



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**La Representación Social de la Disfunción
Eréctil en hombres y mujeres del Distrito Federal**

T e s i s

Que para obtener el título de
Licenciados en Psicología

Presentan:

Alejandra Acatitla Ruíz
Víctor Iván Alderete Ramírez

JURADO DE EXAMEN

Tutor: Lic. Mario Manuel Ayala Gómez
Lic. Julieta Monjaráz Carrasco
Lic. Ricardo Meza Trejo
Mtro. Fernando González Aguilar
Mtro. Edgar Pérez Ortega





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 esta 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.

Agradecimientos

Queremos comenzar por agradecer a todas las personas que participaron en esta investigación.

Por ellos fue posible la conclusión de este proyecto.

A nuestro querido profesor Mario Ayala por habernos apoyado en un momento de dudas y confusión. Gracias a sus consejos y grandes conocimientos hemos podido concluir una etapa muy importante de nuestras vidas.

Alejandra:

Quiero dedicar esta tesis a mi Padre Celestial que siempre me pidió que tuviera paciencia para terminar este trabajo. Y sobre todo, agradecerle porque siempre lo sentí a mi lado y me dio ánimos, paciencia y las herramientas, para tener fortaleza de seguir adelante y terminarla.

Dedicarla a mis padres, por ser ellos los que siempre me alentaron hacia adelante en esto. Además, de darme su apoyo emocional y económico durante el tiempo que necesité para terminar esta investigación. Gracias por todo papá Miguel Ángel y mamá Victoria, son lo más importante de mi vida.

También, quiero agradecer a la mamá de mi compañero y amigo Iván, la Sra. Olga por el apoyo y recibimiento que me dio en su hogar (por cocinarnos tan rico) y por cada uno de los días que estude ahí trabajando en esta investigación.

Dedicarle esta tesis a la vida por los momentos difíciles y felices que me ha ofrecido, y me han ayudado a crecer como persona y darme cuenta de un sin fin de cosas.

Victor Iván:

Estoy muy feliz en el momento que escribo esto... he completado un ciclo muy importante en la historia de mi vida. La felicidad se va consiguiendo, cada vez que obtenemos un logro, terminar algo que comenzó en algún momento. Cada que concluimos un proyecto (cualquiera que sea éste) nos sentimos plenos, completos, alegres, seguros de nosotros, llenos de energía, como me siento en este momento. ¡... Gracias Dios...! ¡... Gracias Vida, por permitirme obtener este gran logro...!

Una dedicatoria muy especial a mis padres Olga y Victor, primeramente por traerme a este mundo, regalarme una niñez, una adolescencia y un proceso de madurez lleno de alegrías. Segundo, por ser un ejemplo positivo y un modelo digno para mí. Este logro es por y para ustedes. ¿Por qué? Porque de una manera amorosa me motivaron a seguir el camino del estudio. ¡... Gracias nuevamente papás...!

A mi hermana Lucero por ser el lado duro de mi educación. Sus ganas de obtener siempre la perfección, me ha enseñado a buscar que las cosas que hago, sean de la manera más correcta... ¡... Sigue así, pero recuerda ser feliz...!

A Alejandra, mi gran amiga y compañera de investigación. Te agradezco por haberte acercado a mí en una etapa de confusión. Tú, me ayudaste a aclarar mis ideas, que nos llevó a la conclusión de este proyecto, que orgullosamente puedo decir, nuestro... sin tu ayuda no podría haber cerrado este ciclo. ¡... Gracias...!

Contenido

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
1. REPRESENTACIONES SOCIALES	4
1.1. Antecedentes.....	4
1.2 La teoría de las representaciones sociales.....	6
1.3. Concepto de las representaciones sociales.....	11
1.4. Contenido y estructura de las representaciones sociales.....	14
1.5. Función de las representaciones sociales	18
1.6. La teoría del Núcleo Central de las representaciones sociales	19
2. LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL.....	23
2.1. Sexualidad masculina	23
2.1.1. Mecanismos básicos de la erección.....	24
2.1.2. Respuesta sexual.....	24
2.1.3. Cambios sexuales relacionados con la edad	25
2.1.4. Disfunciones sexuales masculinas.....	27
2.1.5. Prevalencia	27
2.2. Disfunción eréctil	29
2.2.1. Definición	29
2.2.2. Clasificación	30
2.3. Perspectiva biológica de la disfunción eréctil.....	31
2.3.1. Factores orgánicos.....	31
2.4 Perspectiva psicosocial de la disfunción eréctil	33
2.4.1. Factores psicológicos.....	33
2.4.2. Factores sociales	38
2.5. Tratamiento.....	41
3. METODOLOGÍA.....	42
3.1. Propósito de la investigación	42
3.2. Preguntas de investigación.....	43
3.3. Objetivos.....	43

3.4. Decisiones metodológicas	43
3.4.1. Tipo de estudio.....	43
3.4.2. Participantes	44
3.5. Procedimiento de construcción de datos	45
3.5.1. Técnicas de recolección.....	45
3.5.2. Escenario	45
3.6. Técnica de análisis	46
Etapa 2: Técnica de dominio.....	47
3.7. RESULTADOS	48
3.7.1. Análisis del cuestionario	48
3.7.2. Análisis de las cartas asociativas de la muestra general	50
Etapa 1: Coeficiente significativo del primer nivel	
de las cadenas asociativas	50
Población Total	50
Hombres General vs Mujeres General.....	50
Hombre-erección.....	50
Hombres de 18-30 años vs Hombres de 40-60.....	51
Hombre-erección.....	51
Impotencia sexual	52
Mujeres de 18-30 años vs Mujeres de 40-60 años	53
Hombre-erección.....	53
Impotencia sexual	53
3.7.3. Etapa 2: Técnica de dominio. Categorización de los elementos.....	
del núcleo central.....	58
Población Total	59
Hombre-erección.....	59
Impotencia sexual	61
Hombres General vs Mujeres General.....	63
Hombre-erección.....	63
Impotencia sexual	64
Hombres de 18-30 años vs Hombres de 40-60 años.....	65

Hombre-erección.....	65
Impotencia sexual	66
Mujeres de 18-30 años vs Mujeres de 40-60 años	68
Hombre-erección.....	68
Impotencia sexual	69
4. DISCUSIÓN	71
Hombre-erección.....	71
Impotencia sexual	73
Hombres General vs Mujeres General.....	77
Hombre-erección.....	77
Impotencia sexual	78
Hombres de 18-30 años vs Hombres de 40-60 años.....	79
Hombre-erección.....	79
Impotencia sexual	80
Mujeres de 18-30 años vs Mujeres de 40-60 años	81
Hombre-erección.....	81
Impotencia sexual	82
5. CONCLUSIONES.....	84
6. BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	91
Anexo 1. Carta asociativa.....	92
Anexo 2. Ficha de Identificación para Población de Hombres.....	93
Anexo 3. Ficha de Identificación para Población de Mujeres.....	94
Anexo 4. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN	
de la Población Total	95
Anexo 5. Núcleo Central de IMPOTENCIA SEXUAL	
de la Población Total	96
Anexo 6. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN	
de los Hombres General.....	97
Anexo 7. Núcleo Central de IMPOTENCIA SEXUAL	
de los Hombres General.....	98

Anexo 8. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN	
de las Mujeres General.....	99
Anexo 9. Núcleo Central de IMPOTENCIA SEXUAL	
de las Mujeres General.....	100
Anexo 10. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN	
de los Hombres de 18-30 años.....	101
Anexo 11. Núcleo Central de IMPOTENCIA SEXUAL	
de los Hombres de 18-30 años.....	102
Anexo 12. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN	
de los Hombres de 40-60 años.....	103
Anexo 13. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN	
de las Mujeres de 18-30 años.....	104
Anexo 14. Núcleo Central de IMPOTENCIA SEXUAL	
de las Mujeres de 18-30 años.....	105
Anexo 15. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN	
de las Mujeres de 40-60 años.....	106
Anexo 16. Núcleo Central de IMPOTENCIA SEXUAL	
de las Mujeres de 40-60 años.....	107

RESUMEN

La teoría de las representaciones sociales está enfocada en los significados sociales que rodean la vida cotidiana del individuo. Estas a su vez van moldeando su conducta y le permiten integrar la realidad, de acuerdo a su marco de referencia. Su sentido común le ayuda a comunicarse con otros grupos que comparten sus creencias para comprender un fenómeno. Basado en lo anterior, la presente investigación tuvo como finalidad investigar la representación social de la Disfunción Eréctil en hombres y mujeres de Distrito Federal. Se utilizó una metodología cualitativa y el modelo comprensivo–interpretativo. Los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron fueron la carta asociativa y el cuestionario aplicado a 200 personas. De las cuales el 34% mencionó que no tuvo enseñanza familiar y el 32% asoció la disfunción eréctil con la idea “sin erección”. Se formaron cuatro grupos, los cuales se analizaron por separado y en su conjunto. Se encontró que la representación social de la disfunción eréctil está atravesando por un periodo de conformación.

Palabra Clave: Representaciones sociales, disfunción eréctil, Carta asociativa.

INTRODUCCIÓN

La teoría de las representaciones sociales se ha ganado un lugar importante en las ciencias sociales en la medida en que permite introducir el lenguaje y la cognición como dimensiones básicas de la cultura y la vida cotidiana. Esta teoría constituye un espacio de investigación, donde el campo de la comunicación y el de la vida cotidiana se unen. Permite analizar cómo determinado grupo social “ve”, “interpreta”, “da sentido”, a una zona de sus vivencias individuales y colectivas.

Las representaciones sociales son entendidas como modalidades del pensamiento de sentido común que se generan, permanecen y transforman mediante procesos comunicativos cotidianos y mediáticos. La teoría se orienta a explicar el pensamiento de sentido común (Rodríguez, 2007).

El objetivo del presente trabajo fue el estudio de la representación social de la disfunción eréctil en hombres y mujeres de 18-30 años y 40-60 años respectivamente, que viven en el Distrito Federal.

El marco teórico consta de tres capítulos. En el capítulo 1 se habla de la teoría de las representaciones sociales, los antecedentes que permitieron su construcción, así como también, el concepto, la estructura, el contenido y la función, para la comprensión de dicha teoría. Se menciona la teoría del núcleo central propuesta por Abric (2001).

El capítulo 2 hace referencia a la teoría de la disfunción eréctil. Tema de interés social en la actualidad, ya que ha cambiado la manera de pensar sobre esta enfermedad.

De manera biológica, se habla del sexo y la sexualidad del género masculino, por ser el que está propenso a padecer de disfunción eréctil. Así como también, los mecanismos básicos de la erección, la respuesta sexual que es propia de este género.

Respecto al tema de la disfunción eréctil, se habla de los cambios que sufre la sexualidad masculina y que son relacionados con la edad, los tipos de problemas sexuales que pueden padecer los hombres, así como la prevalencia actual de esta enfermedad.

Además, se elaboró un apartado para la enfermedad, en este se encuentra la definición, la clasificación y los factores involucrados en el padecimiento, estos son biológicos, psicológicos y sociales.

Se habla del tratamiento biológico que está surgiendo en la actualidad, para la cura de esta enfermedad.

Debido a la transición del nombre de la enfermedad, que anteriormente se le denominaba impotencia sexual, aún está presente en el marco de referencia de los individuos, ya que durante el proceso de piloteo del instrumento utilizado (carta asociativa), fue la única palabra que arrojó datos significativos para la exploración de un representación social.

Razón para utilizar como palabras estímulo a la IMPOTENCIA SEXUAL, además de otras palabras que se utilizaron para desensibilizar a los participantes ante el tema. Ellas fueron HOMBRE-ERECCIÓN, que se tomó como palabra neutral.

En el capítulo 3, se describe la metodología. Se encuentran los propósitos, preguntas, objetivos y decisiones metodológicas que se utilizaron para la investigación.

En los resultados se describió de manera cuantitativa todo lo obtenido respecto al tema de la investigación, el análisis de los cuestionarios, las asociaciones de todas las cartas asociativas de los participantes.

El análisis se realizó en dos etapas, para la población total, género y edades requeridas para la investigación. La primera consistió en el coeficiente significativo de las cadenas asociativas, que de manera gráfica arrojó datos de las asociaciones más significativas que dio la población respecto al tema.

La segunda etapa fue la categorización, subcategorización y funciones de los elementos del núcleo central, que permitió un análisis más detallado en la búsqueda e interpretación de la representación social de la disfunción eréctil.

Por último, se presenta la discusión y conclusiones que se obtuvieron en esta investigación. La más importante de todas fue que, la representación social de la disfunción eréctil se encuentra en vías de conformación, debido al papel que están desempeñando los medios de comunicación sobre dicho tema. En este proceso, también se encontró que el género femenino cuenta con mayor diversidad verbal para explicar a la disfunción eréctil.

1. REPRESENTACIONES SOCIALES

1.1. Antecedentes

Toda ciencia o disciplina ha atravesado por algún periodo de estancamiento, donde “no hay” avances en el pensamiento, y con la llegada de ideas que revolucionan y cuestionan las teorías hasta ese momento establecidas, permiten grandes cambios en el conocimiento de la humanidad. Algunos ejemplos de nuevos paradigmas se pueden mencionar en la física a Copérnico y su teoría heliocéntrica, Newton y la ley de la gravitación universal y Einstein con la teoría de la relatividad; en la química a Luis Pasteur con el descubrimiento de microorganismos vivos o su método de pasteurización; la biología y Darwin con su teoría de la evolución; y en la psicología las nuevas ideas de Wundt al formar el primer laboratorio de psicología o Freud y el psicoanálisis.

En las ciencias sociales y en la psicología contemporánea han entrado en crisis ciertos presupuestos filosóficos que habían intervenido en su génesis, especialmente la escisión entre individuos y sociedad, naturaleza y cultura o conocimiento por elaboración individual o por imposición social. El desarrollo de la teoría de las representaciones sociales inaugurada por Moscovici, aún con sus problemas por resolver y con sus respuestas insuficientes, expresa sin duda una perspectiva superadora de estas dicotomías (Castorina, 2003).

