

10  
2 ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ZARAGOZA

UNA EVALUACION SOBRE LA METODOLOGIA  
DE LA TECNICA PSICOTERAPEUTICA DE  
MASTERS Y JOHNSON APLICADA A LA  
IMPOTENCIA SEXUAL

**TESIS PROFESIONAL**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A N  
ERNESTO VILLANUEVA MARTINEZ  
OLEGARIO HERRERA PLATA

MEXICO, D. F.

1989

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

INTRODUCCION . . . . .	1
CAPITULO I	
1.1 Generalidades sobre la Conducta Sexual . . . . .	4
1.2 Diferentes puntos de vista acerca de la Sexualidad Humana. . . . .	5
1.2.1 Sigmund Freud . . . . .	8
1.2.2 Teorías Biológicas. . . . .	10
1.2.3 Teorías del Aprendizaje . . . . .	10
1.2.4 Masters y Johnson . . . . .	11
CAPITULO II	
SISTEMA SEXUAL MASCULINO Y SU FUNCION NORMAL . . . . .	13
2.1 Anatomía . . . . .	13
2.2 Fisiología . . . . .	18
2.3 Psicología . . . . .	19
CAPITULO III	
DEFINICION DE IMPOTENCIA COMO UNA DISFUNCION SEXUAL Y SU ETIOLOGIA	
3.1 Definición de Disfunción Sexual . . . . .	22
3.2 Tipos de Disfunciones Sexuales. . . . .	24
3.3 Generalidades sobre las Causas de las Disfunciones Sexuales y sus Efectos. . . . .	26
3.4 La Impotencia como una Disfunción Sexual y su Etiología desde diversos puntos de vista. . . . .	27
3.4.1 Clasificación de la Impotencia Sexual . . . . .	27
3.4.2 Etiología de la Impotencia Sexual . . . . .	28

## CAPITULO IV

METODO TERAPEUTICO DE MASTERS Y JOHNSON APLICADO A LA IMPOTENCIA SEXUAL . . . . .	32
4.1 Qué es la Terapia Sexual . . . . .	32
4.2 Conceptos de la Terapia Sexual . . . . .	33
4.3 Programa de Tratamiento de Masters y Johnson . . . . .	35
4.4 Esquema Terapéutico . . . . .	36
4.4.1 Interrogatorio . . . . .	36
4.4.2 Primer día en la Terapia Sexual . . . . .	38
4.4.3 Segundo día en la Terapia Sexual . . . . .	39
4.4.4 Tercer día en la Terapia Sexual. . . . .	40
4.4.5 Cuarto día en la Terapia Sexual. . . . .	42
4.5 Tratamiento de la Impotencia Sexual . . . . .	43
4.5.1 Del quinto al noveno día en la Terapia Sexual . . . . .	45
4.5.2 Decimo día en la Terapia Sexual . . . . .	46
4.5.3 Ultimos días del Tratamiento . . . . .	46
4.5.4 Condiciones especiales en el Tratamiento de la Impotencia Sexual . . . . .	46
4.5.5 Resultados en el Tratamiento de la Impotencia Sexual . . . . .	47
4.6 Modificaciones a la Técnica Psicoterapéutica de Mas- ters y Johnson aplicada a la Impotencia Sexual. . . . .	49

## CAPITULO V

UNA EVALUACION SOBRE LA METODOLOGIA DE LA TECNICA PSICO- TERAPEUTICA DE MASTERS Y JOHNSON APLICADA A LA IMPOTENCIA SEXUAL . . . . .	52
---	----

CAPITULO VI

RESULTADOS . . . . .	62
General . . . . .	62
Particulares . . . . .	63
Específicos . . . . .	67
Gráficas . . . . .	76

CAPITULO VII

CONCLUSIONES, . . . . .	91
Específicas . . . . .	91
Particulares . . . . .	101
General . . . . .	103

ANEXO 1	Artículos ( Muestra de Trabajo ) . . . . .	108
ANEXO 2	Instrumento de Medición . . . . .	111
ANEXO 3	Puntuación Bruta . . . . .	116
ANEXO 4	Puntuación a Escala . . . . .	117
ANEXO 5	Ante-Proyecto de Tesis . . . . .	118

BIBLIOGRAFIA . . . . .	127
------------------------	-----

## I N T R O D U C C I O N

La sexualidad es un factor determinante y esencial de la existencia humana. Desde sus primeros tiempos, el pensamiento del hombre giró en torno a este aspecto, y sin embargo, aún no se han descifrado sus enigmas, pero en épocas recientes, es decir en este siglo, es cuando a la sexualidad se le da un tratamiento bajo la luz del método científico. La sexualidad es la suma de las características de un individuo, la sexualidad es la persona completa incluyendo su personalidad, intelecto, arreglo personal, tono emocional y funcionamiento espiritual .

El estudio de la sexualidad ha atravesado por una serie de etapas bien definidas y ha sido estudiada desde diversas perspectivas ( capítulo I ), pero sin lugar a dudas, Sigmund Freud fué -- quien completó y desarrolló su estudio, y recientemente Masters y -- Johnson ( 1970 ) llevaron a cabo descubrimientos que cambiaron las concepciones tradicionales sobre la sexualidad .

Dentro de esta investigación se describirá someramente el sistema sexual masculino abarcando los tres aspectos básicos que lo integran : el anatómico, el fisiológico y el psicológico, éste capítulo cumple la función de ofrecer una idea acerca de cómo se presenta el funcionamiento sexual normal, para de este modo tener clara una diferencia de lo que sucede cuando se presenta la disfunción y más específicamente la impotencia sexual .

Adentrándose cada vez más en el estudio de la sexualidad humana se analizará brevemente el marco acerca de la disfunción -- sexual, tocando su definición; los tipos existentes de disfunciones sexuales, tanto en el sexo femenino como en el sexo masculino, y -- cuáles son las causas que contribuyen a que se presente una disfun-

ción sexual ; para de este modo enfocarse al tema de la impotencia sexual, donde tambien se analiza su clasificación; etiología y claro está, la perspectiva que le dan Masters y Johnson a ésta problemática sexual humana ( Capítulo III ) .

Una vez señalando estos aspectos, se describe la técnica terapéutica de Masters y Johnson aplicada a la impotencia sexual señalando conceptos claves cómo : ¿ qué es la terapia sexual ? , algunos elementos de ésta terapia, y por supuesto el programa de tratamiento para éste padecimiento, señalando los resultados en el tratamiento de la impotencia sexual y ciertas modificaciones que le han hecho a éste programa algunos terapeutas de la sexualidad . Estos investigadores reportan que la técnica señalada es un instrumento garantizado que ofrece un alto grado de éxito terapéutico ( posiblemente este es el sentir de algunos terapeutas actuales ) no se duda su veracidad, pero la finalidad de la investigación es, verificar si los datos en los cuáles se apoyan para mencionar esto, están respaldados por un buen rigor metodológico de investigación ( ver variable dependiente ), de esta forma se determinará el grado de certidumbre que tiene lo anteriormente señalado ( lo que reportan los investigadores que han utilizado está técnica ), quiere decir esto, que la propuesta de trabajo será "medir" la metodología de investigación científica ; con un instrumento diseñado por nosotros mismos . La problemática por la cual se decidió llevar a cabo una investigación de este tipo gira en torno a que la utilización de las técnicas psicoterapéuticas de la sexualidad ( específicamente la que se utiliza para eliminar la impotencia sexual diseñada por Masters y Johnson ) por parte de los diversos investigadores, deben ser acompañadas y apoyadas en el uso de una buena metodología cien-

tífica, para tener la posibilidad de ordenamiento y sistematización ( características inherentes al quehacer científico ) en sus datos, ideas y resultados ; pues una ausencia de ésta metodología puede echar por tierra y anular la validez de los resultados alcanzados en muchas semanas de trabajo paciente y dedicado ; quiere decir esto que cualquier técnica terapéutica para tener la posibilidad de ser utilizada con un alto grado de confiabilidad y validez tiene forzosamente que contar con un fuerte apoyo por parte de la metodología científica, pues si no es así, esto pudiera representar que el psicólogo puede emplear técnicas con muy poca confiabilidad y esto, claro está, dejará en entre dicho su papel dentro del campo tecnológico-científico, ésta es precisamente la problemática que se abordará, y la hipótesis de trabajo textualmente menciona : " La técnica de Masters y Johnson es reportada como efectiva en el tratamiento de la impotencia sexual ( Masters y Johnson, 1970 ), sin embargo, ¿ los reportes de ésta técnica están respaldados por un rigor metodológico de investigación comprobable y verificable que proporcione validez y confiabilidad para apoyar ésta afirmación ? " ( ver anexo 5 "anteproyecto de tesis" ) . Esta es la propuesta de investigación a desarrollar , y así mismose señala que se desea ofrecer la idea de dar pauta al estudio y desarrollo de investigaciones más sofisticadas para determinar el papel que juega el terapeuta que hace uso de las diversas técnicas psicológicas existentes .

## C A P I T U L O I

### 1.1 Generalidades sobre la Conducta Sexual .

El concepto sexualidad hace referencia a las características totales de un individuo ( sociales, personalidad y emocionales ) que se manifiestan en sus relaciones con otros y que reflejan su orientación género-genital (Shope, 1975) . Esta definición implica que la sexualidad humana es más que conducta sexual , pues - son también sentimientos, actitudes y creencias . De esta forma, - "la sexualidad encierra a la persona completa incluyendo aspectos - como su personalidad, tono emocional general, intelecto, arreglo - personal y su funcionamiento espiritual " (Shope, 1975) . La sexualidad humana entonces representa una serie de complejas interacciones entre mente y cuerpo y es manifestada como un componente indivisible de la personalidad completa .

Nuestra sociedad y cultura responde diferentemente al - hombre que a la mujer. Actúa sobre el potencial sexual biológico - aprovechando experiencias y características aprendidas , en las relaciones entre el individuo con otras personas y el ambiente ( Jones, Shainberg, Byer 1977 ) .

La sexualidad es la interacción completa en la que ocurren sensaciones genitales, se establecen preferencias sexuales y - la conciencia erótica se incrementa ( Shope, 1975 ) .

La sexualidad es una función natural , por ésto entendemos que está genéticamente determinada y como tal tiene una característica única y un período específico de demora voluntario. Pero , a diferencia de otras funciones naturales como respirar o comer, - esta puede ser demorada (indefinidamente) e inclusive reprimida para toda la vida; pero esta facilidad para negar la sexualidad es a nivel consciente , y es a nivel inconsciente que este control se eg

capa ( Masters y Johnson, 1974 ) .

Para que el hombre pueda integrar los factores psíquicos con los factores físicos es necesario poseer determinada madurez sexual ; entendiendo por ésta que la conducta sexual está basada sobre el conocimiento de las alternativas disponibles, objetividad en la evaluación de las ventajas y desventajas de tal función, anticipación y aceptación de las posibles consecuencias ( Jones, - Shainberg , Eyer , 1977 ) .

Cada conducta tiene diversos motivos para ser actuada, inicialmente somos llevados o empujados hacia estas experiencias - que satisfacen ya sea nuestras necesidades físicas o emocionales .

Los impulsos básicos hacia los placeres derivados de - la excitación, el orgasmo y el alivio de la tensión física, constituyen un motivo sexual directo. Otros motivos sexuales, aunque no están directamente relacionados con el alivio orgánico por sí mismos , son : la necesidad de estimulación táctil, seguridad, calor, confianza y la intimidad. Estos deseos no necesitan estar acompañados de un gran afecto, generalmente, sin embargo, la gente no tiene relaciones con personas que les disgusta o que no le son atractivas ( Harlow, 1958 ) .

## 1.2 Diferentes puntos de vista acerca de la sexualidad humana .

El desarrollo de la investigación sexual ha sido paralelo al desarrollo de la investigación científica en general desde el florecimiento de la medicina en los siglos XVII y XVIII . Durante el siglo XVIII el enfoque principal en la investigación científica era médico; a fines del siglo XIX la perspectiva psicológica inició su desarrollo; la perspectiva sociológica fué desarrollada completamente en el siglo XX ( De Lora y Warren , 1977 ) .

La extensión de nuevas técnicas y acercamientos fisiológicos, psicológicos y sociológicos en el tema del sexo ha sido - muy tentativo durante nuestro tiempo. A principios de nuestro siglo la investigación de la gente que se atrevió a estudiar la sexualidad humana estuvo sujeta a críticas extremas e igualmente bienvenida y - alabada por una minoría intelectual. Con el correr del tiempo el conocimiento detallado de la respuesta sexual humana en el hombre y en la mujer fué adquirido hasta los años setenta, con las primeras observaciones del orgasmo femenino y masculino en el Laboratorio (Masters y Johnson, 1970 ) .

De cualquier manera el conocimiento fisiológico de los - órganos femeninos y masculinos ha estado avanzando desde mediados - del siglo XX y favorablemente completado hoy ( Sharpe y Warren , - 1977 ) .

Mientras la sexualidad es vista desde una perspectiva - fisiológica en términos del funcionamiento del cuerpo ; y desde la - perspectiva sociológica en términos de interacción social , es vista desde la perspectiva psicológica como un aspecto del desarrollo individual de la personalidad .

Ahora bien , durante el siglo XVIII , los primeros médicos interesados en el estudio de la fisiología de la sexualidad - frecuentemente tendían a considerar inclusive la relación hetero--- sexual como un tipo de enfermedad. La masturbación o cualquier otra forma de expresión sexual conjunta era considerada definitivamente como una enfermedad . Los médicos del siglo XVIII estaban interesados en la fisiología del cuerpo humano en general . Hombres como Hoffman , Brown y Samuel Tissot , definieron el acto sexual tanto para hombres como para mujeres como un proceso de pérdida de fluidos corporales que podrían ser reemplazados por la entrada de nuevos líqui-

dos al cuerpo . Si la sexualidad fuera excesivamente practicada el cuerpo perdería energía y los resultados podrían ser tuberculosis , cancer , perversiones e incluso la muerte . La investigación durante el siglo XVIII acerca del sexo , fué censurada por incurrir dentro de aspectos tan "íntimos" .

El siglo XIX continuó con la investigación sexual del siglo XVIII enfatizando la fisiología de la sexualidad y el concepto del sexo como una enfermedad , aunque , también se expandió dentro de nuevas áreas .

A fines del siglo XIX , se vislumbró la investigación de la sexualidad dentro del área psicológica , de esta forma la sexualidad dejó de ser confinada a la fisiología de la reproducción como lo fué en el siglo XVIII . La psicología del sexo fué definitivamente completada y desarrollada por Sigmund Freud . Las interpretaciones psicológicas de Freud acerca de la sexualidad , representan aún en la actualidad , el foco de la perspectiva psicológica de la sexualidad .

Freud , Hirschfeld y Krafft-Ebing estuvieron interesados en la relación entre sexualidad y sociedad , pero el centro de su atención estaba en la dinámica psicológica de la neurosis, a la persona sexualmente diferente . Freud y Havelock Ellis, además estaban interesados en la sexualidad como la expresión de impulsos humanos básicos y esencialmente normales. Kinsey y sus colaboradores en los 40's y en los 50's ( siglo XX ) expandieron la discusión de la psicología como normal y la sexualidad variante dentro del área sociológica ( De Lora , Warren , 1977 ) .

Pasando a otro punto podemos señalar que existen un gran número de autores que han elaborado teorías para explicar la sexualidad humana , entre los cuales están los que se describen a continuación :

## A) Sigmund Freud

A fines del siglo XIX muchos hombres de diferentes nacionalidades intentaron abrir una brecha en el camino de los secretos y misterios acerca de la sexualidad y, de todos ellos, el más importante sin lugar a dudas de estos pioneros fue Sigmund Freud.

Freud empezó a estudiar, científicamente la vida sexual y la represión sexual, y los resultados de esto fué lo que llamó -neurosis. Uno de los principales puntos del trabajo de su vida fué que el ser humano es un ser por naturaleza sexual y que ésta sexualidad es normal. La segunda contribución de Freud fué el determinismo psíquico o la teoría de que las causas de la conducta humana están localizadas dentro de los procesos que son universales .

Uno de los conceptos más importantes para Freud es la teoría de los impulsos, los cuales dividió en libido y agresión.

La libido es la energía sexual que envuelve al ser completo más que a los genitales, y es uno de los principales determinantes de la actividad de la vida .

La libido es una parte que busca gratificarse con actividades puramente sexuales, su función primaria esta relacionada - con proveer el placer en general y está orientada secundariamente - hacia "el servicio de la procreación" ( Freud, 1923 ) .

La energía libidinal sigue, de acuerdo a Freud, un patrón de etapas de desarrollo correspondiendo al crecimiento físico de los individuos. Para los niños la energía libidinal completa está centrada en ellos mismos -ego libido-. , es ésta etapa el niño es totalmente egoísta y autoabsorbido; en la siguiente etapa es una libido narcisista, en donde la libido lleva una asociación erótica. Con el desarrollo posterior , la libido es transferida a un objeto del exterior ; este es el objeto libidinal .

En la concepción psicoanalítica de Freud de neurosis , " la anormalidad " está frecuentemente relacionada con la inhabilidad de transferir la energía libidinal a un objeto externo .

El individuo debe ser capaz de transferir la libido a otros, y de recibir ésta de otros, tanto en el aspecto sexual como en el afectivo de una relación .

La represión por ella misma es el principal factor en la inhabilidad de transferir la libido como una fuerza hacia el exterior y ocurre cuando las experiencias del consciente o del pre-consciente son conducidas dentro del inconsciente. Lo que más frecuentemente es reprimido son las experiencias tempranas de la niñez generalmente de naturaleza sexual, que causan traumas y extremas perturbaciones emocionales. La mayor parte de lo que es reprimido en la niñez consiste en experiencias y pensamientos sexuales; particularmente los pensamientos sexuales están relacionados con las figuras paternas .

El material reprimido permanece en el inconsciente como un conflicto emocional no resuelto causando posteriormente problemas emocionales. Desde este punto de vista la sexualidad adulta está determinada desde la infancia temprana ; la pubertad tanto en el hombre como en la mujer se inicia al mismo tiempo, sin embargo, posteriormente toman diferentes direcciones; el hombre dirige más su atención directamente a mejorar el manejo de su libido, y en las mujeres se encuentra una nueva represión. La sexualidad adulta está centrada en los genitales más aún que difundida en el cuerpo y está dirigida hacia otro individuo más que siendo autoerótica. En terminos de Freud, la libido en el adulto tiene un objeto libidinal. Para este autor, la única sexualidad normal es aquella que está dirigida hacia una relación sexual genital, y su objeto es un miembro del sexo opuesto .

Freud califica un acto sexual maduro a aquel que culmina en un orgasmo ( Freud , 1923 ) .

### B) Teorías Biológicas

Las teorías biológicas de la sexualidad de acuerdo a las cuales el hombre en general está propenso a responder a los estímulos sexuales , nos dan un índice para considerar las diferencias individuales en la receptividad de los estímulos , e indica posibles métodos de transmisión intrapersonal de estímulos sexuales. La teoría biológica parece implicar una tendencia emocional generalizada a responder , dandonos una pequeña información acerca de los procesos a través de los cuales se seleccionan los tipos de respuestas que se utilizan .

Hay una sugestión del potencial biológico para limitar el decremento y puede ser elevado o retardado por aspectos sociales y condicionamiento a través del aprendizaje .

Es importante hacer notar que la teoría biológica no toma en cuenta las variaciones internas del individuo de una situación a otra en el desarrollo de valores y creencias , y de las variaciones de las prácticas sexuales que aparecen en las diferentes culturas ( Ford and Beach , 1951 ) .

### C) Teorías del Aprendizaje

No hay duda de que la mayor parte de la conducta sexual humana es aprendida, y que este aprendizaje afecta no solo la expresión sexual genitualmente orientada sino también la función más generalizada etiquetada como sexualidad. Hay muchas formas en que los individuos aprenden, incluyendo: el ensayo y el error, la asociación , enseñanza específica y condicionamiento. Sin algún grado de motivación para encontrar nuevos métodos de comportamiento sexual, el aprendizaje sexual sería inhibido , por lo tanto la conducta sexual

que no se llega a realizar físicamente ocasiona un desinterés en el sexo, o temor a las consecuencias en la sexualidad. Todas estas pueden reducir el potencial para aprender nuevas respuestas sexuales .

El condicionamiento en humanos no es tan directo como el de los animales , porque los humanos piensan , hablan , responden, lo que puede ser por sí mismo reforzante . Por lo que la mayor parte de las respuestas del hombre son filtradas a través de mediadores internos, siendo el más importante los procesos cognitivos .

La mayoría de los sexólogos consideran al aprendizaje como la llave fundamental para la sexualidad humana ( Brecher , 1969 ; Walhet , 1969 ) .

#### D) Masters y Johnson

El acercamiento de Masters y Johnson al estudio de la sexualidad adeoúa más a generalizaciones fisiológicas y psicológicas que a sociológicas , pero ha causado gran controversia tanto por los métodos usados como por las implicaciones sociales de los descubrimientos .

Masters y Johnson han sido criticados por violar la naturaleza "privada" de la respuesta sexual , usando monitores con equipos de medida y observación , sus descubrimientos particularmente en el área del orgasmo clitorio-vaginal son amenazantes tanto en las concepciones psicológicas tradicionales de masculinidad y feminidad como en los estereotipos de error sexual tradicionales en la sociedad occidental .

Aunque , quizá pudiera ser , que ninguna de las teorías de la sexualidad aquí presentadas fueran compatibles , hay que tomar en cuenta que éstas son solo posibles explicaciones para los datos sexuales disponibles y que otras hipótesis pueden ser igualmente

te posibles .

Es frecuentemente acertado decir que la sociedad está experimentando una "revolución sexual" en la cual las actitudes - hacia el sexo se están volviendo más liberales y aceptantes ; de actitudes previamente prohibidas como el sexo pre y extra marital y la homosexualidad ; sobre todo las respuestas sexuales femeninas no solamente son aceptadas sino esperadas . Es realmente claro que así como los mitos y los prejuicios han prohibido la expresión sana de la conducta sexual y que ahora están siendo abandonados, es de acuerdo con el abandono de dicha prohibición que existe un creciente interes y demanda para el alivio de las anomalías del funcionamiento sexual. Los expertos sexuales en técnicas , tanto para hombres como para mujeres se estan volviendo una necesidad creciente , y el surgimiento de individuos que buscan aprender, expandir y enriquecer sus repertorios sexuales, han necesitado nuevas y efectivas técnicas del cambio en su conducta . Indudablemente estamos hablando de disfunciones sexuales, y estas las entendemos como : - "las prácticas sexuales de una persona que resultan perjudiciales para otra persona o insatisfactorias para ella misma" ( Masters y Johnson , 1976 ) estos padecimientos "pueden perturbar hondamente la felicidad y la alegría de vivir de los afectados " ( Rattner , J. 1965 ) . En los últimos tiempos la investigación médico-psicológica ha logrado comprender y descubrir las causas que pueden conducir al individuo a sufrir estos males y así mismo ha mostrado las vías que conducen a su curación , es por eso que la búsqueda para dar respuesta a los muchos dilemas de la sexualidad humana continuarán investigandose .

## C A P I T U L O     I I

### SISTEMA SEXUAL MASCULINO Y SU FUNCION NORMAL

Incluimos en el presente trabajo éste capítulo, porque una investigación bien documentada en el campo de la sexualidad debe involucrar un entendimiento de los postulados del funcionamiento sexual, ya que la sexualidad está enormemente determinada por nuestra fisiología, al igual que nuestra psicología; por lo tanto describiremos brevemente el sistema sexual masculino abarcando los tres aspectos que lo integran básicamente; el anatómico, el fisiológico y el psicológico; Todo esto en cuanto a su función normal para poder tener clara la diferencia de los que sucede cuando se presenta la impotencia sexual.

El aparato sexual está formado por todo el organismo, muchas de cuyas partes esenciales no solo son necesarias para despertar el apetito sexual y lograr el orgasmo, sino que están íntimamente relacionadas entre sí con el clímax que se alcanza en el orgasmo.

Según han demostrado Kinsey y sus colaboradores (1948), existen tantas partes del cuerpo directamente relacionadas con la excitación y la satisfacción sexual que trazar una lista de ellas equivaldría a escribir el índice de un manual de anatomía y fisiología humana.

A continuación se describen las principales partes del organismo que afectan directa e indirectamente a la sexualidad, a nivel anatómico y fisiológico, y señalando también el factor psicológico.

#### 2.1 ANATOMIA

El aparato sexual masculino está constituido así:

2.1.1 Por el cerebro y el resto del sistema nervioso central.

2.1.2 El sistema nervioso autónomo .

2.1.3 El sistema muscular y los órganos sensoriales .

2.1.4 Las glándulas endócrinas de secreción interna .

2.1.5 Los órganos genitales externos y el sistema reproductor interno .

2.1.1 El cerebro y el sistema nervioso central .

El cerebro humano, que es la porción más voluminosa del encéfalo y ocupa la parte del cráneo comprendida entre la frente y la parte posterior de la cabeza , desempeña un papel muy importante para instigar o facilitar los impulsos sexuales , al recibir los impulsos externos que le envían los órganos sensoriales .

Cuando el individuo se encuentra en estado de excitación sexual , su cerebro colabora a la consecución del orgasmo proporcionándole sensaciones de placer o satisfacción . Cuando no existe comunicación entre el cerebro y la parte inferior del cuerpo , el sujeto puede experimentar una excitación genital e incluso puede lograr la eyaculación , pero ésta excitación se producirá únicamente mediante un estímulo táctil de sus órganos genitales , no por un estímulo cerebral y su valor será nulo .

El cerebro también sirve para regular e inhibir la excitación o climax sexual .

El sistema nervioso central comprende :

- 1).- Encéfalo .
- 2).- Médula espinal .
- 3).- Nervios raquídeos .

Este sistema cerebro-espinal traslada las sensaciones exteriores al cerebro , y las sensaciones endógenas o impulsos inte-

ricios , del cerebro a los órganos periféricos .

La parte del sistema cerebro-espinal específicamente relacionada con las sensaciones sexuales es la región inferior o zona sacro-lumbar de la médula espinal .

