

## ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO SOBRE LA PREVALENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Rafael Ballester Arnal y M<sup>a</sup> Dolores Gil Llario  
Universidad Jaume I

En el presente estudio se analiza la prevalencia de las distintas disfunciones sexuales en una muestra extraída de la población normal compuesta por 1135 sujetos de las provincias de Valencia y Castellón. Algunos de los resultados muestran que el 25% de los hombres ha padecido alguna vez deseo sexual inhibido; un 14%, disfunción eréctil; el 39% eyaculación precoz; el 18% eyaculación retardada; el 9% anorgasmia y el 6% dispareunia. Entre las mujeres el 37% informaron haber padecido bajo deseo sexual; el 22% falta de lubricación; el 42% anorgasmia; el 29% dispareunia y el 5% vaginismo. Se enfatiza las implicaciones de estos resultados desde el marco de la psicología de la salud.

*A survey on the prevalence of sexual dysfunctions in the Comunidad Valenciana (Spain). At this study, prevalence of sexual dysfunctions in a sample of 1135 normal subjects from Valencia and Castellón (Spain) is analyzed. Some results evidence that in men 25% have experienced inhibited sexual desire; 14% erectile dysfunction; 39%, precoz ejaculation; 18% retarded ejaculation; 9% absence of orgasm and 6% dispareunia. In women 37% reported inhibited sexual desire; 22% no lubrication; 42% absence of orgasm; 9% dispareunia and 5% vaginism. Implications from health psychology are emphasized.*

En un trabajo reciente, (Ballester y Gil, 1994) en el que presentamos algunos datos acerca del comportamiento sexual de los españoles, se enfatizaba la inmensa labor que desde la psicología de la salud se puede y debe realizar en el ámbito de la sexualidad. La psicología de la salud, definida como «el conjunto de contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología para la promoción y manteni-

miento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos diagnósticos y etiológicos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y el análisis y mejora del sistema sanitario y la salud pública» (Matarazzo, 1982), puede tener un papel importantísimo no sólo en la promoción de la salud sexual entre la población general sino también en la prevención y tratamiento de los problemas sexuales.

Uno de los problemas con que nos encontramos en nuestro país a la hora de intervenir en el área sexual es la escasez de estudios epidemiológicos de referencia

---

Correspondencia: Rafael Ballester Arnal  
Dpto. de Psicología. Area de Personalidad, Evaluación  
y Tratamientos Psicológicos. Universidad Jaume I.  
Campus Borriol. 12012 Castellón. Spain

que aporten datos acerca del comportamiento sexual de los españoles, así como de la prevalencia de aspectos tales como las disfunciones sexuales, las parafilias, el incesto, las agresiones sexuales, etc.

En el campo de la intervención, tanto las disfunciones sexuales como los problemas de pareja constituyen dos de las áreas de aplicación más tradicionales de la psicología en el campo de la salud. Sin embargo, en un análisis bibliométrico realizado por Buceta y Bueno (1990) entre los años 1983 y 1986 en el que se recopilaba el número de artículos referidos a la intervención psicológica en distintos trastornos relacionados con la psicología clínica, en el total de las seis revistas elegidas (*Análisis y Modificación de Conducta*, *Behaviour Research and Therapy*, *Behavioral Psychotherapy*, *Cognitive Therapy and Research*, *Journal of Behavioral Medicine* y *Revista Española de Terapia de Comportamiento*), tan sólo 6 de los 217 artículos revisados tenían como objeto de estudio la intervención en disfunciones sexuales y problemas de pareja. Como puede observarse, por tanto, a pesar de que ésta constituye un área de intervención tradicional desde la psicología de la salud son muy escasos todavía los trabajos realizados en torno a esta temática.

Si nos centramos en el tema de la prevalencia de las disfunciones sexuales, apenas contamos con algunos estudios realizados en el mundo anglosajón y en su mayoría extraídos a partir de poblaciones clínicas. Sin embargo, si tenemos en cuenta el complejo proceso por el que una persona con problemas (y sobre todo si éstos son de tipo sexual) decide buscar ayuda psicológica, y la marcada influencia de los factores culturales en este proceso, los estudios anteriormente mencionados nos aportan poca información acerca de cuál es la salud sexual de la población general en nuestro contexto, aspecto importante

de cara a desarrollar y aplicar programas de prevención e intervención en este campo. Por todo ello, con el fin de paliar este vacío de información y a pesar de las dificultades metodológicas existentes nos propusimos el desarrollo de la presente investigación. A nuestro parecer los resultados hallados en este trabajo deberían ser tenidos en cuenta en la elaboración de programas de educación para la salud sexual en adolescentes y adultos y podrían ser útiles como marco de referencia para el clínico que trabaja en el área de la sexualidad.