Como cualquier idea, pensamiento o paradigma, la teoría de las representaciones sociales no surge de la nada, cuenta con una base histórica de varios pensadores entre los que destacan, Wundt y la distinción que hace entre psicología experimental y psicología social; la tradición de Mead con el interaccionismo simbólico en la sociología estadounidense; y Émile Durkheim con la introducción de las representaciones colectivas.

Émile Durkheim

Durkheim fue el primero en proponer el término “representación colectiva”. Quería designar así la especificidad del pensamiento social con relación al pensamiento individual. De modo que para él, la representación individual es un fenómeno puramente

psíquico, irreductible a la actividad cerebral que lo hace posible, la representación colectiva no se reduce a la suma de las representaciones de los individuos que componen una sociedad. de hecho, es uno de los signos de la primacía de lo social sobre lo individual. Uno desborda al otro. Según él, volvía a la psicología social para estudiar “de qué manera las representaciones se llaman y se excluyen. Se fusionan entre sí o se distinguen” (Moscovici, 1979).

Estableció diferencias entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas, explicando que lo colectivo no podía ser reducido a lo individual. Es decir, que la conciencia colectiva trasciende a los individuos con una fuerza coactiva y que puede ser visualizada en los mitos, la religión, las creencias y de más productos culturales colectivos.

Durkheim se atreve a hacer la diferencia entre sociología y psicología: a la primera le correspondía analizar todo acerca de las representaciones colectivas y a la segunda lo propio de las representaciones individuales. En consecuencia Durkheim definía el campo de la psicología social argumentando que debía estudiar como las representaciones sociales se llaman y se excluyen, se fusionan o se hacen distintas unas de otras. Sin embargo, estrecha el ámbito de estudio de la psicología poniendo en la mira de la sociología una buena cantidad de fenómenos que atañían más a una especie de psicología social o colectiva (Mora, 2002).

Serge Moscovici

Sesenta años después de Durkheim, el concepto de representación colectiva se convierte en el punto de partida de la investigación sobre las representaciones sociales, en la obra de S. Moscovici *La psychanalyse, son image et son public*. Su propósito era mostrar como una nueva teoría científica o política es difundida en una cultura determinada, cómo es transformada durante este proceso y como cambia a su vez la visión que la gente tiene de si misma y del mundo en que vive. Como objeto de esta primera investigación, Moscovici eligió el psicoanálisis, teoría nueva sobre el comportamiento humano que había penetrado ampliamente en la sociedad francesa de la post-guerra y cuyas trazas debían poderse notar en la vida cotidiana (Farr, 1986).

Moscovici reemplazó el concepto colectivo por social para enfatizar su relación con la psicología social antes que con la sociología, su visión de las representaciones sociales es más dinámica que la de Durkheim: las concibe como creadas y recreadas por los individuos en interacción los unos con los otros, como por ejemplo una conversación. Moscovici definió a las representaciones sociales de la siguiente manera: “conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones que tienen su origen en las comunicaciones interindividuales de la vida cotidiana. Son los equivalentes en nuestra sociedad de los mitos y sistema de creencias de las sociedades tradicionales, puede además decirse de ellas que son la versión contemporánea del sentido común” (Lambarri, 2001).

Farr (en Castorina, 2003) identifica como otra fuente de inspiración de la teoría de Moscovici a la concepción de Bartlett acerca de la relevancia social del contexto social en la narración de cuentos. La inteligibilidad de la comunicación es un requisito cultural para la comprensión del significado de las narrativas, especialmente en el caso del cuento. En otras palabras, las sucesivas versiones de un cuento en dos culturas están mediadas por procesos de asimilación y acomodación, que son antecedentes de lo que Moscovici denominó procesos de anclaje y objetivación. Por esta guía, Farr considera que la representación colectiva, interpretada como cultura en el sentido de Durkheim, influyó en la obra de Moscovici.

1.2 La teoría de las representaciones sociales

A lo largo de las dos últimas décadas la teoría de las representaciones sociales se ha convertido en un área muy influyente en la psicología social europea. Al mismo tiempo, numerosas voces críticas han expuesto objeciones importantes ya sea a la falta de solidez teórica o a la ambigüedad de los términos empleados. Se ha afirmado, por ejemplo, que no está claro de que manera el concepto de representación social difiere de otros términos “parecidos” como son los de “actitud”, “creencia”, “representación colectiva” e “ideología”. También se ha criticado que no se tiene ningún tipo de criterio acerca de lo que *no* son representaciones sociales, etc. Pero sin embargo, si se concibe la teoría de las representaciones sociales como una teoría de conocimiento *lego*, entonces muchas de estas críticas desaparecen o se convierten en redundantes (Marková, 1996).

Ibáñez (1994) resalta algunas de las dificultades que han existido para la comprensión de esta teoría:

Las representaciones sociales son sociales tanto por la naturaleza de sus condiciones de producción como por los efectos que engendran y por la dinámica de sus funcionamientos.

Durkheim, sin embargo, no las calificó siempre de sociales y acuñó, la denominación de *representaciones colectivas*. ¿Existe alguna razón, que vaya más allá de un simple afán de originalidad, y que justifique la sustitución de la expresión original por la de representaciones sociales? En el texto que preparó para el coloquio "Representaciones sociales e ideologías" celebrado en Nanterre a finales de 1987, Moscovici se escandalizaba de que ciertos investigadores pudiesen seguir confundiendo lo social y lo colectivo: "... considero con cierta mezcla de extrañeza y de incompreensión el uso que hacen algunos de los términos social y colectivo como si fuesen sinónimos." La razón le asiste sin duda alguna de este punto. ¿*Qué debemos entender en efecto, por el término social?* La cuestión reviste suficiente importancia por la que dediquemos unos instantes de reflexión.

Lo social no estriba en el hecho de que cierta característica sea *compartida* por diversas personas, grupos, o entidades de más amplio abasto. Si esto fuese así, muchas propiedades meramente físicas o biológicas deberían entrar en la categoría de lo social, lo cual carece obviamente de sentido. Lo social no radica tampoco en que una determinada característica resulte de la actuación conjunta de varias personas o en que esa característica no exista sino en relación con la existencia colectiva de quienes la comparten o de quienes la producen (pág. 182).

Al retomar las representaciones colectivas de Durkheim, Moscovici elabora un modelo para resaltar tanto los aspectos psicológicos y sociales, y así poder diferenciar una teoría de la otra. Este modelo lo denominó *relacional*, y además incorpora otra de las hipótesis más sólidas de la psicología social: la relación entre el comportamiento latente y el manifiesto desde el conocimiento en que las representaciones sociales contribuyen a los procesos de formación de la conducta, orientación y comunicaciones sociales. Elabora tres modalidades de las representaciones sociales, donde pretende mostrar el aspecto social (Arruda, 2000):

1. Representaciones sociales hegemónicas. Éstas son compartidas por todos los miembros de grupos "altamente estructurados", como partidos o naciones. Ellas predominarían implícitamente en las prácticas simbólicas o afectivas; parecen uniformes y coercitivas.

Estas representaciones, como señala Bourdieu (1982, 1983; en Arruda, 2000), son constitutivas de un campo de fuerzas y de un territorio de luchas por identidad, por espacio o por la afirmación de determinados proyectos e intereses. Así,

aunque aparenten letargo y homogeneidad, sufren lentas transformaciones que las van alterando y haciendo derivar en otras, bajo la influencia de condiciones históricas, sociales, políticas y culturales. Esto quiere decir que tales modificaciones pasan muchas veces por disputas que se dan entre representaciones polémicas de grupos antagónicos, y el trabajo permanente de las representaciones “emancipadas”, para metabolizar lo real y tornarlo materia digerible de la comunicación. Estas representaciones hegemónicas, son parte del tejido y del diseño de la red de significados que hace la cultura. Se dan en íntima vinculación con prácticas y acciones que también componen este tejido.

En efecto, tomando como base la psicología cultural, Wagner (1998, en Arruda, 2000) va a definir algunas representaciones hegemónicas en los grandes grupos como representaciones culturales. Son aquellas que están profundamente arraigadas en el pensamiento y en el comportamiento de un pueblo. Ellas serían las responsables de la interacción social integrada, en la medida que ofrecen senderos comunes a todos para la comprensión de objetos que poseen una larga historia, como los roles sexuales, la enfermedad, el cuerpo humano. Se trata de representaciones que permiten, además de la creación de los mismos objetos, la definición de los actores en cuanto integrantes de comunidades y culturas específicas. Son adquiridas y desarrolladas desde la infancia, o provienen de un tiempo histórico anterior, lo que posibilita su mayor estabilidad.

2. Representaciones sociales emancipadas o autónomas. Resulta de la circulación del conocimiento y de las ideas de grupos que mantienen contacto. Al contrario de las primeras, no poseen carácter homogéneo, sino que expresan una cierta autonomía con respecto a los segmentos que las producen.
3. Representaciones sociales polémicas. Surgen en el conflicto y en la controversia social, y no crean unanimidad en la sociedad. En realidad, son el producto de relaciones antagónicas entre grupos, excluyéndose mutuamente.

Las representaciones polémicas, son un contraste radical de esta intensidad que se contraponen a la representación hegemónica y otorgan al grupo una identidad y cohesión.

Las minorías activas, son las portadoras de las representaciones polémicas, ya que se enfrentan a un pensamiento hegemónico, provocando el cambio de mentalidad. Éstas, se van difundiendo en los grupos por medio de su interpretación y la comprensión de los hechos, de tal manera que producen un nuevo sentido común y, al dispersarse en diversos medios, siguen interpretándose en nuevas representaciones emancipadas (Arruda, 2000).

Respecto a las representaciones polémicas Ibañez (1994) señala lo siguiente:

La importancia del papel que representan las minorías en la realización de los cambios sociales puede hacernos caer en la ilusión de que estas constituyen el motor principal, o más exactamente, el principio generador sin embargo, parece que las características generales de los procesos de cambio social deberían conducir a relativizar el papel de las minorías o más exactamente, a reconsiderar la naturaleza de su intervención. Más que situarlas como creadoras del cambio social, convendría considerarlas como instrumento de un cambio social que es engendrado y regulado por las instancias de poder de la sociedad.

Este modelo planteado por Moscovici, permite comprender que las representaciones son generadas por los sujetos o por los grupos, ser concebidas como una producción o elaboración de carácter social y entender el por qué son tan dinámicas, al estar en constante evolución con el medio que las rodea. Guerrero (2000) insiste en el hecho de que los grupos heredan (transmiten) las representaciones, y para que esto ocurra se requieren condiciones dentro de la cultura como son el lenguaje, la comunicación, las características y la vida social de los grupos en los que se inscriben.

La teoría de las representaciones sociales es fundamentalmente una teoría del conocimiento ingenuo. Busca descubrir cómo los individuos y los grupos construyen un mundo estable y predecible partiendo de una serie de fenómenos diversos y estudia cómo a partir de ahí los sujetos “van más allá de la información dada” y qué lógica utilizan en tales tareas. A diferencia de la mayoría del conocimiento *lego*, la teoría de las representaciones sociales se ocupa de la *interdependencia de los procesos de pensamiento conscientes (reflexivos) y no conscientes (habituales, automatizados)* (Marková, 1996).

Componen el sentido común y lo forman partiendo de teorías y datos de la ciencia. Las informaciones que recibimos por medio de ellos se modifican por las imágenes y conceptos que se superponen a objetos e individuos. Las representaciones son el reflejo interior de algo exterior.

Fue Moscovici fundamentalmente quien buscó relacionar las representaciones sociales con la ciencia y el sentido común. Su investigación le permitió demostrar la difusión del psicoanálisis a través de los medios de prensa. Es decir que la ciencia, en tanto saber especializado, no implica una ruptura total con el sentido común, por el contrario, puede ayudar a formarlo. Pero, además, el sentido común es capaz de colaborar otorgando a la ciencia sus premisas básicas sobre las cuales ella se desarrollará posteriormente (Peña y Gonzales, 2001).

En otras palabras, la racionalización de la ciencia incluye el sentido común, y el sentido común es un subproducto de la ciencia y un producto de los intercambios cotidianos: “las representaciones están constantemente presentes en la menor percepción, en el más mínimo de los actos y emociones” (Moscovici y Hewston, 1986, pág 708).

La ciencia, entonces, es parte de nuestra visión de la vida cotidiana, aunque ello no supone que actuemos necesariamente siempre de modo lógico y racional. Responder a la pregunta por qué piensan de determinada manera los individuos en la vida cotidiana, supone, justamente, abordar la teoría de las representaciones sociales (Peña y Gonzales, 2001).

Las representaciones sociales son tan dinámicas como el mundo social interactivo y cotidiano en que se adquieren y desarrollan, por tanto permiten conocer y comunicar una gama considerable de sucesos de la vida diaria (Lambarri, 2001).

Se cristalizan en imágenes que encierran un conjunto de significados; son sistemas de referencia que nos permiten significar lo que vivimos o bien, dar un sentido a lo novedoso; en pocas palabras es una forma de interpretar y de concebir nuestra realidad (Jodelet, 1986).

Representar, entonces, es *sustituir a estar en lugar de*. Es el representante mental de algo, y está emparentado con el símbolo, con el signo. Significa la reproducción mental de una cosa. Por ello, no importa que el objeto representado pueda ser mítico o

imaginario. La representación también puede sustituir a lo que está presente, aunque ello sea algo “invisible” (Peña y Gonzales, 2001).