Cuando todas las partes de los sistemas nerviosos central y periféricos funcionan normalmente , la excitación y la satisfacción sexuales constituyen un proceso de dos direcciones :

a).- El estímulo táctil de las partes genitales, se transmite por los conductos nerviosos a la parte inferior de la médula espinal y activa circuitos que vuelven a las partes genitales .

b).- El cerebro al recibir sensaciones procedentes de la parte inferior de la médula espinal , junto con estímulos sexuales - que llegan por otros medios , envía impulsos nerviosos a la región inferior de la médula espinal , y de ésta a los órganos genitales .

Mediante esta combinación en dos direcciones , de estímulos genitales locales con pensamientos y señales centrados en el cerebro , el individuo se excita y satisface al máximo .

#### 2.1.2 El Sistema Nervioso Autónomo .

Este sistema es un especial conjunto de nervios cuya actividad no depende de la actividad del sujeto , mientras que el sistema nervioso central regula a las acciones voluntarias . Este sistema origina o influye de manera significativa una parte primordial de la actividad orgánica que tiene lugar conjuntamente con el orgasmo o inmediatamente después del mismo . Así la respuesta a los estímulos sexuales suele provocar un aumento en el pulso , la presión sanguínea , el ritmo respiratorio , la secreción genital , la secreción salival , etc. y todas las respuestas parecen depender de los impulsos nerviosos que circulan por el sistema nervioso autónomo .

### 2.1.3 Los órganos sensoriales y el sistema muscular .

El sistema nervioso periférico está constituido por las últimas ramificaciones del sistema nervioso y los órganos receptores de los sentidos , y los músculos accionados por las ramificaciones - sensoriales .

Bajo el punto de vista sexual , los nervios sensoriales conducen las sensaciones de los órganos genitales a la médula espinal y al cerebro; y de una manera sinestética, de los musculos neelvianos genitales, etc., al cerebro .

El sistema nervioso central, en cambio, envía señales a los músculos para que éstos puedan efectuar distintos ajustes a fin de facilitar los movimientos sexuales .

Teniendo en cuenta que, en el fondo, la sexualidad se ha lla íntimamente ligada con la sensualidad o sensaciones táctiles , - tanto la excitación como el orgasmo dependen en gran parte del adecuado funcionamiento de los sentidos y de los músculos .

### 2.1.4 Las glándulas endócrinas o de secreción interna .

El ser humano posee varias glándulas productoras de hormonas que son muy importantes, entre las que se cuentan las gónadas las cápsulas suprarrenales, la glándula tiroides , las paratiroides y la pituitaria . Las hormonas segregadas por éstas glándulas son - sustancias químicamente muy activas , que, al derramarse en el torrente sanguíneo , producen con frecuencia unos efectos espectaculares , tanto en el terreno sexual como en otros aspectos de las funciones - humanas ; se sabe que también alguna de éstas glándulas segregan - más de una hormona .

Los efectos hormonales sobre el deseo y el orgasmo pueden ser directos e indirectos . Así, cuando las hormonas penetran en el torrente sanguíneo pueden tener dos acciones :

a) Excitar directamente los centros nerviosos que provocan el apetito sexual .

b) Influir directamente en la acción sexual, afectando de manera directa el metabolismo, el estado general de salud o el ciclo reproductivo del individuo; lo cual a su vez influye en sus tendencias sexuales .

Por consiguiente las hormonas en la sexualidad no solo son altamente apreciables, sino de una complejidad enorme .

2.1.5 Los órganos genitales externos y sistema reproductor interno. Estos órganos genitales externos en el hombre son :

1.- El pene ,

2.- El escroto y su contenido

El pene sirve para la micción y el coito; bajo el efecto de los estímulos sexuales la sangre fluye a las cavidades cavernosas y el cuerpo esponjoso , situado en el cuerpo del pene , que lo mantiene en estado de erección hasta que cesan los estímulos físicos o mentales, volviendo entonces a su estado de flacidez .

El escroto o bolsa testicular , es la bolsa situada por detrás del pene y por debajo de la sínfisis púbica . Se halla dividida en dos departamentos, cada uno de los cuales contiene un testículo con su epidídimo , la parte inferior del cordón espermático y sus cubiertas. El compartimiento izquierdo generalmente cuelga más que el derecho .

Sistema Reproductor Interno

El escroto contiene los testículos y el epidídimo . Los testículos desempeñan el papel de glándulas mixtas ; producen los espermatozoides o gametos masculinos, elementos esenciales para la fecundación. Como glándulas de secreción interna producen la hormona testicular, que desde el momento del desarrollo del individuo actúa.

sobre otros órganos del cuerpo , modificándolos . El individuo adquiere así los caracteres sexuales secundarios que son típicos del sexo masculino .

## 2.2 FISILOGIA

El ciclo de la respuesta sexual se divide en cuatro fases ( Masters y Johnson , 1970 ) :

- 1.- Fase de excitación ,
- 2.- Fase de meseta ,
- 3.- Fase de orgasmo ,
- 4.- Fase de resolución .

1.- Fase de excitación . Se desarrolla a partir de una estimulación somatogénica o psicogénica . El factor estimulante es de la mayor importancia para que se produzca un incremento de la tensión sexual durante el ciclo. Si la estimulación es adecuada a la demanda individual , la intensidad de la respuesta aumenta por lo general con rapidez y ésta fase resulta acelerada o corta .

Si el estímulo es físico o psicológicamente objetable - la fase de excitación puede prolongarse mucho o interrumpirse . La - primer fase y la final ( resolución ) representan la mayor parte del tiempo que dura el ciclo de la respuesta sexual humana .

2.- Fase de meseta . De la fase de excitación se pasa a la de meseta si la estimulación sexual efectiva continúa produciendo niveles cada vez más altos de tensión sexual , la duración de ésta fase depende de la efectividad del estímulo empleado , combinado con el factor de canalización individual para la culminación del incremento de la tensión sexual . Si el estímulo o la canalización son inadecuados o si el estímulo se interrumpe el individuo no llega al orgasmo y pasa poco a poco de la tensión de la fase de meseta a una fase de resolución excesivamente prolongada .

3.- Fase de orgasmo . Esta fase se limita a los escasos segundos - durante los cuales los cambios fisiológicos ocasionados por la estimulación sexual alcanzan su máxima intensidad . Esta situación se alcanza a un nivel que representa el máximo de tensión sexual para cada situación particular . El comienzo subjetivo del orgasmo es pélvico y se concentra de modo específico en el clitoris, la vagina y el útero en la mujer ; y en el pene , próstata y vesículas seminales en el hombre . Se experimenta subjetivamente una respuesta de todo el organismo a la tensión sexual .

4.- Fase de resolución . El hombre y la mujer pasan de la expresión orgásmica a la última fase del ciclo o fase de resolución en la cual se observa una disminución de las tensiones sexuales a medida que la persona regresa a su estado de estimulación. Esta etapa de pérdida de la tensión lleva al hombre a un período , que varía según los individuos , en el cual es imposible una reestimulación . Este es el período llamado refractario . Por otro lado, las mujeres son capaces de experimentar otro orgasmo si se les estimula efectivamente durante esa fase .

Los remanentes fisiológicos de la tensión sexual se disipan con lentitud tanto en el hombre como en la mujer a menos que se haya experimentado una descarga orgásmica abrumadora . La total involución solo se produce después de que toda forma de estímulo sexual haya desaparecido .

### 2.3 Psicología

La frecuencia, intensidad y duración de las actividades sexuales, dependen de manera muy importante de la condición en que se encuentren los órganos genitales y el sistema reproductor .

Las diversas partes y sistemas del organismo humano afectan de varias maneras importantes y significativas, las inclinacio-

nes y actos sexuales .

Bajo el punto de vista sexual, el ser humano acostumbra a actuar como un organismo total y no como un animal concentrado exclusivamente en el aspecto genital, sino que es una combinación de factores físicos y psicológicos ; un hombre o una mujer son mucho más que un pene o un clítoris, las relaciones sexuales es una entrega física y emocional entre una pareja ( A. Ellis, 1965 ) .

En cuanto a detallar sobre la psicología del orgasmo , Masters y Johnson (1970) afirman que el proceso fisiológico de la eyaculación puede correlacionarse de modo específico con la progresión subjetiva masculina hacia la experiencia orgásmica. Su material subjetivo proviene del interrogatorio de 417 sujetos que oscilan entre los 18 y los 89 años .

A pesar de la descripción detallada de la respuesta orgásmica humana y su importancia fisiológica, no debe obtenerse como conclusión que la capacidad sexual o una relación feliz, dependen de que el orgasmo acompañe a cada experiencia sexual. Esto simplemente no es cierto para cada hombre. Es muy deseable la respuesta sexual hasta el grado del orgasmo, debido al enorme placer y a la gran liberación de tensión involucradas, sin embargo, en forma alguna es crucial para una vida feliz y llena de plenitud . El enfatizar en exceso el orgasmo puede conducir a conflictos que dañan hasta el gozo del coito y la relación emocional entre esposa y esposo, ( Boigel, 1970 ) .

La calidad de un orgasmo, su intensidad, duración, y placer global pueden variar de una persona a otra y en la misma persona de una cópula a otra ( Masters y Johnson, 1970 ) .

La frecuencia y la preparación para la ocurrencia del orgasmo influyen en la calidad de la próxima experiencia sexual, -

al igual que los factores como la ansiedad, culpa, depresión, ira , indiferencia hacia el compañero sexual y desagrado hacia el medio - que la rodea. Estos factores no solo afectan la calidad del orgasmo sino que pueden llegar a bloquear la respuesta totalmente .

La disminución del placer en el momento del orgasmo, - habitualmente es psicológica y refleja ausencia de satisfacción con la relación sexual o barreras emocionales (Masters y Johnson, 1970)

Un bloqueo psicológico en algún punto puede frenar o evitar la excitación sexual ( Kinsey y col. 1948 ) ( Leslie Mc. Gary 1976 ) .

Las relaciones sexuales fructíferas, son pues, relaciones comunicativas e íntimas, en las cuales cada compañero está sensible al deseo del otro. Este cuidado indudablemente puede continuar más allá de las experiencias de la estimulación, excitación y liberaciones sexuales, ya que las relaciones sexuales no deben o no deberán terminar con el orgasmo ( A. Ellis, 1963 ) .

Son pues estos tres aspectos el anatómico, el fisiológico, y el psicológico los básicos que se interrelacionan en el sistema sexual masculino en su función normal .

Una vez explicado esto, podemos entonces comprender a - grandes rasgos la base del funcionamiento sexual .

## C A P I T U L O    I I I

### DEFINICION DE IMPOTENCIA COMO UNA DISFUNCION SEXUAL Y SU ETIOLOGIA

#### 3.1 Definición de disfunción sexual .

Cuando intentamos estudiar al hombre , lo estudiamos en distintas formas y situaciones ; por ejemplo : socialmente, biológicamente, psicológicamente, etc. , para, de ésta manera, agregar una pieza más al contenido del complejo rompecabezas que es el hombre, por lo que decidimos tomar una pequeña pieza de este rompecabezas - con el estudio de la sexualidad humana. Consideramos este tema tan importante como extenso .

El hombre, a lo largo de su historia se ha procreado, y en este acto ha encontrado placer . La mayoría de los hombres, alguna vez han experimentado relaciones sexuales . Aproximadamente en - la década de los 50's se empezó a estudiar este tópico: " La sexualidad humana " ( Masters y Johnson , 1970 ) , cuando desde siempre ha existido . Tal vez debido a normas o reglas morales no se había estudiado, sin embargo, ahora se encuentra en pleno auge . Consideramos que este tema es de gran importancia social y que gracias a - su estudio es posible saber más de él, hablar científicamente y dejar múltiples dudas que la sociedad guardaba y que por ignorancia no se atrevía a preguntar. Es como descubrir un nuevo aspecto del - hombre .

Dentro de la sexualidad humana existen las llamadas desviaciones y disfunciones sexuales, las cuales representan una inadecuación en el desempeño de adecuadas y satisfactorias relaciones - sexuales ( Davison y Neale , 1980 , p. 324 ) .

Existen alteraciones sexuales en los seres humanos, las cuales se clasifican en dos grupos y dicha clasificación está basada

da en las investigaciones y estudios de Masters y Johnson ( 1970 ). Estas alteraciones son las desviaciones y disfunciones sexuales y - se definen como :

A) Desviaciones sexuales : Se dice de individuos cuyos intereses sexuales se dirigen ante todo hacia objetos distintos de las personas del sexo opuesto, hacia actos sexuales que no suelen acompañar al coito o hacia el coito efectuado en circunstancias raras, como en los casos de necrofilia, pedofilia, sadismo sexual, etc. Y aún cuando muchos consideran sus prácticas como repugnantes, son incapaces , con todo , de reemplazarlas por la conducta sexual normal. El diagnóstico no es apropiado para los individuos que ejecutan actos sexuales aberrantes, porque no disponen de los objetos sexuales normales ( Zax y Cowen , 1979 ) .

B) Disfunciones sexuales : " Las disfunciones sexuales son designadas generalmente como ineptitudes en la forma de funcionar o en la calidad del impulso sexual" ( Zax y Cowen , 1979 ) .

" La incapacidad sexual existe cuando un individuo no experimenta apetito sexual o lo experimenta en grado mínimo y siente muy escaso placer cuando ha sido estimulado ; apenas sabe comenzar o mantener el coito, no puede alcanzar el orgasmo y experimenta escasa o ninguna satisfacción al alcanzar el apogeo erótico " ( Ellis , A. 1966 ) .

" Se produce una disfunción sexual cuando ocurre un corto circuito entre las señales psíquicas y la función física que estas controlan " ( Lerman N. , 1972 ) .

Helen Kaplan define la disfunción sexual de la siguiente manera : " El ciclo de la respuesta sexual humana consta de cuatro - fases ( Vease cap. II ) cuando la persona no logra completar cualquiera de estas fases se produce una disfunción sexual" ( Kaplan, H. 1975)

Algunos estudiosos del tema como son Lo Piccolo y Lo Piccolo (1978), apuntan que una causa de estas disfunciones son la información y la educación limitada y a veces errónea por parte de la sociedad hacia los individuos .

Después de haber señalado algunas definiciones acerca del concepto disfunciones sexuales, queremos señalar que en ésta investigación tomamos como punto de partida la definición dada por Masters y Johnson, dicha definición señala que las disfunciones sexuales son : " las prácticas sexuales de una persona que resultan perjudiciales para otra persona o insatisfactorias para ella misma " ( Masters y Johnson , 1970 ) .

### 3.2 Tipos de Disfunciones Sexuales .

Masters y Johnson ( 1970 ) hacen una clasificación de seis tipos de disfunciones sexuales que son las siguientes :

A) Alteración orgásmica. Se divide en dos tipos :

A.1) Alteración orgásmica primaria . Cuando a una mujer se le diagnóstica una alteración orgásmica primaria, ella debe presentar una carencia de obtención orgásmica durante toda su vida .

A.2) Alteración orgásmica situacional . Para que la mujer sea considerada inorgásmica situacional tiene que haber presentado como mínimo un antecedente de obtención orgásmica que tanto puede haber sido inducida por ella misma o por las manipulaciones de su compañero y desarrollada durante la unión vaginal o rectal, o estimuladas por un intercambio buco-genital .

B) Vaginismo . Es un síndrome psicofisiológico que afecta la libertad de la mujer en la respuesta sexual, sino en forma total, al menos impidiendo la función coital , constituye una contracción extremadamente poderosa , intensa y a menudo muy dolorosa de los músculos que rodean al conducto vaginal ; esta contracción espasmódica -

del orificio de salida de la vagina es de carácter completamente involuntario, y se estimula con los intentos de penetración vaginal, fuesen imaginarios, anticipados o reales .

C) Dispareunia . El termino dispareunia -coito doloroso o dificultoso- ha sido siempre empleado para referirse a los dolores de la mujer durante la cópula, y abarca desde el agudo dolor ante la introducción del pene hasta la irritación vaginal despues del coito .

D) Eyaculación precoz . Un hombre es eyaculador precoz cuando, durante la introducción en la vagina no puede controlar la eyaculación - por un período suficiente para satisfacer a su cónyuge, aunque sea - en el 50 % de sus contactos sexuales .

E) Incapacidad eyaculatoria. Constituye una forma rara de incapacidad sexual, en la cual un hombre no puede eyacular mientras su pene se encuentra en el interior de la vagina de su compañera . Sin embargo puede eyacular mediante la masturbación o durante un encuentro homosexual ; o estar incapacitado para eyacular en forma completa .

F) Impotencia. En el contexto de disfunción sexual , la impotencia ( del latín "sin poder" ) puede definirse como la incapacidad de un varón para lograr y mantener una erección con el poder suficiente para permitirle ejecutar el coito .

F.1) Impotencia primaria. El impotente primario es el hombre que nunca ha sido capaz de lograr ni de mantener una erección lo suficiente como para enfrascarse en el coito .

F.2) Impotencia secundaria. Se define como una disfunción sexual , en la cual el hombre ha tenido cuando menos un coito satisfactorio , pero actualmente esta incapacitado para ello. Para que el hombre sea calificado de impotente secundario debe presentar por lo menos, un signo clínico de introducción exitosa durante el coito inicial o en una circunstancia ulterior . Cuando la proporción de fallas de un in-

dividuo en el coito se aproxima al 25 % de sus relaciones sexuales - se acepta el diagnóstico clínico de impotencia secundaria ( Masters y Johnson , 1970 ) .

3.3 Generalidades sobre las causas de las disfunciones sexuales y - sus efectos .

Jones, Shainberg y Bye. (1977) , afirman que la exacta - combinación de factores que contribuyen en una disfunción sexual son tan diversos como los individuos que sufren de ellas, pudiéndose organizar la mayoría de las causas en varios grupos básicos . Los problemas de un individuo en particular pueden resultar de efectos acumulativos de muchas causas. Por otro lado, las raíces de una disfunción sexual puede no estar completamente dentro del individuo; los - problemas sexuales muy a menudo son resultado de las dificultades de la relación interpersonal de una pareja. En el primer caso, la disfunción se presentaría con cualquiera de las parejas del individuo; en el segundo caso la persona afectada puede funcionar normalmente - con algunas parejas pero no funcionar con una o más parejas específicas .

La disfunción sexual, como afirman Masters y Johnson - ( 1970 ) puede ser supuesto ser causada por problemas mentales graves de arraigo muy profundo. En casos muy raros puede resultar de algún trastorno físico; no obstante, la vasta mayoría de incapacidades - sexuales son la resultante de problemas emocionales debido a condiciones tempranas dentro del hogar o fuera del mismo, o el resultado de simple ignorancia sobre temas sexuales, y en lo concerniente a relaciones humanas. Posiblemente en la mayoría de los casos la disfunción sexual pudo haber sido evitada si el individuo hubiese recibido una educación sexual adecuada, y bien sincronizada ( Blazer, 1964 ) .

La disfunción sexual en el matrimonio puede ser tanto la

causa como el resultado de otros problemas interpersonales entre la pareja, por lo general se establece un círculo vicioso en el cual la disfunción sexual lleva a hostilidades que provocan a su vez disfunciones sexuales más serias. Cada miembro de la pareja puede sentirse enojado, no querido, rechazado y sexualmente inadecuado y puede, como una defensa del yo, comprometerse en una relación extramarital para confirmar su atracción o adecuación sexual. La relación marital puede continuar deteriorandose hasta que algo se haga para romper el círculo vicioso .

### 3.4 La impotencia como una Disfunción Sexual y su Etiología desde diversos puntos de vista .

La impotencia es uno de los trastornos más extendidos de la sexualidad humana, Este padecimiento, que puede perturbar hondamente la felicidad y la alegría de vivir de los afectados, merece una consideración minuciosa y atenta. La investigación médico-psicológica ha logrado descubrir las causas de la impotencia y mostrar las vías que conducen a su liberación. El resultado ha sido que apenas un reducido porcentaje de impotentes sufre de trastornos orgánicos auténticos: en casi todos los casos se trata de "una perturbación funcional", esto es, del acto fallido de un órgano cuyo origen radica en el psiquismo ( Rattner, 1966 ) .

#### 3.4.1 Clasificación de la Impotencia Sexual .

3.4.1.1 Impotencia Orgánica. Es relativamente rara y es provocada por algún defecto anatómico en el sistema nervioso central o sistema reproductivo; problemas cardiorrespiratorios (infarto al miocardio , efisema pulmonar, etc.); ingestión de drogas ( Alcohol, narcóticos , tranquilizantes ) ; problemas endócrinos (deficiencia de andrógenos ) diabetes ; problemas hematológicos (anemia perniciosa) ; enfermedades infecciosas (gonorrea) ; vasculares (neurismo) ; después de algu

nas intervenciones quirúrgicas (próstata, colon); proceso de envejecimiento y agotamiento físico ( Masters y Johnson , 1970 ) .

3.4.1.2 Impotencia Psicoégena. Aproximadamente el 85 % de los problemas de impotencia caen en esta categoría . Esto no es sorprendente - porque aún cuando haya integridad física del aparato genital, los reflejos musculares autónomos que controlan la erección son delicados y están sujetos a interrupciones por conflictos inconscientes y también emocionales como la ansiedad y el miedo ( Kavlan , 1975 ) .

#### 3.4.2 Etiología de la Impotencia Sexual .

Existe una gran controversia en la literatura psicológica acerca de las causas que dan origen a la impotencia sexual .

Freud en su ensayo sobre la vida sexual y la teoría de la neurosis (1938), hablaba de la "impotencia psíquica" como : "una perturbación singular que ataca a individuos de naturaleza intensamente libidinosa y se manifiesta en que los órganos ejecutivos de la sexualidad rehusan su colaboración al acto sexual, no obstante aparecer antes y después perfectamente intactos a pesar de existir en el sujeto una intensa inclinación psíquica a realizar dicho acto" ( - Freud, S. 1938 ) .

Para Freud, las causas de la impotencia sexual son básicamente :

- 1.- Un complejo de Edipo no resuelto ,
- 2.- Fantasías incestuosas inaceptables con la madre o con la hermana, o
- 3.- Ansiedad de castración .

Los psicoanalistas contemporáneos ( Curtis, 1969 ) son frecuentemente partidarios de dividir la impotencia psicológica en varias categorías tomando como punto de referencia el tipo manifiesto de disfunción sexual y reúnen la eyaculación precoz, la eyaculación retardada y la falta relativa de placer orgásmico bajo el rótulo

lo de impotencia, junto con las dificultades para alcanzar o mantener la erección .

Curtis (1969) señala que la impotencia sexual puede ser el producto de un conflicto psicológico profundo o una reacción superficial y transitoria frente a una tensión inmediata, teniendo ambas representaciones residuos de ansiedad sexual que emana de fantasías infantiles y que depende de la forma en que lo enfrentan las defensas psíquicas y la disponibilidad de recursos de ajuste (sublimación) - para determinar su forma de presentación .

Mientras que para los psicoanalistas, la impotencia es un síntoma, Masters y Johnson no niegan esta posibilidad, sin embargo señalan que es algo más que un síntoma : puede causar por sí misma conflictos aún mayores que el subyacente .

Indiscutiblemente no tratamos con esto de comparar dos - corrientes terapéuticas distintas, (que tampoco es nuestra intención) sino dar un panorama histórico de quienes iniciaron los primeros estudios de la sexualidad humana; por lo cual nos centraremos en revisar cuales son sus causas, que para Masters y Johnson, dan origen a la - impotencia sexual .

Masters y Johnson (1970) dividen la impotencia sexual - en dos categorías :

A) Impotencia primaria . Estos autores piensan que la causa subyacente de la mayoría de los casos de impotencia primaria reside en una - combinación compleja entre su primer ensayo traumático de copulación y una suma de antecedentes dominados por actitudes sexuales que son - negativos hasta el punto de vista de ser destructivas. Sin embargo , destacan que las mismas circunstancias no influyen del mismo modo sobre dos hombres distintos .

Masters y Johnson mencionan que entre los factores etio--

lógicos específicos que son en gran medida responsables de los grados intolerables de ansiedad en el individuo, antes o durante los primeros intentos de una relación sexual, pueden citar: las influencias maternas, las restricciones psicosociales originadas en las restricciones religiosas, las complicaciones de tipo homosexual y una desvalorización personal por una experiencia desagradable ( Masters y Johnson, 1970 ). También menciona que se debe recordar siempre que una multiplicidad de factores etiológicos influyen en el impotente primario; la designación de un factor etiológico dominante es puro arbitrio de la designación profesional.

En suma, la etiología de la impotencia primaria tiene numerosos factores, y sería inadecuado dar una definitiva correlación de los factores etiológicos para impotencia primaria; es mucho más conveniente admitir que realmente no hay ninguna idea sobre los factores psicodinámicos específicos que hacen al hombre joven que falla en su primera relación sexual, susceptible de continuar fracasando en su desempeño sexual.

B) Impotencia Secundaria. La impotencia secundaria tiene tal variedad de etiologías que no se aconseja al profesional el uso de ninguna tabla de frecuencia convencional, por lo menos hasta la actualidad; pueden citarse como influencias los factores ambientales, fisiológicos e iatrogénicos. La impotencia secundaria está compuesta por combinaciones de estos factores etiológicos más que una sola causa, con la sola excepción de la influencia psicosocial. Una vez registrada la falla erectiva, y a pesar del mecanismo implicado, la interpretación individual masculina o de reacción de fracasos funcionales debe realizarse según las bases psicogenéticas. Los factores etiológicos registrados son algo más que convencionales categorías. Desde su primer contacto heterosexual y durante su expresión sexual continúa, todos los hombres asumen de manera constante un desafío -

cultural a su potencia .

La forma como un hombre reacciona a ese desafío puede estar influida de manera directa por su sistema psicosocial, pero es de particular importancia la susceptibilidad individual del hombre con respecto a las presiones específicas de desafío sexual y a las influencias de su medio. Cuando consideran los autores las influencias etiológicas que pueden predisponer a la impotencia, tienen en cuenta a muchos hombres expuestos a similares presiones psicosexuales y deterioros ambientales que se encogen de hombros frente a estos obstáculos y viven como seres sexualmente funcionales; este factor de susceptibilidad de origen psicosocial negativo determina el comienzo de la impotencia .