El objetivo del presente trabajo es, pues, aportar datos acerca de la prevalencia en la población española de las distintas disfunciones sexuales.

## Método

### *Muestra*

La muestra utilizada en este estudio se compone de 1135 personas de las cuales 491 (43.3%) son hombres y 644 (56.7%) son mujeres. El rango de edad de los sujetos oscila entre los 14 y 70 años. El 21.8% de la muestra estuvo compuesta por adolescentes de 14 y 15 años. El 12.1% por adolescentes de 16 años; el 12.4% fueron jóvenes de 17 y 18 años; el 23.8%, entre 19 y 24 años; el 12.3% fueron sujetos de entre 25 y 30 años; el 9.0%, adultos entre 31 y 40 años; y por último, participaron un 8.7% de adultos entre 41 y 70 años. El porcentaje de hombres y mujeres en cada grupo de edad se intentó equilibrar lo máximo posible.

Por lo que se refiere a la población de origen el 22.6% de los sujetos procedían de la ciudad de Valencia (N=257), el 49.2% de Castellón ciudad (N=558) mientras que un 28.2% residían en pueblos de la provincia de Castellón (N=320). Por otra parte se intentó que los distintos niveles educativos estuvieran representados en la muestra. Así, el 11.4% (N=129) de

los sujetos tienen estudios básicos; el 23.6% (N=268) son alumnos que cursan o poseen estudios de Formación Profesional; el 34.4% (N=391) cursan o poseen estudios de Bachiller Superior o COU; el 12.9% de la muestra (N=147) lo constituyen diplomados o estudiantes de una diplomatura; y por último, un 17.6% (N=200) son licenciados o en curso.

### Instrumento

El instrumento utilizado fue una encuesta estructurada incluida en la Bateria Exploratoria de Sexualidad (BES) elaborada por nosotros mismos e integrada por 20 ítems, dos de los cuales constituyen la base de este estudio. El primer ítem recababa información acerca de si alguna vez el sujeto había experimentado distintas disfunciones sexuales, siguiendo como hilo conductor las categorías diagnósticas del Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders Revisado (DSM-III-R, APA, 1988): bajo deseo sexual (Deseo Sexual Inhibido o Hipoactivo), problemas de erección (Trastorno de la Erección en el Hombre o Disfunción Erectil), falta de lubricación (Trastorno de la Excitación Sexual en la Mujer), eyaculación precoz, eyaculación retardada (Disfunción Orgásmica Masculina), ausencia de orgasmo (Disfunción Orgásmica Masculina y Femenina), dolor en el coito (Dispareunia) e imposibilidad de realizar el coito (Vaginismo).

El segundo ítem, de respuesta cerrada, estaba dirigido únicamente a la población masculina y recababa información acerca de si alguna vez había preocupado al sujeto el tamaño de su pene. Queremos aclarar que cuando hablemos de un determinado porcentaje de personas que informan presentar una disfunción sexual no podemos estar seguros de que realmente cumplen todos los criterios requeridos en los manuales al uso para el diagnóstico de dicha disfunción sexual. Este es un pro-

blema que se deriva de cualquier estudio epidemiológico que tenga por objetivo explorar la prevalencia de un determinado trastorno en la población general a partir de encuestas. Por lo tanto, en adelante cuando se hable de la prevalencia de determinada disfunción sexual estaremos haciendo referencia a la psicopatología percibida por el sujeto más que al cuadro clínico.

Otro problema derivado de los autoinformes y que, por tanto, también lo encontramos en nuestro estudio, es la inseguridad acerca de que los sujetos hayan comprendido el significado de las alternativas de respuesta referidas a cada disfunción sexual. En este sentido hemos intentado acercarnos, en la medida de lo posible, al lenguaje popular sustituyendo términos tales como «dispareunia» o «vaginismo» por «dolor en el coito» e «imposibilidad de coito».