Con las representaciones sociales, dice Banch (2000):

se inaugura una nueva Psicología Social. Se trata de una disciplina crítica, con sentido histórico-social, en la cual este último adjetivo se refiere tanto a a) las condiciones de producción de las representaciones (medios de comunicación social, interacción cara a cara, comunicación, lenguaje) como a b) las condiciones de circulación de las representaciones sociales (intercambio de saberes y ubicación de las personas en grupos naturales y de los grupos sociales naturales en contextos sociales particulares dentro de una estructura social y c) funciones sociales (construcción social de la realidad en el intercambio social, desarrollo de una identidad personal y social, búsqueda de sentidos o construcción del conocimiento del sentido común). Por otra parte, lo social en las representaciones no se polariza ni hacia lo micro ni hacia lo macro: Moscovici (1961; en Banchs, 2000) nos habla de una determinación social lateral (micro) y otra central (macro) de las representaciones. La primera se relaciona con nuestros grupos de pertenencia, nuestra ubicación dentro de una parcela particular del mundo, la determinación central se refiere a nuestra pertenencia en una nación, un país, una cultura con una historia y una memoria social que atraviesa las representaciones. Ahora bien, no debemos entender esas dos formas de determinación social en un sentido causal unidireccional. A la par que el individuo se constituye y constituye sus representaciones también constituye su mundo social y construye y reconstruye permanentemente su propia realidad social y su propia identidad personal (pág. 10).

1.3. Concepto de las representaciones sociales

Para hablar de una definición, Moscovici en su obra capital, pone sobre aviso “si bien la realidad de las representaciones sociales es fácil de captar, el concepto no lo es...” (Moscovici, 1979, pág. 27). Una de las razones de esta dificultad estriba sin duda en que el concepto de representación social es un concepto híbrido donde confluyen nociones de origen sociológico, tales como la de cultura, o de ideología, y nociones de procedencia psicológica, tales como la de imagen o la de pensamiento. Así, el concepto de representación social se caracteriza por dos rasgos peculiares. Por una parte, su ubicación estratégica en la intersección de la sociología y la psicología, lo cual le convierte en un concepto eminentemente psicosociológico. Por otra parte, su composición polimorfa, ya que recoge e integra toda una serie de conceptos que presentan, cada uno de ellos, un alcance más restringido que el propio concepto de representación social, y son por eso mismo más operativos. Estas peculiaridades convierten al concepto de representación social en un concepto *marco* que apunta hacia

un conjunto de fenómenos y de procesos más que hacia objetos claramente diferenciados o hacia mecanismos precisamente definidos. Pero quizá la naturaleza misma de los fenómenos a los que alude el concepto de representación social requiere un grado de complejidad conceptual y una flexibilidad difícilmente compatible con criterios estrictamente operativos. En efecto, el tipo de la realidad social al que apunta el concepto de representación social está firmemente zurcido por un conjunto de elementos de muy diversa naturaleza: procesos cognitivos, inserciones sociales, factores afectivos, sistemas de valores... que deben tener cabida *simultáneamente* en el instrumento conceptual utilizado para dilucidarlo (Ibáñez, 1994).

En la actualidad la definición que da Jodelet (1986), acerca del tema es la más aceptada. Esta definición dice lo siguiente:

Así pues, la noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersectan lo psicológico y lo social. Antes que nada concierne a la manera en que nosotros, sujetos sociales aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras, el conocimiento <<espontáneo>>, <<ingenuo>> que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ese que habitualmente se denomina *conocimiento de sentido común*, o bien *pensamiento natural*, por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, este conocimiento es, en muchos aspectos, un *conocimiento socialmente elaborado y compartido*. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo (pág, 473).

Para esta misma autora, toda representación social posee seis características fundamentales:

- Siempre es la representación de un objeto, ya que consta de una cara figurativa y otra simbólica, es decir, a toda figura u objeto le corresponde un sentido.
- Tiene un carácter de imagen y posee además la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto.
- Tiene un carácter simbólico y significativo a la vez, que resulta de la imposibilidad de diluir el vínculo entre objeto y sujeto.

- Tiene un carácter constructivo en la medida en que toda representación se construye y se reconstruye en el acto de representación.
- Tiene un carácter autónomo y creativo en la medida en que utiliza los elementos descriptivos y simbólicos proporcionados por la comunidad, junto con los normativos.
- Siempre conlleva algo social: las categorías que la estructuran y expresan son tomadas de un fondo común de cultura.

En su artículo, Mora (2002) resalta algunas definiciones de los autores que se han dedicado al estudio de las representaciones sociales; entre los que destacan:

Banchs, quien establece su propia definición, en la que remarca el doble carácter de éstas como contenido y como proceso: en tanto que una particular forma de conocimiento y también una estrategia de adquisición y comunicación del mismo conocimiento. Por lo tanto, son una forma de reconstrucción mental de la realidad generada en el intercambio de informaciones entre sujetos. Aprovechando estos indicadores Banchs, elabora una interpretación de la idea de representación social, mostrándola como una forma del conocimiento de sentido común que caracteriza a las sociedades modernas *bombardeadas* de manera constante por la información que los medios de comunicación divulgan. Siguen, por tanto, una lógica propia que es diferente pero no inferior, a la lógica científica y que encuentran su expresión en un lenguaje cotidiano de cada grupo social.

Otra definición que menciona Mora (2002) son las que dan Di Giacomo, quien resalta su papel práctico en la regulación de los comportamientos intra e intergrupales; Páez, quien las observa como una expresión del pensamiento natural, no formalizado ni institucionalizado; Acosta y Uribe, aluden a la doble modalidad de la representación social: por un lado como modo de conocimiento, es decir, como actividad de reproducción de las características de un objeto; de su reconstrucción mental, por el otro, como una forma de pensamiento social que estructura la comunicación y las conductas de los miembros de un grupo.

En definitiva, el concepto de representación social se presenta como un concepto complejo, polifacético, difícil de encerrar en una expresión condensada y con la ayuda de unas pocas palabras. Pero complejo no significa necesariamente confuso. Hemos visto

que la representación social presenta una serie de características que pueden formularse de manera muy precisa, aunque planteen ciertos problemas a nivel de su traducción en forma de técnicas operativas de investigación. Lo que hace la complejidad del concepto es sin duda la articulación de esas diversas características que difícilmente pueden integrarse en una sola unidad sin dejar cierto grado de flexibilidad en sus interconexiones. Esta flexibilidad trae como consecuencia la aparición de ciertas playas de ambigüedad y de vaguedad (Ibañez, 1994).

1.4. Contenido y estructura de las representaciones sociales

Moscovici (1979) menciona que en una representación social están presentes dimensiones y procesos:

Dimensiones de una representación social

a) Información

Remite a la suma de los conocimientos poseídos a propósito de un objeto social, a su cantidad y a su calidad –más o menos estereotipada, trivial u original-.

Ibañez (1994) al respecto de la información agrega lo siguiente:

Los diversos grupos sociales y las personas que las integran, disponen de medios de acceso a la información que son muy variables según los diversos objetos. Tal grupo puede acceder mucho más fácilmente que otro a la información sobre un determinado objeto y tener, sin embargo, muchas más dificultades que este último en relación con otro objeto. Estas diferencias inciden, por supuesto, en el tipo de representación que se elabora sobre un objeto social y, por consiguiente, sobre la naturaleza misma del objeto para los distintos grupos sociales. Es así como las pertenencias grupales y las ubicaciones sociales mediatizan la cantidad y la precisión de la información disponible, incidiendo en el tipo de representación social que se forma. Junto con estos factores conviene considerar también el origen de la información de que disponen los grupos. Así, la información que surge de un contacto directo con el objeto y de las prácticas que uno desarrolla en relación a él, tiene unas propiedades bastante diferentes de las que presenta la información recogida a través de la comunicación social (pág. 185).

b) Campo de representación

Expresa la idea de una organización del contenido: hay “campo de representación allí donde hay una unidad jerarquizada de los elementos”, pero el carácter más o menos rico de ese contenido, las propiedades propiamente cualitativas, imaginativas de la

representación. En este sentido, el campo de representación supone un mínimo de información que integra en un nuevo nivel imaginativo y que, a cambio, contribuye a organizar.

c) Actitud

Expresa la orientación general, positiva o negativa, frente al objeto de la representación. El hecho importante parece ser que la actitud se manifiesta como una dimensión más “primitiva” que las otras dos, en el sentido de una información reducida y de un campo de representación poco organizado.

Señala Moscovici (1979) que la actitud es la más frecuente de las tres dimensiones y, quizá, primera desde el punto de vista genético. En consecuencia, es razonable concluir que nos informamos y nos representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición y en función de la posición tomada.

Procesos de la representación social

a) Objetivación

La objetivación explica una “disposición particular de los conocimientos concernientes al objeto de la representación social”. En el caso de la representación de una teoría científica se pueden distinguir dos etapas del proceso. La primera que va “de la teoría a su imagen” se caracteriza por la retención selectiva de la información circulante. La “descontextualización” de los elementos así seleccionados que, desplazados, extraídos del razonamiento teórico inicial, pueden entonces ser libremente refundidos en una elaboración específica.

Esta elaboración se caracteriza tanto por su carácter concreto, lleno de imágenes –y por consiguiente- accesible como por su coherencia. Moscovici introduce la noción de esquema figurativo que constituye, puede decirse, el núcleo esencial de la representación.

En una segunda etapa del proceso de objetivación, el esquema figurativo deja en efecto de ser una elaboración abstracta, explicando ciertos fenómenos, para devenir su expresión inmediata y directa. Se ha podido calificar de naturalización el proceso por el cual los conceptos se mudan así en “verdaderas categorías del lenguaje y del

entendimiento –categorías sociales ciertamente- apropiadas para ordenar los acontecimientos concretos y para ser nutridas por ellos”. Paralelamente, lo que era concepto abstracto se transforma en “entidad” objetiva.

El modelo figurativo o esquema que resulta, cumple muchas funciones: a) constituye un punto común o mediador entre la teoría científica inicial y su representación social; b) aquí se realiza el cambio de lo que en la teoría es exposición general, abstracta e indirecta de una serie de fenómenos, en una traducción inmediata y funcional de la realidad que sirve al hombre común y corriente; c) el modelo asocia diversos elementos en un foco explicativo con una dinámica propia y suficiente; y d) permite a la representación social convertirse en un marco cognoscitivo estable y orientar tanto las percepciones o los juicios sobre el comportamiento, como las relaciones interindividuales (Mora, 2002).

Jodelet (1986) a manera de ejemplo, resalta la importancia de estas tres fases de la objetivación, que Moscovici propuso en su investigación del psicoanálisis:

- Selección y descontextualización de los elementos de la teoría. Las informaciones que circulan sobre el psicoanálisis serán objeto de una selección en función de criterios culturales (todos los grupos no tienen un igual acceso a las informaciones) y, sobre todo, en función de criterios normativos (tan sólo se retiene aquello que concuerda con el sistema ambiente de valores: las prohibiciones referentes a la sexualidad ocultan los elementos de la teoría con ella). Estas informaciones son separadas del campo del científico al que pertenecen, del grupo de expertos que las ha concebido y son apropiadas por el público que, al proyectarlas como hechos de su propio universo, consigue dominarlas.
- Formación de un “núcleo figurativo”: Una estructura de imagen reproducida de manera visible una estructura conceptual. Las nociones claves que configuran dimensiones existenciales, el “consciente” (que evoca la voluntad, lo aparente, lo realizable) y el “inconsciente” (que evoca lo involuntario, lo oculto, lo posible) son visualizados en el núcleo a través de su posición por encima y por debajo de una línea de tensión en la que se encarnan el conflicto, la contradicción en forma de presión represiva, el “rechazo” que da lugar al “complejo”. De esta forma, los

conceptos teóricos se constituyen en un conjunto gráfico y coherente que permite comprenderlos de forma individual y en sus relaciones. Pero asimismo permite transformar el aparato psíquico en una visión compatible con otras teorías o visiones del hombre. La ocultación de la sexualidad ha conllevado la eliminación, dentro de la reconstrucción esquemática, de un elemento, esencial en la teoría, la libido, directamente a la sexualidad.

- Naturalización: el modelo figurativo permite concretar, al coordinarlos, cada uno de los elementos que se transforman en seres de naturaleza: “el inconsciente es inquieto”, “los complejos son agresivos”, “las partes conscientes e inconscientes del individuo se hallan en conflicto”. Las figuras, elementos del pensamiento, se convierten en elementos de la realidad. Referentes para el concepto. El modelo figurativo utilizado como si realmente demarcara fenómenos, adquiere un estatus de evidencia: una vez considerado como adquirido, integra los elementos de la ciencia en una realidad de sentido común.

b) *Anclaje*

El anclaje nos permitirá perfeccionar nuestra comprensión del funcionamiento de una representación social. En efecto, ésta última no se limita a la elaboración de un contenido, cuyo “núcleo” se encuentra condensado en un esquema figurativo. La representación se halla igualmente en el centro de actividades psicológicas que se prosiguen en dos direcciones.

El anclaje equivale a la atribución de una funcionalidad. El anclaje se nos presenta como una prolongación de la objetivación: elaboración de un plan y de instrumentos de conducta que prolonga el remodelado cognoscitivo de la obra en la objetivación.

De manera sintética, Moscovici (en Mora, 2002) aclara ambos procesos argumentando que la objetivación traslada la ciencia al dominio del ser y el anclaje lo delimita en el de *el hacer*; así como la objetivación presenta cómo los elementos de la ciencia se articulan en una realidad social, el anclaje hace visible la manera en que contribuyen a modelar las relaciones sociales y también cómo se expresan.

Con el ir y venir de la información social, las dimensiones y procesos, juegan el papel fundamental para la formación de una representación social. Cada uno es importante y

no se puede asegurar en qué momento comienza uno u otro, es un ciclo que no es lineal sino flexible en la conformación y/o construcción de una representación.

1.5. Función de las representaciones sociales

Al desempeñar un papel fundamental en las prácticas y en la dinámica de las relaciones sociales; responde a cuatro funciones esenciales propuestas por Abric (2001):

a) Funciones de saber: permiten entender y explicar la realidad.

El saber práctico de sentido común –como le llama Moscovici-, permite a los actores sociales adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para ellos, en coherencia con su funcionamiento cognitivo y con los valores a los que se adhieren.