Entre los antecedentes más comunes se encuentran : eyacuación precoz, episodio alcohólico agudo, dominio materno, dominio paterno, religión ortodoxa, homosexualidad .

La impotencia secundaria es, en forma inevitable, un síndrome debilitante; ningún hombre, ninguna pareja, salen ilesos después de luchar con mecanismos y coitos destructivos tan íntimamente ligados con esta forma básica de alteración sexual. Aquellas parejas condenadas por varias circunstancias a luchar con la alteración sexual masculina necesitan de sostén y alivio .

Debe destacarse, además de la amplia variedad de influencias etiológicas que pueden contribuir a la incidencia de la impotencia secundaria, la susceptibilidad de un hombre concreto a estas influencias, que finalmente conduce a la insuficiencia sexual ; es acerca de esta susceptibilidad a la influencia etiológica que se sabe tan poco ( Masters y Johnson , 1970 ) .

## C A P I T U L O     I V

### METODO TERAPEUTICO DE MASTERS Y JOHNSON APLICADO A LA IMPOTENCIA SEXUAL

#### 4.1 Qué es la terapia sexual .

"La terapia sexual está basada en una integración sistemática de educación sexual, técnicas conductuales, entendimientos - psicodinámicos, entrenamiento asertivo y técnicas de la terapia matrimonial principalmente. Tal acercamiento ha facilitado el más rápido tratamiento de la disfunción sexual y extendido la efectividad de esta terapia a pacientes con áreas de psicopatología notable" ( Kaplan, 1975 ) .

La terapia sexual tiene muchas de las pautas de la terapia conductual convencional, incluyendo intervenciones conductuales definidas para problemas específicos, tratamiento directo del problema, manipulación de eventos ambientales, uso de principios básicos - conductuales y un terapeuta activo .

La terapia sexual utiliza también pautas de la terapia matrimonial, donde el terapeuta usa sus observaciones de la interacción entre la pareja como la base de sus inferencias mirando la fuente inconsciente de un problema sexual; el terapeuta confronta a la pareja con el efecto destructivo de su conducta, y también intenta - traer a ellos el conocimiento de su inconsciente infantil y fuerzas transferenciales las cuales presumiblemente han dado lugar a su conducta neurótica del uno para el otro y también al deterioro de su - realización sexual .

El entrenamiento asertivo juega una parte en la terapia sexual. El abrir, directa, honesta y apropiadamente la comunicación de sentimientos, es una parte básica del entrenamiento asertivo; el

terapeuta sexual alienta más directa y abiertamente la comunicación concerniente a actitudes y sentimientos referidos al sexo. En la terapia sexual, el entrenamiento asertivo es una de la gran variedad de acercamientos terapéuticos que son utilizados .

La terapia sexual puede emplear todas estas formas variadas de intervenciones psicoterapéuticas, las cuales son conducidas por los terapeutas .

"Los conceptos corrientes de la terapia sexual se basan en la combinación de 15 años de experiencias de laboratorio y 11 años de juicios y errores clínicos (Masters y Johnson, 1970 ) .

#### 4.2 Conceptos de la terapia sexual .

Una premisa básica originariamente introducida en la terapéutica de Masters y Johnson, es que no hay nada peor en un matrimonio que padezca alguna forma de incompatibilidad sexual, que la -ignorancia del problema por parte de uno de los cónyuges. Un esposo o esposa aislado de su cónyuge en la terapia, no solo niega el concepto de que ambos están implicados en la incompatibilidad sexual -con la que lucha su relación cónyugal, sino que también ignora el -hecho fundamental de que la respuesta sexual representa la interacción de personas, sea en forma simbólica o real .

La premisa básica de la terapia, insiste en que no obstante tratarse a ambos cónyuges del matrimonio alterado sexualmente se considera que el verdadero paciente es la relación matrimonial .

Masters y Johnson, comentan en cuanto a sus investiga--ciones, que puede lograrse un mayor éxito de acercamiento clínico a los problemas de alteración sexual mediante equipos mixtos de terapeutas, más que por la acción individual de un terapeuta masculino o femenino. La premisa de la investigación inicial es: "ningún hom--bre comprende totalmente la función o la alteración sexual femenina;

lo que aprende proviene de su observación personal, orientación, reputación, o información, pero si él es totalmente objetivo nunca estará seguro de sus conceptos porque jamás podrá experimentar el orgasmo como una mujer " ( Masters y Johnson, 1970 ) . Exactamente lo mismo es aplicable a cualquier mujer. Por reputación, información observación e intervención personal en una relación de pareja, ella también aprende a conceptualizar el funcionamiento sexual masculino y su alteración, pero no comprenderá totalmente las bases de la respuesta sexual masculina, porque jamás sentirá la necesidad de eyacular.

Desde que Masters y Johnson observaron en el laboratorio que cada investigador necesitaba un intérprete para apreciar la respuesta sexual del sexo opuesto, decidieron que el acercamiento más efectivo al tratamiento de la alteración sexual humana era, en teoría, incluir un miembro de cada sexo en el equipo terapéutico. Esta misma premisa aplicada en el estudio clínico, provee a cada miembro de la pareja sexualmente alterada de un amigo en el "tribunal", así como, también a un intérprete cuando participa en el programa .

La terapéutica de Masters y Johnson se basa esencialmente en un programa de educación de cada miembro de la pareja disfuncional. Múltiples sesiones de tratamiento se dedican a explicar el funcionamiento sexual, subrayando las consecuencias fisiológicas y psicológicas de la respuesta sexual. Es inevitable que el proceso educacional será efectivo y los equipos terapéuticos mixtos funcionan como transmisores con el fin de que no surja ninguna mala interpretación, debido a barreras emocionales o al lenguaje sexual .

Un equipo mixto evita la potencial desventaja terapéutica de interpretar la enfermedad del paciente sobre la base de prejuicios masculinos o femeninos .

La participación de ambos sexos contribuye aún de otro modo a ser un "factor de realidad" en el procedimiento terapéutico. Disminuye la necesidad de establecer un ritual social concebido para ganar la atención del terapeuta del sexo opuesto, pues el paciente, con el fin de impresionar, suministra un material que carece de equívocos o fallas .

#### 4.3.- Programa de tratamiento de Masters y Johnson.

Consta de tres partes esenciales :

- a) Consejo marital.- Facilitar la comunicación en la pareja en un nivel verbal y no verbal.
- b) Educación sexual.- Proveer a la pareja con información sexual relevante y corregir cualquiera idea errónea acerca del sexo.
- c) Tareas.- Asignar una serie de experiencias sensuales y sexuales que van dirigidas hacia el coito, las cuales la pareja realiza en la privacidad de su cuarto .

Para llevar a cabo el programa de tratamiento , Masters y Johnson indican un límite de dos semanas ; el plan continuo es una importante contribución clínica para efectivizar la terapia de la alteración sexual. Todas las parejas, en la fase aguda del programa terapéutico , son vistas diariamente, siete días por semana, durante las dos semanas que dura el programa educacional intensivo. Una de las ventajas terapéuticas inherentes a la fase de educación rápida de dos semanas y/o mejoramiento sintomático es el aislamiento de los cónyuges de las demandas de su mundo cotidiano .

Inevitablemente, la pareja reactiva , con este aislamiento , sus propios intereses comunicativos y se da la oportunidad para un acercamiento o unión que casi siempre falta entre los cónyuges que enfrentan crisis de alteración sexual . Otra ventaja del aislamiento social para Masters y Johnson , es su efecto en el interés de

ambos cónyuges hacia el tema del sexo , expuesto a una consideración cotidiana .

Puede sostenerse, como parte de este concepto terapéutico , que los pacientes deberán tener la oportunidad de cometer errores que revelan factores contribuyentes a su angustia particular .

Masters y Johnson tienen como política la de controlar a las parejas durante cinco años después de terminadas las fases de - tratamiento rápido del programa ; es decir que la pareja debe aceptar cooperación durante cinco años de refuerzo .

#### 4.4.- Esquema terapéutico.

4.4.1 Interrogatorio: El interrogatorio de Masters y Johnson está estructurado para obtener material dentro de un marco cronológico de - las influencias en los ciclos de vida, los cuales reflejan actitudes y sentimientos sexualmente orientados , expectativas y experiencias, cambios y prácticas .

Este interrogatorio debe proveer la información suficiente para definir el carácter -fondo etiológico , primer síntoma , severidad y duración , conmoción psicosocial- de la alteración sexual.

El interrogatorio debe también contribuir al conocimiento de la personalidad de los cónyuges y desarrollar un concepto profesional de su relación interpersonal adecuada :

- los cambios que pueden considerarse deseables;
- los recursos personales y la profundidad y salud del potencial psicosocial del cual pueden ser - rescatados, y
- las motivaciones y fines de la pareja , en cuanto a qué pretenden los cónyuges de la terapia .

Los detalles de hechos sexuales exitosos deben ser extraídos de la propia experiencia del paciente durante el interrogatorio.

El sistema de valores sexuales deberá ser definido en el interrogatorio antes de dar a los miembros de la unidad cónyugal una instrucción física determinada , la cual deberán efectuar juntos .

Al efectuar la historia sexual, el entrevistador debe :

- darle al paciente un clima de tranquilidad y responder sin turbaciones el material no familiar .
- demostrar sus conocimientos cuando es apropiado.
- crear una atmósfera libre de prejuicios acerca de los valores, ideas o prácticas sexuales aportados por el paciente .

Masters y Johnson han establecido un esquema básico que permite hacer una historia sociopsicosexual para el tratamiento rápido de la incompatibilidad sexual humana con el equipo psicoterapéutico mixto. Este esquema es lo bastante elástico para servir a una variedad de situaciones clínicas , por el desarrollo progresivo del material en áreas de interés deseadas hasta que se obtiene el nivel de información requerido.

El modelo del interrogatorio abarca las siguientes áreas:

- I.- Base preliminar (Angustia actual en cuanto a la alteración sexual)
- II.- Estadística del matrimonio actual .
- III.- Infancia ( hasta adolescencia )
- IV.- Adolescencia (hasta los 13 años)
- V.- 13 años 19 años
- VI.- Adultez prematrimonial
- VII.- En el matrimonio
- VIII.- Percepción de sí mismo
- IX.- Sentidos especiales ( conocimiento y respuesta a estímulos sensoriales)

X.- Ancianidad

XI.- Misceláneas

( Interrogatorio, vease Masters y Johnson, 1970 )

Este interrogatorio es solo un bosquejo para un procedimiento cronológico .

El material pertinente no es necesariamente obtenido en esa exacta secuencia ni las preguntas se efectúan de idéntica manera, puesto que varias de estas preguntas se pueden responder durante el interrogatorio .

Se utiliza una entrevista estructurada porque sugiere - rápida en el acercamiento terapéutico y este esquema es presentado, solo con carácter de punto de partida .

La entrevista estructurada contiene una serie de preguntas específicas relacionadas con categorías delimitadas que se considerarán básicas para la historia sociopsicosexual que requiere el programa. No obstante el esquema del interrogatorio nunca deberá ser dirigido, y el coterapeuta entrevistador deberá mantenerse libre para seguir las sugerencias imperativas, los comentarios interesantes o los signos psicofisiológicos del paciente .

Así pues, el interrogatorio ofrece una oportunidad para iniciar la comunicación y es también la forma de comenzar el proceso de cambio de actitud de los cónyuges .

4.4.2 Primer día en la terapia sexual .

Durante este primer día se inicia el interrogatorio. El coterapeuta masculino toma la historia inicial del esposo, mientras que la coterapeuta investiga simultáneamente a la esposa; este esquema básico alienta la relación del cónyuge con el coterapeuta del mismo sexo.

Simultáneamente, los mismos coterapeutas definirán e in-

interpretarán el material reflejando las actitudes y actividades de orientación sexual, tal representación e interpretación sexual relacionada es luego apropiada para la conducción total de la terapia .

Los coterapeutas se comprometen a desarrollar el material que servirá para establecer un diagnóstico y una evaluación pronóstica de la incompatibilidad sexual específica y el estado de la relación cónyugal dentro de la cual la alteración ha ocurrido. Luego, la historia agregada a la recolección del material pertinente, debe apoyar el rol profesional primario de los coterapeutas como catalizadores:

- 1.- Hacia la comprensión por parte del cónyuge de la alteración sexual presente y sus posibles causas ;
- 2.- Hacia las pautas naturales de una efectiva función sexual ; y
- 3.- Lo más importante, hacia la comunicación .

#### 4.4.3 Segundo día en la terapia sexual.

En este segundo día, se continúa con el interrogatorio , las sesiones son estructuradas por el coterapeuta sobre la base del material aportado por cada cónyuge durante el día anterior. El interrogatorio se dirige ahora a una clarificación más amplia del contenido histótico específico recogido del día anterior .

En este segundo día, el coterapeuta femenino interroga al esposo y el coterapeuta masculino a la esposa. Esta entrevista está específicamente controlada por el entrevistador y debe clarificar áreas de dudas o equívocos acerca del material recogido, es deseable abalanzar nuevamente estas áreas donde se sospecha un aspecto difuso o incluso una omisión deliberada o donde se observa desgano para discutir un punto en particular. Un repaso específico del material expuesto puede conducir a un concepto totalmente nuevo o a un aumento importante de material .

El propósito de este tipo de interrogatorio del segundo

día no es tanto para controlar el material, sino para contemplar el panorama dentro del diferente marco de referencia del cónyuge. Preguntas que revelan si el paciente ve la alteración sexual como una consecuencia física de la interacción psicosocial, un problema emocionalmente inducido o de origen puramente físico, se ajustan en este segundo día .

#### 4.4.4 Tercer día en la terapia sexual .

Las actividades que se realizan en el tercer día de la terapia, abarcan los exámenes médicos y físicos y los procedimientos de laboratorio usados para los cónyuges con alteración sexual.

Si se desarrolla cualquier evidencia patológica se impone de inmediato una detallada evaluación .

Terminada esta evaluación se reúnen los coterapeutas - con los cónyuges en una discusión de "mesa redonda" ; este término se usa para designar el hecho de que ambos cónyuges y los dos terapeutas están juntos por primera vez en una sesión clínica desde la breve entrevista del primer día, y que el resumen profesional del material clínico pertinente recogido durante los dos días de interrogatorio será presentado y discutido. Esta discusión se estructura para relatar las historias individuales y cónyugales y cualquier dato físico o metabólico significativo de la presente alteración .

La mesa redonda provee a los coterapeutas la oportunidad de cotejar el conocimiento básico de la función y alteraciones sexuales humanas con sus impresiones e interpretaciones de los aspectos personal, cónyugal, social y sexual de las historias clínicas obtenidas. Los fines de la "mesa redonda" del tercer día terapéutico son :

- 1.- Reflejar, sobre la base de las propias consideraciones del paciente en la historia cónyugal y personal ( primero y segundo días), aquellas actitudes, confianza o desconfianza, prácticas sexuales, factores de fondo y medio ambiente, vistos como una proba-

ble correlato de la presente angustia de la alteración sexual .

2.- Emplear el "espejo" de la objetividad profesional y el conocimiento de la función y alteraciones sexuales para iniciar las pautas de conducta personal de cada cónyuge, que hayan contribuido específicamente a la pérdida del entendimiento sexual y a la incomunicación cónyugal en general .

3.- Iniciar un proceso educativo describiendo la naturaleza de un funcionamiento sexual efectivo, subrayando y explicando :

a).- Que el funcionamiento sexual es un proceso fisiológico natural .

b).- Que es imposible emplear como meta final la relajación en la expresión sexual como un medio de vencer una alteración básica .

c).- Que la sexualidad es una dimensión de la personalidad femenina o masculina que se expresa en todo acto humano.

d).- Que el funcionamiento sexual es una actividad sexual específica ( masturbación, coito, manipulación genital con yugal ).

e).- El rol expresado por temores relativos al comportamiento sexual ( experimentado por ambos sexos ) que específicamente aumenta por falta de conocimientos del funcionamiento sexual efectivo y conducen a un rol de espectador .

f).- Los mitos sexuales, falsos conceptos y prejuicios que han sido definidos en el material compartido por los cónyuges y los coterapéutas.

g).- El hecho de que las preferencias sexuales individuales pueden diferir porque los cónyuges son dos personalidades distintas , tienen dos tipos de actitudes diferentes y , a menudo, llevan a la relación dos diferentes sustratos sociales, técnicos y religiosos .

h).- Que las pautas sexuales , hábitos y valores deseables para ambos cónyuges por lo general deben ser desarrollados o identificados por el mutuo esfuerzo .

i).- Que el interés de los coterapéutas se centrará en el desarrollo gradual de la interacción sexual agradable , mediante aquellos elementos de focalizaciones sensoriales importantes comprendidos por ambos cónyuges .

j).- Que la efectividad sexual será desarrollada a partir de esta gradual apreciación sensorial y no de un comportamiento sexual orientado como fin .

k).- Que los "errores" generalmente, son más constructivos que el éxito para el progreso de la terapia, durante los intentos de la pareja para seguir las directivas de los coterapéutas .

l).- Que durante el programa de terapia de apoyo, la relación cónyugal mantiene el foco de atención de la terapéutica - mejor que cualquiera de los cónyuges en particular .

#### 4.4.5 - Cuarto día en la terapia sexual.

El cuarto día se dedica, en parte al menos, a discutir el éxito o fracaso de la pareja conyugal en el cumplimiento de las instrucciones específicas presentadas durante la sesión previa.

Esta sesión requiere primero un intercambio verbal, que revelará el grado de entendimiento emocional entre la pareja; es necesario , antes de continuar con el procedimiento terapéutico , saber si la pareja cumplió o no las instrucciones de intercambiar conocimientos respecto de sí mismos , de sus mutuas sensaciones , y continuar - "probando" la recapitulación profesional de sus historias efectuadas el día anterior.

Este cuarto día da la oportunidad de asegurarse de explicar más la naturaleza de la respuesta sexual y de remarcar el rol de

"amigo en el tribunal" del coterapeuta del mismo sexo.

La instrucción básica, que forma parte siempre del cuarto día , consiste en la repetición insistente de las oportunidades previas de focalizaciones sensoriales antes de continuar con cualquiera otra directiva física; de este modo, el concepto de focalización sensorial llega a ser una parte segura en el intercambio personal de la pareja , aprenden que el innato deseo de tocar no es necesariamente una inmediata invitación a la relación física .

Esta sesión del cuarto día es delineada solamente para extender la experiencia de la pareja respecto del placer sensorial a la respuesta de todo el cuerpo, sin las presiones del comportamiento sexual, que interrumpen la satisfacción de cada cónyuge en su propio descubrimiento .

Al terminar este cuarto día terapéutico del programa básico de tratamiento, la atención debe dirigirse hacia las variedades específicas de alteración sexual, en este caso la impotencia sexual.

#### 4.5 Tratamiento de la impotencia.

Los conceptos de tratamiento de los síntomas de impotencia primaria y secundaria se identifican tanto que la siguiente discusión puede aplicarse sin reservas a cualquiera de los dos síndromes. El foco de la discusión es entonces la situación embarazosa en que se encuentra cualquier hombre incapaz de lograr una erección que le permita penetrar y mantener la relación coital.

Siempre que un impotente se compromete en una terapia por su alteración sexual demuestra inseguridad personal; acude al profesional con la plena convicción de que nada puede hacerse por él, aunque fantasea que aún es un hombre que conserva su capacidad sexual . Es cierto que el hombre impotente permanece solo en su problema, que muy pocas veces ha estado en una situación tan envolvente, tan frustrante y sin esperanza .

Con frecuencia, empieza a observar a su pareja con una - atención especial. Es demasiado consciente de que su cónyuge conoce bien las dimensiones de su incompetencia y, por lo tanto, el grado de su presunta pérdida de masculinidad. El hecho de que alguien más conozca su insuficiencia sexual es, sin duda, algo que fisura la seguridad de muchos hombres es este plano .

En lo que se refiere a la esposa del hombre impotente la mayoría, sea que haga confidencia o que soporte sola el problema, no llega a darse cuenta hasta que punto influye en forma directa en la alteración sexual del marido . Por todo lo anterior , las tres metas terapéuticas principales en el tratamiento de la impotencia son:

a) Eliminar el miedo y la ansiedad del esposo hacia el - fracaso ; b) Despojarlo de su papel de espectador en las actividades sexuales, orientando sus emociones y sus sensaciones hacia una - participación activa ; y

c) Eliminar el temor de la esposa de que su marido es - sexualmente ineficaz .

La importancia primordial para el tratamiento inicial de la impotencia, esta constituido por :

- el evitar un acercamiento directo a los síntomas de insuficiencia erectiva. El secreto de una terapia exitosa es no tratar estos síntomas de entrada, intentando educar al hombre para que logre la erección deseada ;

- la principal contribución terapéutica implica el convencimiento de que el hombre emocionalmente alterado no hay que enseñarle a buscar la erección. La erección se desarrolla siempre en forma involuntaria y esto es algo que el hombre debe aprender ;

- deberá aprender a relajarse y a gozar de los placeres físicos del contacto corporal y de la interacción emocional con su compañera sexual, sin mentir, la impulsión de lograr una erección firme .

4.5.1 Del 5o. al 9o. día de la terapia sexual .

En estos días el programa se dirige a coordinar discusiones teóricas entre los coterapeutas y la pareja, describiendo e indicando las funciones específicas que deben seguir el marido y su mujer en la intimidad de su cuarto .

Se subraya en forma insistente que no interesa la cantidad de secreción vaginal ni la efectividad de erección del pene, o la carencia de ambas .

Después de un período placentero de caricias, que abarcan la totalidad del cuerpo de su esposa, el acercamiento a su pelvis se hará bajo control de ésta, la esposa tomará la mano de su cónyuge y la guiará, para demostrarle qué es lo que en realidad le agrada en relación con la posición y presión de la mano y la dirección o rábidez de la caricia; es una ayuda positiva para todo hombre el conocer que le agrada realmente a su mujer y que ella le muestre con tranquilidad lo específico de su interés sensual .

Luego el esposo debe, de igual modo, buscar la oportunidad de educar a su mujer .

Si en estos días el hombre empieza a tener una erección y generalmente la tiene porque nadie se la exige, la unidad marital sigue al principio el consejo del terapeuta de mantener un escepticismo saludable y muy pronto empieza a confiar en que esté próximo el fin de su alteración sexual .

Una vez reestablecida la erección, se estimula a la pareja a permitir que el pene se ponga flácido, estimulándolo nuevamente para otra erección, repitiendo este ciclo varias veces. Esto ayuda

a la pareja a asimilar la idea de que hay erecciones de reserva en el lugar de donde provino la primera, y que la perdida de turgencia no es necesariamente definitiva, infundiendo también más confianza - en la mujer en su capacidad para estimular, y lo que es más importante, la estimula a ella .

A medida que aumenta su confianza, los cónyuges se dirigen hacia el paso siguiente en la relación sexual .

#### 4.5.2) 10o. día en la terapia sexual .

En este décimo día se instruye a la esposa a que inicie el primer intento de coito. En esta fase, si el pene se reblandece - posteriormente después de la inserción, es extraído y la esposa lo - manipula hasta lograr erección, volviéndolo a reinsertar. Pero si - nuevamente se pone flácido, se instruye a la pareja que desista de - más estimulación sexual en esa ocasión .

Una vez que el pene puede permanecer firme después de la introducción, la esposa deberá estarse quieta y dejar que el esposo haga los movimientos pélvicos .

#### 4.5.3) Ultimos días del tratamiento .

En estos últimos días, ambos comparten los movimientos pélvicos; se aconseja a la pareja que practique esta "gratificación - pelviana", sin otro fin que el de concentrarse en el placer sensorial implícito . No se debe apuntar a la eyaculación y al orgasmo , aunque estos se producirán a su hora y en su contexto natural, indicando que los síntomas han desaparecido .

#### 4.5.4) Condiciones especiales en el tratamiento de la impotencia.

Evidentemente, muchos individuos que padecen de impotencia sexual no estan casados. Pero puesto que las bases de la psicoterapia se asientan sobre la interacción entre los consortes, el trata

miento para este tipo de individuos ofrece dos soluciones :

- a) Pareja de reemplazo. Se refiere a la pareja que él elige para - compartir sus experiencias y la educación dada por la terapia .
- b) Pareja de sustitución o consorte sustituto . Se refiere a la pareja elegida por los coterapeutas para un hombre soltero, que no - tiene compañera con quien compartir sus problemas o en quien buscar apoyo psicológico o fisiológico durante el tratamiento .

Estas parejas, son voluntarias, no prostitutas y se e--  
ligen de acuerdo a su edad, aduacación y bagage cultural ; pasando -  
por los mismos exámenes físicos y psicosociales .

Es importante el hecho de que estas mujeres hayan teni-  
do experiencias sexuales, que sean normales sexualmente y sobre to-  
do seguras en este aspecto .

En el caso de la pareja de sustitución, no se da otra -  
identificación más que el nombre; el primer encuentro es de tipo so-  
cial, una vez lograda una relación social cordial, la voluntaria po-  
co a poco y a medida que se desarrolla el tratamiento, va represen-  
tando el roll de una esposa. A esta voluntaria se la dan instruccio-  
nes todos los días en otras circunstancias y aunque no establece la  
comunicación que puede ofrecer un matrimonio, tiene igualmente exce-  
lentes resultados ( Masters y Johnson , 1970 ) .

#### 4.5.5 Resultados en el tratamiento de la impotencia sexual .

Masters y Johnson enuncian sus estadísticas en terminos  
de fracasos antes que de éxitos, utilizan como pauta de fracaso el  
hecho de que una pareja no funcione eficazmente durante un mínimo -  
de cinco años, a partir del momento en que termina la terapia .

Estos autores señalan que los resultados completos obte-  
nidos en el tratamiento de los síntomas de impotencia primaria y se-  
cundaria en los individuos bajo tratamiento fueron satisfactorios .