En definitiva, a pesar de que el autoinforme ha sido bastante criticado como método de «screening» por los motivos aducidos así como por los sesgos derivados de la deseabilidad social, existen estudios que prueban su fiabilidad y validez en este tipo de investigaciones (McLaws, Oldenburg, Ross y Cooper, 1990; James, Bignell y Gillies, 1991).

### Procedimiento

Para la obtención de la muestra se contó con la colaboración en la provincia de Valencia de un instituto público de FP, uno de BUP, la Escuela Universitaria de Magisterio y la Facultad de Psicología, y en Castellón con la de otros dos institutos de FP y BUP y distintos departamentos de la Universitat Jaume I, como el de Psicología, Químicas, Filología y Derecho. Por otra parte los alumnos de 3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> curso de Psicología nos ayudaron en la administración de encuestas a personas mayores de 19 años tanto universitarias como no uni-

versitarias. A todos los sujetos que componen la muestra se les pasó la BES (Batería Exploratoria de Sexualidad). La administración de esta encuesta fue colectiva en los centros de FP y BUP/COU) e individual en los demás casos, realizándose siempre de manera privada, y actuando el/la evaluador/a tan sólo como aclarador de dudas cuando éstas surgieran. Con objeto de reducir al máximo los sesgos derivados de la deseabilidad social se solicitó que una vez cumplimentadas las encuestas (anónimas, por supuesto), éstas fueran selladas para asegurar la confidencialidad de los datos reseñados.

#### Análisis estadísticos

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS-PC+. Los análisis realizados consistieron básicamente en la obtención de conteo de frecuencias, porcentajes, y las pruebas CHI Cuadrado y «H» de Kruskal-Wallis para la exploración de posibles diferencias significativas en las distintas variables entre ambos géneros y poblaciones.

#### Resultados

En primer lugar comentaremos los datos relativos al porcentaje de hombres que informaron haber tenido alguna disfunción sexual. Sin tener en cuenta la edad de los sujetos, la prevalencia del Deseo Sexual Inhibido o Hipoactivo fue del 24.6%; un 14.1% informaron haber presentado en alguna ocasión Disfunción Eréctil. El 38.7% de la muestra masculina indicó haber padecido de Eyaculación Precoz; el 18.3% de Eyaculación Retardada y el 9.2% de Ausencia de Orgasmo. Por último, en cuanto al dolor en el coito (dispareunia), un 5.6% de los hombres afirmaron haberlo experimentado.

Cuando analizamos los porcentajes de hombres que presentan cada disfunción

en función de la edad (ver figura número 1), vemos cómo la eyaculación precoz es, con mucho, la disfunción sexual más frecuente entre los adolescentes de 14 a 18 años (entre el 15 y el 25% de los sujetos). En el grupo de 19 a 24 años, sigue siendo la disfunción más frecuente (25.7%), seguida muy de cerca del bajo deseo sexual (24.3%), una disfunción que en los grupos de edad inferior apenas estaba presente y que en edades posteriores se va incrementando con la excepción del grupo de 41-70 años. En el grupo de hombres con edades comprendidas entre los 25 y 30 años, la disfunción más frecuente fue la eyaculación retardada (36.4%), seguida del bajo deseo sexual (33.3%) y la dispareunia (27.3%), un porcentaje este último sorprendentemente más alto que en otras edades. En el grupo entre 31 y 40 años, parece que la problemática sexual percibida es mayor que en cualquier otro grupo de edad, destacando el alto porcentaje de sujetos con eyaculación retardada (44.4%), así como con bajo deseo sexual (33.3%), eyaculación precoz (33.3%) y disfunción eréctil (33.3%), trastorno éste que destaca por primera vez en este rango de edad. Por último, en el grupo de sujetos con edades comprendidas entre los 41 y los 70 años, el trastorno sexual más frecuente fue la eyaculación retardada (50%), seguido de la disfunción eréctil (33.3%). En general, parece observarse un incremento de la prevalencia de la problemática sexual con la edad, evidenciándose dos etapas críticas, a saber, entre los 19 y 24 años, por una parte y entre los 31 y 40 por otra, posiblemente en relación con los eventos vitales de estas etapas. Hay que tener en cuenta que los jóvenes durante el rango de edad que va de los 19 a los 24 años atraviesan por una etapa de gran inestabilidad, ya que, o bien se están formando desde el punto de vista universitario o profesional o están buscando empleo además de estar conso-

