____ Número _____

Fecha (dd-mm-aaaa): _____ - _____ - _____

Código _____

ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN SEXUAL (IIS)

Lea atentamente cada uno de las siguientes 25 afirmaciones acerca de la vida sexual de una pareja. Señale con una X 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

No	Afirmación	1	2	3	4	5	6	7
1	Creo que mi pareja disfruta de nuestra vida sexual							
2	Nuestra vida sexual es muy excitante							
3	El sexo es divertido para mi pareja y para mí							
4	El sexo con mi pareja ha llegado a ser una carga para mí							
5	Creo que el sexo que tenemos es sucio y asqueroso							

6	Nuestra vida sexual es monótona							
7	Cuando tenemos sexo, si hay, es demasiado rápido y apresurado							
8	Creo que mi vida sexual es de mala calidad							
9	Mi pareja es sexualmente muy excitante							
10	Disfruto de las técnicas sexuales que mi pareja usa o le gustan							
11	Creo que mi pareja quiere demasiado sexo de mí							
12	Creo que nuestra vida sexual es maravillosa							
13	Mi pareja da demasiada importancia al sexo							
14	Intento evitar el contacto sexual con mi pareja							
15	Mi pareja es demasiado brusco rudo/a cuando hacemos el amor							
16	Mi pareja es una amante maravilloso/a							
17	Creo que el sexo es una función normal dentro de nuestra relación							
18	Mi pareja no quiere tener relaciones sexuales cuando yo quiero							
19	Creo que nuestra vida sexual realmente mejora nuestra relación							
20	Mi pareja parece evitar el contacto sexual conmigo							
21	Me es fácil excitarme sexualmente con mi pareja							
22	Creo que mi pareja está satisfecha sexualmente conmigo							
23	Mi pareja es muy sensible a mis necesidades y deseos sexuales							

24	Mi pareja no me satisface sexualmente							
25	Creo que mi vida sexual es aburrida							

ANEXO 7

Fecha (dd-mm-aaaa): ____ - ____ - _____

Código _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, yo _____, identificado con documento de identidad número _____, certifico que he recibido información amplia y suficiente sobre los objetivos de la investigación: “AJUSTE DIÁDICO, SEXUALIDAD Y SINDROME METABOLICO: UN ANALISIS COMPARATIVO” y que luego de tener las dudas sobre mi participación resueltas, acepto participar de forma voluntaria.

Con la firma de este documento certifico que me ha sido explicado y que he entendido que en la evaluación proporcionaré información sobre asuntos relativos a cuatro temas:

1. Ajuste de pareja
2. Frecuencia y aceptación de los comportamientos de mi pareja
3. Función sexual
4. Satisfacción sexual
- 5.

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 mi participación en el estudio, todos los datos recogidos 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 y que ha sido evaluada y aprobada por los comités de ética y metodología de las instituciones en donde se hace la convocatoria, que 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 la siguiente dirección electrónica mnovoagomez@gmail.com, y al siguiente teléfono: +1 3208320 ext 5745 de la ciudad de Bogotá.

Acepto

Firma: _____

Cc: _____

(Participante)

Firma: _____

Cc: _____

(Investigador)