La mejor estadística de los resultados clínicos, es como se señaló, el porcentaje de fracasos. Las siguientes tablas reflejan las más importantes categorías etiológicas en las que se asignaron arbitrariamente los casos de impotencia :

- Impotencia Primaria

32 Unidades

Etiología	No. de casos	No. de fracasos
Enfrentamiento madre-hijo	3	1
Ortodoxia religiosa	6	4
Influencia homosexual	6	2
El trauma de la prostituta	4	1
Alcoholismo	2	1
Patogénesis variadas	11	4
TOTAL	32	13

Porcentaje de fracasos : 40.60 %

- Impotencia Secundaria

213 Unidades

Etiología	No. de casos	No. de fracasos
Eyacuación precoz	63	7
Alcoholismo	35	8
Madre dominante	13	4
Padre dominante	5	1
Familia con un solo padre	5	1
Ortodoxia religiosa	26	13
Influencia homosexual	21	7
Alteración fisiológica	7	4
Diabetes diagnosticada	9	3
Diabetes preclínica (no diagnos.)	11	2

Etiología	No. de casos	No. de fracasos
Influencias iatrogénicas	6	1
Casos no categorizados	12	5
TOTAL	213	56

Porcentaje de fracasos : 26.20 %

Un breve estudio de las tablas indica un porcentaje de 40.60 % de fracasos en el tratamiento de la impotencia primaria durante las dos semanas de educación intensiva . Hubo un fracaso del 26.20 % registrado en las dos semanas de remisión de síntomas de impotencia secundaria en los últimos 11 años . Estas estadísticas sólo representan el fracaso porcentual de remisión de síntomas durante el período agudo del tratamiento . ( Para más detalle sobre estas estadísticas , consúltese la obra de Masters W. y Johnson V. - Incompatibilidad Sexual Humana . Ed. Inter-Médica , Buenos Aires , 1970, pp 176 - 177 ) .

4.6 Modificaciones a la técnica psicoterapéutica de Masters y Johnson aplicada a la impotencia sexual .

El programa terapéutico de Masters y Johnson se ha ido difundiendo rápidamente en la Unión Americana y otros países; pocos especialistas en sexualidad humana han llevado a cabo el programa de estos autores tal cual .

La mayoría de los terapeutas que adoptan este programa terapéutico le aplican diversas modificaciones según las políticas de las clínicas o la propia orientación de los terapeutas, pero sin alterar el fondo básico de ella .

Algunos de estos programas modificados de terapia sexual, han sido reportados por los siguientes autores :

- Kaplan, Siger Helen M.D. , Ph. D., Profesora clínica asociada de Psiquiatría y Coordinadora de la docencia de Psiquiatría en el Cole

gio de Medicina de la Universidad de Cornell; Directora de la Terapia Sexual y Programa Educativo de la Clínica de Payne Whetney del Hospital de Nueva York ( 1975 ) .

Esta autora sigue el programa básico de Masters y Johnson con la variación en cuanto a la estimulación dentro del foco sensorial como serían el permitir que tanto el hombre como la mujer inicien los ejercicios indicados por los coterapeutas encontrándose completamente vestidos, el uso de lubricantes en el pene, la estimulación oral, y finalmente el permitir, e incluso indicar, la inmersión dentro de una fantasía erótica por parte del hombre mientras es estimulado por la mujer .

- Prochaska, James O. y Marzelli, Robert . Investigadores sobre la sexualidad humana en la Universidad de Rhode Island en la División de Salud Mental ( 1973 ) .

Estos autores reportan que ellos realizan un acercamiento flexible que no requiere de un equipo de terapeutas de dos sexos, permite instalar semanalmente decisiones diarias, requieren tiempo de vacaciones lejos de casa solo para algunas parejas y el programa de enfoque sensorial en solo algunos casos puede ser altamente exitoso cuando las parejas selectas están dispuestas y son aptas para trabajar juntas en sus problemas sexuales; los ejercicios de estimulación sexual son también modificados según las parejas .

- Ansary, M.A.M. Psy. Med. M.R.C. Psych. , Médico Psiquiatra del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Liverpool ( 1976 ) .

Este autor, en sus investigaciones con pacientes imponentes y las técnicas de psicoterapia utilizadas en su tratamiento, reporta la utilización de la técnica de Masters y Johnson con una sola modificación que se refiere a que todos los ejercicios íntimos

sexuales de la pareja son realizados en su propia casa .

Estos autores que han tratado la impotencia sexual con el programa de Masters y Johnson modificado, han obtenido resultados exitosos en cuanto a la introducción de otras técnicas en el programa psicoterapéutico de Masters y Johnson .

## C A P I T U L O V

### UNA EVALUACION SOBRE LA METODOLOGIA DE LA TECNICA PSICOTERAPEUTICA DE MASTERS Y JOHNSON APLICADA A LA IMPOTENCIA SEXUAL

Una vez que se tiene un marco acerca de la técnica psicoterapéutica de Masters y Johnson aplicada a la impotencia sexual, pasaremos al desarrollo de la investigación .

La propuesta de trabajo surge de la idea de una forma para "medir" la metodología de investigación científica, debido a que , en primera instancia, haciendo una amplia revisión bibliográfica no se encontró una escala o instrumento que realizase esto. Esta idea floreció debido a que los datos, reportes y resultados del uso de la técnica psicoterapéutica de Masters y Johnson son reportados por sus autores como un instrumento garantizado que ofrece un alto grado de éxito terapéutico (Masters y Johnson, 1970) inclusive esto está respaldado por otros investigadores que han hecho uso de la técnica , ya sea tomada de manera original o bien agregando algunas variantes (ver capítulo IV) ahora bien, la problemática a tratar en ésta investigación es comprobar si los autores que señalan que ésta técnica es adecuada para lograr el éxito terapéutico hacen mención o llevan a cabo en sus reportes datos que esten apoyados por un buen rigor metodológico ( ver Variable Dependiente) de investigación, esto quiere decir que si los autores no se apegan a la utilización de la metodología científica para llevar a cabo una investigación ( ver Manual de Publicaciones del A.P.A. ) sus datos no serán tan confiables; y por lo tanto la certeza con que pregonan que la técnica garantiza resultados beneficios o exitosos será mínima debido al poco sustento de investigación científica, esta afirmación se debe a que estamos convencidos de que los problemas que atañen al psicólogo son de lo más críti-

cos y sobre todo complejos a los que se enfrenta el hombre, por lo tanto es sumamente necesario valerse del apoyo de los métodos más efectivos con lo que cuenta la ciencia para intentar resolverlos y una de las características esenciales de la ciencia es su sistematización y orden, esto significa que el investigador en su accionar debe valerse de la metodología científica para tener la posibilidad de ordenamiento en sus datos, ideas y resultados, pues una ausencia de ésta metodología en el quehacer científico puede echar por tierra todo el esfuerzo, anulando la validez de los resultados alcanzados en muchas semanas de trabajo paciente y dedicado, es decir en el momento de informar los resultados obtenidos es como el autor nos va a indicar todo el acontecer en su investigación realizada, de este modo en la utilización de una técnica terapéutica, se debe tener forzosa-mente que contar con un fuerte apoyo por parte de la metodología científica, y si es así, entonces el psicólogo será un científico profesional que se anoya en el método científico para resolver los problemas con que se enfrenta, esta es básicamente la idea de la cual partimos y que servirá como objetivo fundamental a desarrollar.

Con estos conceptos señalamos una hipótesis de trabajo que dice: "La técnica de Masters y Johnson es reportada como efectiva en el tratamiento de la impotencia sexual (Masters y Johnson, 1970 sin embargo, ¿ los reportes de ésta técnica están respaldados por un rigor metodológico de investigación comprobable y verificable que proporciona validez y confiabilidad para apoyar ésta afirmación? ".

Ahora bien, después de haber planteado el problema y la hipótesis de trabajo acerca del cual giró la investigación, se describe el método con el cual se llevó a cabo. Primeramente nos propusimos obtener una muestra de trabajo, para esto se procedió a llevar a cabo una revisión de los índices: Current Contents, Index Medicus, y Psychological Abstracts, que daten de enero de 1979 a diciembre de

1983; pensamos que en estos cinco años se publicarían varios artículos acerca de la impotencia sexual y su tratamiento acorde con la técnica ya mencionada; la muestra de trabajo que pretendíamos localizar era de 50 artículos, aclarando que estos artículos se seleccionaron bajo ciertos criterios (ver variables controladas), desafortunadamente no se pudo recabar la cantidad esperada, debido a ciertos problemas en la localización (revistas muy difíciles de localizar, que inclusive no se encontraban en el D.F., nor referencias de catálogos nos enteramos que se encontraban en provincia), al enfrentarnos con este problema decidimos abarcar un período de tiempo más amplio; es decir, de enero de 1973 a diciembre de 1986, de esa manera los artículos localizados fueron un poco más, pero aún así no se encontró la muestra de trabajo esperada, sólo se pudieron recabar 23 artículos (Anexo 1). Con estos 23 artículos localizados se decidió iniciar la investigación {

Como paso siguiente se inició la elaboración de nuestro instrumento de medición, que se trató de un cuestionario que diseñamos (anexo 2) basándonos en el Manual de Publicaciones del A.P.A. Este manual es una guía para elaborar informes científicos en particular y en donde también establece el uso de un formato tipo y reglas oficiales y se proporcionan pautas generales de redacción que, si se aplican correctamente, producen un informe legible, y esto lo mencionamos con la intención de señalar que "el informe es un medio para alcanzar un fin; un intento de comunicar la documentación sistemática de una observación o un conjunto de observaciones. Los informes científicos suelen contener los siguientes elementos: exposición del problema, información de los antecedentes, bases de la investigación, definición de los términos y variables del estudio, procedimientos de observación, resultados de las observaciones, interpreta--

ción de los resultados a la luz del problema identificado al inicio y conclusiones. Y la clave para la comunicación mediante el informe escrito lo constituye la legibilidad" ( Craig, J.R. , 1976, p. 249 ) De esta referencia partimos y nos encontramos que en el mismo Manual de Publicaciones del A.P.A. se señala que los componentes que forman el informe de investigación científica son :

- 1.- Título
- 2.- Afiliación
- 3.- Resumen
- 4.- Introducción
- 5.- Método
- 6.- Resultados
- 7.- Discusión
- 8.- Referencias Bibliográficas

De estas 8 categorías que lo integran, decidimos tomar en cuenta sólo 5 de ellas, que son :

- 1.- Título
- 2.- Introducción
- 3.- Método
- 4.- Resultados
- 5.- Discusión

Esta reducción se fundamentó en la idea de que el resto de los componentes ( afiliación, resumen y referencias bibliográficas ) realmente no tiene caso tomarlas en cuenta ( en nuestro trabajo ) dada su poca - importancia dentro del rigor metodológico .

Posteriormente se elaboró el primer intento acerca de - nuestra cuestionario, que posteriormente fué "piloteado" con varios - artículos similares a los de la muestra de trabajo, para dar pauta - así a las correcciones y a la creación de las escalas de puntuación, de esta forma es como quedó listo para ser utilizado nuestro instru

mento de medición.

Por otro lado, el diseño experimental utilizado fué simplemente una evaluación a cada uno de los artículos de que constó la muestra de trabajo (23), donde no existió la necesidad de llevar a cabo asignación a grupos, ni mucho menos .

En la presente investigación, no se pretendió manipular variables como se usa acostumbradamente, sino más bien, los componentes que forman la metodología de la investigación científica fueron medidos y evaluados en cada uno de los 23 artículos, y estas categorías son :

- 1.- Título. Donde debe indicar con exactitud el tema del experimento.
- 2.- Introducción. Tiene como finalidad dar una idea del marco científico e histórico del trabajo .
- 3.- Método. Su objeto es explicar en forma detallada de la manera en que se llevó a cabo el experimento, y está compuesta por :
  - a) sujetos . Se menciona el número de sujetos empleados, la población de donde provienen, la manera en que se les seleccionó y las características que pueden ser importantes para el estudio .
  - b) aparatos y materiales. Se describen todos los detalles importantes de manera que se puedan adquirir otros iguales .
  - c) situación experimental. Se describirán las condiciones ambientales en donde se realizó la investigación con el objeto de que la replicación pueda llevarse a cabo .
  - d) diseño. Se describe el diseño experimental, la manera de asignar a los sujetos a los diferentes grupos y condiciones y la definición de las variables .
  - e) procedimiento. Debe indicar paso a paso la forma en que se desarrolló el estudio, indicando las instrucciones dadas, la forma de presentación de los estímulos, la duración de las fases y sesiones así -

como algunas técnicas de control importantes .

4.- Resultados. Donde se presenta en forma clara y resumida los datos obtenidos en la investigación, este punto es sumamente importante, - pues debe existir un estudio de seguimiento debido a que en las in-  
vestigaciones originales de Masters y Johnson anuncian sus estadísti-  
cas en terminos de fracasos antes que de éxitos, utilizan como pauta  
de fracaso el hecho de que una pareja no funcione eficazmente durante  
un mínimo de 5 años a partir del momento en que es dada de alta de -  
la terapia ( Masters y Johnson, 1970 , p. 176-177 ) .

5.- Discusión. Es la parte donde se incluyen las conclusiones que se  
desprenden de los resultados, tomando en consideración el problema -  
de investigación y sus implicaciones teóricas y prácticas .

Cabe mencionar que estos componentes se basan en las re-  
comendaciones del Manual de Publicaciones de la Asociación Psicológi-  
ca Americana ( A.P.A. ) .

Los conceptos que se utilizarán y se deben definir, son:

- 1.- Ciencia. Aplicación del método científico a problemas resolubles  
entendidos como aquellos que pueden resolverse con las condiciones  
( capacidades ) humanas normales ( Mc Guigan, 1960, p. 15 ) .
- 2.- Método Científico. Es el proceso ordenado por medio del cual to-  
das las ciencias obtienen solución a sus problemas ( Mc. Guigan , -  
1960, p. 14 ) .

#### VARIABLE DEPENDIENTE

Rigor Metodológico. El grado de severidad o rigidez con la -  
cual se debe ceñir una investigación a una metodología científica -  
bien específica. Dicho de otra manera, entendemos como rigor metodo-  
lógico el grado, en terminos de calificación o porcentaje, en el -  
cual se ubica determinada investigación, tomando como referencia u-  
na escala de puntuación, dicha escala son los lineamientos que esta-

bleve la Asociación Psicológica Americana en el Manual de Publicaciones para elaborar un informe de investigación. Es decir, el rigor metodológico es la puntuación obtenida en base a una evaluación .

En general, los problemas que conciernen a los psicólogos son de los más críticos y complejos que enfrenta el hombre, por ésta razón es necesario valerse del apoyo de los métodos más efectivos de que la ciencia puede disponer para intentar resolverlos .

#### VARIABLES CONTROLADAS

Las variables que se mantuvieron bajo control son los - criterios bajo los cuales se seleccionaron los artículos, y son :

1.- En forma general, fueron los localizados a través de los siguientes índices :

a) Current Contents, b) Index Medicus , y c) Psychological Abstracts en la fecha comprendida desde enero de 1973 a diciembre de 1986 .

2.- Declaración explícita de que se utiliza la técnica psicoterapéutica de Masters y Johnson aplicada a la impotencia sexual por parte del autor del artículo .

3.- Se aceptarán algunas variantes en las técnicas de Masters y Johnson y esto es debido a que el programa terapéutico de estos autores - se ha ido difundiendo rápidamente en los E.E.U.U. y en otros países - pocos especialistas en sexualidad humana han llevado el programa tal cual, la mayoría de los terapeutas que adoptan éste programa clínico le aplican diversas modificaciones según las políticas de las clínicas o la propia orientación de los terapeutas, pero sin alterar el fondo básico de ellos. Algunos de estos programas con los cuales trabajaremos son : a) Kaplan, b) Brochaska, d) Ansary .

- Procedimiento.

Una vez que se elaboró el instrumento y por otro lado se adquirieron los artículos seleccionados ( anexo 1 ), se llevó a cabo

la evaluación a cada uno de ellos .

El procedimiento para evaluar fué muy sencillo, simplemente las categorías que conforman la metodología científica fueron localizadas en cada uno de los artículos para posteriormente analizar más detalladamente y asignarle en términos de escala una calificación -- ( de acuerdo al propio instrumento ) que fué vaciada en hojas de control ( anexo 3 ), la calificación que obtuvo cada artículo en cada una de las variables, fué, la que de acuerdo al instrumento de medición le correspondió y es la que se señala en el anexo 3 ; posteriormente, de una manera muy subjetiva, se le dió peso a cada una de las categorías que conforman la metodología científica ( el fundamento -- que podemos señalar es el habernos basado en la importancia y dificultad para la elaboración de cada una de ellas ), y estos datos se señalan en el anexo 4 ( puntuación a escala ) . Los pesos que otorgamos -- fueron los siguientes :

1.- Titulo	2	%
2.- Introducción	8	%
3.- Método	60	%
4.- Resultados	20	%
5.- Discusión	10	%
TOTAL =	100	%

y dentro de estos pasos de cada categoría, adentrándonos más específicamente, cada variable de la que cuenta cada una de las categorías -- obtuvo un porcentaje ( en peso ), que fueron los siguientes :

1.- Titulo	2	%
Variable 1	2	%
2.- Introducción	8	%
Variable 2.1 =	2	%
Variable 2.2 =	2	%

Variable 2.3	=	2	%
Variable 2.4	=	2	%
3.- Método		60	%
Variable 3.1.1	=	3	%
Variable 3.1.2	=	6.5	%
Variable 3.1.3	=	6.5	%
Variable 3.2	=	3	%
Variable 3.3	=	3	%
Variable 3.4.1	=	3	%
Variable 3.4.2	=	6.5	%
Variable 3.4.3	=	6.5	%
Variable 3.4.4	=	3	%
Variable 3.4.5	=	3	%
Variable 3.4.6	=	6.5	%
Variable 3.5.1	=	6.5	%
Variable 3.5.2	=	3	%
4.- Resultados		20	%
Variable 4.1	=	8	%
Variable 4.2	=	2	%
Variable 4.3	=	2	%
Variable 4.4	=	8	%
5.- Discusión		10	%
Variable 5.1	=	2	%
Variable 5.2	=	8	%

Así, al tener los pesos máximos correspondientes que pudo haber obtenido cada una de las variables, simplemente la puntuación bruta se transformó a escala, para así determinar calificaciones cuyo rango fluctuó entre 000 y 100, al determinar la puntuación en cada variable se procedió a sumar las contenidas en cada artículo

y de esta forma realizar un promedio, de ésta manera esta calificación es a la vez el grado de rigor metodológico con que cuenta cada artículo de los que constó la muestra de trabajo, en otras palabras esta calificación es también el grado de certidumbre en el cual se han apoyado los diversos autores o investigadores para poder mencionar, hacer uso y concluir que la técnica de Masters y Johnson para el tratamiento de la impotencia sexual tiene un gran éxito terapéutico ( o está amparada por una buena metodología de investigación científica y a que grado ) . La calificación final ( o el promedio de todos los artículos ) - nos indica esto .

C A P I T U L O      V I

RESULTADOS

- Resultado General

En base a la evaluación ( sus lineamientos metodológicos ) de los 23 artículos localizados , se pudo detectar que estos tienen una calificación promedio de 61.24 . La distribución fué de la siguiente manera :

F	( Número de artículos )	Calificación
	0	10 - 20
	0	20 - 30
	3	30 - 40
	1	40 - 50
	5	50 - 60
	8	60 - 70
	5	70 - 80
	1	80 - 90
	0	90 - 100

N = 23

( Vease gráfica no. 1 )

- Resultados particulares.

Nuestro cuestionario hace mención a 5 de las 9 categorías que establece la A.P.A. en el Manual de Publicaciones, debido a que - consideramos que los tres elementos que no tomamos en cuenta ( autor, resumen y bibliografía) no revisten mayor importancia en una evaluación como la realizada, por ser categorías que en una investigación - tienen poca importancia (metodológicamente hablando) ; por otro lado las 5 categorías evaluadas les fué asignado un peso de acuerdo a su - importancia en una investigación, esta asignación (peso) fué hecha basandonos únicamente en la importancia y en la relevancia que revisten en su elaboración . Para presentar los datos de una manera un tanto más accesible, los valores obtenidos fueron asignados de acuerdo al - rango de calificación lograda, estos fueron :

RANGO	CALIFICACION
A	90 - 100
B	80 - 90
C	60 - 80
D	00 - 60

De esta manera, solo se consideran 4 calificaciones que - equivalen a: A= Excelente metodología; B= Buena metodología; C= Regular metodología ; y D= Mala metodología o escasa metodología .

Calificaciones obtenidas :

Peso de cada categoría	Categoría	Calificación
2 %	Título	100 % ( A )
8 %	Introducción	47.28 % ( D )
60 %	Método	58.56 % ( D )
20 %	Resultados	54.35 % ( D )
10 %	Discusión	78.26 % ( C )

## 1.- Título .

De la muestra de 23 artículos, se observa claramente -  
( gráfica 2 ) que absolutamente todos estos cumplen con el requisito de tener un título informativo y congruente con el experimento. Está categoría por lo tanto alcanza una calificación de 100 ( A ) .

## 2.- Introducción .

Los datos recabados son los siguientes :

VARIABLES	%	PTJE. MAX	PTJE. OBT.	CALIFICACION
2.1 Ftes. informativas	2	46	25.50	55.43 (D)
2.2 Est. relevantes	2	46	21.50	46.74 (D)
2.3 Prob. investigación	2	46	38.00	82.60 (B)
2.4 Mención hipótesis	2	46	02.00	04.35 (D)
TOTALES	8	184	87.00	$\bar{X}$ = 47.28 (D)

Esta categoría presenta una calificación media de 47.28 ( D ), lo que representa una calificación muy baja para una categoría la cual nos indica; el problema de la investigación, la revisión de la literatura correspondiente, el establecimiento de hipótesis de investigación ( gráfica 3 ) .

### 3.- Método .

Presentamos los datos obtenidos en ésta categoría :

VARIABLE	%	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE OBTENIDO	CALIFICACION OBTENIDA	
3.1.1 Sujetos	3	69	69	100	( A )
3.1.2 Población	6.5	149.5	125.125	83.70	( B )
3.1.3 Manera de selección	6.5	149.5	112.125	75.00	( C )
3.2 Aparatos y mats.	3	69	42	60.86	( C )
3.3 Cond. ambientales	3	69	9	13.04	( D )
3.4.1 Dis. experimental	3	69	36	52.17	( D )
3.4.2 Asig. a grupos	6.5	149.5	113.75	76.08	( C )
3.4.3 Def. y reg. V.I.	6.5	149.5	92.625	61.95	( C )
3.4.4 Definición V.D.	3	69	00.00	00.00	( D )
3.4.5 Técnicas contr. exp.	3	69	24	34.78	( D )
3.4.6 Medición V.D.	6.5	149.5	97.5	65.22	( C )
3.5.1 Desarrollo exp.	6.5	149.5	115.375	77.17	( C )
3.5.2 Inst. a sujetos	3	69	45	65.22	( C )
TOTALES	60	1380	881.50	$\bar{X} = 58.56$	( D )

El método es la categoría o parte más importante en una investigación, pues esta nos va a indicar : descripción de sujetos, materiales y diseño utilizados, así como las definiciones de las variables dependientes e independientes y su medición, ahora bien, en el presente estudio recibió una calificación de 58.86 ( D ) , lo que significa una puntuación muy baja para tan importante categoría. ( gráfica 4 ) .

#### 4.- Resultados .

La categoría número 4 ( resultados ), presentó los siguientes datos :

VARIABLES	%	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE OBTENIDO	CALIFICACION OBTENIDO
4.1 Figuras y cuadros	8	184	106	57.61 ( D )
4.2 Anal. estad. de datos	2	46	34	73.91 ( C )
4.3 Niv. de significancia	2	46	26	56.52 ( D )
4.4 Seguimiento pacientes	8	184	54	29.35 ( D )
TOTALES	20	460	220	$\bar{X} = 54.35$ ( D )

Se encontró una calificación, en promedio, de 54.35 ( D ) en esta categoría, lo que presenta resultados que están respaldados por un rigor metodológico de investigación muy pobre ( gráfica 5 ) .

#### 5.- Discusión .

Se obtuvieron los siguientes datos en esta categoría :

VARIABLES	%	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE OBTENIDO	CALIFICACION OBTENIDA
5.1 Recomendaciones	2	46	38	82.61 ( B )
5.2 Conclusiones	8	184	136	73.91 ( C )
TOTALES	10	230	174	$\bar{X} = 78.26$ ( C )

Esta categoría obtuvo una calificación de 78.26 ( C ) , calificación alta, pero no del todo convincente ( gráfica 6 ) .

- Resultados Específicos .

1.- Título ( Reactivo 1 ) ¿ El título es informativo y congruente con el experimento ?

Puntaje Máximo 46

Puntaje obtenido 46

Calificación 100

En este reactivo, los 23 artículos ( 100 % de la muestra ) presentan un título informativo y congruente con el experimento ( gráfica 2 ) .

2.1 Fuentes informativas ( referencias bibliográficas ) . ¿ Existen fuentes informativas ( referencias bibliográficas ) para sustentar la investigación ?

3 artículos no tienen fuentes informativas

6 artículos tienen 1 o 2 fuentes informativas

3 artículos tienen 3 o 4 fuentes informativas

5 artículos tienen 5 a 7 fuentes informativas

6 artículos tienen 8 o más fuentes informativas

N = 23 artículos

Puntaje máximo 46

Puntaje obtenido 25.50

Calificación 55.43

Este reactivo tiene una calificación promedio de 55.43 ( gráfica 7 )

2.2 Estudios relevantes . ¿ Se citan los estudios relevantes que concuerdan con el experimento ? .

5 artículos no tienen citas de estudios

5 artículos tienen una fuente informativa

5 artículos tienen 2 o 3 fuentes informativas

4 artículos tienen 4 o 5 fuentes informativas

4 artículos tienen 6 o más fuentes informativas

Puntaje máximo	46
Puntaje obtenido	21.50
Calificación	46.74

Este reactivo tiene una calificación de 46.74 ( gráfica 8 ) .

2.3 Problema de investigación . ¿ Se plantea el problema de investigación en forma resumida ? .

4 artículos no se menciona el planteamiento

19 artículos si mencionan el planteamiento

N = 23 artículos

Puntaje máximo	46
Puntaje obtenido	38
Calificación	82.60

Este reactivo obtuvo una calificación de 82.61 ( gráfica 9 ) .