Por otro lado, facilita incluso la condición necesaria de la comunicación social. Define el marco de referencia común que permite el intercambio social, la transmisión y la difusión de ese saber “ingenuo” manifiesta así ese esfuerzo permanente del hombre por entender y comunicar del que Moscovici piensa que constituye la esencia misma de la cognición social.

b) Funciones identitarias: definen la identidad y permiten la salvaguarda de la especificidad de los grupos.

Además de la función cognitiva de entender y explicar, las representaciones tienen también por función situar a los individuos y a los grupos en el campo social... [permiten] elaborar una identidad social y personal gratificante; es decir, compatible con los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados.

Esta función de las representaciones les da un lugar primordialmente en los procesos de comparación social.

c) Funciones de orientación: conducen los comportamientos y las prácticas.

La representación interviene directamente en la definición de la finalidad de la situación, determinado así, a priori, el tipo de relaciones para el sujeto pero también eventualmente, en una situación en que una tarea es por efectuar, el tipo de gestión cognitiva que se adoptará. Hemos podido demostrar así que la representación de la tarea determina directamente el tipo de gestión cognitiva adoptado por el grupo, así

como la forma en que se estructura y eso independientemente de la realidad “objetiva” de la tarea.

La representación produce igualmente un sistema de anticipaciones y expectativas. Es así, pues, una acción sobre la realidad: selección y filtro de las informaciones, interpretaciones con objeto de volver esa realidad conforme a la representación.

Finalmente en tanto que la representación social, es decir reflejando la naturaleza de las reglas y de los lazos sociales, la representación es prescriptiva de comportamientos o prácticas obligadas. Define lo lícito, tolerable o inaceptable en un contexto social dado.

d) Funciones justificadoras: permiten justificar a posteriori las posturas y los comportamientos.

Antes de la acción las representaciones desempeñan un papel esencial. Pero intervienen también luego de la acción, y permiten así a los actores explicar y justificar sus conductas en una situación o en consideración a sus colegas.

En definitiva, las funciones de las representaciones sociales son hacer familiar lo extraño y volver perceptible lo invisible (Farr, 1986).

1.6. La teoría del Núcleo Central de las representaciones sociales

La teoría del núcleo central planteada por Abric (2001), sostiene que toda representación está organizada conforme a un núcleo central y elementos periféricos. Esta idea de centralidad, en el pensamiento social no es nueva, desde 1927, Heider, respecto al estudio de fenómenos de atribución, encuentra la idea que las personas tienen tendencia a atribuir los eventos que sobrevienen en su entorno a núcleos unitarios. Condicionados de forma interna. Y que son, de algún modo. *Los centros de la textura causal del mundo*. En el mismo sentido, dice Heider, cuando estudiamos las percepciones del entorno social por los individuos .percatamos de que cuando un individuo percibe su entorno social, se esforzará por dar un sentido a la diversidad de estímulos inmediatos. Esta operación con el objeto de encontrar un sentido se operará mediante una focalización sobre esos núcleos unitarios, los que atribuirán la significación de los hechos esperados.

En ese proceso de percepción social aparecen así, pues elementos centrales, al aparecer constitutivos del pensamiento social, que permiten poner orden y entender la realidad vivida por los individuos o los grupos.

Según la teoría del núcleo, toda representación social estable se organiza en torno de un “núcleo matriz”. Este núcleo está constituido de elementos cognitivos (opiniones, creencias, informaciones...) que forman el objeto de consenso en el grupo portador de la representación (Moliner, 2007).

Acerca de esta teoría, Abric (1993), dice lo siguiente (véase tabla 1):

La representación social y sus dos componentes: el núcleo central y los elementos periféricos funcionan como una entidad, cada parte tiene un específico pero rol complementario en la dirección del otro.

Su organización, así como también su funcionamiento, es gobernado por un doble sistema:

El sistema central – compuesto por el núcleo central de la representación – presenta las siguientes características:

Está directamente ligado y determinado por condiciones históricas, sociológicas e ideológicas. Como tal, está marcado fuertemente por la memoria colectiva del grupo y el sistema de normas que refiere.

El común colectivamente compartido también constituye las bases de las representaciones sociales. Esta función es consensual. La homogeneidad de un grupo social es alcanzada y definido a través de él.

Es estable, coherente, resistente al cambio y asume una segunda función, la continuidad y consistencia de la representación.

Finalmente, se podría decir que es relativamente independiente desde la intermediación social y el contexto material en la que la representación sobresale.

El sistema central es por eso estable, coherente, consensual e históricamente marcado.

Respecto al sistema periférico, constituye el complemento indispensable del sistema central del cual depende. Si el sistema central es esencialmente normativo, el sistema periférico en sí es funcional. Por eso se dice que sin él, la representación no podría estar arraigado en la realidad del momento. (pág. 75)

Este es el elemento fundamental de la representación puesto que a la vez determina la significación y la organización de la representación.

El núcleo central –o núcleo estructurante- de una representación garantiza dos funciones esenciales:

Una función generadora: es el elemento mediante el cual se crea, se transforma, la significación de los otros elementos constitutivos de la representación. Es por su conducto que esos elementos toman un sentido, un valor;

Una función organizadora: es el núcleo central que determinan la naturaleza de los lazos que unen, entre ellos los elementos de la representación. Es, en este sentido, el elemento unificador y estabilizador de la representación.

Tabla 1. Características del sistema central y el sistema periférico de la representación

Sistema Central	Sistema Periférico
Ligado a la memoria colectiva y a la historia del grupo	Permite la integración de las experiencias individuales y las historias pasadas
Consensual Define la homogeneidad del grupo	Sostiene la heterogeneidad del grupo
Estable Coherente Rígido	Flexible Tiene contradicciones
No es muy sensible al contexto inmediato	Sensible al contexto inmediato
Funciones: - Genera el significado de la representación - Determina su organización	Funciones : - Permite la adaptación a la realidad concreta - Permite la diferenciación del contenido - Protege el sistema central

Fuente: Abric, J. (1993). Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers of social representations*. Vol. 2, No. 2, 75-78. Université de Provence: Francia.

Por su parte, Moliner (2007), distingue tres funciones respecto al núcleo central:

- a) Función de denotación. Habla sobre las propiedades simbólicas de los elementos centrales. El núcleo proporciona de este modo etiquetas verbales que permiten a los individuos evocar o reconocer el objeto de la representación sin recurrir a discursos extensos o al análisis a profundidad.
- b) Función de agregación. Directamente relacionada con el fuerte potencial semántico de los elementos centrales. De hecho, estos elementos, relativamente difusos en el plano de su significación propia permiten a los individuos reordenar, con un mismo término, experiencias discordantes y contextualizadas.
- c) Función de federación. Deriva a las anteriores. Ofreciendo al grupo elementos de definición difusa, el núcleo proporciona una matriz común que permite a cada uno evocar el objeto de la representación, a la vez que permite la coexistencia de la gran variedad de experiencias individuales. De este modo, los miembros de un grupo determinado dispondrán de un marco conceptual generador de consensos e integrador de diferencias individuales.

Los elementos periféricos de la representación se organizan alrededor del núcleo central. Están en relación directa con él, es decir que su presencia, su ponderación, su valor y su

función están determinados por el núcleo. Constituyen lo esencial del contenido de la representación, su lado más accesible, pero también lo más vivo y concreto. Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias. Si los elementos centrales constituyen la clave de bóveda de la representación, los elementos periféricos desempeñan también un papel esencial en la representación. En efecto, constituyen la interfase entre el núcleo central y la situación concreta en la que se elabora o funciona la representación y responde a tres funciones esenciales:

- Función concreción: directamente dependientes del contexto, resultan del anclaje de la representación en la realidad, y permiten revestirla en términos concretos, comprensibles y transmisibles de inmediato. Integran los elementos de la situación en la que la representación se produce, hablan del presente y de lo vivido del sujeto.
- Función regulación: más flexibles que los elementos centrales, los elementos periféricos desempeñan un papel esencial en la adaptación de la representación a las evoluciones del contexto. Pueden entonces ser integradas a la periferia de la representación tal o cual información nueva, tal o cual transformación del entorno.
- Función defensa: el núcleo central de una representación resiste al cambio, puesto que su transformación ocasionaría un trastorno completo, por tanto el sistema periférico funciona como el, sistema de defensa de la representación.

Debido a la importancia del núcleo central y sus elementos periféricos en la teoría de las representaciones sociales, el hecho de estar ligado a condiciones históricas y socioculturales, así como estar constituido de elementos cognitivos (opiniones, creencias, informaciones...) de la representación, en la presente investigación se retomó esta gran importancia para definir y analizar a la disfunción eréctil, la conformación de su núcleo central y sus elementos periféricos que organizan a su representación. La manera en que la sociedad o los grupos sociales se han adecuado de la información reciente, procedente de los medios de comunicación y las nuevas investigaciones que dan una manera diferente de ver el problema.

2. LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

2.1. Sexualidad masculina

Para poder entender la sexualidad hay que empezar por ubicar a nuestra especie entre todas las especies. Es en la nuestra en la que la sexualidad adquiere otra dimensión, además de la reproducción, pues la relación sexual es una actividad placentera, el ser humano es el animal más sexual de la tierra, así como crea cultura y tiene registro del pasado, dirige el presente y planea el futuro, aprende de la experiencia, comunica sentimientos, pensamientos e ideas, con todo esto se busca el equilibrio. La sexualidad incluye, y no puede dejar de hacerlo por su complejidad, tanto las circunstancias biológicas como el contexto social, cultural y psicológico, remitiendo a un concepto pluridimensional (Sánchez y Carreño, 2007).

La palabra sexualidad, dice Sánchez, se asocia a múltiples conceptos, desde el amor, la compañía, la reproducción, la familia, la unión, la comunicación hasta la palabra sexo asociada a “hacer el amor”, cópula, relaciones sexuales, placer, etcétera. Para poder hacer una definición global se debe considerar, en primer lugar, lo biológico. Por generaciones, los humanos seguimos el orden de la naturaleza en cuanto a sobrevivir, de algún modo “venciendo” al reproducirnos, a la muerte. Este es un ingrediente de la vida humana, el otro es la cultura.

El concepto de sexualidad lo consideraron Masters, Johnson y Kolondy (1995) como un fenómeno pluridimensional que se refiere a todos los planos del ser sexual. Hablar de sexualidad es referirse a una dimensión de la personalidad y no sólo a la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica. De esta manera, la sexualidad comprende aspectos biológicos, psicológicos, sociales, conductuales, clínicos morales y culturales (citado en Sánchez y Carreño, 2007).

Por un lado, se observa el ámbito subjetivo en el que intervienen fundamentalmente componentes inconscientes, capacidades intelectuales del sujeto, sensaciones, sentimientos y evidentemente los deseos; el otro ámbito de intersección se refiere a los aspectos socioculturales en los que intervienen las normas, los valores, los roles y los estereotipos (Flores, 1996).

2.1.1. Mecanismos básicos de la erección

La función eréctil normal requiere un complejo juego de interacciones dinámicas ya que la erección peneana es un evento neurovascular modulado por factores psicológicos y hormonales.

La erección peneana puede darse por dos mecanismos distintos, psicogénica central y reflexogénica, que actúan recíprocamente durante la actividad sexual normal. La erección psicogénica central se da como respuesta a estímulos auditivos, visuales, olfatorios o imaginarios, mientras que la erección reflexogénica es el resultado de receptores sensoriales en el pene, que a través de las interacciones espinales, producen acciones eferentes simpáticas y parasimpáticos (Ardila, 2002).

El pene es un órgano que consta de tres estructuras cilíndricas compuestas de tejido eréctil: dos cuerpos cilíndricos dorsolaterales (cuerpos cavernosos) y un cuerpo esponjoso.

Desde el punto de vista fisiológico, la erección del pene es una serie compleja de eventos vasculares integrados que culminan en la acumulación de sangre bajo presión y la rigidez del órgano

El mecanismo de la erección comprende cinco fases (Aguilar y Ramírez, 2003):

- Fase 0: es la fase de flacidez.
- Fase 1: es la fase latente de llenado.
- Fase 2: es la fase de tumescencia.
- Fase 3: es la fase de erección completa.
- Fase 4: es la fase de rigidez.
- Fase 5: es la fase de detumescencia.

2.1.2. Respuesta sexual

Masters y Johnson fueron pioneros en realizar estudios con una observación sistematizada y directa de la conducta sexual de las parejas. Así generaron el modelo de la respuesta sexual humana que dividieron en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución (Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez, 2005).

No obstante, en 1974, Kaplan propuso que esas cinco fases se redujeran a dos: la de excitación y la del orgasmo, argumentando que tal clasificación era suficiente para comprender la fisiología de la respuesta sexual y de las disfunciones sexuales. Esta curva bifásica fue aceptada por la mayoría de los sexólogos. Sin embargo, en 1979 Kaplan publicó una modificación a su curva, añadiendo una fase de deseo antes de la fase de excitación, con la que dicha curva se hizo trifásica. Este modelo es el que se acepta en la actualidad como el que representa satisfactoriamente la respuesta sexual y, basándose en ella, se clasifican y estudian las disfunciones sexuales (Azcárraga, 2001) (véase Tabla 2).

Tabla 2. Fases de la respuesta sexual humana propuesta por Kaplan.

FASE	CARACTERÍSTICAS
Deseo	Necesidad que se siente de satisfacer el impulso sexual por medio de experiencias sexuales. Habitualmente el deseo sexual es despertado por estímulos orgánicos, estímulos psíquicos y/o caricias. Su finalidad es preparar al individuo para experimentar un coito satisfactorio.
Excitación	Vasodilatación general que es más notable en los órganos pélvicos y, sobre todo, en los genitales. Esta vasodilatación trae como consecuencia un mayor aporte sanguíneo a los órganos genitales.
Orgasmo	Clímax de las sensaciones placenteras que corresponden al momento en que la excitación llega a su máximo. En el hombre el orgasmo va habitualmente acompañado de la eyaculación.

Fuente: Elaboración propia basado en, Azcárraga, G. (2001). *Sexología Básica: Guía para la educación sexual*. México: La Prensa Médica Mexicana.