lidando una relación de pareja más estable, todo lo cual puede estar influyendo en el desarrollo de su sexualidad. A su vez, entre los 31 y 40 años la estabilidad alcanzada en la etapa anterior (de 25 a 30 años) puede empezar a resquebrajarse cuando el hombre se enfrenta a la denominada «crisis de los cuarenta». En este período, caracterizado por la monotonía que empieza a percibirse en varios ámbitos de la vida tales como el trabajo, el matrimonio, etc. el hombre tiende a cuestionar su trayectoria vital, a explorar nuevos caminos y a romper con el pasado, todo lo cual puede desequilibrar su sexualidad.

Por lo que respecta a las mujeres, y teniendo en cuenta la muestra total femenina, el 37.2% informó haber padecido de bajo deseo sexual; el 21.6% de falta de lubricación; el 41.7% de anorgasmia; el 29.4% de dispareunia y el 5% de vaginismo.

Cuando analizamos los resultados en función de la edad (ver figura número 2), observamos cómo a los 14/15 años el trastorno más frecuente es el bajo deseo se-

xual (9.8%), debido posiblemente a que la sexualidad todavía no esté entre sus intereses más relevantes. A los 16 años, destaca en primer lugar la anorgasmia (13.2%) y entre los 17 y 18 años la dispareunia o dolor en el coito (20%), debido quizá a que esta práctica empieza a ser más frecuente en este rango de edad (Ballester y Gil, 1994). En el grupo de edades comprendidas entre los 19 y 24 años la problemática sexual se dispara al igual que ocurría con los hombres, destacando los altos niveles de anorgasmia (40.8%) y de bajo deseo sexual (31.7%). Entre los 25 y 30 años esta problemática parece disminuir notablemente quedando tan sólo el bajo deseo sexual como la queja más habitual, y sigue aumentando a partir de esta edad hasta los 70 años (46.2%). Tanto la anorgasmia como la dispareunia alcanzan altos niveles de prevalencia a partir de los 30 años. En general, tal y como ocurría en la población masculina, los resultados muestran un aumento progresivo en la prevalencia de las disfunciones sexuales con la edad, con la excepción

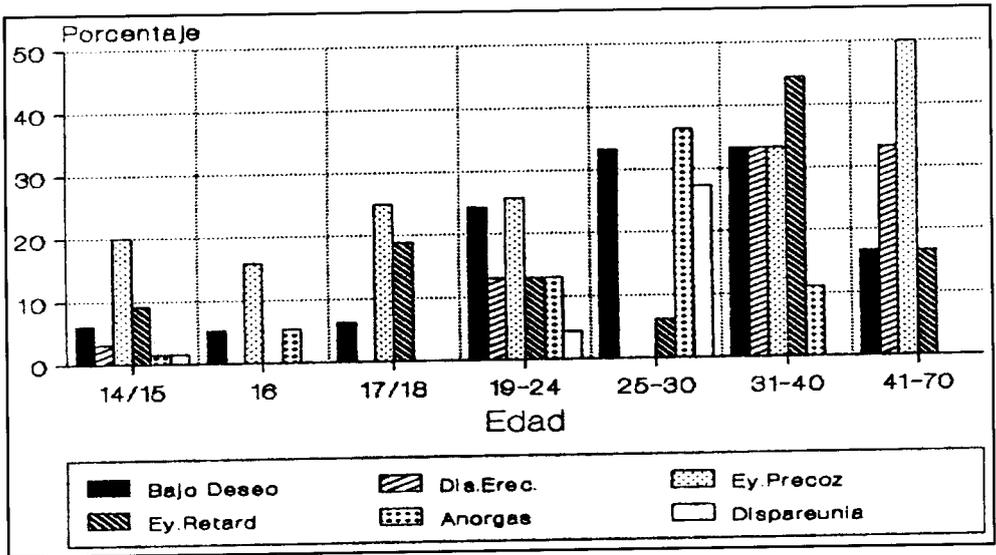


Figura 1. Prevalencia de las disfunciones sexuales masculinas en función de la edad.

del grupo de edad que va de los 25 a los 30 años. Estos resultados contrastan con los crecientes niveles de satisfacción sexual informados por la población femenina de esta misma muestra y recogidos en un trabajo previo (Ballester y Gil, 1994).