2.4 Mención de hipótesis. ¿ Se plantea(n) y se menciona(n) la(s) hipótesis ?

22 artículos no las presentan

1 artículo si las presenta

N = 23 artículos

Puntaje máximo	46
Puntaje obtenido	2
Calificación	04.35

Este reactivo tiene una calificación de 04.35 ( gráfica 10 ) .

3.1 ¿ Contiene información y descripción de el (los) sujeto(s) ?

3.1.1 Sujetos . ¿ Se menciona el número de sujetos empleados ?

0 artículos no lo mencionan

23 artículos si lo mencionan

N = 23 artículos

Puntaje máximo	69
Puntaje obtenido	69
Calificación	100

Este reactivo alcanza una calificación de 100.00 ( gráfica 11 )

3.1.2 ¿ Se menciona la población de donde provienen ?

- 0 artículos con 0 puntos
- 1 artículo con 1 punto
- 2 artículos con 2 puntos
- 8 artículos con 3 puntos
- 12 artículos con 4 puntos

N = 23 artículos

Puntaje máximo	149.50
Puntaje obtenido	125.125
Calificación	83.70

Este reactivo se asigno una calificación de 83.70 (gráfica 12)

3.1.3 ¿ Menciona la manera en que se le (s) seleccionó ?

- 0 artículos con 0 puntos
- 0 artículos con 1 punto
- 7 artículos con 2 puntos
- 9 artículos con 3 puntos
- 7 artículos con 4 puntos

N = 23 artículos

Puntaje máximo	149.50
Puntaje obtenido	112.125
Calificación	75.00

Este reactivo tuvo una calificación de 75.00 ( gráfica 13 ) .

3.2 ¿ Contiene información y descripción de aparatos y materiales -  
utilizados en el experimento ? . ¿ Se mencionan éstos ? .

- 9 artículos no lo mencionan
- 14 artículos si los mencionan

Puntaje máximo	69
Puntaje obtenido	42
Calificación	60.87

Calificación de éste reactivo 60.87 ( gráfica 14 ) .

3.3 ¿ Se mencionan las condiciones ambientales en donde se llevó a cabo la investigación ?

20 artículos no lo mencionan

3 artículos si lo mencionan

N = 23 artículos

Puntaje máximo	69
Puntaje obtenido	9
Calificación	13.04

Calificación de éste reactivo 13.04 ( gráfica 15 )

3.4 Diseño

3.4.1 ¿ Se menciona el diseño experimental utilizado ?

11 artículos no lo mencionan

12 artículos si lo mencionan

N = 23 artículos

Puntaje máximo	69
Puntaje obtenido	36
Calificación	52.17

La calificación de éste reactivo es de 52.17 ( gráfica 16 )

3.4.2 ¿ Menciona la manera de asignar sujetos a grupos y los nombres dados a estos grupos ?

1 artículo con 0 puntos

3 artículos con 1 punto

3 artículos con 2 puntos

3 artículos con 3 puntos

13 artículos con 4 puntos

N = 23 artículos

Puntaje máximo	149.50
Puntaje obtenido	113.75
Calificación	76.08

La calificación de éste reactivo es de 76.08 ( gráfica 17 )

3.4.3 ¿ Se describe y define la variable independiente y cómo se registró ?

2 artículos con 0 puntos
6 artículos con 1 punto
2 artículos con 2 puntos
5 artículos con 3 puntos
8 artículos con 4 puntos

N = 23 artículos

Puntaje máximo	149.50
Puntaje obtenido	92.625
Calificación	61.96

La calificación fué de 61.96 ( gráfica 18 ) .

3.4.3 ¿ Se define la variable dependiente ?

23 artículos no la definen
00 artículos la definen

Puntaje máximo	69
Puntaje obtenido	00
Calificación	00 ( gráfica 19 ) .

3.4.5 ¿ Indica cuáles son las técnicas para ejercer el control - experimental ?

15 artículos no lo describen
08 artículos los describen

Puntaje máximo	69
Puntaje obtenido	24
Calificación	34.78

Este reactivo adquiere una calificación de 34.78 (gráfica 20)

3.4.6 ¿ Menciona cómo se llevó a cabo la medición de la variable dependiente ?

Como no existió en ningún artículo una definición del termino impotencia, y para no restar puntuación en el momento de evaluar la señalización de la medición de la variable dependiente ; este reactivo se evaluó utilizando en conjunto los objetivos o hipótesis que perseguía cada artículo y además los instrumentos y/o materiales de medición utilizados; fué así como tomando estos parámetros pudimos inferir lo que el autor consideraba como impotencia, es decir, bajo que concepto y "síntomas" pudo abarcar al término impotencia . Una vez realizado este punto, el siguiente paso fué verificar si se encontraba en concordancia esta "definición" con la manera de llevar a cabo la medición de la variable dependiente, y además si señalaba el procedimiento mediante el cual se llevó a cabo.

De esta manera se obtuvieron los siguientes datos :

2 artículos con 0 puntos  
4 artículos con 1 punto  
2 artículos con 2 puntos  
8 artículos con 3 puntos  
7 artículos con 4 puntos

N = 23 artículos

Puntaje máximo	149.50
Puntaje obtenido	97.50
Calificación	65.22

Este reactivo califica con una puntuación de 65.22 ( gráfica 21 )

- 3.5 Procedimiento .

3.5.1 ¿ Indica paso a paso la forma en que se desarrolló el experimento ?

- 0 artículos con 0 puntos
- 2 artículos con 1 punto
- 4 artículos con 2 puntos
- 7 artículos con 3 puntos
- 10 artículos con 4 puntos

N = 23 artículos

Puntaje máximo 149.50  
Puntaje obtenido 115.375  
Calificación 77.17

Este reactivo tiene una calificación de 77.17 ( gráfica 22 )

3.5.2 ¿ Indica las instrucciones dadas a el (los) sujeto (s) ?

- 8 artículos no lo mencionan
- 15 artículos si lo mencionan

N = 23 artículos

Puntaje máximo 69  
Puntaje obtenido 45  
Calificación 65.22 .

La calificación de este reactivo fué de 65.22 ( gráfica 23 )

4.1 ¿ Se presentan las figuras y cuadros que resumen los datos - obtenidos ?

- 8 artículos con 0 puntos
- 0 artículos con 1 punto
- 0 artículos con 2 puntos
- 7 artículos con 3 puntos
- 8 artículos con 4 puntos

N = 23 artículos

Puntaje máximo	184
Puntaje obtenido	106
Calificación	57.61

La calificación de este reactivo fué de 57.61 ( gráfica 24 )

4.2 ¿ Se menciona el empleo de una técnica de análisis estadístico de los datos ?

6 artículos no lo mencionan

17 artículos si lo mencionan

N = 23 artículos

Puntaje máximo	46
Puntaje obtenido	34
Calificación	73.91

Este reactivo, tiene una calificación de 73.91 ( gráfica 25 ) .

4.3 ¿ Se menciona a que nivel de significancia se dan los resultados?

10 artículos no lo mencionan

13 artículos si lo mencionan

N = 23 artículos

Puntaje máximo	46
Puntaje obtenido	26
Calificación	56.22

La calificación de este reactivo fué de 56.22 ( gráfica 26 )

4.4 ¿ De cuánto tiempo es el seguimiento de los pacientes ?

6 artículos no mencionan seguimiento

9 artículos mencionan seguimiento hasta de 12 meses

7 artículos mencionan seguimiento de 1 a 2.5 años

0 artículos mencionan seguimiento de 2.5 a 4.5 años

1 artículo menciona seguimiento mayor de 4.5 años

N = 23 artículos

Puntaje máximo	184
Puntaje obtenido	54
Calificación	29.35

Este reactivo tiene una calificación de 29.35 ( gráfica 27 )

5.1 ¿ Se ofrecen recomendaciones para efectuar otros estudios ?

4 artículos no ofrecen recomendaciones

19 artículos si ofrecen recomendaciones

N = 23 artículos

Puntaje máximo	46
Puntaje obtenido	38
Calificación	82.61

La calificación de éste reactivo es de 82.61 ( gráfica 28 )

5.2 ¿ Se elaboran conclusiones que se relacionen con el (los) objetivos y/o la(s) hipótesis planteadas ?

2 artículos con 0 puntos

1 artículo con 1 punto

3 artículos con 2 puntos

7 artículos con 3 puntos

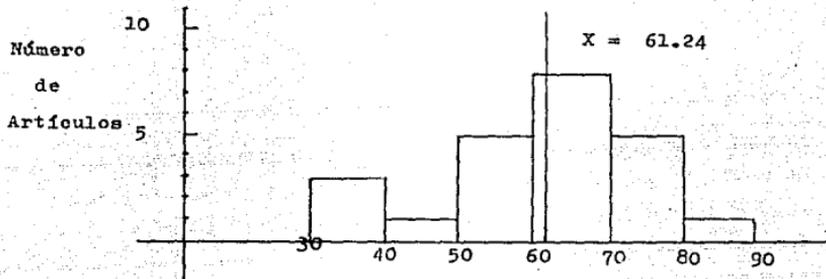
10 artículos con 4 puntos

N = 23 artículos

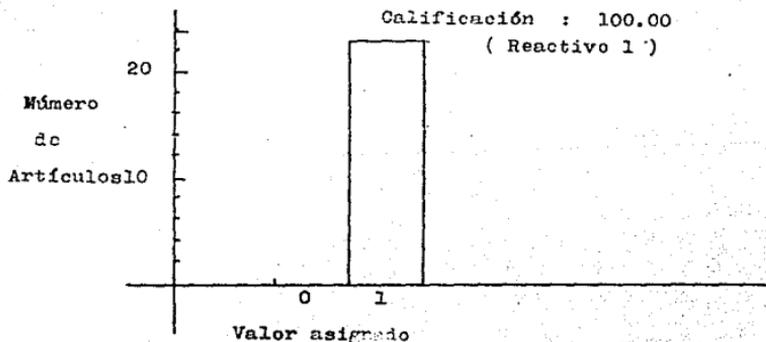
Puntaje máximo	184
Puntaje obtenido	136
Calificación	73.91

Este reactivo tiene una calificación de 73.91 ( gráfica 29 ) .

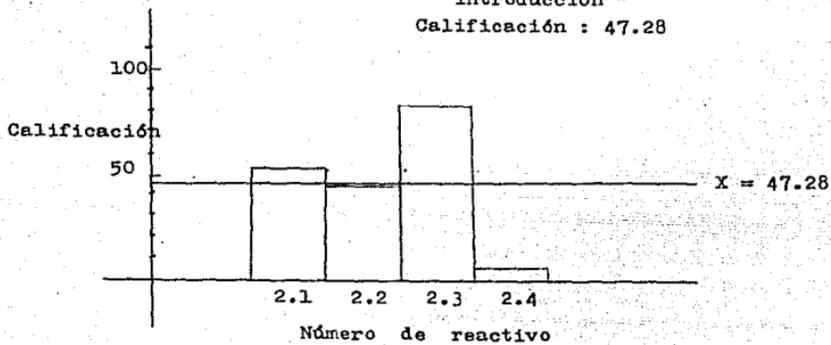
GRAFICA No. 1  
 " Resultado General "  
 Calificación : 61.24



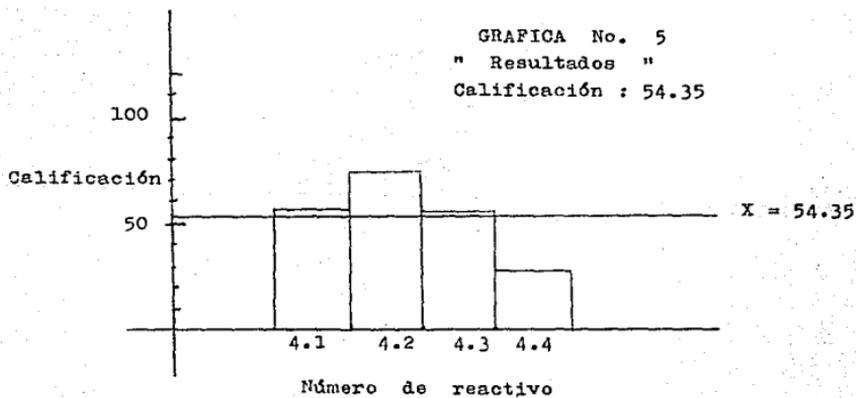
GRAFICA No. 2  
 ¿ El título es informativo y congruente con el experimento ?



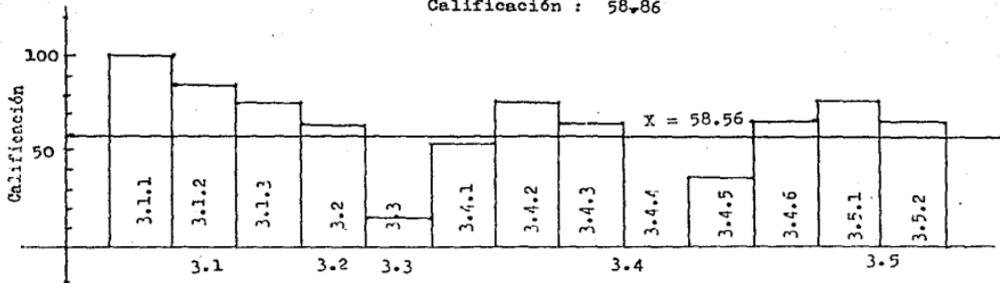
GRAFICA No. 3  
" Introducción "  
Calificación : 47.28



GRAFICA No. 5  
" Resultados "  
Calificación : 54.35



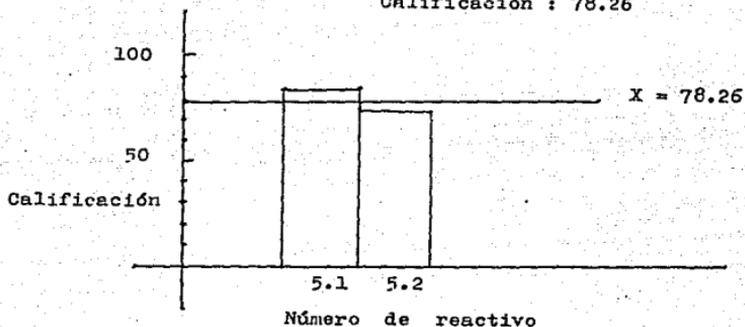
GRAFICA No. 4  
" Método "  
Calificación : 58,56



GRAFICA No. 6

" Discusión "

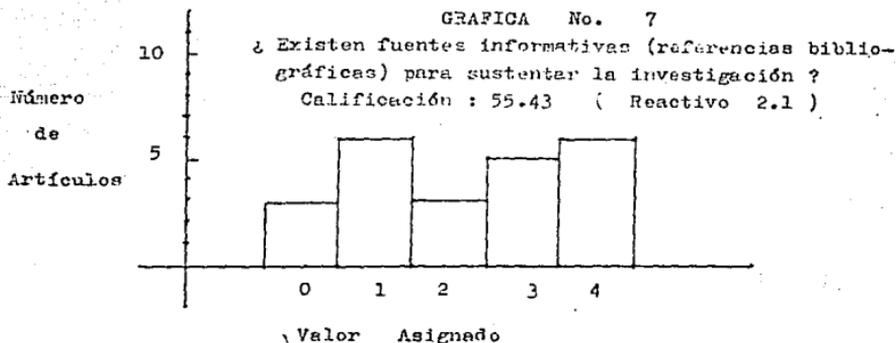
Calificación : 78.26



GRAFICA No. 7

¿ Existen fuentes informativas (referencias bibliográficas) para sustentar la investigación ?

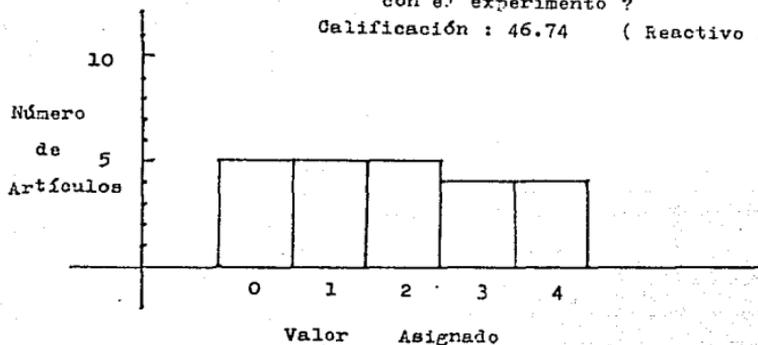
Calificación : 55.43 ( Reactivo 2.1 )



GRAFICA No. 8

¿ Se citan los estudios relevantes que concuerdan con el experimento ?

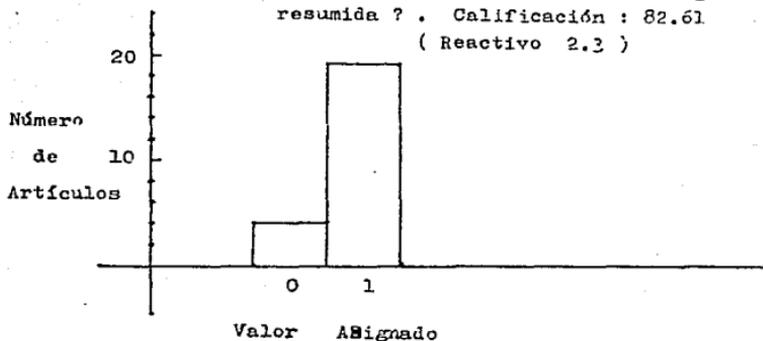
Calificación : 46.74 ( Reactivo 2.2. )



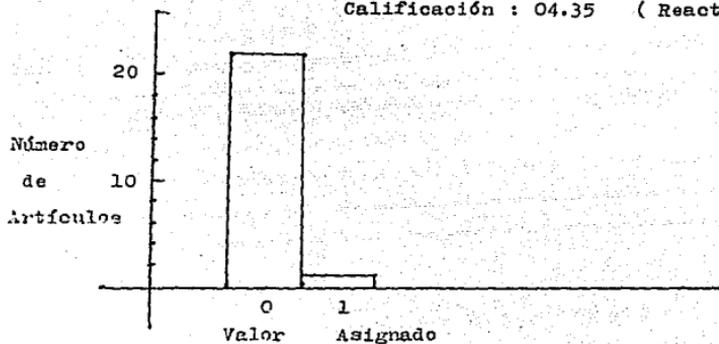
GRAFICA No. 9

¿ Se plantea el problema de investigación en forma resumida ? . Calificación : 82.61

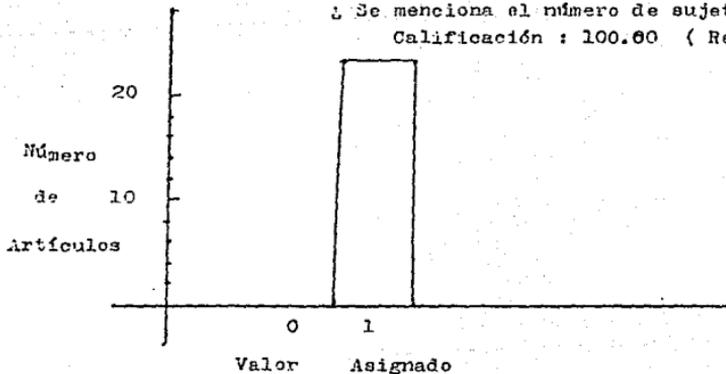
( Reactivo 2.3 )



GRAFICA No. 10  
¿ Se plantea(n) y se menciona(n) la(s) hipótesis ?  
Calificación : 04.35 ( Reactivo 2.4 )

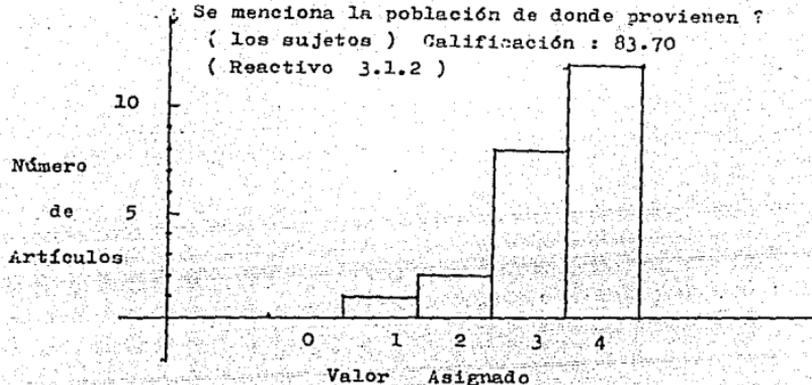


GRAFICA No. 11  
¿ Se menciona al número de sujetos empleados ?  
Calificación : 100.00 ( Reactivo 3.1.1 )



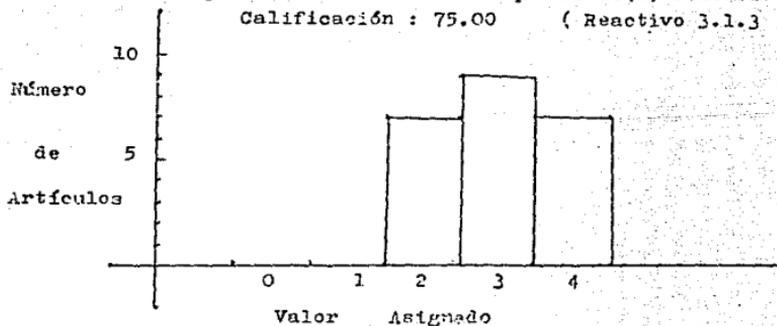
GRAFICA No. 12

Se menciona la población de donde provienen ?  
( los sujetos ) Calificación : 83.70  
( Reactivo 3.1.2 )

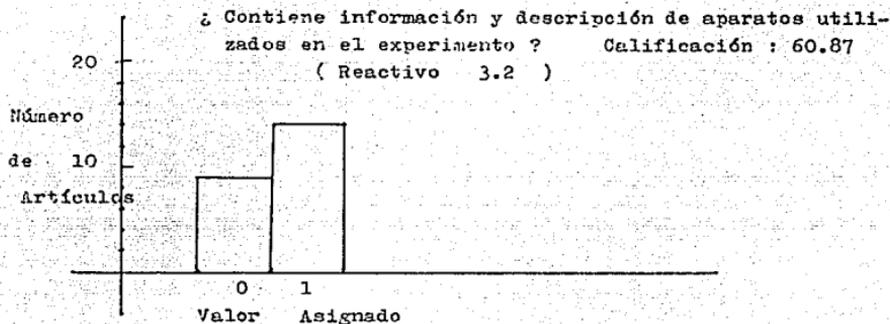


GRAFICA No. 13

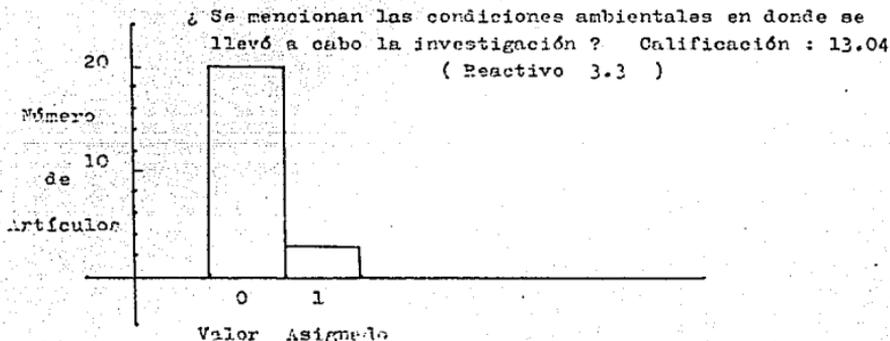
¿ Menciona la manera en que se le(s) seleccionó ?  
Calificación : 75.00 ( Reactivo 3.1.3 )



GRAFICA No. 14

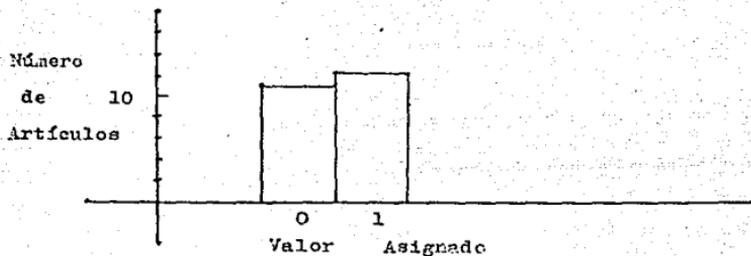


GRAFICA No. 15



GRAFICA No. 16

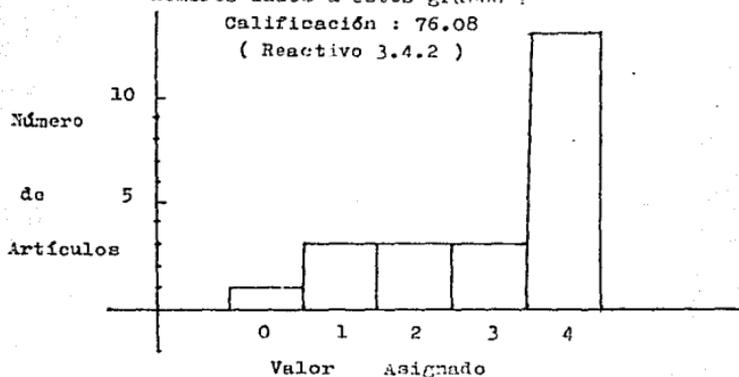
¿ Se menciona el diseño experimental utilizado ?  
 Calificación : 52.17 ( Reactivo 3.4.1 )



GRAFICA No. 17

¿ Menciona la manera de asignar sujetos a grupos y los nombres dados a estos grupos ?