2.1.3. Cambios sexuales relacionados con la edad

En la niñez, por medio del ultrasonido se ha comprobado que desde antes de nacer los niños tienen erecciones. Se ha visto que los varones recién nacidos también presentan erecciones. Hasta la fecha no se ha podido aclarar satisfactoriamente el origen de las erecciones de los niños. Al respecto se dice que las erecciones en este caso se deben a que la sexualidad se manifiesta libremente. Porque no se han establecido normas que la reprimen.

Las erecciones en los niños mayores se presentan espontáneamente obedeciendo a una excitación causada por diversas emociones entre las que se encuentran tensión, miedo, dolor, etc., porque los reflejos para la erección no se han hecho específicos para responder sólo a excitaciones con contenido erótico. Esta especificidad se va logrando con la edad y se establece definitivamente en la adolescencia (Azcárraga, 2001).

En la adolescencia aumenta la producción de hormonas sexuales, el adolescente tiene más interés en las sensaciones eróticas, aumenta el interés por las personas del otro sexo y su capacidad de responder a la excitación sexual. En esta etapa de la vida aumenta la frecuencia de las erecciones espontáneas, los sentimientos y las fantasías sexuales. La masturbación se hace más frecuente.

El interés en el otro sexo hace que aumente la frecuencia de aproximación con otros adolescentes, y, por consecuencia, las caricias y los tocamientos de las zonas más sensibles de la piel y los genitales. Esta es una etapa previa al coito (2001).

En la **edad adulta** los niveles de testosterona alcanzan su pico máximo. En esta época muchos hombres empiezan a buscar una compañera sexual, y muchos se embarcan en una relación matrimonial (Mulligan, 1998).

Laumann (en Ugarte y Barroso, 2001) reporta que los hombres entre 50 y 59 años tienen tres veces más probabilidad de experimentar problemas con la erección en comparación con los que tienen 18 a 29 años.

En el **envejecimiento** disminuye la habilidad para lograr erecciones a través de fantasías sexuales y la erección se hace más lenta. Otro cambio relacionado con el envejecimiento es la prolongación del periodo refractario. Según Masters y Johnson el intervalo oscila de 30 minutos en los jóvenes hasta días en los octogenarios. Los niveles de testosterona disminuyen progresivamente con la edad. El hombre maduro tiene una mayor labilidad en la concentración en el momento del acto sexual, de manera que cualquier estímulo externo lo desconcentra y pierde fácilmente la erección. Además se señala en estas personas disminución de la libido y desordenes eyaculatorios, así como la necesidad de una mayor estimulación directa genital para lograr una erección efectiva (Castelo y Licea, 2003).

Adicionalmente, hay un aumento gradual en la prevalencia de las enfermedades crónicas, muchas de las cuales debilitan la eficiencia neuronal. Las enfermedades que

comúnmente afligen al varón anciano, y que pueden debilitar la función sexual en general, incluyen la artritis, la hipertensión, la enfermedad vascular y la diabetes (Mulligan, 1998).

2.1.4. Disfunciones sexuales masculinas

De acuerdo a la *American Psychiatric Association* (1995), las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales (véase Tabla 3).

2.1.5. Prevalencia

Actualmente la disfunción eréctil dista de ser poco frecuente; de hecho, se estima en más de 100 millones de hombres a nivel mundial. Por desgracia, la gran mayoría de hombres que padecen del problema sufren en silencio debido a la renuencia para hablar sobre aspectos sexuales con otras personas, incluyendo los profesionales de la salud (Aguilar y Ramírez, 2003). Estas estadísticas nos dan una idea de la dimensión de este problema.

La prevalencia reportada de disfunción eréctil muestra variaciones muy grandes entre países. En un estudio prospectivo sobre impotencia y una serie de factores médicos y psicosociales, Feldman y su grupo de Massachussets, encontró que el 52% de la población estudiada mostraba alguna clase de disfunción eréctil. En Italia en una población de los 18 años en adelante, Parazzini reporta un 12.8%, la cual se incrementa con la edad hasta llegar a 48% en hombres mayores de 70 años (Ugarte y Barroso, 2001).

En Córdoba, España, se llevó a cabo un estudio sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales masculinas por edad. Los resultados señalan que, de 5323 consultas urológicas, 779 reportaron disfunciones sexuales, lo que implica una prevalencia de 14.63%. La más frecuente fue el trastorno de la erección, el cual aumenta significativamente con la edad por lo que se consideró un problema importante de salud. En México, Rubio realizó una panorámica de la frecuencia relativa de las personas atendidas en la Clínica de Salud Sexual AMSSAC. Si bien no es posible generalizar los resultados, sí aportaron datos sobre las disfunciones más frecuentes. Así, de 138

hombres atendidos con disfunción sexual la más frecuente fue el trastorno de erección, seguida de la eyaculación precoz y el deseo sexual hipoactivo (Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez, 2005).

Tabla 3. Trastornos o disfunciones sexuales masculinas.

TRASTORNO SEXUAL	CARACTERÍSTICAS
Disfunción Eréctil	Es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual
Trastorno Orgásmico Masculino	Es la ausencia o el retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. La alteración provoca malestar acusado y dificultad en las relaciones interpersonales
Eyaculación Precoz	La aparición de un orgasmo y eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante un poco tiempo después de la penetración y antes de que la otra persona lo desee
Dispareunia	Consiste en dolor genital durante el coito a pesar de que normalmente se produce durante éste, puede también aparecer antes o después de la relación sexual. En éstas el dolor puede describirse como superficial durante la penetración o como profundo ante los movimientos coitales.

Fuente: elaboración propia basado en, American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Madrid: Masson.

Dentro de la escasa información existente sobre la prevalencia de disfunción eréctil en México, Barroso, Ugarte y Pimentel (2001) encontraron investigaciones que dan cuenta de los hechos, entre ellos se encuentra el estudio de Ugarte quien informa que en hombres mayores de 40 años es del 55% con una tendencia a incrementarse con la edad. Este hallazgo es semejante al informado por Morley, quien documento una prevalencia de 25, 55 y 65%, para hombres de 65, 75 y 80 años respectivamente. Por otra parte Laumann informa un riesgo relativo tres veces mayor de padecer disfunción eréctil, entre los hombres de 50 y 59 años, en comparación con hombres de 18 y 29 años. Asimismo, el estudio DENSA (Disfunción Eréctil en el Norte de Sudamérica) determinó una incidencia de 53.4% en el norte de Sudamérica: 33% de los casos fueron catalogados como leves, 16% como moderados y 4% como severos, o con disfunción eréctil completa.

En el estudio realizado por estos autores, dan referencia sobre la prevalencia de disfunción eréctil en hombres de población urbana mexicana con edades entre 18 y 40 años, obtuvieron los siguientes resultados: la prevalencia de disfunción eréctil para este grupo de edad fue de 9.7%, le corresponde 7.9% a disfunción eréctil leve y 1.2% y 0.6% para disfunción eréctil moderada y severa, respectivamente. Con relación a la percepción que tuvieron los encuestados sobre su eyaculación, se encontró que 80.2% la refirieron como normal, el 12.8% como precoz y el 7.0% como retardada.

En el Instituto Nacional de Perinatología, en un estudio realizado por Sánchez (2007), sobre las disfunciones sexuales tanto en hombres como en mujeres, encontró los siguientes resultados sobre su prevalencia, de los 100 participantes los cuales tuvieron un total de 157 disfunciones, o sea un promedio de 1.57 disfunciones por hombre de los cuales 56 tuvieron una disfunción sexual, 33 presentaron dos disfunciones sexuales, 10 tuvieron tres, y 1 cinco, siendo las más frecuentes deseo sexual hipoactivo y eyaculación precoz y la menos frecuente aversión al sexo.

2.2. Disfunción eréctil

2.2.1. Definición

La preocupación de los seres humanos ante el desempeño masculino de la erección es ancestral. Los escritos antiguos de los médicos griegos, islámicos, talmúdicos, chinos e hindúes así lo atestiguan. La proliferación de remedios y curas, tanto mágicas como científicas para este problema son muestra del interés por mantener esta función humana sin alteración (Rubio y Díaz, 1994).

Anteriormente se presentó una definición de la disfunción eréctil basado en el DSM-IV, y que es la más utilizada por la mayoría de los autores. Dice: La característica esencial del trastorno de la erección es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual (American Psychiatric Association, 1995).

Acuña (2002) la define como la dificultad o imposibilidad para obtener o mantener una erección satisfactoria para una adecuada relación sexual. Es el resultado de la alteración de los mecanismos del proceso de erección.

El término disfunción eréctil ha sustituido al de impotencia, de carácter más peyorativo y que se prestaba a numerosas confusiones, ya que se asignaba con frecuencia a cualquier dificultad que el hombre presentaba antes o durante la relación sexual. Se refiere específicamente al mecanismo de erección del pene, no al mayor o menor deseo sexual ni al mecanismo eyaculatorio, que es distinto del erectivo y puede actuar independientemente de este (Farre y Fora, 1999). Así como también, este término define el problema con más precisión y tiene menos connotaciones sociales (Ardila, 2002).

2.2.2. Clasificación

La clasificación de la disfunción eréctil se hace según su etiología y el compromiso funcional. La primera se ha dividido en tres categorías: organogénicos, psicógeno y mixto. Anteriormente se consideraba que la mayoría de las causas de la disfunción eréctil eran de origen psicogénico, pero la evidencia actual sugiere que el 80% de los casos tienen una causa orgánica, aunque es común que coexistan las dos etiologías. La segunda está dada por la severidad y se describe como leve, moderada o severa, aunque estas condiciones no se han definido con claridad (Ardila, 2002).

Psicógena o situacionales. Se debe a estresores psicológicos o interpersonales que con frecuencia coexisten con otros trastornos sexuales como el deseo sexual hipoactivo y trastornos psiquiátricos entre ellos la depresión y la ansiedad.

Orgánica. Las alteraciones orgánicas producen disfunción eréctil por descompensación del flujo sanguíneo peneano y del control neuronal central o local; dividiéndose en vasculogénica, neurogénica y hormonal o endócrina.

Mixta. Es aquella en la cual existen causas situacionales y orgánicas simultáneamente en un mismo paciente en proporciones variables. En unos casos, habrá más etiología orgánica que psicógena y en otros puede ser inverso. La etiología mixta se presenta con mayor frecuencia cuando los pacientes pasan los 45 años. En estos casos tipifican al hombre que, entrando a la edad mayor presenta erecciones cada vez más lentas en lograr la rigidez; menos firmes y con periodos refractarios cada vez más largos (Acuña, 2002).

Cabello (2002) ha clasificado etiológicamente a la disfunción eréctil tomando en cuenta que se haya producido por una de las siguientes posibilidades:

Inicio orgánico y mantenimiento psicógeno habiendo desaparecido el factor orgánico. Este es el caso, por ejemplo, de una disfunción de etiología hormonal por déficit de testosterona libre, en la cual tras reponer los valores hormonales, la imposibilidad para la erección persiste.

Inicio y mantenimiento psicógeno pero en la evaluación aparece un valor orgánico. Situación muy frecuente donde por ejemplo, como consecuencia de una diabetes, aparece la disfunción eréctil, y ante la disfunción, el paciente se deprime o bien genera ansiedad de ejecución, lo que mantiene y agrava el proceso.

Inicio y mantenimiento orgánico. A modo de ejemplo, podemos citar un caso de trastorno de erección provocado por una prostactectomía radical con recección de las bandeletas (paquete nervioso), donde el inicio y el mantenimiento es orgánico. Aún así el paciente presentará importantes repercusiones psíquicas secundarias.

Inicio y mantenimiento psicógeno. El sujeto que comienza su disfunción coincidiendo con un estrés intenso, y a continuación evoluciona hacia una depresión que perpetúa el problema de erección. No obstante, en la experiencia la forma, más común de disfunción eréctil psicógena sería aquella en que el sujeto no responde por miedo al fracaso.

La clasificación respecto al grado de severidad se conforma en tres niveles:

- Disfunción eréctil leve.
- Disfunción eréctil moderada.
- Disfunción eréctil severa.

2.3. Perspectiva biológica de la disfunción eréctil

2.3.1. Factores orgánicos

Cualquier fase del proceso erectivo se puede trastornar debido a una afección física. Siguiendo el proceso del mecanismo de erección, la disfunción orgánica es aquella debida a una enfermedad neurológica, vascular, peneana, endocrina o de otro orden que interfiera en uno o varios de estos sistemas y estructuras (Acuña, 2002).

Las enfermedades asociadas al corazón y el sistema circulatorio tienen una probabilidad particular de asociarse con este padecimiento, dado que la erección misma depende del sistema circulatorio. Cualquier tipo de patología vascular (problemas con los vasos

sanguíneos que irrigan al pene) puede producir dificultades de erección. La erección depende de una gran cantidad de sangre que fluya al pene a través de las arterias, con una constricción simultánea de las venas, de modo que la sangre no puede salir con tanta rapidez como la que tiene al ingresar. Por ende, el daño ya sea a las arterias o venas puede producir trastorno eréctil (Shibley y DeLamater, 2006).

Las vasculopatías se refieren a alteraciones en la fase de llenado arterial, almacenamiento (drenaje venoso) o ambas. Las enfermedades arteriales alteran la fase de flujo y son causadas principalmente por arteriosclerosis, hipertensión, hiperlipidemia o elementos tóxicos como tabaquismo o alcoholismo. Se conoce este trastorno específico como síndrome venoso, en el cual el único mecanismo alterado es el de la restricción venosa (Acuña, 2002). Estas enfermedades se han asociado con la disminución de la rigidez del pene y el tiempo de máxima erección.

Otra causa orgánica de gran importancia, se encuentra la diabetes mellitus. Su frecuencia es significativamente más elevada en la población diabética, cuando se compara con la población general. La disfunción eréctil se asocia al incremento de la edad, mal control metabólico, al mayor tiempo de la evolución y complicaciones de la diabetes (Castelo y Licea, 2003).