Comparando la muestra masculina con la femenina, nuestros resultados indican que existen diferencias significativas entre ambos géneros en cuanto a la ausencia de orgasmo (Chi Cuadrado= 44.45,  $p>.000$ ), siendo más frecuente este trastorno en las mujeres. El bajo deseo sexual también arroja diferencias significativas entre géneros (Chi cuadrado=6.160,  $p>.013$ ) de nuevo a favor de las mujeres. La dispareunia, así mismo, es significativamente más frecuente entre las mujeres (Chi cuadrado=30.248,  $p>.000$ ).

Por lo que respecta a la distribución de disfunciones sexuales en función de la población de origen de los sujetos hemos de decir que no hemos encontrado diferencias significativas entre las distintas poblaciones de origen con excepción de uno de los trastornos del orgasmo, a saber, la eyacuación

retardada (Chi cuadrado=6.406,  $p>.041$ ) que parece ser más frecuente en la población valenciana. En relación al nivel académico sólo aparecen diferencias significativas en cuanto a disfunción eréctil (Chi cuadrado=25.83,  $p>.000$ ) que es más frecuente entre los sujetos con estudios básicos.

Independientemente de la exploración de las disfunciones sexuales nos propusimos el estudio de la preocupación por el tamaño del pene, por constituir una de las rumiaciones más extendidas entre la población masculina con repercusiones importantes en el desempeño y nivel de satisfacción sexual. En este sentido, los resultados de nuestro estudio indicaron que el tamaño del pene es una cuestión que preocupa al 22.7% de los hombres. A pesar de que existe la creencia extendida de que dicha preocupación es patrimonio exclusivo de los adolescentes nosotros encontramos que el porcentaje de hombres preocupados por esta cuestión aumenta progresivamente entre los 14 (18.5%) y los 30 años (34.6%), edad en que comienza a decrecer. A este respecto hay que señalar que no

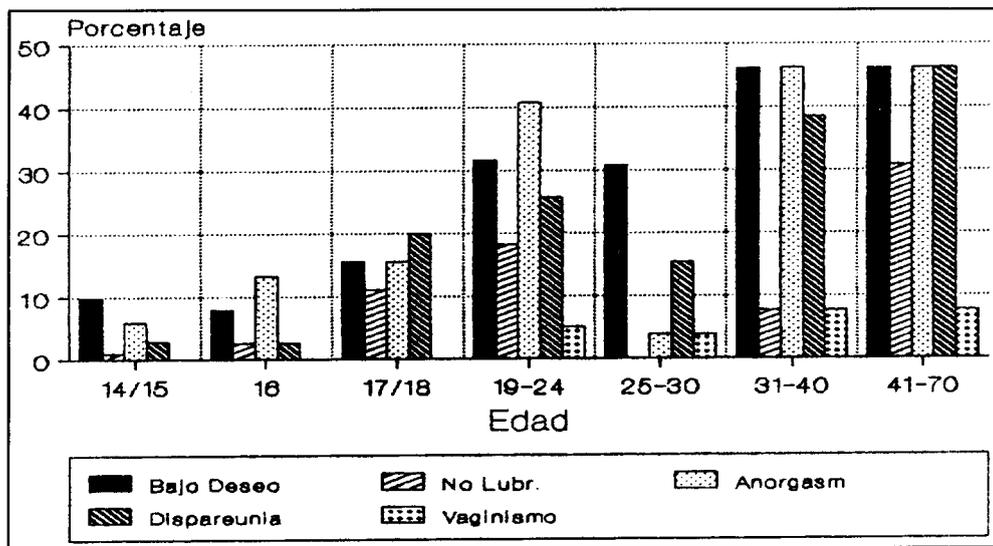


Figura 2. Prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas en función de la edad.

aparecen diferencias significativas en función de la población de origen, pero sí en función del grado académico (Chi cuadrado=12.20,  $p>.015$ ), siendo el grupo de sujetos con estudios básicos el que muestra una mayor preocupación por este tema (14.3%) frente a los licenciados que presentan los niveles más bajos (5.7%).