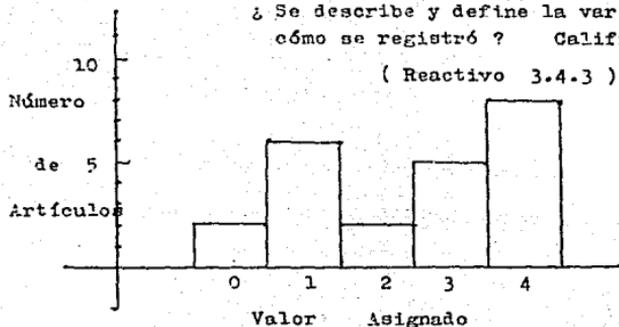
Calificación : 76.08  
 ( Reactivo 3.4.2 )



GRAFICA No. 18

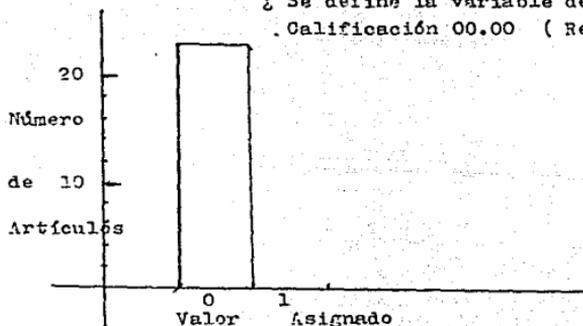
¿ Se describe y define la variable independiente y cómo se registró ? Calificación : 61.96

( Reactivo 3.4.3 )



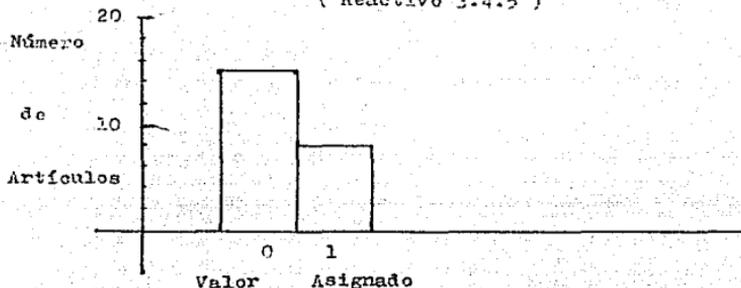
GRAFICA No. 19

¿ Se define la variable dependiente ?  
Calificación 00.00 ( Reactivo 3.4.4 )



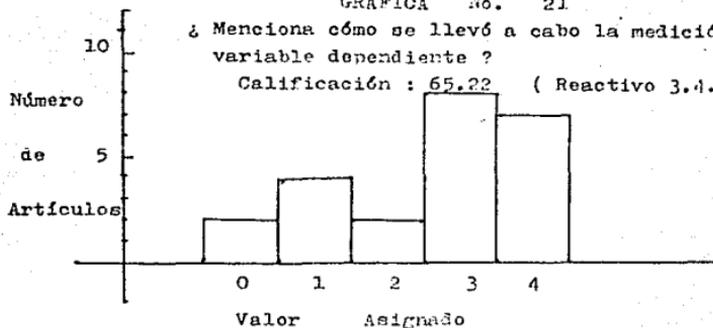
GRAFICA No. 20

¿ Indica cuáles son las técnicas para ejercer el control experimental ? Calificación : 34.78  
( Reactivo 3.4.5 )



GRAFICA No. 21

¿ Menciona cómo se llevó a cabo la medición de la variable dependiente ? Calificación : 65.22  
( Reactivo 3.4.6 )

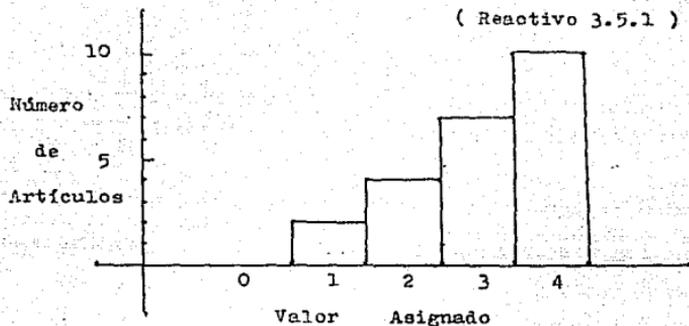


GRAFICA No. 22

¿ Indica pasó a paso la forma en que se desarrolló el experimento ?

Calificación : 77.17

( Reactivo 3.5.1 )

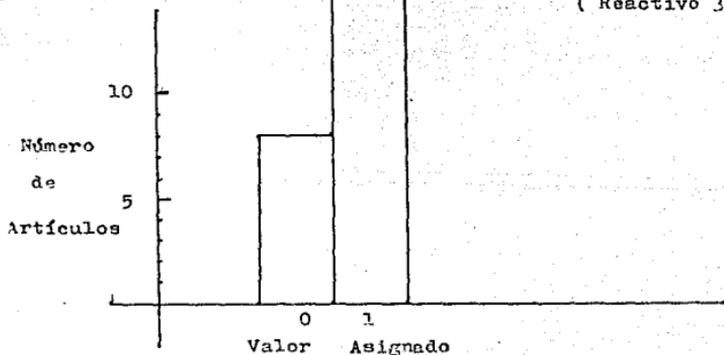


GRAFICA No. 23

¿ Indica las instrucciones dadas a el (los) sujeto(s) ?

Calificación : 65.22

( Reactivo 3.5.2 )

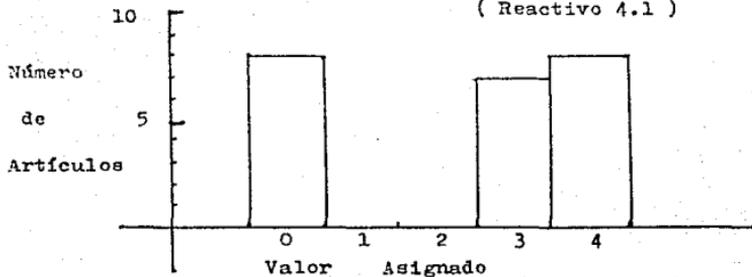


GRAFICA No. 24

¿ Se presentan las figuras y cuadros que resumen los datos obtenidos ?

Calificación : 57.61

( Reactivo 4.1 )

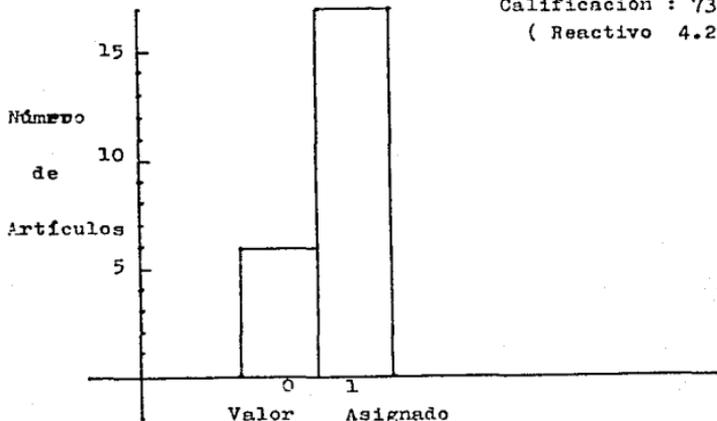


GRAFICA No. 25

¿ Se menciona el empleo de una técnica de análisis estadístico de los datos?

Calificación : 73.91

( Reactivo 4.2 )

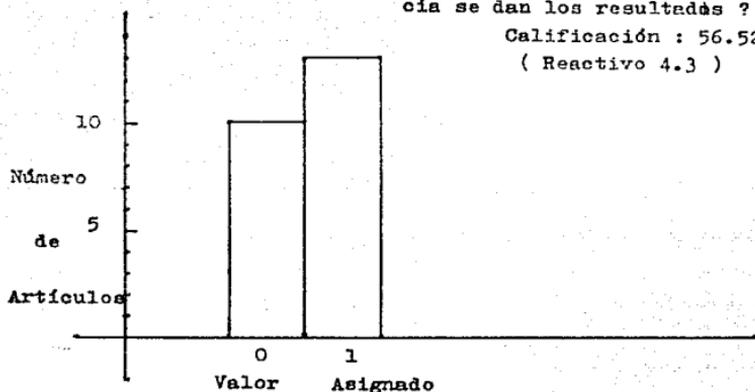


GRAFICA No. 26

¿ Se menciona a que nivel de significancia se dan los resultados ?

Calificación : 56.52

( Reactivo 4.3 )

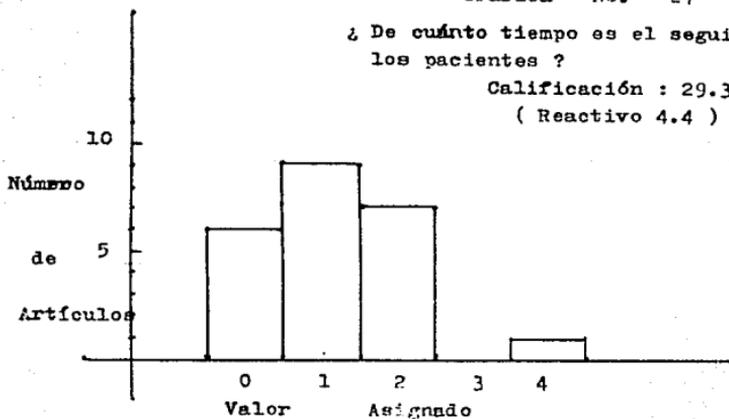


Grafica No. 27

¿ De cuánto tiempo es el seguimiento de los pacientes ?

Calificación : 29.35

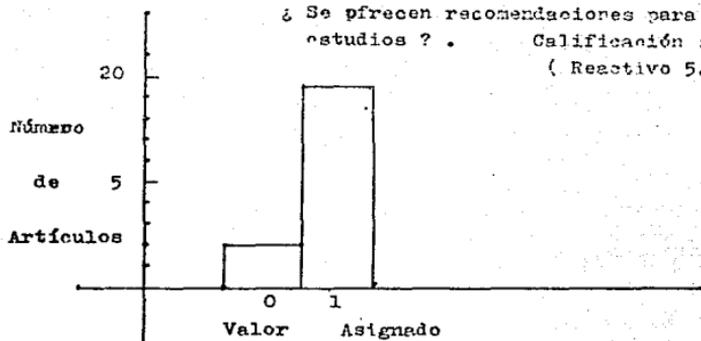
( Reactivo 4.4 )



GRAFICA No. 28

¿ Se pfrecon recomendaciones para efectuar otros estudios ? . Calificación : 82.61

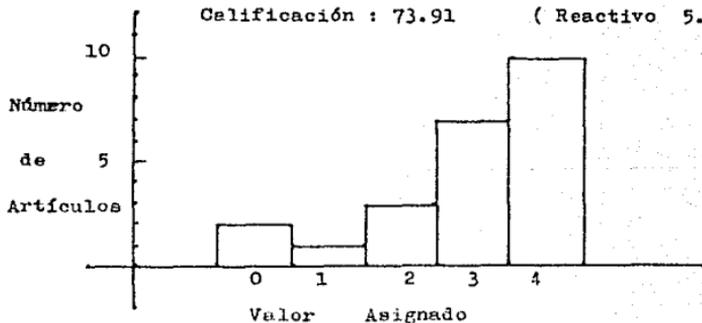
( Reactivo 5.1 )



GRAFICA No. 29

¿ Se elaboran conclusiones que se relacionen con el (los) objetivo(s) y/o hipótesis planteadas ? .

Calificación : 73.91 ( Reactivo 5.2 )



## C A P I T U L O      V I I

### CONCLUSIONES

Realizaremos las conclusiones basandonos primeramente en en los resultados obtenidos en cada uno de los 24 reactivos del cuestionario de la presente investigación, estas conclusiones son :

- Conclusiones específicas .

- Reactivo 1 . ¿El título es informativo y congruente con el experimento? . Todos los artículos poseen un título acorde con la investigación que realizaron , al haber obtenido este reactivo una calificación de 100 significa que todos los artículos presentan un título informativo y congruente con el experimento a realizar. Bien .

- 2.1 ( Fuentes informativas ) . En conclusión podemos afirmar que - las investigaciones que utilizan la técnica de Masters y Johnson aplicada a la impotencia sexual, no están ampliamente respaldadas por fuentes informativas, la calificación obtenida (55.43) demuestra la poca consistencia en cuánto a mención de fuentes informativas (referencias bibliográficas) se refiere. Los datos hablan por sí solos , se carece de un sustento teórico numeroso en los artículos evaluados.

+ Este reactivo (aclaramos) unicamente determina la cantidad y no la calidad de las referencias bibliográficas mencionadas.

- 2.2 (estudios relevantes) . Si las investigaciones estan amparadas muy pobremente por fuentes informativas , ¿qué podemos esperar en - cuánto a estudios relevantes?, existieron muy pocos estudios relevantes a los cuáles se hiciera mención , en terminos de promedio calificó con 46.74, calificación que indica muy pocos estudios relevantes a los cuáles se hace mención . Podemos concluir de igual manera que los artículos no estan respaldados teóricamente por un vasto número de referencias .

- 2.3 (problema de investigación) Este reactivo obtuvo la calificación más alta de la categoría 2 (introducción) (82.61) , debido a que el -

problema de investigación si se encuentra al menos señalado en la -  
mayoría de los artículos ( 19 ) y el resto ( 4 ) no se menciona, cla-  
ramente se aprecia con esto un apoyo más fuerte en cuanto a rigor -  
metodológico se refiere en este reactivo .

- 2.4 ( Mención de hipótesis ) . Dentro de la categoría 2 ( Intro-  
ducción ) este reactivo obtuvo la calificación más baja ( 4.35 ) , -  
pues 22 de los 23 artículos de que constó la muestra no tienen o no  
presentan y/o mencionan una hipótesis a desarrollar, a lo mucho seña-  
lan un objetivo a cumplir, esto significa que un gran porcentaje de  
los artículos adolecen enormemente de presentación de hipótesis ; -  
la gran deficiencia metodológica consiste en que no es posible equi-  
parar un objetivo con una hipótesis de investigación .

- - - Categoría 3 ( Método )

- 3.1 ( Información y descripción de sujetos ) .

- 3.1.1 ( Número de sujetos empleados ) . Un reactivo que en todos -  
los artículos se encuentra, en donde se menciona el número de sujetos  
empleados . Excelente .

- 3.1.2 ( Población de donde provienen ) . Un reactivo que aparece -  
con calificación aceptable ( 83.70 ) , la enumeración de sujetos fué  
mencionada, señala la población de donde provienen en forma aceptable.

- 3.1.3 ( Manera de selección ) . la selección, independientemente -  
del modo de realizarse fué mencionada claramente, señala oportunamen-  
te la manera en la cual se seleccionó a los sujetos en el 75 % de los  
casos, de esta manera obtuvo una calificación de 75.00 .

- 3.2 ( Descripción de aparatos y materiales ) . Calificación 60.87  
Aquellos artículos que hayan empleado alguna medida deben haber utili-  
zado un aparato o instrumento, y de estos que llevaron a cabo una me-  
dición solo 14 de los 23 artículos lo mencionan, este es un error en

la metodología, pues aunque se usen aparatos o materiales ya conocidos en la comunidad científica se deben hacer menciones o referencias a estos aparatos o instrumentos ( incluso el autorreporte ) . ( Este punto lo debemos tomar muy en cuenta ) .

- 3.3 ( Condiciones ambientales ) De una muestra de 23 artículos , solo 3 de ellos mencionan las condiciones ambientales en las cuales se llevó a cabo la investigación, y creemos que quizá no señalen las condiciones ambientales porque estas son realmente tan disimiles que sea casi imposible enumerarlas; o por el contrario, posiblemente en una clínica psicoterapéutica se estandarizan estas condiciones a tal grado que no sea necesario mencionarlas, realmente no sabemos cual sea el motivo verdadero por el que no se mencionan, pero, independientemente de esto, se deben tratar de señalar las condiciones ambientales para poder realizar una réplica de los estudios, y en la muestra de trabajo esto casi no se elaboró ( mención de condiciones ambientales) en el 86.96 de los casos. Esto obviamente nos indica una carencia de metodología .

- 3.4.1 ( Mención de diseño experimental ) Solo 12 artículos de la muestra mencionan el diseño utilizado, los 11 restantes solo sugieren y "entre líneas" no es de ninguna manera válido señalar un diseño, eg te debe ser mencionado y descrito clara y oportunamente .

- 3.4.2 ( Mención de asignación a grupos ) Una calificación regular ( 76.08 ) en una investigación se debe señalar claramente específica la manera de asignar sujetos a los grupos, del mismo modo que el reactivo anterior, nunca debe hacerse "entre líneas" una señalización . - En este reactivo las historias de caso fueron 4 , y la mayor parte fueron asignación de sujetos a diferentes terapias y un solo artículo que señala utilización de grupo control ; el principal problema es que no se señala o solo se hace "entre líneas" el proceso mediante el cual se llevó a cabo la asignación a los grupos. Obviamente las historias

de caso fueron bonificadas con la puntuación en este reactivo .

- 3.4.3 ( Definición y registro de Variable Independiente )

La técnica psicoterapéutica de Masters y Johnson aplicada a la impotencia sexual, utilizada como un paquete para el tratamiento - de este padecimiento no es descrita adecuada y totalmente, quizá se - deba a que es un proceso sumamente conocido en el ámbito clínico ; p<sup>er</sup>o aún así no se toma tal cual ( original ), sino tiene variantes que la aplican los diversos terapeutas clínicos que hacen uso de esta técnica ( Kaplan, H.S. 1975 ; Prochaska, J. y Marselli, R. 1973 ; Ansary, M.A.M. 1976 ; Lo Piccolo J. , Stewart, R. , Walkins 1972 ) , sin embargo, estas variantes no son del todo descritas y definidas ( vease resultados, reactivo 3.4.3 ) un error metodológico, pues si las - variantes de la técnica utilizada no son descritas y definidas en su totalidad, entonces : ¿ los resultados obtenidos se deberán a estas - variantes ? , y si llegara a ser así ¿ cuáles son estas variantes que no se señalaron oportunamente ? .

- 3.4.4 ( Definición de Variable Dependiente )

Los resultados obtenidos en este reactivo fueron que en absolutamente todos los artículos no se definió el termino "Impotencia" En las investigaciones realizadas por Masters y Johnson utilizando - esta técnica psicoterapéutica para el tratamiento de la impotencia - sexual, se define claramente este término, dicha definición menciona: "La impotencia es la incapacidad en el varón de lograr y mantener una erección suficientemente adecuada para realizar el coito" (Masters y Johnson, 1970 ) . No pretendemos cuestionar sobre la definición de - este termino, pues no es la finalidad de la presente investigación, - pero si hacer notar que la muestra de trabajo no define esta variable ( impotencia ) , ni siquiera hace mención a alguna definición, por lo tanto ¿ que se entiende por impotencia ? queda sin respuesta pues no

se define en las investigaciones evaluadas, y de esta manera, como se va a catalogar un resultado sin antes definir que variable se va a investigar . Total deficiencia de rigor metodológico se encuentra en este reactivo .

- 3.4.5 ( Técnicas para ejercer el control experimental ) : De la muestra de 23 artículos, solo 8 de ellos mencionan las técnicas para ejercer el control experimental, y el resto ( 15 de ellos ) no lo hacen , este resultado nos indica claramente la pobreza en cuanto a metodología representa este reactivo, se debe señalar cuales son las técnicas de control utilizado o al menos si no existieron estas ( cosa que lo dudamos ) hacerlo saber, porque para hacer una réplica de los estudios debemos conocer cuales técnicas son las que se usaron, de otra forma la técnica original de Masters y Johnson se irá deformando poco a poco . La metodología en este reactivo es cuestionable. Puntuación de este reactivo 34.78 .

- 3.4.6 ( Medición de la Variable Dependiente : Impotencia ) . Par--  
tiendo de los resultados obtenidos podemos desprender la falta de rigor metodológico en primera instancia por no definir el término "Impo-  
tencia" , y posteriormente por no llevar ( en el 34.78 % de los casos )  
concordancia con los objetivos o instrumentos de medición utilizados  
en el momento de llevar a cabo la medición de la variable dependiente  
( vease resultados obtenidos ) . La calificación obtenida en promedio  
fué de 65.22 , este puntaje comprueba la poca importancia con que se  
emplea (metodológicamente hablando) esta técnica psicoterapéutica. -  
Si en este punto, que es uno de los más importantes, dado el peso que  
tiene, se obtienen puntuaciones mediocres, qué podemos esperar en -  
otros que son de menor peso . Estas son solo algunas de las principa-  
les fallas que se encuentran en el empleo del cual se hace la técnica  
de Masters y Johnson en el tratamiento de la impotencia sexual , como  
claramente se puede apreciar .

- 3.5.1 ( Forma en que se desarrolló el experimento ) .

En este reactivo se nos va a indicar la forma en la cual se llevó a cabo el experimento, es decir la mención de las fases, sesiones y el acontecer en cada uno de ellos; los resultados obtenidos denotan claramente que esto no se da del todo ( ver resultados y como se distribuyeron estos ) , de la misma forma que en reactivos anteriores sé queremos realizar una réplica de los estudios, como lo vamos a realizar si los pasos no se indican claramente, en este caso de la muestra de 23 artículos , solo 10 de ellos mencionan claramente las fases, sesiones y el acontecer en cada uno de ellos, ¿ y el resto ? , ¿ con estos pocos datos podemos llevar a cabo una réplica de estudios ? ; la calificación de este reactivo fué de 77.17 , calificación un tanto regular pero no convincente , se debe mencionar el desarrollo del experimento en forma clara y concisa . En este reactivo también encontramos fallas metodológicas .

3.5.2 ( Instrucciones dadas a el (los) sujetos )

En este reactivo, fueron 15 los artículos que señalaron o indicaron instrucciones dadas a los sujetos, ( de los 23 artículos de que constó la muestra ) , de esta manera, si 8 artículos no hacen mención de instrucciones dadas a los sujetos, entonces: ¿ que instrucciones se les dan a estos sujetos ? , ¿ cuál es la técnica que emplearon ? , y ¿ cómo funciona ésta ? . Son algunas interrogantes que no se responden del todo y por lo tanto no se tiene una respuesta convincente a estos cuestionamientos, de esta forma se concluye que en este reactivo se encuentra poco rigor metodológico , pues es una calificación deficiente la obtenida en este ( 65.22 ) , y además, quedan preguntas en el aire o sin respuesta alguna .

- - Categoría 4 ( Resultados )

- 4.1 ( Mención de figuras y cuadros ) . Este reactivo fué evaluado basandose en las variables contenidas en los artículos evaluados -

( es decir, a mayor número de variables que manipuló el autor, más - resultados que potencialmente pudo obtener, ejemplo: si en un artículo se menciona la manipulación de 10 variables determinadas y en los resultados solamente se hace mención a 4 de ellos , es lógico suponer que se señala solamente el 40 % de los resultados que potencialmente se pudieron obtener ) los puntajes obtenidos ( vease resultados ) denotan las grandes carencias de rigor metodológico . Estos resultados hablan por sí solos, se denota inmediatamente la pobreza en cuanto al rigor metodológico científico se refiere, debido a que se presentan fallas en el momento de obtener (mencionar) los resultados logrados , porque no se presentan en su totalidad ( potencialmente ) los cuadros y figuras que resuman los datos obtenidos . Además una gráfica tiene la finalidad de resumir y plasmar mejor los resultados obtenidos , y es donde se puede demostrar más plenamente los datos obtenidos y si no se cuenta con gráficas que apoyen esto, puede darse el caso que los datos obtenidos se vuelvan confusos al momento de reportarlos . Sugerimos que se elaboren gráficas, figuras y cuadros para resumir y demostrar más plenamente los resultados obtenidos .

#### - 4.2 ( Empleo de una técnica de análisis estadístico de los datos )

Este reactivo solo tiene la finalidad de conocer si se emplea o no una técnica de tratamiento estadístico de los datos, los resultados obtenidos refieren que solo 17 artículos de los 23 , mencionan el empleo de una técnica , el resto de estos 23 no lo señalan ( 6 artículos ) . De esta forma , la calificación obtenida en este reactivo fué de 72.91 , una calificación que refleja la poca importancia con que se utiliza la metodología en este punto, el tratamiento estadístico de los datos no es llevado a cabo por todos los autores de los artículos de que constó la muestra de trabajo evaluada .

\* En este reactivo , las historias de caso fueron bonificadas con la puntuación .

- 4.3 ( Nivel de significancia ) . De los 23 artículos de que constó la muestra, solo 13 de ellos señalan un nivel de significancia de los resultados obtenidos ; nuestra finalidad no es determinar o evaluar el nivel al cual se hace mención, simplemente determinar en cuántos artículos se hace señalización a un nivel de significancia obtenido , y en el 43.48 de los casos restantes no se hace mención alguna. Con estos datos y teniendo como antecedente que solo 17 artículos mencionan una técnica de análisis estadístico de los datos obtenidos ( reactivo 4.2 ) , así podemos comprobar las fallas o carencias metodológicas que presentan los autores que hacen uso de la técnica de Masters y Johnson aplicada a la impotencia sexual . + En este reactivo los reportes que son historias de caso, también se les bonificó la puntuación .

- 4.4 ( Tiempo de seguimiento de los pacientes ) . En este reactivo señalamos e hicimos mención de los resultados obtenidos por Masters y Johnson , estos mencionan que para que una técnica sea considerada como efectiva en el tratamiento, debe seguir un período de 5 años de seguimiento ( Masters y Johnson , 1970 ) , pues señalan como pauta de fracaso el hecho de que una pareja no funcione eficazmente durante un mínimo de 5 años a partir del momento en que es dada de alto de la terapia . Además los autores ( Kaplan, H.S. 1975 ; Prochaska, J. y Marselli, R. 1973 ; Ansary, M.A.M. 1976 ; Lo Piccolo J., Stewart, R. , Walkins , 1972 ) que han utilizado esta técnica y han agregado algunas modificaciones han señalado resultados similares y exitosos. El propósito de este reactivo fué conocer si los artículos cumplen este requisito ( 5 años de seguimiento ) , encontramos que los resultados son decepcionantes ; pues solo un artículo tiene un seguimiento alrededor

de los 5 años ; 7 artículos presentan de 1 a 2.5 años de seguimiento 9 artículos señalan solamente seguimiento menor a un año ; y 6 artículos no mencionan ningún tipo de seguimiento. Con estos resultados podemos apreciar claramente el poco seguimiento que se emplea en los artículos evaluados , de esta forma, podemos cuestionar si los terapeutas clínicos de la sexualidad, en particular los que emplean la técnica psicoterapéutica de Masters y Johnson aplicada a la impotencia sexual , están brindando efectivamente psicoterapia , o bien solo ofrecen "prótesis" terapéutica, es decir, aplicar terapia y no conocer sus efectos a largo plazo , sino solo en el momento o en un período muy corto . Este reactivo demuestra , una vez más, los graves defectos en cuanto a rigor metodológico se encuentra en los artículos evaluados .