Independientemente de la calidad de vida y la autoestima, cada día es más evidente que la disfunción eréctil se puede comportar como síntoma centinela de otras enfermedades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.) y que está estrechamente relacionada con la evolución de enfermedades cardiovasculares, pudiendo actuar como marcador de la progresión de la enfermedad. Los hombres con enfermedad coronaria probada tienen una alta incidencia de disfunción eréctil y en algunos, el inicio de esta problemática anticipa los síntomas y diagnóstico de enfermedad coronaria (Martí, Meijide, García, Regadera y Manero, 2005). Algunos resultados demuestran esta correlación. La prevalencia de disfunción eréctil en personas con diabetes mellitus oscila entre el 20 y el 80% aunque esta varía en dependencia de la edad de los pacientes. En sujetos de 20 a 29 años, su prevalencia es del 9% y aumenta hasta un 90% en aquellos que alcanzan los 70 años (Castelo y Licea, 2003). O el estudio realizado por Ugarte y Barroso (2001) donde demuestra la disfunción eréctil con diabetes sola o acompañada de otra

enfermedad mostraron prevalencias similares, siendo de 77% y 76% respectivamente. Para la hipertensión arterial la prevalencia fue de 62%.

Entre los aspectos asociados a este padecimiento y que se relacionan con hábitos y estilos de vida, algunos artículos han relacionado a la disfunción eréctil con el hábito de fumar con 1.4 veces más riesgo que los no fumadores y de 2.4 en ex fumadores, así mismo, el riesgo de disfunción eréctil aumenta con el incremento de años/cajetillas de cigarros fumados (Ugarte y Barroso, 2001).

El alcohol es la droga sobre la que más se ha investigado en relación con la sexualidad humana. Además de la gran accesibilidad para obtenerlo y consumirlo, el alcohol es una de las drogas con más aceptación social, por lo que en muchas culturas el consumo de alcohol inicia a edades muy tempranas (adolescencia, pubertad e inclusive niñez).

La intoxicación aguda con elevadas dosis induce dificultades de erección asociadas con torpeza e ineficiencia en la interacción sexual. Hombres alcohólicos crónicos, cuando son comparados con los no alcohólicos, tienen una mayor prevalencia de disfunción sexual (dificultad en la erección, reducción de la libido y eyaculación retardada) disminución de la frecuencia sexual y reducción de la satisfacción durante el acto sexual. Estos factores han sido considerados como causas primarias de los problemas de disfunción sexual en alcohólicos (Guevara, Chacón, Hernández y Barradas, 2005). Azcárraga (2001), menciona que el alcoholismo crónico puede llegar a la impotencia al afectar el estado de nutrición del adicto.

2.4 Perspectiva psicosocial de la disfunción eréctil

2.4.1. Factores psicológicos

Kaplan (1990; en Sánchez, 2007) propuso conceptualizar la etiología de las disfunciones sexuales como fenómenos que se deben tanto a causas recientes como a remotas.

De las causas recientes, esta autora señala la incapacidad de abandonarse a la experiencia erótica por un exceso de autocrítica sobre la propia capacidad de agradar al compañero(a) ligado al temor al fracaso, lo que puede provocar trastorno de la erección o eyaculación precoz en el hombre, pues provoca ansiedad anticipatoria por un exceso de exigencia de la pareja que afecta sobre todo al hombre, pues él tiene que responder con

la erección para poder complacer a la mujer, lo que no es requisito para la mujer. Otro elemento importante es la inseguridad, ligada a los temores, inseguridad de su propio funcionamiento sexual. Así como también el elevado nivel de estrés, o el miedo al desempeño sexual que reduce los niveles de excitación, lo que provoca disfunción eréctil.

A largo plazo, dichos temores, ligados al fracaso, originan un desinterés por la actividad sexual, además baja autoestima, instalando al individuo en un círculo vicioso: el fracaso en la erección genera miedo al desempeño sexual, miedo que, a su vez, lo lleva a adoptar el papel de espectador, lo cual facilita la distracción y la pérdida de la erección que intensifica el miedo al acto sexual. Independientemente de las causas que puedan provocar esta disfunción, la falla está acompañada generalmente de angustia, sentimientos de devaluación ante la propia masculinidad y problemática de pareja, como causa o como efecto del problema de erección.

La ansiedad produce frustración cuando se desea algo sin poder conseguirlo. Tal es el caso del hombre incompetente eréctil que intenta una relación sexual. La sexualidad puede ser amenazante y producir ansiedad cuando se prevé que su ejercicio representa un daño. Por ejemplo, el joven que teme ser ridiculizado y quedar mal con una compañera por eyacular demasiado pronto. El conflicto como fuente de ansiedad en el terreno sexual, surge cuando la persona desea lograr dos o más metas, pero las acciones que permiten lograr una, incapacitan o evitan lograr la otra (Álvarez-Gayou y Delfin, 1986).

Álvarez-Gayou y Delfin (1986) mencionan que las fuentes de ansiedad de naturaleza sexual pueden catalogarse en cuatro áreas:

Anatómicas o de respuesta. Con frecuencia se trata en la práctica clínica a personas que muestran ansiedad con respecto a diversas zonas de su cuerpo, en especial los genitales. Por ejemplo, el hombre que es incompetente eréctil y siente disgusto o incluso asco al ver o tocar genitales femeninos; la reacción es similar ante el pene y, con frecuencia, al esperma. En este sentido es frecuente que refieran que el olor de los genitales del otro sexo, o del propio le son desagradables.

Temor al daño. Como fuente de ansiedad puede ser físico o psicológico. en el hombre con disfunción eréctil, se observa que teme lastimar a su pareja con la penetración.

Existe temor al daño psicológico en el hombre incompetente eréctil que siente que si se relaciona sexualmente con una mujer quedará obligado emocionalmente con ella, incluso, se ha visto casos en los que siente pavor a quedar bajo el influjo de una mujer dominante y autoritaria.

Temor al fracaso. Es una de las causas de ansiedad que tiene mayor importancia en materia de disfunciones sexuales. Es casi cotidiano el caso del hombre que en una ocasión sufre de disfunción eréctil, por fatiga, ebriedad o cualquier otra causa que se preocupa por ello y, en corto lapso, busca de nuevo una relación sexual para “probarse a sí mismo que sí funciona”; lo más probable es que al iniciar una relación sexual con esta idea en mente, se establezca el mecanismo de reacción a la ansiedad a la que se denominó cognoscitivo de observación que propicia que la disfunción eréctil se repita, estableciéndose así un círculo vicioso. Este mecanismo es la causa de un número importante de casos de disfunción eréctil secundaria.

Referentes a la trasgresión de normas. Tiene especial significado en países donde la educación y las normas son muy rígidas en materia de sexualidad. En el hombre está arraigada la idea de que hacer el amor con la esposa debe ser en forma “correcta” “moral” y sin “faltarle al respeto”.

Contemplando otras definiciones, se dice que la ansiedad de ejecución o desempeño puede ser un factor que desencadena la pérdida de la erección; ansiedad desencadenada por lo que Abraham y Porto (1978; en Cabello, 2002) denominaron factores generadores de ansiedad sexual, a saber:

Temor al fracaso (sensación de miedo a no responder de forma adecuada ante la pareja).

Obligación de resultados (necesidad de una respuesta eréctil muy consistente, duradera y de recuperación rápida).

Altruismo excesivo (estar más pendiente de la satisfacción de la pareja, perdiendo concentración en el erotismo propio).

Auto observación (estar observando el pene para ver como responde, que es lo que Masters y Johnson denominaron “rol del espectador”).

Las reacciones emocionales que acompañan a la ansiedad son las de carácter negativo como depresión, resentimiento o culpa. En general, el funcionamiento sexual inadecuado

es destructor de la propia imagen y decepcionante, por lo que con frecuencia produce depresión. Esta, a su vez, puede ser factor coadyuvante o etiológico de la disfunción. Se establece así un círculo vicioso: depresión>disfunción>depresión que se presenta en forma constante en la práctica clínica (Alvares-Gayou y Delfin, 1986).

Sobre la influencia de la culpa y la depresión en la dinámica sexual, en un estudio realizado sobre los problemas sexuales en hombres y en mujeres, encontraron que, en ambos, la disfunción sexual se asoció con problemas emocionales, experiencias sexuales traumáticas previas y pobre calidad de vida (Sánchez, 2007).

La **culpa** es quizá uno de los elementos más comunes de la ansiedad en materia sexual. Esto se debe a la connotación pecaminosa, indebida y sucia que se da a la sexualidad y que provoca que algunas personas consideren que obtener placer y satisfacción en la relación sexual no reproductora contraviene sus principios y normas morales o se opone a normas sociales (Alvares-Gayou y Delfin, 1986).

La **depresión** ha sido ampliamente asociada con problemas sexuales, se ha estimado que el 50% de los pacientes con depresión mayor sufren de algún tipo de disfunción sexual como síntoma propio del trastorno. Estudios comparativos indican mayores niveles de disfunción sexual en pacientes con depresión que en sujetos control, si bien la incidencia de tipos específicos de disfunción sexual varía a través de los diferentes estudios, la pérdida de deseo sexual podría considerarse como el desorden más común, sobre desordenes de la excitación y del orgasmo. Sin embargo, existe un incremento en la incidencia de síntomas depresivos en hombres con disfunción eréctil (20-90% dependiendo de la severidad). Además, acerca de un tercio de los hombres que sufren depresión desarrollan una pérdida de tumescencia penenana nocturna, lo que sugiere que la depresión puede alterar la neurofisiología de la excitación o la vasocongestión genital. La relación entre depresión y disfunción eréctil puede ser bidireccional: la presencia de o la alteración de una de estas condiciones puede ser causa, consecuencia o modificador de la otra. Por ejemplo, en el hombre deprimido, la disfunción eréctil puede ser un síntoma de depresión o un evento adverso originado por una medicación. Alternativamente, el hombre con disfunción eréctil puede desarrollar una depresión secundaria como reacción al estrés biopsicosocial asociado con la pérdida de función sexual (Guevara, Chacón, Hernández y Barradas, 2005). En el estudio realizado por

Ugarte y Barroso (2001) corroboran estos datos, pues encontraron una prevalencia de disfunción eréctil del 59% en pacientes con depresión sola y el 60% en pacientes con depresión y otras enfermedades.

Es conocido que tanto la disfunción sexual eréctil está asociada con respuestas del **estrés** o con los llamados trastornos psicosomáticos. Algunas investigaciones demuestran esta correlación.

El estudio realizado por Fernández, Martínez, Martí, Vas y Guisado (2005), sobre rasgos de personalidad y disfunción eréctil, encontraron que sus pacientes, independientemente de la etiología de la disfunción eréctil, los rasgos más frecuentes que presentaron fueron: *paranoide* (desconfianza y suspicacia), *esquizoide* (frialdad, rareza), *anancástico* (rigidez, obsesión) y *ansioso* (temerosos y ansiosos). Estos rasgos caracterizan a los pacientes como sujetos introvertidos, mal asociados y desajustados emocionalmente; si bien mientras las personalidades paranoide y esquizoide hablan de personas extrañas e independientes, los anancásticos y ansiosos corresponden a sujetos temerosos y dependientes.

Otro estudio que realizaron García, Aldana, Lima, Espinosa, Castillo y Feliciano (2005) en 60 pacientes de sexo masculino que fueron diagnosticados de disfunción sexual eréctil preferentemente psicógena, con el objetivo de determinar indicadores de estrés, obtuvieron los siguientes resultados: de las particularidades de la personalidad que determinan la estabilidad emocional y los temperamentos, existió un predominio de los sujetos inestables (tendencia al *neuroticismo*) en 38 pacientes para el 63%. El temperamento más frecuente fue el *melancólico* con el 55% (33 pacientes). En cuanto a la vulnerabilidad al estrés, encontraron el 63% de los pacientes (41) y el riesgo a enfermar 76.6% (46 pacientes). Con estos resultados demostraron que existen condiciones favorables para el estrés, como es la presencia de tendencia al neuroticismo, la introversión y el temperamento melancólico, distinguiendo, entre otras cosas, la debilidad de sus reacciones neuropsíquicas, expresividad afectiva, estado de ánimo generalmente triste, y una conducta pasiva con escasa actividad motora y verbal, factores que pueden favorecer la aparición de la disfunción eréctil.

Otro factor es haber sufrido un **trauma** intenso en la **niñez**. Las experiencias infantiles son decisivas para un funcionamiento sexual adecuado en la edad adulta. Estas

desempeñan un papel importante en la causa de las disfunciones sexuales, encontrando un alto porcentaje de personas que sufren de eyaculación precoz, trastorno de la erección y trastorno del orgasmo, y puede ser por un episodio para el cual el individuo no estaba emocionalmente preparado o por una experiencia aterradora, frustrante o humillante que puede desencadenar una disfunción sexual con una carga emocional muy intensa (Sánchez, 2007). Acuña (2002) las clasifica como factores de aprendizaje (temores y experiencias infantiles negativas traumáticas, primeras experiencias sexuales traumáticas, fobias, eyaculación precoz reiterativa y angustiante desde las primeras relaciones).

A grandes rasgos, se puede decir que los factores psicológicos involucrados en la disfunción eréctil son ansiedad general, sentimientos de culpa, trastornos afectivos, baja autoestima general y sexual, depresión y conflictos de identidad.

Todas estas investigaciones demuestran la influencia de las particularidades de la personalidad en la aparición de la disfunción eréctil o de cualquier otra disfunción sexual. El gran peso que tiene la clasificación psicógena dentro del diagnóstico de estas, y se demuestra la multidimensionalidad de la disfunción eréctil y su desarrollo.

2.4.2. Factores sociales

Existen mensajes educativos negativos de orden religioso o tradicionalista de tipo restrictivo, como son peligrosidad de la actividad sexual, mitos y creencias contrarias a la actividad hedónica sexual que terminan por incrustarse en la mentalidad del individuo y perpetuar un ciclo vicioso que bloquea el inicio del proceso erectivo (Acuña, 2002).