### Discusión

La frecuencia de las disfunciones sexuales, según diversos autores está entre un 50-75% (Haas,1979; Masters y Johnson, 1970; Wiener, 1969). En nuestro país Labrador (1987) señala que un 35-60% de las mujeres y un 40% de los hombres podrían presentar algún tipo de disfunción. Los problemas más frecuentes en la mujer serían la falta de interés y de excitación sexual y en el hombre, la eyaculación precoz y la disfunción eréctil (Sierra, 1991).

En las tablas número 1 y 2 presentamos a título de resumen la prevalencia de las distintas disfunciones sexuales a partir de una revisión de los principales trabajos epidemiológicos realizados en los últimos años entre la población general. Nuestros resultados indican que el 25% de los hombres ha padecido alguna vez deseo sexual inhibido o hipoactivo, un porcentaje muy cercano al informado en el DSM-III-R (20%). Según un estudio llevado a cabo por Segraves y Segraves (1991) el 45% habría padecido este problema y según Kaplan (1982) el 40%. En las mujeres, la prevalencia del bajo deseo sexual en nuestro estudio es del 37%, resultado muy semejante al hallado por Kaplan (1982) (40%) y bastante alejado del obtenido en el estudio de Segraves y Segraves (1991) (85%).

En cuanto a los trastornos de la excitación, si bien según Masters, Johnson y Kolodny (1987) prácticamente toda la población masculina ha tenido algún episodio aislado de falta de erección o la pérdida de la misma en un momento inoportuno,

nuestros resultados indican que un 14% de los hombres han experimentado alguna vez un problema de erección, porcentaje que se encuentra entre los aportados por el DSM-III-R (1988) (8%) y trabajos de revisión como el de Spector y Carey (1990)(4-9%) y los de Spector y Boyle (1987) en los que la prevalencia hallada es del 23%. En un estudio de Frank, Anderson y Rubinstein (1978) se encontró que el 7% de hombres de la población general han presentado alguna vez problemas para conseguir una erección y un 9% los han tenido para mantenerla. En las mujeres, el 22% de las encuestadas en nuestro estudio han padecido falta de lubricación o problemas de excitación.

En lo que se refiere a trastornos del orgasmo, los resultados de nuestro trabajo indican que el 9% de los hombres han padecido algún episodio de anorgasmia, el 39% eyaculación precoz y el 18% eyaculación retardada. Estos datos concuerdan por lo general con los obtenidos por otros autores en la población anglosajona. Así, Spector y Carey (1990) hallaron entre un 4-10% de hombres con problemas de anorgasmia y entre un 36 y un 38% de hombres con eyaculación precoz. Este último trastorno está presente, según el DSM-III-R en el 30% de la población masculina y según Masters, Johnson y Kolodny (1987) afecta al 15-20% de los hombres. En la revisión bibliográfica que hemos realizado no aparecen datos relativos a la prevalencia de la eyaculación retardada, tan sólo contamos con la apreciación de Masters, Johnson y Kolodny (1987) que la consideran «muy infrecuente». En las mujeres de nuestro estudio la anorgasmia apareció en el 42%, un porcentaje muy superior a los encontrados en la revisión efectuada por Segraves (1991) (5-10%) y Masters, Johnson y Kolodny (1987)(20%), aunque más cercano al porcentaje que aparece en el DSM-III-R (1988) (30%). En un trabajo de Hass

(1981) llevado a cabo con adolescentes entre 15 y 18 años, el 27% de las chicas que habían realizado algún tipo de actividad sexual nunca habían llegado al orgasmo y el 74% alcanzaban el orgasmo tan sólo en un 50% de las ocasiones. Por su parte, Pietropinto y Simenauer (1979) señalan que la prevalencia de la anorgasmia entre las mujeres, entendida por estos autores como la imposibilidad de obtener el orgasmo al menos en el 50% de los casos, es del 37.1%. Posiblemente nosotros hemos hallado un porcentaje elevado de anorgasmia en las mujeres debido a que en nuestro estudio se les preguntó acerca de la experiencia de algún episodio de au-

sencia de orgasmo siendo tal vez, en otros trabajos, el criterio más estricto.