- - - Categoría 5 ( Discusión )

- 5.1 ( Recomendaciones para efectuar otros estudios )

Este reactivo tiene como finalidad conocer en cuantos artículos se mencionan recomendaciones para efectuar otros estudios, - los resultados fueron aceptables; pues 19 de los 23 artículos de que constó la muestra sí presentan estas recomendaciones , esto representa una calificación de 82.61 , de este punto podemos apreciar una metodología más rigurosa pues se cumple con el requisito de señalar las recomendaciones correspondientes para llevar a cabo otros estudios , pero, si tomamos en cuenta que estas recomendaciones que nos indican los diversos autores están respaldadas por diversas deficiencias metodológicas ( como se señalo en su oportunidad ) , entonces ya no pueden ser tan confiables y aceptables , pues pueden estar infundadas, es decir, pueden partir de premisas inciertas y sustento teórico débil . Buena calificación en este reactivo , pero desafortunadamente esta antecedida por aspectos que presentan fallas metodológi-

cas, lo que le resta aceptación .

- 5.2 ( Elaboración de conclusiones )

Un resultado que a pesar que tiene una calificación aceptable ( 73.91 ), no es del todo convincente, ( vease resultados ) porque solo 10 artículos ( 43.47 % de la muestra ) presentan conclusiones que se relacionan completamente con el (los) objetivo(s) o la(s) hipótesis que se plantearon en su momento, y los 13 artículos restantes - ( 56.53 % de la muestra ) mencionan conclusiones que no convencen del todo, ya que presentan algunas fallas como por ejemplo: tienen muy poca relación con los objetivos e instrumentos, o son muy generales, o como en dos artículos en los cuales no se presenta ninguna conclusión. La calificación promedio obtenida en este reactivo fué de 73.91 calificación un tanto alta, pero si apreciamos detenidamente los resultados ( gráfica 29 ) observamos variación en los datos, lo que es una inconsistencia en cuanto a la señalización y elaboración de conclusiones que se desprenden de los artículos evaluados, pero además, si tomamos en cuenta esta calificación obtenida (73.91) y la relacionamos con las deficiencias metodológicas anteriormente mencionadas, sacaremos a luz, que probablemente las conclusiones que establecen los autores en sus artículos evaluados no son del todo validas, esto es debido a las grandes fallas metodológicas que se encontraron. Y de esta forma una investigación que esta mal sustentada puede presentar conclusiones infundadas o poco confiables. Un caso concreto lo podemos encontrar en el artículo señalado con el número 21 ( The efficacy of using the Masters y Johnson method with modification, to rapidly treat dysfunctional couples in a group . Miller, Norman ) en donde obtuvo la calificación máxima otorgada ( 4 puntos ) en este reactivo (5.2) - pero el cuestionamiento esta dado en que viene antecedida por una serie de fallas metodológicas, (ver tabla 4 , "puntuaciones a escala" ) incluso la calificación obtenida en este artículo fué de 49.25 , este

ejemplo puede reflejar lo obtenido en la muestra de trabajo; buenas conclusiones pero antecedida por fallas metodológicas, todo esto nos lleva a preguntar : ¿ son de fiar las conclusiones obtenidas (obviamente las de los artículos de que constó la muestra de trabajo) si - están antecedidas por fallas metodológicas ? . Indiscutiblemente aseguramos que no, los datos que señalamos a lo largo de esta investigación así lo demuestran .

Conclusiones Particulares

Categorías :

- 1.- Título
- 2.- Introducción
- 3.- Método
- 4.- Resultados
- 5.- Discusión

1.- Título. Esta categoría presentó una calificación de 100.00, lo que significa que absolutamente todos los artículos poseen un título acorde e informativo con la investigación realizada. Conclusión final: los autores "tienen gran facilidad" para elaborar títulos. Este resultado era esperado, porque este reactivo no reviste mayor dificultad para su elaboración .

2.- Título. Aunque en esta categoría el reactivo 2.3 (Planteamiento del problema) califico con 82.61, en terminos generales esta categoría señalada con el número 2 (Introducción) alcanza la calificación de 47.28, una calificación mucho muy deficiente, con estos resultados enumerados, podemos concluir que el soporte bibliográfico de los artículos es muy poco confiable, no existe una gran mención y señalización de referencias que respalden un cuerpo de investigación científica, - con un 47.28 de calificación de ninguna manera se puede garantizar un fuerte apoyo bibliográfico ; además la falla más crítica radica en -

que de los 23 artículos revisados, solo uno de ellos menciona hipótesis, el resto (22), solo por si acaso mencionan un objetivo, tomando estos datos no podemos de ninguna manera garantizar un apoyo consistente en lo relativo a la introducción al proceso de investigación científica .

3.- Método. En esta categoría, existió una calificación media de 58.56 esta calificación denota un promedio muy por debajo de lo que se consideraba , el 58.56 no es absolutamente nada convincente, o acaso ¿ esta calificación puede respaldar aceptablemente una buena metodología en la investigación ? definitivamente no, este valor no es nada aceptable, y por lo mismo nuestra hipótesis de trabajo es cumplida o verificada, debido a que se han encontrado una serie de fallas o carencias de tipo metodológico. Esta variable que es donde se centra la mayoría de los puntajes ( porque esta categoría ocupa el 60 % del peso total de la calificación de cada artículo ) debido a que el método consideramos, es la parte medular de toda investigación , es la parte central de todo artículo , y en la presente investigación, la calificación de esta categoría ( Método ), fué deficiente ( 58.56 ) . Por lo tanto el método ( su elaboración metodológica ) es deficiente .

4.- Resultados . Esta categoría, en terminos de promedio arrojó una calificación de 54.35, esta cifra demuestra claramente los grandes errores en cuanto a metodología se refiere, debido a que se encuentran fallas en la presentación de cuadros y figuras ( no se presentan completos, no cubren todas las variables señaladas ) y la más grande falla : no se presentó un seguimiento como el indicado por Masters y Johnson ( 5 años de seguimiento ) a excepción de un solo artículo que si lo presentó, estas son dos grandes fallas con las que cuenta esta categoría , razón por la cual la calificación de 54.35 nos indica con que confiabilidad podemos tomar esta categoría ( metodológicamente -

hablando ) . Pues los resultados no estan adecuadamente respaldados por una metodologia convincente .

5.- Discusión. Esta categoría, calificó con un puntaje de 78.26 , a simple vista puede indicarnos una metodología más rigurosa que en las categorías mencionadas anteriormente, lo cual lo ponemos en tela de juicio, porque analizando más detalladamente estas conclusiones y recomendaciones ( reactivos 5.1 y 5.2 ) y tomando en cuenta los resultados obtenidos ( mencionados en su oportunidad ) , es decir, al relacionar estos, consideramos que los autores pudieron llegar a conclusiones y recomendaciones poco confiables e infundadas, debido a - que el sustento de las investigaciones presentó serias y graves fallas a nivel metodológico, esto indica claramente la poca confiabilidad y validez que pueden presentar, en cierta forma, las conclusiones obtenidas ( por los diversos autores ) . Este es un punto clave en esta investigación ( el cual sugerimos que se lleve a estudios en trabajos posteriores ), obviamente que de un cimiento mal elaborado no se pueden presentar y desarrollar resultados exitosos, o ¿ acaso podemos confiar de una conclusión que esta respaldada por fallas metodológicas ? .

#### Conclusión General

En terminos generales, de los resultados obtenidos podemos concluir que los artículos cuentan con una serie de deficiencias en lo referente a la metodología empleada, las puntuaciones nos expresan esto, pues la calificación general de los 23 artículos fué de 61.24, estos resultados de ninguna manera pueden ofrecer datos que apoyen u ofrezcan un buen rigor metodológico de investigación .

La cuestión es que la técnica de Masters y Johnson es reportada como efectiva en el tratamiento de la impotencia sexual ( Masters y Johnson, 1970 ), y otros autores han reportado resultados exitosos

y similares en cuanto a la introducción de algunas variantes en este programa psicoterapéutico ( Kaplan, S. 1975; Prochaska, J. 1973 ; An-sary, 1976 ; Lo Piccolo J. , Stewart, Walkins 1970 ), en la presente investigación se puso apreciar que estos estudios poseen una serie - de deficiencias metodológicas; entonces ¿ está técnica , o el empleo de esta sin un adecuado rigor metodológico de investigación científica, puede respaldar resultados dignos para poder tomar en cuenta dicha declaración ? , la respuesta es no, los datos hablan por sí mismos, los terapeutas clínicos no utilizan adecuadamente el método - - científico como se comprobó a lo largo de la presente investigación, pues se presentaron una serie de fallas metodológicas que determinaron que los artículos evaluados carecen de rigor metodológico, de - aquí se desprende en conclusión y hablando metafóricamente que " no todo lo que brilla es oro ", es decir, la técnica utilizada por Masters y Johnson se ha señalado como efectiva en el tratamiento de la impotencia sexual, pero esta ha sido mal utilizada (metodológicamente hablando) por los diversos investigadores debido a que no le han dado el rigor metodológico que requiere una investigación científica. Un ejemplo claro lo podemos demostrar en cuánto a seguimiento se refiere, Masters y Johnson señalaron claramente un tiempo base de seguimiento ( 5 años ), en la muestra obtenida un solo artículo cumple este requisito, el resto ( 22 artículos ) no lo toma en cuenta, prácticamente los terapeutas clínicos utilizan esta técnica ( posiblemente ) por la gran fama y prestigio que posee, pero no llevan a cabo - un seguimiento ( a excepción de un solo artículo ) que les permita - comprobar la permanencia de los resultados en el tratamiento para eliminar la impotencia sexual, de este modo no sabemos si los terapeu-tas clínicos de la sexualidad ofrecen realmente terapia o simplemente "protesis"terapeúticas que permiten cambios temporales o momenta-

neos, y estos cambios tambien pueden ser dados por la misma relación terapeuta-paciente ( como lo indica Wolberg, L.R. en The Technique of Psychotherapy ) . Un punto más que se resalta y que se sugiere - elaborar en investigaciones posteriores , si así de desea, es el referente a las políticas editoriales, esto se hace notar porque curiosamente en ningún artículo de los que constó la muestra de trabajo - apareció un reporte con resultados negativos. Todos hablan muy bien del funcionamiento de la técnica de Masters y Johnson, no lo dudamos, pero se considera que tambien pueden existir resultados negativos, y esto puede ocurrir en cualquier técnica psicológica que se emplee. - pues ninguna garantiza un 100 % de efectividad ( además del uso que - le dé el terapeuta mismo ), esto conduce a pensar que puede darse el caso de que una de las políticas editoriales sea la de no publicar - reportes con resultados negativos ( no lo sabemos ), pero si esto fue se así, ¿ que pasaría con los resultados de los autores que lleguen a obtener estos resultados (negativos)? , ¿ por qué no se publican ? . Tambien puede darse el caso de que el autor se afana tanto en conseguir que su reporte sea publicado, que quizas realice ciertas "trampas" en las cuales menciona lo que la editorial desea y no lo que realmente obtuvo y de esta forma caer en lo que puede ser conocido como "amarillismo científico" (elevar grandemente los logros de una terapia y - darle promoción para que sea utilizada) ; o por otro lado dentro de - su labor terapéutica caiga en lo que Rosenthal (1976) llama expectativa del experimentador, es decir, "cuando el investigador selecciona ciertas variables para estudiarlas , esta persona esta partiendo de - un conocimiento previo, sea bien con una evidencia que apoye su hipótesis, o por el contrario, con la evidencia de que aún no está muy - bien establecida" ( Rosenthal, 1976, p. 129 ). Estas expectativas le afectan en el momento de elegir o utilizar determinado tratamiento ,

esta decisión por lo tanto, se toma del tal manera que la probabilidad de comprobar su hipótesis se ve aumentada en cierto grado. Este punto indica brevemente que también puede haber evidencia para considerar que las expectativas así como otras variables que inciden en un experimento o tratamiento pueden, de esta manera, alterar los datos que se recolectan, con la consecuencia de que quizá se pueda bugcar y tratar de lograr la verificación de la hipótesis planteada .

Así, de esta manera se demostraron los grandes errores, fallas o carencias en cuanto a metodología se refiere y se presenta en los artículos que utilizan la técnica psicoterapéutica de Masters y Johnson en el tratamiento de la impotencia sexual .

La hipótesis de trabajo que elaboramos originalmente ( los reportes que utilizan la técnica psicoterapéutica de Masters y Johnson aplicada a la impotencia sexual tienen fallas metodológicas) a lo largo de este trabajo fué verificada, pues se comprobó que los reportes de la técnica en cuestión ( aunque reportada como efectiva para sus fines ) ( Masters y Johnson, 1970 ) utilizados en la muestra de trabajo cuentan o estas respaldados por un rigor metodológico de investigación muy pobre, como se pudo apreciar a través de los resultados obtenidos .

También queremos reconocer las limitaciones que puede tener nuestro cuestionario, la justificación para realizar este instrumento ( anexo 2 ) fué que dentro de la literatura no encontramos un instrumento que "midiera" la metodología científica de las diferentes categorías de que se compone una investigación ( ver Manual de Publicaciones del A.P.A. ) y esto motivó a realizar el presente instrumento que obviamente pretendemos sea una idea para elaborar posteriormente uno más sofisticado; quizá se pueda pensar que es un instrumento muy subjetivo, pero dentro de todo esto pretendemos ser lo

más objetivo posible ( tal y como lo hizo Wechsler en la elaboración de sus escalas de puntuación del WISC ) , o también la de ser un instrumento que tuvo muy poco "piloteo" y que la muestra de trabajo con la que se elaboró el estudio fué muy pequeña ( 23 artículos ) , estos son algunos puntos que reconocemos como limitaciones de nuestro trabajo, por supuesto la última palabra la tiene la comunidad científica ( en lo que respecta a su utilidad o funcionamiento ) , nuestro alcance fué sugerir una idea base para elaborar, en investigaciones posteriores que se deseen llevar a cabo , un instrumento más detallado , preciso y confiable para identificar como se emplea la metodología científica . Esperamos que estos resultados y conclusiones obtenidas sirvan para llevar a cabo estudios posteriores, estas son las expectativas que tenemos .

A N E X O 1

A R T I C U L O S

( Muestra de trabajo )

Al final de cada referencia se anexa el puntaje total obtenido .

- 1.- Albert, Harry D. Sexual therapy for patients without partners American Journal of Psychotherapy, 1980 ( April ), 34 ( 2 ) - 228 - 239 ( Calificación : 58.00 )
- 2.- Ansary, J.M.A. Impotence: Prognosis ( A Controlled Study ) British Journal of Psychiatry , 1976 , 128, 194 - 198 . ( Calificación : 62.37 )
- 3.- Brady, John Paul . Behavior therapy and sex therapy . American Journal of Psychiatry , 1976 ( August ) , 133 ( 8 ) , 896 - 899 ( Calificación : 57.87 )
- 4.- Bullmer, Kenneth . El tratamiento de la impotencia primaria mediante la sugestión posthipnótica, la amnesia posthipnótica y el en trenamiento sensorial . Revista Latinoamericana de Psicología , - 1977 , 9 ( 1 ) , 75 - 80 . ( Calificación : 56.87 ) .
- 5.- Ulrich, Clement . Changes in personality scores among couples - subsequent to sex therapy . Archives of sexual behavior , 1980 , 9 ( 3 ) , 235 - 244 . ( Calificación : 54.00 ) .
- 6.- Cole, Collier M. Participants' reactions to components of a rapid - treatment workshop for sexual dysfunction . Journal of sex & Marital therapy , 1980 ( Spring ) , 6 ( 1 ) , 30 - 39 ( Calificación : 70.87 )
- 7.- Crowe, M.J. Form and content in the conjoint treatment of - sexual dysfunction : A controlled study . Behavior research & therapy , 1981 , 19 ( 1 ) , 47 - 54 . ( Calificación : 79.37 )

- 8.- Crown, Sidney . Controversies, methods, results ( Symposium on sexual dysfunction ) . British Journal of Psychiatry, 1982, 140 70 - 77 . ( Calificación : 58.50 ) .
- 9.- Evans, Michael . Factors related to the outcome of treatment - for sexual dysfunction . Dissertation Abstracts Int. 1979 ( Feb ) 39 ( 8 - B ) , 4026 . ( Calificación : 38.87 ) .
- 10.- Frank, Ellen . Profiles of couples seeking sex therapy and marital therapy . American Journal Psychiatry , 1976 ( May ) , 133(5) 559- 562 . ( Calificación : 64.37 ) .
- 11.- Kratochvil, Stanislav . Sex therapy in an in-patient and out patient setting . Journal of sex & marital therapy . 1980 ( Summer ) 6 ( 2 ) , 135 - 144 . ( Calificación : 66.87 ) .
- 12.- Leiblum, R. Group treatment format : mixed sexual dysfunctions, Archives of sexual behavior , 1976 , 5 ( 4 ) , 313 - 322 .  
( Calificación : 65.37 ) .
- 13.- Lobitz, W. Charles . Group treatment of single males with erectile dysfunction . Archives of sexual behavior , 1979, 8 ( 2 ) , 127 - 138 . ( Calificación : 73.62 ) .
- 14.- Lobitz, W. Charles and Lo piccolo, Joseph . New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction . Journal of behavior - therapy & experimental psychiatry , 1972, 3 , 265 - 271 .  
( Calificación : 36.75 )
- 15.- Lo Piccolo, Joseph . A program for enhancing the sexual relationship of normal couples . The counseling psychologist , 1975, - 5 ( 1 ) , 41 - 49 ( Calificación : 62.50 ) .
- 16.- Lo Piccolo, Joseph. Treatment of erectile failure and ejaculatory incompetence of homosexual etiology. Journal of behavior therapy & experimental psychiatry , 1972 ( Sep ) , 3 ( 3 ) , 233 - 236 .  
( Calificación : 70.12 )

- 17.- Mathews., Andrew . The behavioral treatment of sexual inadequacy : A comparative study . Behavior research & therapy , 1976 , 4 , 427 - 436 . ( Calificación : 85.00 ) .
- 18.- Mc. Carthy, Barry . A modification of Masters & Johnson sex therapy model in a clinical setting . Psychotherapy : Theory, research and practice . 1973 ( Winter ) , 10 ( 4 ) , 290 - 293  
( Calificación : 61.50 )
- 19.- Obler, Martin . Multivariate approaches to psychotherapy with sexual dysfunctions . The counseling psychologist , 1975 , 5 ( 1 ) 55 - 60 . ( Calificación : 73.12 ) .
- 20.- Prochaska, James O. Modifications of the Masters & Johnson - approach to sexual problems . Psychotherapy : Theory, research and practice , 1973 ( Winter ) , 10 ( 4 ) , 294 - 296 .  
( Calificación : 61.50 ) .
- 21.- Miller, Norman . The efficacy of using Masters & Johnson method, with modification, to rapidly treat sexually dysfunctional couples in a group . Dissertation Abstracts International , 1974 ( August ) , 35 ( 2 - A ) , 824 . ( Calificación : 49.25 ) .
- 22.- Rose, N.R. Sex therapy in Australia . The journal of sex research . 1976 ( November ) , 12 ( 4 ) , 330 - 335 .  
( Calificación : 35.50 ) .
- 23.- Tullman, Gerald M. The pre- and post- therapy measurement of communication skills of couples undergoing sex therapy at the Masters and Johnson Institute . Archives of sexual behavior , 1981 , - 10 ( 2 ) , 95 - 109 . ( Calificación : 66.25 ) .

Anexo 2

" Instrumento de medición "

Cuestionario

Categorías :

- 1.- Título
- 2.- Introducción
- 3.- Método
- 4.- Resultados
- 5.- Discusión

1.- Título

- ¿ El título es informativo y congruente con el experimento ?

0 - No

1 - Si

2.- Introducción

2.1 ¿ Existen fuentes informativas (referencias bibliográficas) -  
para sustentar la investigación?

0 - No hay fuentes informativas

1 - 1 ó 2 fuentes informativas

2 - 3 ó 4 fuentes informativas

3 - 5 a 7 fuentes informativas

4 - 8 o más fuentes informativas

2.2 ¿ Se citan los estudios relevantes que concuerdan con el expe-  
rimento ?

0 - No hay citas de estudios

1 - 1 fuente informativas

2 - 2 ó 3 fuentes informativas ( citas )

3 - 4 ó 5 fuentes informativas

4 - 6 o más fuentes informativas

2.3 ¿ Se plantea el problema de la investigación en forma resumida?

0 - No

1 - Si

2.4 ¿ Se presenta(n) y se menciona(n) la(s) hipótesis ?

0 - No

1 - Si

### 3.- Método

#### 3.1 ¿ Contiene información y descripción de el (los) sujeto(s) ?

##### 3.1.1 ¿ Se menciona el número de sujetos empleados ?

0 - No

1 - Si

##### 3.1.2 ¿ La población de donde provienen ?

0 - No se menciona

1 - Se menciona "entre líneas"

1 - Menciona el estado civil

1 - Menciona el ambiente del cuál procede ( clínico , etc)

1 - Menciona la problemática

##### 3.1.3 ¿ La manera en que se le(s) seleccionó ?

0 - No se menciona

1 - Menciona como se reclutarón

1 - Cómo se eligieron ( imponentes , o no : voluntarios, etc)

1 - Estado civil y tiempo de presentar la problemática

1 - Edad , descripción de la problemática

+ Estas dos ultimas puntuaciones se darán en forma acumulativa , 1 punto por cada elemento que se mencione .

#### 3.2 ¿ Contiene información y descripción de aparatos y materiales utilizados en el experimento ?

- ¿ Se mencionan los instrumentos y/o aparatos que se utilizarón ? .

0 - No

1 - Si

#### 3.3 Situación experimental

- ¿ Se mencionan las condiciones ambientales en donde se realizó la investigación ?

0 - No

1 - Si

#### 3.4 Diseño

##### 3.4.1 ¿ Se menciona el diseño experimental utilizado ?

0 - No

1 - Si

- 3.4.2 ¿ Menciona la manera de asignar sujetos a grupos y los nombres dados a estos grupos ?
- 0 - No se menciona
  - 1 - Se menciona "entre líneas"
  - 2 - Sólo menciona que se hizo una asignación a grupos
  - 3 - Menciona cómo se hizo esta asignación y mediante que proceso .
  - 4 - Menciona además cómo se llam(n) o distinguen y porque este(os) grupo(s)
- 3.4.3 ¿ Se describe y define la variable independiente y cómo se registró ?
- 0 - No
  - 1 - Se da "entre líneas"
  - 2 - No concuerda con los objetivos o instrumentos mencionados anteriormente .
  - 3 - En completa concordancia
  - 4 - Describe además el procedimiento en que se llevó a cabo
- 3.4.4 ¿ Se define la variable dependiente ?
- 0 - No
  - 1 - Si
- 3.4.5 ¿ Indica cuáles son las técnicas para ejercer el control experimental ?
- 0 - No
  - 1 - Si
- 3.4.6 ¿ Menciona cómo se llevó a cabo la medición de la variable dependiente ?
- 0 - No se menciona
  - 1 - Se menciona "entre líneas"
  - 2 - No concuerda con los objetivos o instrumentos mencionados anteriormente
  - 3 - En completa concordancia
  - 4 - Define el procedimiento mediante el cuál se realizó

### 3.5 Procedimiento

3.5.1 ¿ Indica paso a paso la forma en que se desarrolló el experimento ?

0 - No se menciona

1 - Menciona que técnica psicoterapéutica se empleó

2 - Menciona si hubo o no modificaciones a la técnica psicoterapéutica original de Masters y Johnson , y cuáles fueron estas o en qué consistieron

3 - Además, menciona cuántas fases y sesiones hubo

4 - Cuáles fueron las fases , cuáles las sesiones y que se llevó a cabo en cada una de estas

3.5.2 ¿ Indica las instrucciones dadas a el (los) sujeto(s) ?

0 - No

1 - Si

### 4.- Resultados

4.1 ¿ Se presentan las figuras y cuadros que resumen los datos obtenidos ? . Se toma en cuenta basandose en los resultados que potencialmente pueden ser obtenidos ?

0 - No se presentar

1 - Completamente deficientes. Muy pocos datos de los que mencionan o hacen uso . ( ¡ al 40 % )

2 - Regular , toman en cuenta del 40 al 65 % de las variables mencionadas .

3 - Aceptables , toman en cuenta del 65 al 85 % de las variables mencionadas

4 - Excelentes , toman en cuenta del 85 % o más de las variables mencionadas

4.2 ¿ Se menciona el empleo de una técnica de análisis estadístico de los datos ?

0 - No

1 - Si

4.3 ¿ Se menciona a que nivel de significancia se dan los resultados

0 - No

1 - Si

4.4 ¿ De cuánto tiempo es el seguimiento del (los) paciente(s) ? (+)

- 0 - No menciona seguimiento
- 1 - Seguimiento de algunos meses
- 2 - De 1 a 2.5 años de seguimiento
- 3 - De 2.5 a 4.5 años de seguimiento
- 4 - De 4.5 años en adelante de seguimiento

( + ) Los estudios originales de Masters y Johnson , mencionan un seguimiento de 5 años , pues utilizan como pauta de fracaso el hecho de que una pareja no funcione eficazmente durante un mínimo de 5 años a partir del momento en que termina la terapia.

#### 5.- Discusión

5.1 ¿ Se ofrecen recomendaciones para efectuar otros estudios ?

- 0 - No
- 1 - Si

5.2 ¿ Se elaboran conclusiones que se relacionen con el (los) objetivo (s) y/o la (s) hipótesis planteadas ?

- 0 - No se elaboran conclusiones
- 1 - Una sola conclusión , deficiente y sin relación alguna
- 2 - Conclusiones muy vagas y que presentan muy poca relación
- 3 - Conclusiones más detalladas , pero que en algún punto fallan cómo : poca relación con el objetivo o hipótesis , - muy generales , etc.
- 4 - Las conclusiones se relacionan completamente con el (los) objetivo(s) o la (s) hipótesis que se plantearon .