En cuanto a las causas remotas que propuso Kaplan refiere a la importancia de resolver este tipo de conflictos, muchos de los cuales se deben a **influencias culturales** que predisponen el conflicto sexual, pues la sexualidad es confinada la mayor de las veces al terreno de la confusión y a la represión, repitiéndose de generación en generación por la institución familiar, sin considerar que en el núcleo del conflicto está la contradicción, esto es, entre los deseos sexuales y los temores al castigo divino, social o familiar, donde los antiguos temores, adquiridos durante la infancia o adolescencia, se reactivan ante cualquier expresión sexual en la edad adulta, pues la díada inmoralidad-sexualidad es algo profundamente arraigado en la cultura, y que, al obstaculizar el deseo sexual, éste

pueda desplazarse y manifestarse en conductas destructivas o en ansiedad; también el impulso al deseo de masturbarse puede desencadenar ansiedad y vergüenza por la influencia social, lo que puede derivar en trastorno de la excitación (Sánchez, 2007).

La educación que incorpora en el individuo una serie de normas y tabúes es un proceso social que se expresa como un efecto psicológico al transgredir la norma. Es por esto que los factores etiológicos de las disfunciones, pudieran llamarse psicosociales.

Otra aportación importante es el reconocimiento de la vinculación entre las disfunciones sexuales y los **problemas conyugales**. Masters y Johnson (1995; en Sánchez, 2007) describieron que puede haber rechazo al compañero, pues si detesta a la pareja o sienten repulsión o ira por él (ella) esto repercutirá inevitablemente en su vida sexual, dando como resultado una disfunción sexual. Otro elemento de conflicto en la pareja es la incapacidad para la intimidad, o la decepción por haber generado expectativas poco realistas en relación al funcionamiento de pareja. La inseguridad, la desconfianza, sentirse dominado por el otro, puede provocar trastorno del orgasmo o trastorno de la erección por la incapacidad de abandonarse al contacto erótico o por el enojo ante el dominio del otro, asociado a una relación de dependencia infantil que dará como resultado, al no tener sus demandas infantiles cubiertas, sentimientos hostiles, o la lucha de poder entre ellos. En un artículo Rotella (1999; en Sánchez, 2007), donde hace referencia a Melchiorde psiquiatra involucrado en las primeras pruebas del viagra, el cual mostró que los problemas de pareja son factores clave en la presencia de trastorno de erección, y que sólo es posible la indicación del viagra cuando existe en la pareja una buena comunicación, de lo contrario es contraindicado.

La falta de comunicación y el aislamiento emocional que acompaña a estos cambios pueden afectar en forma adversa la relación del paciente con su pareja; como lo demuestran las investigaciones realizadas en el Programa de Sexualidad Humana del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, que han aislado algunos factores relacionados con los conflictos de pareja y con las disfunciones sexuales (para ambos sexos) en general, estos son: autoconcepto e insatisfacción marital; estilos de comunicación reservado y negativo; disminución de la comunicación marital; tendencia a presentar características de sumisión; problemas de no-asertividad;

ansiedad-estado; y, trastornos del estado de ánimo, como reacciones depresivas (Sánchez y Carreño, 2007).

En el estudio realizado por Sánchez (2007), detectaron elementos dentro de la **interacción familiar**, que impactan el desarrollo sexual y que constituyen un riesgo para su adecuado funcionamiento, como son rigidez excesiva, control irracional, negación de la sexualidad y doble moral, y cuya expresión última es la presencia de una disfunción sexual.

A modo de resumen, se pueden enlistar “todos” los factores –tanto biológicos, psicológicos y sociales- involucrados en la dinámica de la disfunción eréctil. (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Factores involucrados en la etiología de la disfunción eréctil.

FACTORES BIOLÓGICOS	FACTORES PSICOLÓGICOS	FACTORES SOCIALES
Enfermedades del corazón y sistema circulatorio	Ansiedad: temor al fracaso, inseguridad, miedo al acto sexual	Influencias culturales: religiosos o tradicionalistas
Diabetes Mellitas	Baja autoestima	Mitos y creencias
Enfermedad neurológica	Estrés	Problemas conyugales
Enfermedad peneana	Depresión	Familia
Alcoholismo y tabaquismo	Resentimiento y culpa	
	Traumas en la niñez	
	Experiencias sexuales traumáticas	

Fuente: elaboración propia, basado en: Acuña, A. (2002). Disfunción Eréctil: Aspectos Generales, Elementos Clínicos y Clasificación. *MEDICAS UIS*. Núm. 16, 64-73, abril-junio Universidad Industrial de Santander; Álvarez-Gayou, J. y Delfín, L. (1986). *Sexoterapia Integral*. México: El Manual Moderno; Cabello, F. (2002). Sildenafil y disfunción eréctil situacional. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*. Vol. VII, Núm. 2. Instituto Mexicano de Sexología., Sánchez, C. (2007). *Perfiles y factores explicativos de las disfunciones sexuales*. Tesis de Doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM., Sánchez, B. y Carreño, M. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. *Perinatología y Reproducción Humana*, Vol. 21, No. 1, enero-marzo. Instituto Nacional de Perinatología: México.

2.5. Tratamiento

En la actualidad existen en el mercado muchos tipos de medicamentos para el tratamiento orgánico de la disfunción eréctil. Los más conocidos son tres: el viagra, cialis y levitra (<http://www.euroclinix.es/impotencia.html>).

VIAGRA

Fabricado por Pfizer, Viagra fue el primer medicamento en tratar la disfunción eréctil. La mayoría de los hombres compran Viagra ya que es uno de los medicamentos más populares al haber estado en el mercado desde 1998. Además de tratar la disfunción

eréctil, también puede ser útil para problemas de erección de diferente intensidad. A pesar del lanzamiento de otros medicamentos en el mercado, sigue siendo con diferencia el producto líder del tratamiento de la disfunción eréctil.

CIALIS

Cialis es el primer medicamento clínicamente probado cuyos efectos duran hasta 36 horas, y tienen lugar unos 30 minutos después de haber tomado la pastilla, permitiendo al paciente y a su pareja elegir cuál es el mejor momento para tener la relación sexual. Estudios clínicos han demostrado que la efectividad de Cialis es de un 88%, proporcionando al hombre una erección suficiente como para poder tener una relación sexual satisfactoria. Aunque Cialis está presente en el organismo hasta 36 horas, es necesario un estímulo sexual para conseguir una erección, que durarán un máximo de 4 horas.

LEVITRA

Es el tratamiento más moderno disponible para combatir la disfunción eréctil. Fabricado por Bayer, es una medicación que viene en dosis de 5mg, 10mg y 20mg optimizando el tratamiento dependiendo de la gravedad del problema del paciente. Está disponible en dosis pequeñas, por lo que se reduce los efectos secundarios, convirtiéndose en una de las principales opciones para muchos pacientes. Otra de las principales ventajas es el tiempo que puede permanecer activo en el organismo. Muchos estudios han mostrado que los efectos de Levitra pueden durar hasta 12 horas después de haber realizado la primera toma.

3. METODOLOGÍA

Antes de comenzar con este apartado, conviene hacer una aclaración sobre el tema de la investigación y las palabras estímulo utilizadas en el instrumento, así como también del análisis de las mismas.

Como se mencionó en el marco teórico, el término de disfunción eréctil, se refiere específicamente al mecanismo de erección del pene. Además de ser un término que define al problema con más precisión y tiene menos connotaciones negativas.

Al realizar un primer piloteo (40 participantes), con DISFUNCIÓN ERÉCTIL, los resultados no arrojaron datos significativos que dieran pruebas de la existencia de una representación social de dicho tema. Al no obtener información relevante, se llevó a cabo una selección de palabras de la teoría de la disfunción eréctil que se relacionaran con el tema.

Una vez seleccionadas, se realizó un segundo piloteo (80 participantes), con DISFUNCIÓN ERÉCTIL, NO-ERECCIÓN, PROBLEMA ERECCIÓN, IMPOTENCIA SEXUAL. De estas cuatro palabras estímulo, solamente IMPOTENCIA SEXUAL arrojó datos significativos para los fines de la investigación.

Esto implicó un tercer piloteo (40 participantes), para confirmar los resultados. Al analizar los datos, nuevamente IMPOTENCIA SEXUAL fue la más significativa de todas las palabras estímulo utilizadas.

Por esta razón y a partir del análisis de los datos del piloteo, se encontró que IMPOTENCIA SEXUAL era tomada como sinónimo de DISFUNCIÓN ERÉCTIL, sin connotaciones de carácter peyorativo.

3.1. Propósito de la investigación

La relevancia social que la disfunción eréctil presenta hoy en día -desde las estadísticas de los hombres que la padecen hasta los nuevos tratamientos que difunden los laboratorios a través de los medios de comunicación-, está generando un cambio en la forma de ver el problema. Por ello, el propósito de ésta investigación fue conocer las representaciones sociales que tienen hombres y mujeres del Distrito Federal acerca de este padecimiento. De cómo estos grupos se están apropiando de

tanta información que les llega a través de los medios de difusión y a su vez cómo la integran para darle una utilidad en su vida cotidiana.

3.2. Preguntas de investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales que tienen hombres y mujeres en el Distrito Federal acerca de la impotencia sexual?

¿Qué influencia práctica tienen las representaciones sociales en la vida cotidiana de los individuos en relación a la impotencia sexual?

¿Cuáles son las semejanzas y diferencias de las representaciones sociales de la impotencia sexual entre hombres y mujeres?

¿Cuáles son las semejanzas y diferencias de las representaciones sociales de la impotencia sexual entre jóvenes y adultos?

3.3. Objetivos

1. Conocer la estructura de la representación social de la impotencia sexual.
2. Identificar el núcleo central y los elementos periféricos de la impotencia sexual.
3. Dar una interpretación de las representaciones sociales de la impotencia sexual en hombres y mujeres del Distrito Federal
4. Conocer las representaciones sociales de la impotencia sexual en jóvenes y adultos.

3.4. Decisiones metodológicas

3.4.1. Tipo de estudio

La investigación se basó en la perspectiva comprensivo-interpretativa. En este paradigma, dice Ito y Vargas (2005):

...la realidad es construida, es decir que la importancia en sentido de los objetos y acontecimientos no son intrínsecos sino que le son atribuidos por la sociedad (...) En cuanto a la epistemología (...) se establece un modelo transaccional subjetivo, basado en el intercambio entre los sujetos que al entrar en contacto, establecen acuerdos y otorgan sentidos acerca del mundo y de sus fenómenos. (...) se asume que el

conocimiento se obtiene a través del dialogo entre sujetos activos (no reactivos), representantes y portadores de una cultura determinada. (...) se encaminan a estudiar los fenómenos de su especificidad (ubicados en tiempo y espacio), tratando de conocer el punto de vista de los actores sociales y el sentido que atribuyen a sus acciones. Se asume que las personas son seres propositivos, que están inmersos en una cultura determinada y que son capaces de reflexionar acerca de sí mismos y de sus actos” (págs. 19 y 20).

...exige comprometerse con una postura determinada así como adentrarse en la información que recogemos mediante nuestras observaciones y a través de la comunicación e interacción con los participantes.

Para llevar a cabo con éxito estas tareas, es importante cambiar el estilo de pensar: se requiere de un pensamiento convergente para descomponer la información y volverla a reconstruir de distintas maneras; en la fase de interpretación, se requiere creatividad y de estilos divergentes, para posibilitar nuevas lecturas y síntesis (pág. 91).

3.4.2. Participantes

La población estuvo integrada por dos grupos de 100 personas cada uno, quedando de la siguiente manera:

Grupo 1: Hombres

Grupo 1.1. Hombres con edad entre los 18 y 30 años de edad: 50

Grupo 1.2. Hombres con edad entre los 40 y 60 años de edad: 50

Grupo 2: Mujeres

Grupo 2.1. Mujeres con edad entre los 18 y 30 años de edad: 50

Grupo 2.2. Mujeres con edad entre los 40 y 60 años de edad: 50

La decisión muestral fue por criterio propuesta por Hudelson (1994, en Ito y Vargas, 2005). Tomando los casos que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión para la participación de los sujetos en la investigación:

Cumplir con la edad requerida para cada grupo.

Haber tenido alguna vez actividad sexual.

Sujetos que acepten participar en el estudio.

3.5. Procedimiento de construcción de datos

3.5.1. Técnicas de recolección

Para la recolección de la información se utilizaron dos instrumentos: la carta asociativa y el cuestionario.

Carta asociativa de H. Jaoui

Es un método de tipo asociativo. Esta herramienta es útil para identificar el contenido y la significación de una representación. El conjunto de cadenas asociativas que produce el sujeto permite analizar un conjunto de relaciones significativas de la naturaleza de su representación, o de ciertas dimensiones de esta representación.

A partir de un término inductor se le pide al sujeto que produzca asociaciones libres.

Después de esta recolección de asociaciones el sujeto producirá una segunda serie de asociaciones a partir del término inductor inicial y cada uno de los términos asociados producidos por el sujeto en la fase anterior.

Cada una de estas cadenas asociativas es utilizada entonces para solicitarle al sujeto nuevas asociaciones.

Las ventajas de este método son numerosas: requiere de poco tiempo, se obtiene un conjunto de asociaciones más elaborado que con la asociación libre e identificar la relación existente entre los elementos (Abric, 2001) (véase anexo I).

Cuestionario

Este instrumento se utilizó como un complemento de información general a la carta asociativa.

Se preguntaron datos sociodemográficos así como también de información sobre la disfunción eréctil y la sexualidad; para estos temas se incluyeron tres preguntas abiertas.

3.5.2. Escenario

El levantamiento de la información se realizó siguiendo el criterio de conveniencia (Ito y Vargas, 2005), realizando en sitios públicos en donde se encontraron concentrados un número importante de personas que cumplieron con los criterios de inclusión.