Por último, entre los trastornos por dolor, la dispareunia, un problema muy poco frecuente en los hombres según el DSM-III-R y Masters, Johnson y Kolodny (1987), aparece en nuestro trabajo en el 6% de los hombres. La prevalencia en las mujeres de nuestro estudio es del 29% mientras que Masters, Johnson y Kolodny (1987) informan una prevalencia del 15%. Finalmente, el vaginismo está presente en el 5% de las mujeres encuestadas en nuestro trabajo, resultado cercano al 2-3% hallado por Masters, Johnson y Kolodny (1987).

*Tabla 1.*

Revisión de la prevalencia de las disfunciones sexuales masculinas en la población general (porcentaje)

	Kaplan (1982)	Masters y Johnson (1987)	Spector y Boyle (1987)	DSMIII-R (1988)	Spector y Carey (1990)	Segraves y Segraves (1991)	Ballester y Gil (1995)
BAJO DES	40	—	—	20	—	45	25
DIS. ERE	—	—	23	8	4-9	—	14
EY. PRECOZ	—	15-20	—	30	36-38	—	39
EY. RETAR	—	INFREC	—	—	—	—	18
ANORGASM	—	—	—	—	4-10	—	9
DISPAREU	—	INFREC	—	INFREC	—	—	6

*Tabla 2.*

Revisión de la prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas en la población general (porcentaje)

	Kaplan (1982)	Masters y Johnson (1987)	DSM-III-R (1988)	Segraves y Segraves (1991)	Ballester y Gil (1994)
BAJO DESEO	40	—	20	85	37
NO LUBRIC	—	—	—	—	22
ANORGASMIA	—	20	30	5-10	42
DISPAREUNIA	—	15	—	—	29
VAGINISMO	—	2-3	—	—	5

La edad de comienzo más frecuente de las disfunciones sexuales es la primera época de la vida adulta (grupo de edades comprendidas entre los 19-24 años en nuestro trabajo), aunque la eyaculación precoz empieza más a menudo en las primeras relaciones sexuales (grupo entre 14-15 años). Algunos trastornos como la disfunción eréctil, la eyaculación retardada y el bajo deseo sexual suelen tener en general una aparición más tardía (31-40 años), resultados que concuerdan con el DSM-III-R (1988) y los de Schiavi, Schreiner, Mandeli y Schanzer (1990).

Por otra parte, dada la importancia y repercusión que parece tener para el grado de satisfacción sexual y la aparición de disfunciones sexuales la preocupación por el propio desempeño sexual, nos parece interesante hacer notar que el tamaño del pene es una cuestión que preocupó al 23% de los hombres encuestados en nuestro trabajo, estando presente esta preocupación no sólo en adolescentes, sino también en jóvenes y adultos, especialmente a los menores de 30 años (35%), momento en que comienza a decrecer. Habida cuenta de los estudios que demuestran la falta de relación entre el tamaño del pene en flaccidez, el tamaño del pene en estado de erección y el grado de placer experimentado en las relaciones sexuales (Jamison y Gebhard, 1988; Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948), este porcentaje sigue siendo bastante alto. En este sentido hay que señalar que incluso un buen porcentaje de profesionales de la medicina parecen estar de

acuerdo en que el tamaño del pene es fundamental para la satisfacción de la mujer, tal como se reveló en una encuesta sobre concepciones erróneas acerca de la sexualidad humana administrada a 400 médicos (Pietropinto, 1986). Por todo esto, parece evidente la necesidad de una adecuada educación sexual que consiga que la sexualidad masculina no aparezca centrada en el pene, de cara a la promoción de la salud sexual entre los hombres. Parafraseando a Zilbergeld (1992), «nuestra cultura coloca una muy pesada carga sobre una parte muy pequeña de la anatomía del hombre», depositando la identidad masculina en el pene.

A nuestro parecer el conocimiento de la problemática sexual que afecta a los hombres y mujeres de nuestro entorno en las distintas edades, debe constituir el punto de partida para la elaboración, desarrollo y aplicación de programas concretos de intervención desde la psicología de la salud que tengan como objetivo la prevención de las disfunciones sexuales, así como la promoción de la salud sexual tanto en la población general como en colectivos específicos. En este sentido, partir de la realidad de nuestra cultura y no de datos provenientes de otros lugares y épocas puede ser una de las claves para el éxito de tales programas de educación para la salud. El primer paso para prevenir un problema e intervenir sobre él, es el reconocimiento de su existencia. Esperamos haber hecho con este trabajo una, aunque modesta, aportación a este respecto.