## ANEXO 3

PUNTAUACION BRUVA

ESTADO	ALFAB
FORMA	FORMA
TIPO	TIPO

No.	N U M E R O										D E V A R I A B L E S										Σ	H U M P P O	D U S	A R T I C U L O S			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20							
1	1	1	0	1	0	1	3	2	1	0	0	3	1	0	1	2	1	1	3	1	1	2	1	3	30	1	H
2	1	4	4	1	0	1	4	3	0	0	0	4	1	0	1	2	0	4	1	1	1	1	1	4	39	2	M
3	1	3	1	1	0	1	4	4	0	0	1	4	3	0	1	3	1	0	1	1	0	1	1	3	34	3	P
4	1	3	3	0	0	1	4	4	0	0	1	4	1	0	0	3	1	0	1	1	1	1	1	2	35	4	P
5	1	1	1	1	0	1	3	3	1	0	1	1	0	0	1	0	3	1	1	1	2	1	1	4	28	5	P
6	1	4	2	1	0	1	3	3	1	0	0	4	0	0	4	1	4	1	1	0	2	1	1	4	42	6	S
7	1	3	4	1	0	1	4	4	1	0	1	4	1	0	1	3	3	1	4	1	1	2	1	4	46	7	P
8	1	4	3	1	0	1	3	2	0	1	0	4	2	0	0	2	3	1	3	1	0	0	1	3	36	8	P
9	1	0	0	1	0	1	3	2	0	0	0	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	2	1	4	21	9	D
10	1	2	2	1	0	1	3	3	1	1	1	3	1	0	0	3	2	0	4	1	1	0	1	4	36	10	S
11	1	1	1	0	0	1	4	4	0	0	0	4	0	0	1	3	4	1	4	1	1	2	1	3	37	11	S
12	1	3	2	1	0	1	3	2	1	0	1	4	3	0	0	3	4	1	3	1	0	1	1	2	38	12	S
13	1	4	3	1	0	1	4	4	1	0	1	3	3	0	0	3	4	1	3	1	1	1	1	3	44	13	S
14	1	3	3	0	0	1	1	2	1	0	0	0	4	0	0	3	4	1	0	0	0	0	0	0	24	14	A
15	1	4	4	1	0	1	2	2	1	0	1	4	4	0	0	4	4	1	3	1	0	1	0	0	39	15	P
16	1	2	2	1	0	1	4	2	1	0	1	4	4	0	0	3	4	1	3	1	1	1	0	3	40	16	T
17	1	2	2	1	0	1	4	4	1	1	1	4	4	0	1	4	1	4	1	1	1	0	1	4	47	17	C
18	1	1	0	1	0	1	4	4	0	1	0	4	4	0	0	4	1	0	0	0	1	1	1	4	35	18	U
19	1	1	1	1	0	1	4	3	1	0	1	4	3	0	1	4	3	0	4	1	1	2	1	4	40	19	S
20	1	1	1	1	0	1	4	3	0	0	1	4	4	0	1	4	0	0	0	0	0	1	1	4	35	20	S
21	1	0	0	0	0	1	3	3	1	0	0	2	3	0	0	4	3	0	0	0	0	1	1	4	27	21	S
22	1	0	0	1	0	1	4	3	0	0	0	2	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3	19	22	S
23	1	4	4	1	1	1	2	3	1	0	0	2	4	0	0	4	3	1	4	1	1	1	1	1	41	23	S
Σ	23	51	43	19	1	23	77	69	14	3	12	70	57	0	8	60	91	15	53	17	13	27	19	68	813	Σ	

A N E X O 4 PUNTAJACION A ESCALA

ESTADO	FECHA
REVISADO	REVISADO
REVISADO	REVISADO

No.	60%										20%				10%		100%									
	2%	2%	2%	2%	2%	3%	6.5%	6.5%	3%	3%	3%	3%	6.5%	6.5%	3%	8%	2%	2%	8%	2%	8%	100%				
↓	1	2.1	2.2	2.3	2.4	3.1	3.1.2	3.1.3	3.2	3.3	3.4	3.4.2	3.4.3	3.4.4	3.4.5	3.4.6	3.5.1	3.5.2	4.1	4.2	4.3	4.4	5.1	5.2	0%	
1	2	0.5	0	2	0	3	4.875	3.25	3	0	0	4.875	1.625	0	3	3.25	1.625	3	6	2	2	4	2	6	58	
2	2	2	0	2	0	3	6.5	4.875	0	0	0	6.5	1.625	0	3	1.625	3.25	0	8	2	2	2	2	8	62.375	
3	2	1.5	0.5	2	0	3	6.5	6.5	0	0	0	6.5	4.875	0	0	1.625	4.875	3	0	2	2	0	2	0	57.875	
4	2	1.5	1.5	0	0	3	6.5	6.5	0	0	0	6.5	1.625	0	0	4.875	4.875	3	0	2	2	2	2	0	56.875	
5	2	0.5	0.5	2	0	3	4.875	4.875	3	0	2	1.625	0	0	3	0	1.625	0	6	2	2	2	2	2	54	
6	2	2	1	2	0	3	4.875	4.875	3	0	0	1.625	6.5	0	0	6.5	6.5	3	8	2	0	4	2	8	70.875	
7	2	1.5	2	2	0	3	6.5	6.5	3	0	3	6.5	1.625	0	3	4.875	4.875	3	8	2	2	4	2	8	79.375	
8	2	2	1.5	2	0	3	4.875	3.25	0	3	0	6.5	3.25	0	0	3.25	4.875	3	6	2	0	0	2	6	58.50	
9	2	0	0	2	0	3	4.875	3.25	0	0	0	1.625	3.25	0	0	1.625	3.25	0	0	0	0	0	4	2	60	
10	2	1	1	2	0	3	4.875	4.875	3	3	3	4.875	1.625	0	0	4.875	3.25	0	8	2	2	2	2	8	61.375	
11	2	0.5	0.5	0	0	3	6.5	6.5	0	0	0	6.5	0	0	3	4.875	6.5	3	8	2	2	2	2	6	66.375	
12	2	1.5	1	2	0	3	4.875	3.25	3	0	3	6.5	4.875	0	0	4.875	6.5	3	6	2	0	2	2	4	65.375	
13	2	2	1.5	2	0	3	6.5	6.5	3	0	0	4.875	4.875	0	0	4.875	6.5	3	6	2	2	2	2	2	6	73.625
14	2	1.5	1.5	0	0	3	1.625	3.25	3	0	0	0	6.5	0	0	4.875	6.5	3	0	0	0	0	0	0	0	36.75
15	2	2	2	2	0	3	3.25	3.25	3	0	3	6.5	6.5	0	0	6.5	6.5	3	6	2	0	2	2	0	0	62.50
16	2	1	1	2	0	3	6.5	3.25	3	0	3	6.5	6.5	0	0	4.875	6.5	3	6	2	2	2	2	6	70.125	
17	2	1	1	2	0	3	6.5	6.5	3	3	3	6.5	6.5	0	3	6.5	6.5	3	8	2	2	0	2	8	85.00	
18	2	0.5	0	2	0	3	6.5	6.5	0	0	0	6.5	6.5	0	0	6.5	6.5	3	0	0	0	0	2	2	6	61.50
19	2	0.5	0.5	2	0	3	6.5	4.875	3	0	3	6.5	4.875	0	3	6.5	4.875	0	8	2	2	2	2	4	73.125	
20	2	0.5	0.5	2	0	3	6.5	4.875	0	0	3	6.5	6.5	0	0	1.625	6.5	0	0	0	0	0	0	2	8	61.50
21	2	0	0	0	0	3	4.875	4.875	3	0	0	3.25	4.875	0	0	6.5	4.875	0	0	0	0	2	2	8	49.25	
22	2	0	0	2	6	3	6.5	4.875	0	0	0	3.25	1.625	0	3	0	3.25	0	0	0	0	0	0	0	6	35.50
23	2	2	2	2	2	3	3.25	4.875	3	0	0	3.25	6.5	0	0	6.5	4.875	3	8	2	2	2	2	2	2	66.25
Σ	46	25.5	21.5	38	2	69	125.125	112.125	42	9	36	119.75	92.625	0	29	97.50	115.375	45	106	34	26	54	38	136	1400.5	
P. MAX	46	46	46	46	46	69	149.50	149.50	69	69	69	149.50	149.5	69	69	149.50	149.50	69	184	46	46	184	46	184	2300	
X	2	1.10	0.93	1.65	0.08	3	5.44	4.875	1.82	0.39	1.56	4.94	4.027	0	1.04	4.239	5.016	1.95	4.6	1.47	1.15	2.34	1.65	5.91	61.234	
/100	100	55.4	46.74	82.6	4.35	100	83.70	75.0	60.8	13.0	52.1	76.08	61.95	0	34.7	65.22	77.17	65.2	57.4	73.9	56.5	29.3	82.6	73.9		
	100	47.28										58.86										54.35		78.26		

## " ANTE-PROYECTO DE TESIS "

La sexualidad es un factor determinante y esencial de la existencia humana. Desde los más remotos tiempos el pensamiento humano gira en torno suyo , y sin embargo, aún no se han descifrado sus enigmas, pero ha correspondido al siglo XX darle un tratamiento á la luz del método científico .

La sexualidad es un fenómeno intrínsecamente complejo por lo que para su comprensión se ha hecho necesario que se le conceptualize a varios niveles :

a) Biológico.- Puesto que el hombre a lo largo de toda su historia, al igual que ciertas especies animales, ha tenido que emplear la - relación sexual entre hombre y mujer para poder perpetuar su especie .

b) Psicológico.- Este nivel está comprendido por una serie de factores como son : el interés mutuo que existe entre la pareja, la compatibilidad de caracteres, una buena educación sexual, el placer - que engendra la realización del acto sexual, etc. Dicha lista de - factores parte de la premisa fundamental de que el núcleo de la - sexualidad es la pareja humana .

c) Socio-cultural.- La sexualidad es un fenómeno que posee dimensiones especiales, puesto que, la manera específica que va a adoptar el individuo va a depender de los patrones socio-culturales (edad - para buscar pareja sexual, forma de galanteo, tipo de sanciones - cuando se rompen los códigos de tipo sexual, etc.) que le fueron enseñados en una comunidad humana determinada .

Tomando como antecedentes estos factores se ha establecido esfuerzos multidisciplinarios para lograr una mayor compren -

sión de la sexualidad, entre estos se encuentra el campo de los sexólogos y los psicopatólogos de la sexualidad . Y es aproximadamente en la década de los 50's cuando se empieza a estudiar este tópico : "La sexualidad humana" ( Masters y Johnson, 1970 ), cuando desde siempre ha existido . Tal vez debido a normas o reglas morales no se había estudiado, sin embargo, ahora se encuentra en pleno auge . Consideramos que este tema es de gran importancia social y que gracias a su estudio es posible saber más de él, hablar científicamente y despejar múltiples dudas que la sociedad guardaba y que por ignorancia no se atrevía a preguntar . Es como descubrir un nuevo aspecto del hombre .

Dentro de la sexualidad humana existen las llamadas desviaciones y disfunciones sexuales , las cuales representan una inadecuación en el desempeño de satisfactorias relaciones sexuales. ( Davison y Neale, 1980 ) .

Suscribiremos nuestro trabajo al segundo grupo y específicamente al problema de la impotencia sexual, entendida como : "la incapacidad en el varón de lograr y mantener una erección suficientemente adecuada como para realizar el coito " ( Masters y Johnson, 1976 ). Y nos encontramos que existen varias aproximaciones psicoterapéuticas que intentan resolver este problema, pero la que de una u otra manera ha logrado un impacto más fuerte dentro del ámbito terapéutico es la aproximación de Masters y Johnson , esta técnica es reportada por sus autores como un instrumento garantizado que ofrece un alto grado de éxito terapéutico .

Partiendo de esta premisa que será fundamental en nuestra investigación, nuestra propuesta de trabajo radicará en llevar a cabo una evaluación de la metodología que se ha empleado en

las investigaciones realizadas con la técnica mencionada, la importancia en la cual radica la investigación se encuentra en que para que una técnica psicoterapéutica tenga la validez y confiabilidad - que le garanticen el éxito en la práctica clínica debe estar fundamentada, y en este punto es donde el psicólogo tiene que emplear el método científico debido a que los problemas que lo competen, son de los más críticos y complejos a los que se enfrenta el hombre, - por esta razón es que necesariamente se debe valer del apoyo de los métodos más efectivos de que la ciencia puede disponer para intentar resolverlos, (siempre debemos de recordar ante todo que el psicólogo es un científico comprometido con la sociedad ), esto quiere decir que una técnica terapéutica para ser utilizada con alto grado de confiabilidad y validez tiene forzosamente que presentar un fuerte apoyo por parte del rigor metodológico, de este modo se evitará que el psicólogo emplee técnicas poco confiables que dejen en entredicho su papel dentro del campo tecnológico-científico , porque si la técnica terapéutica es usada sin un rigor metodológico adecuado se puede caer en el uso indeterminado de la técnica y con esto - en el dogmatismo, debido a que se utilizaría esta indistinta e independientemente de que haya demostrado éxito bajo los parámetros científicos de confiabilidad y validez, y solo mediante la utilización del método científico es como se puede obtener cierta generalización de los resultados, ya que sin este apoyo se puede correr el riesgo de anular la validez de los resultados alcanzados en el trabajo realizado , entonces, el psicólogo es un científico profesional que se apoya en el método científico para resolver los problemas con que - se enfrenta o es una persona que pretende modificar una conducta momentáneamente con una técnica terapéutica poco convincente .

#### - Planteamiento del Problema

Uno de los principales problemas a los cuáles se enfrenta el psicólogo clínico, es el concerniente a la elaboración de técnicas y métodos de tratamiento terapéutico, porque estos deben estar fundamentados en el método científico, pues de esta manera se da el enlace adecuado entre la teoría y la práctica .

En el presente caso, el paquete de técnicas para la impotencia sexual creado por Masters y Johnson, es reportado en la literatura (Masters y Johnson, 1970) como un instrumento que posee gran efectividad terapéutica, sin embargo, el problema radica en que si el paquete de técnicas en cuestión no es realizado con todo el rigor metodológico que se requiere, los resultados estarán proporcionando poca validez y confiabilidad y por ende la efectividad terapéutica que pregona dicha técnica será solamente la de proporcionar cambios temporales y/o momentaneos .

#### - Objetivo

A partir de la problemática establecida, la presente investigación tendrá como finalidad llevar a cabo una evaluación de la metodología utilizada en los reportes de tratamiento de impotencia sexual acorde con la aproximación terapéutica dada por el enfoque de Masters y Johnson .

#### - Método.

Para obtener la muestra de trabajo se procederá a la revisión de los índices : Current Content, Current Index in Medicine, and Psychological Abstracts, que datan de enero de 1979 a diciembre de 1983; mediante esta revisión se tomarán los artículos que traten sobre el tema y la técnica ya mencionada .

Posteriormente se tendrá una relación de los artículos

aparecidos, y a continuación se tratará de localizar y adquirir estos, esta localización estará basada tomando en cuenta las limitantes tanto económicas como de tiempo, además estos artículos serán los publicados en inglés y español preferentemente .

Una vez teniendo los artículos adquiridos, se procederá a una evaluación de los componentes de la metodología de investigación científica ( ver variables independiente ) de cada uno de estos artículos, esta evaluación se hará apoyada con base en un instrumento de medición que será un cuestionario, el cual se elaborará tomando en cuenta todos y cada uno de los componentes de la metodología de investigación científica, a partir del análisis y evaluación de los artículos adquiridos y con los datos arrojados, estos se llevarán a hojas de registro que tendrán la finalidad de ser instrumentos de control para posteriormente analizar e interpretar con base en un método simple de ordenamiento de porcentajes para determinar a qué grado se presenta o no la carencia de rigor metodológico, y mediante las conclusiones logradas, finalmente se podrá determinar el grado de confiabilidad y validez en el cual se han apoyado los diversos investigadores para poder mencionar, hacer uso y concluir que la técnica de Masters y Johnson para el tratamiento de la impotencia sexual tiene un gran éxito terapéutico .

- Hipótesis de Trabajo.

La técnica de Masters y Johnson es reportada como efectiva en el tratamiento de la impotencia sexual (Masters y Johnson , 1970 ), sin embargo, ¿ los reportes de esta técnica están respaldados por un rigor metodológico de investigación comprobable y verificable que proporcione validez y confiabilidad para apoyar esta afirmación ? .

- Categorías.

En la presente investigación no pretendemos manipular variables como se hace acostumbradamente, sino más bien, los siguientes componentes que forman la metodología de investigación científica serán medidos y evaluados en base a su totalidad, y estos son :

- 1.- Título. Donde debe indicar con exactitud el tema del experimento .
- 2.- Afiliación. Donde debe mencionar el nombre del autor y la institución a la que pertenece .
- 3.- Resumen. Su función es informar de una manera rápida y sintetizada los puntos centrales del trabajo, como son : el problema, el método, los resultados, las conclusiones, incluyendo también el número y el tipo de sujetos, el diseño experimental usado y los niveles de significancia (cuando los haya) de los resultados .
- 4.- Introducción. Tiene como finalidad dar una idea del marco científico e histórico del trabajo .
- 5.- Método. Su objeto es explicar en forma detallada de la manera en que se llevó a cabo el experimento, y esta compuesto por :
  - a) sujetos .- Se menciona el número de sujetos empleados, la población de donde provienen, la manera en que se les selecciono y las características que pueden ser importantes para el estudio .
  - b) aparatos y materiales .- Se describen todos los detalles importantes de manera que se puedan adquirir otros iguales .
  - c) situación experimental.- Se describiran las condiciones ambientales en donde se realizó la investigación con el objeto de que la replicación pueda llevarse a cabo .
  - d) diseño.- Se describe el diseño experimental, la manera de asig

nar a los sujetos a los diferentes grupos y condiciones y la definición de las variables .

e) procedimiento.- Debe definirse paso a paso la forma en que se desarrolló el estudio, indicando las instrucciones dadas, la forma de presentación de los estímulos, la duración de las fases y sesiones así como algunas técnicas de control importantes .

6.- Resultados. Donde se presentan en forma clara y resumida los datos obtenidos en la investigación, este punto es sumamente importante, pues debe existir un estudio de seguimiento debido a que en las investigaciones originales de Masters y Johnson enuncian sus estadísticas en términos de fracasos antes que de éxitos, utilizan como pauta de fracaso el hecho de que una pareja no funcione eficazmente durante un mínimo de 5 años a partir del momento en que abandona la terapia ( Masters y Johnson , 1970 ) .

7.- Discusión. Es la parte donde se incluyen las conclusiones que se desprenden de los resultados, tomando en consideración el problema de investigación y sus implicaciones teóricas y prácticas .

8.- Referencias bibliográficas .

Cabe mencionar que estos componentes se basan en las recomendaciones del Manual de Publicaciones de la Asociación Psicológica Americana ( A. P. A. )

- Variables Dependientes .

1.- Ciencia . Aplicación del método científico a problemas resolvable entendidos como aquellos que pueden resolverse con las capacidades humanas normales ( Mc. Guigan, 1960 ) .

2.- Método Científico . Es el proceso ordenado por medio del cual todas las ciencias obtienen solución a sus problemas ( Mc. Guigan, 1960 ) .

En general los problemas que conciernen a los psicólogos son de los más críticos y complejos que enfrenta el hombre . Por esta razón es necesario valerse del apoyo de los métodos más efectivos de que la ciencia puede disponer para intentar resolverlos .

- Variables Controladas .

Las variables que se mantendrán bajo control son los criterios bajo los cuáles se seleccionarán los artículos, estos son :

- 1.- En forma general, serán los localizados a través de los siguientes índices : Current Contents , Current Index Médicus , y Psychological Abstracts , en la fecha comprendida entre enero de 1979 y diciembre de 1983 .
- 2.- Declaración explícita de que se utiliza la técnica psicoterapéutica de Masters y Johnson aplicada a la impotencia sexual por parte del autor del artículo .
- 3.- Aceptaremos algunas variantes de la técnica de Masters y Johnson esto es debido a que el programa terapéutico de estos autores se ha ido difundiendo rápidamente en los E.E.U.U. y en otros países ; pocos especialistas en sexualidad humana han llevado el programa tal cual . La mayoría de los terapeutas que adoptan este programa clínico le aplican diversas modificaciones según las políticas de las clínicas o la propia orientación de los terapeutas, pero sin alterar el fondo básico de ellos. Algunos de estos programas con los cuales trabajaremos son : Kaplan , Prochaska , Ansary , y Lo Piccolo , Stewart y Walkins .

Hacemos la aclaración que estos criterios serán median te los cuales se seleccionaran los artículos, pero de antemano con te

sideramos un problema al cual nos vamos a enfrentar, este es el -  
que en las diversas revistas especializadas, generalmente no se -  
publican aquellos artículos que presenten o que obtengan resulta-  
dos negativos, debido a cuestiones de políticas editoriales, de -  
tal forma que este problema crea ciertas limitaciones, pues de no  
existir, la muestra estaría más completa .

- Bibliografía .

- 1.- Davison, G.G. y Neale, J.M. Conducta sexual insolita e inadecuación sexual en el ser humano, en : Psicología de la conducta anormal . Ed. Limusa, Méx. 1980 .
- 2.- Kaplan, H.S. Manual ilustrado de terapia sexual. Col. Relaciones humanas y sexología. Ed. Grijalbo, Méx. 1980 .
- 3.- Marks, I.M. Manejo de desordenes sexuales, en : Leitenberg H. Handbook of behavior modification and behavior therapy. Prentice - Hall, Nueva Jersey, 1976 .
- 4.- Masters y Johnson . Incompatibilidad sexual humana . Ed. Inter médica , Buenos Aires , 1981 .
- 5.- Masters, W. y Johnson, V. Respuesta sexual humana . Ed. Inter médica, Buenos Aires, 1978 .
- 6.- Mc. Guigan, P.J. Psicología experimental . Ed. Trillas, México, 1978 .
- 7.- Reich, W. La función del orgasmo. Ed. Paidós, México, 1983 .
- 8.- Lineamientos para una investigación. Mecanograma, E.N.E.P. Zaragoza , U.N.A.M.

## B I B L I O G R A F I A

- Bischof, Ledford S. : Interpretación de las teorías de la personalidad. México; Trillas, 1977. pp 41 - 106 .
- Blazer, J.A. : A study of unconsummated marriages . Journal of marriage family , 1964, 26, 213 - 214 .
- Craig, J.R. : Métodos de la Investigación Psicológica . México : - Interamericana, pp 186 - 192 y 248 - 280 .
- Davison, G.G. y Neale, J.M. : Psicología de la Conducta Anormal . México : Limusa, 1980, 326 - 347 .
- Delora y Warren : Understanding Sexual Interaction . Boston : Houghton Mifflin Co. , 1977 .
- Ellis, A. : Arte y Técnica del Amor . México : Grijalbo, 1965 , 317 pp .
- Experimentación en Investigación Psicológica . Mimeo , E.N.E.P. Zaragoza , U.N.A.M. , 1980, 27 pp .
- Ford, C. & Beach, F.A. : Patterns of Sexual Behavior . New York Harper and Row , 1961 .
- Freud, S. : Sobre una degradación general de la vida erótica; En : Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de la neurosis. London : Copyrights Sigmund Freud, 1966 , pp 77 - 112 .
- Hatlow, H. : The nature of love . American Psychology , 1968 , Dic. , 13, pp 673 - 685 .
- Jones, Shainberg and Byer : Sex and People. New York ; Harper and Row Publishers, 1977, pp. 2 - 17 y 161 - 177 .

- Kaplan, H. : Manual Ilustrado de Terapia Sexual. México : Grijalbo, 1981 .
- Killman, Peter R. : Treatments of Premature Ejaculation and Psychogenic Impotence : A critical Review of the Literature . Archives of Sexual Behavior , 1979, 8 ( 1 ), 81 - 100 .
- Leitenberg, H. : Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy . New York : Prentice Hall, 1976 . ( Traducción : Manejo de desórdenes sexuales ) .
- Lerhman, N. : Las técnicas sexuales de Masters y Johnson . ED. Grannica, Junio 1972 .
- Leslie, Mc. J. : Sexualidad Humana. México : Manual Moderno, 1976.
- Lowen, A. : Amor y Orgasmo . México : Grijalbo, 1967, 370 pp .
- Masters y Johnson : Incompatibilidad Sexual Humana. Buenos Aires : Intermédica, 1970 .
- Masters y Johnson : Respuesta Sexual Humana . Buenos Aires : Intermédica , 1970 .
- McGuigan, F.J. : Psicología Experimental . México : Trillas, 1978 , 13 - 119 .
- Merton, R.K. : The self-fulfilling prephety . Antioch. Rev. , 1948, 8 , 193 - 210, ( citado por R. Rosenthal, 1976 ) .
- Rattner, J. : Psicología y Psicopatología de la Vida Amorosa. México Siglo Veintiuno Editores, 1978, pp. 5 - 31 y 45 - 60 .

- Reynolds, B. ; Psychological Treatment Models and Outcome Results for Erectile Dysfunction : A Critical Review . Psychological Bulletin, 1977, 84 ( 6 ) , 1218 - 1238 .
- Scheiner-Engel? P. : Therapy of Psychogenic Erectile Disorders . Sexuality and Disability , 1981 ( Summer ), 4 ( 2 ), 115 - 122 .
- Shope, F.D. : Interpersonal Sexuality . Pennsylvania : W2B. Saunders Co. , 1975 .
- Stone, A. : Manual del Matrimonio - Guía práctica de las relaciones sexuales y matrimoniales. Nueva York : Editors Press Service Inc. , 1967, pp. 31 - 56 , 225 - 258 , 259 - 302 .
- Wolbert, L.R. Technique of Psychotherapy ( Traducción E.N.E.P. - Zaragoza, U.N.A.M. ) .
- Zax, M. y Cowen, E.L. : Psicopatología . México : Interamericana, 1979 .
- Zilbergeld, B. and Evans, M. : The Inadequacy of Masters and - - Johnson. Psychology Today , 1980, ( August ) , 29 - 43 .