#### Referencias

- American Psychiatric Association (1988). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales revisado (DSM-III-R). Ed. Masson, Barcelona.
- Ballester, R. y Gil, M.D. (1994). Salud sexual (I): Análisis del comportamiento sexual de adolescentes, jóvenes y adultos en la Comunidad Valenciana. Análisis y Modificación de Conducta. Vol.20, n°69, 111-138.
- Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1990). Modificación de Conducta y Salud: Estudio de las tendencias actuales a partir de una revisión de publicaciones especializadas. En J.M. Buceta y A.M. Bueno: Modifica-

- ción de Conducta y Salud. Eudema. Madrid
- Frank, E., Anderson, C. y Rubinstein, D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in «normal» couples. *New England Journal of Medicine*, 299, 111-115.
- Haas, K. (1979). *Abnormal Psychology*. Van Nostrand Company. Nueva York.
- Hass, A. (1981). *Sexualidad y Adolescencia*. Ed. Grijalbo. Barcelona.
- James, N.J., Bignell, C.J. & Gillies, P.A. (1991). The reliability of self-reported sexual behaviour. *AIDS*, vol 5 (3), 333-336.
- Jamison, P.L. y Gebhard, P.H. (1988) Penis size increase between flaccid and erect states: An analysis of the Kinsey data. *Journal of Sex Research*; Vol 24, 177-183.
- Kaplan, H.S. (1982). *Trastornos del deseo sexual*. Ed. Grijalbo. Barcelona.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. & Martin, C.E. (1948). *Sexual Behaviour in the human male*. Saunders. Filadelfia.
- Labrador, F.J. (1987). *Tratamiento psicológico de las disfunciones sexuales*. En E. Echeburúa (comp). *Parejas en conflicto: estrategias psicológicas de intervención*. Servicio Editorial Universidad del País Vasco. San Sebastián.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Ed. Little Brown, Boston.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. y Kolodny, R.C. (1987). *La sexualidad humana: perspectivas clínicas y sociales*. Ed. Grijalbo. Barcelona.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral Health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37 (1), 1-14.
- McLaws, M.L., Oldenburg, B., Ross, M.W. & Cooper, D.A. (1990). Sexual behaviour in AIDS-related research: Reliability and Validity of recall and diary measures. *Journal of Sex Research*, vol 27 (2), 265-281.
- Pietropinto, A. y Simenauer, J. (1979). *El mito masculino*. Ed. Plaza y Janes. Barcelona.
- Pietropinto, A. (1986). Misconceptions about male sexuality. *Medical Aspects of Human Sexuality*; Nov Vol 20(11), 80-85.
- Segraves, K.B. y Segraves, R.T. (1991). Hypoactive sexual desire disorder: Prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex and Marital Therapy*; Spr Vol 17(1), 55-58.
- Schiavi, R.C.; Schreiner-Engle, P.; Mandeli, J.; Schanzer, H. et al. (1990) Healthy aging and male sexual function. *American Journal of Psychiatry*; Jun Vol 147(6), 766-771.
- Sierra, J.C. (1991). Métodos y técnicas de evaluación de las disfunciones sexuales. En G.Bucla-Casal y V.E. Caballo. *Manual de psicología clínica aplicada*. Siglo XXI, Madrid.
- Spector, K. y Boyle, M. (1987). Erectile problems in a non-clinical sample: Remission rates and perceived factors in remission. *Sexual and Marital Therapy*; Vol 2(1), 65-71.
- Spector, I.P. y Carey, M.P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior*, Aug Vol 19(4), 389-408.
- Wiener, D.N. (1969). Sexual problems in clinical experience. En C.B. Broderick y J. Bernard (comps) *The individual Sex and Society*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Zilbergeld, B. (1992). The man behind the broken penis: social and psychological determinants of erectile failure. En R.C. Rosen y S.R. Leiblum: *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*. Guilford Press.

Aceptado el 4 de noviembre de 1994