La aplicación de la carta asociativa y el cuestionario se realizó de la siguiente manera:

Se presentó a los sujetos la carta asociativa con la palabra estímulo HOMBRE-ERECCIÓN.

Una vez que era completada la palabra estímulo se les presentaba IMPOTENCIA SEXUAL.

Por último se les dio a llenar el cuestionario.

3.6. Técnica de análisis

Cuestionario

En este instrumento se analizaron tanto los datos sociodemográficos como las respuestas que los participantes dieron a las diferentes preguntas. Los datos sociodemográficos permitieron observar la edad promedio de los participantes, sexo y corroborar que todos hubieran tenido alguna vez en su vida relaciones sexuales de acuerdo a los criterios de inclusión.

Carta asociativa

Etapas 1: Coeficiente significativo

Se retomó de acuerdo a los criterios establecidos por Abric (2001), en su libro "Prácticas Sociales y Representaciones", el cual señala lo siguiente:

A partir de un término inductor, se piden la producción de asociaciones libres, cuando menos en tres niveles jerárquicos. Con lo cual se generan cadenas asociativas. Para ello se utiliza el llamado análisis de la significancia de las cadenas asociativas.

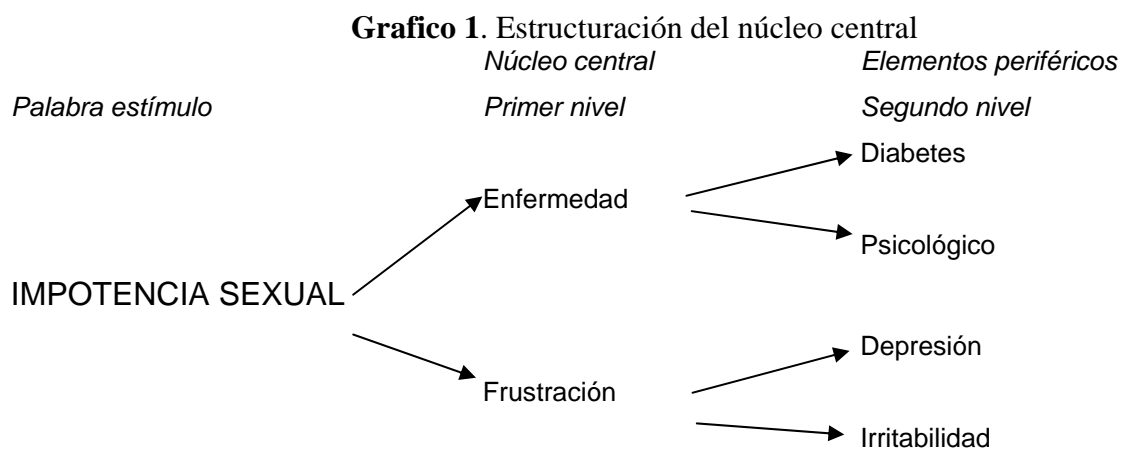
Esta técnica se realiza mediante el siguiente procedimiento: "un primer tiempo de situar y analizar el sistema de categorías utilizados por los sujetos que permita delimitar el contenido mismo de la representación" (pág. 60).

Lo anterior da un primer resultado, el cual es una representación gráfica de la estructura de la representación social.

Después, de un segundo tiempo, de extraer los elementos organizadores de ese contenido. Se pueden utilizar entonces tres indicadores: la frecuencia del ítem en la población, su rango de aparición en la asociación, (definido por el rango medio calculado sobre el conjunto de la población, y finalmente la importancia del ítem para los sujetos (se obtiene pidiendo a cada sujeto que designe los dos términos más importantes para él).

A partir de ahí un *coeficiente significativo* (cursivas propias) entre las dos clasificaciones permite confirmar o reforzar la hipótesis de que se está en presencia de elementos organizadores de la representación. La congruencia de los dos criterios (frecuencia y rango) constituye un indicador de la centralidad del elemento.

Por ejemplo, la palabra estímulo IMPOTENCIA SEXUAL, se asocia con enfermedad, frustración, hombre, problemas, insatisfacción. Estas cinco palabras corresponden al primer nivel de análisis y son el núcleo central. La palabra enfermedad, genera la asociación de diabetes y psicológico. Estas palabras, de acuerdo a Abric (2001), corresponden a los elementos periféricos de la representación social (véase Gráfico 1).



Etapa 2: Técnica de dominio

Para el segundo análisis del primer nivel, se utilizó la técnica de dominio, descrito por Rodríguez, Gómez, Gil Flores y García (1996; en Ito y Vargas, 2005); este tipo sirve para identificar y analizar las categorías populares que agrupan y relacionan entre sí los términos mencionados por los participantes.

3.7. RESULTADOS

3.7.1. Análisis del cuestionario

Al realizarse el análisis del cuestionario para la muestra total de los 200 participantes, se encontró que las características fueron las siguientes:

La edad promedio de la población fue de 35 años de edad.

El nivel de estudios fue de 34% Bachillerato, 28% Secundaria, 22% Licenciatura, 11% Primaria, 4% Otra, 1% Maestría y 1% Doctorado.

El 100% de la población declaró tener relaciones sexuales alguna vez en su vida.

La frecuencia de la práctica de relaciones sexuales, la población reportó 35% tiene de 2 a 3 veces a la semana, 26% de 1 a 3 veces al mes, 16% una vez a la semana, 16% 1 a 3 veces al año y 7% 4 o más veces a la semana.

El 89% de la población tiene pareja actualmente y el 11% no tiene. De los que reportaron tener pareja, el 35% dijo que su relación es buena, el 30% es excelente, el 22% regular, el 2% mala y el 2 % pésima.

De los hombres y las mujeres que tienen pareja, el 47% dice que la mayor parte del tiempo se sienten estresados, el 37% ansiosos, el 23% inseguros, el 22% teme al fracaso, 16% tristes y el 11% dice tener la autoestima baja. Así como también, el 45% fuma e ingiere bebidas alcohólicas, 7% padece de hipertensión arterial, el 5% padece de enfermedad del corazón, el 4% padece diabetes mellitus y el 3% padece enfermedad de la próstata.

El 92% de la población dijo que no conoce a nadie que padezca de disfunción eréctil y el otro 8% dijo que sí conoce a hombres que la padecen.

Preguntas abiertas

Mi familia me enseñó que la sexualidad es:

Se realizaron cinco categorías para esta pregunta: Sin enseñanza, Natural, Responsabilidad, Mala, Íntimo. Se obtuvo que, el 34% de los participantes carece de información, 28% dice que es algo natural, 20% que hay que tener responsabilidad, 13% que era algo malo o tabú y 5% un tema íntimo.

¿Qué es para ti la disfunción eréctil?

Se realizaron cinco categorías: Sin erección 32%, Orgánico 24%, Ambos (orgánico y psicológico) 20%, No sabe 13% y Psicológico 12%.

¿Te atreverías a confesar si alguna vez la padecieras? (hombres), ¿Crees que tu pareja se atrevería a confesar si padece disfunción eréctil? (mujeres).

El 75% de los participantes dijo que sí, mientras que el 25% dijo que no.

Para el *¿por qué de estas preguntas?*, se realizaron cinco categorías (ambos sexos se incluyeron en el análisis): Confianza 33%, Tratamiento/Alternativa 23%, Pena/Vergüenza 20%, Nada 18% y Expuesto/Padecer 7%.

La categorización de las respuestas dadas a las preguntas abiertas del cuestionario, se realizó retomando la técnica de dominio, basándose en las respuestas de los participantes, con el objetivo de sintetizar y agrupar toda la información recolectada.

Al momento de analizar la pregunta *¿Conoces a alguien que padezca de disfunción eréctil actualmente?*, en los participantes del sexo femenino se detectaron ocho casos que su pareja sí padece el problema. Estas participantes tienen un promedio de edad de 49.8 años; de estas ocho mujeres, cinco dicen tener una relación buena, una que su relación es regular, una que es mala y otra que es excelente. El 29% de estas mujeres, dijo que su pareja es ansiosa, el 22% sufre de estrés, 14% se siente triste, 14% es inseguro, 14% teme al fracaso y el 7% padece de baja autoestima. El 44% de las parejas de estas mujeres padecen de Hipertensión arterial, el 34% padece diabetes mellitus, el 11% enfermedad del corazón y el 11% restante enfermedad de la próstata. El 38% de estos hombres fuma y otro 38% ingiere bebidas alcohólicas.

Cuatro de las mujeres que mencionaron esta enfermedad, dijeron que su pareja si se ha atrevido a confesar que padece este problema, ya que existe confianza en ambos para buscar ayuda; las cuatro mujeres restantes dijo que su pareja no se ha atrevido a confesar de su enfermedad, por vergüenza, falta de comunicación, “por machista” o “el qué dirán los demás”.

3.7.2. Análisis de las cartas asociativas de la muestra general

Etapa 1: Coeficiente significativo del primer nivel de las cadenas asociativas

Población Total

Se contabilizaron 1598 palabras en total, de las cuales 799 correspondieron a las palabras estímulo HOMBRE-ERECCIÓN y 799 para IMPOTENCIA SEXUAL.

El nivel de significancia de las palabras estímulo HOMBRE-ERECCIÓN fue de 5, siendo las más importantes sexo, placer, amor y mujer.

A pesar de que a la cultura mexicana se le considera como machista, la asociación de la erección del pene, denota un carácter positivo. Está relacionada más hacia los beneficios sexuales en la vida de un individuo. Con la erección, ambos sexos disfrutan de la actividad sexual, y por lo tanto, conseguir placer, satisfacción.

Al encontrar asociaciones como amor y mujer, puede ser el reflejo de buena relación de pareja (véase Gráfico 2).

Para IMPOTENCIA SEXUAL, el nivel de significancia fue de 10, por lo tanto, las palabras más significativas que dio la población fueron: Enfermedad, frustración, hombre y tristeza.

Son asociaciones que confirman la importancia del buen funcionamiento del pene para la sociedad. La impotencia sexual es el reflejo de una mala calidad de vida (física y mental), y que puede influir en la vida cotidiana del hombre que llegara a padecer esta enfermedad. Las consecuencias como la frustración y la tristeza, son producto de la disfunción eréctil, y no se sabe si afectan a ambos sexos. (véase Gráfico 4).

Hombres General vs Mujeres General

Hombre-erección

En el grupo de los hombres se contabilizaron 400 palabras para HOMBRE-ERECCIÓN con un nivel de significancia de 4 (véase Gráfico 2). Las palabras más importantes fueron sexo, mujer, placer, excitación.

En el grupo de mujeres se contabilizaron 399 asociaciones, y su nivel de significancia fue de 5. Las palabras más representativas fueron sexo, placer y amor.

Para los hombres, la erección está relacionada con la búsqueda del bienestar físico. Se podría decir que en ellos no son tan importantes los afectos, por lo que la mujer, en la práctica sexual, es un elemento muy importante para excitarse y poder llegar al placer. Para las mujeres, también el sexo y el placer son importantes en la vida de un individuo, pero la diferencia con los hombres, radica en que el carácter afectivo es muy importante en la sexualidad, ya que el amor es básico y debe estar presente para que una mujer pueda sentirse excitada y así, llevar a cabo la práctica del acto sexual.

Impotencia sexual

En el grupo de los hombres se contabilizaron 400 palabras, con un nivel de significancia de 11. Las palabras más significativas fueron enfermedad y frustración.

El grupo de mujeres dio un total de 399 palabras con un nivel de significancia de 9. Las asociaciones más importantes fueron enfermedad, frustración, hombre y tristeza.

Para ambos grupos la impotencia sexual es sinónimo de enfermedad y tiene consecuencias en el psiquismo del hombre. Como se vio en las palabras estímulo HOMBRE-ERECCIÓN, en el género masculino, la erección es algo muy importante para su bienestar físico, y al no estar presente, como consecuencia van a sentirse frustrados.

Anteriormente se había señalado que no se sabía si la frustración que produce la disfunción eréctil afecta a ambos sexos. Al encontrar la palabra hombre en el nivel de significancia de las mujeres, se resuelve esta duda, porque el problema erectivo va a repercutir únicamente en el hombre. Es él quien se va a sentir frustrado y triste si padece esta enfermedad. (véase Gráfico 4).

Hombres de 18-30 años vs Hombres de 40-60

Hombre-erección

Para el grupo joven, que está representado por hombres de 18-30 años, el nivel de significancia de las palabras estímulo HOMBRE-ERECCIÓN, correspondió a 5 y las palabras más significativas fueron sexo, placer y mujer.

En el grupo de los hombres de 40-60 años, su nivel de significancia fue de 4 y las palabras más sobresalientes fueron sexo mujer, placer y amor.

Para ambos grupos de edad, la erección es una pieza muy importante en el desarrollo de su sexualidad. Es una práctica que implican beneficios ya que está presente el placer. Para todos estos hombres, el género femenino es el único que puede ayudar al hombre a llevarlo a cabo. Esta manera de pensar es muy representativa de la cultura mexicana, o es una identificación positiva del género masculino en la práctica sexual, o se notaría lo “machista” de ella.

El grupo joven por su proceso de desarrollo podría estar utilizando a la mujer para la práctica de la sexualidad. El sexo puede ser sinónimo de experiencia y no lo utilizan para establecer un hogar. En cambio los hombres adultos, ya lo ven de manera diferente al mencionar al amor, ya que a esta edad la mayoría, vive en pareja o ya es padre de familia, por lo tanto, el sexo y la mujer ya no son objetos de práctica sino para formar una familia.

Impotencia sexual

En estas palabras estímulo el grupo de jóvenes se encontró un nivel de significancia de 8 y las asociaciones más importantes fueron enfermedad. Ellos pueden ser un grupo que toma a la ligera el tema y la información que se está generando sobre disfunción eréctil, lo están dejando en segundo plano, además por la transición de la sociedad respecto al tema, este grupo sepa más de disfunción eréctil que de las palabras estímulo que se utilizaron en la investigación. Y a grandes rasgos sólo saben que es una enfermedad y que va a tener consecuencias en el psiquismo del hombre que la padezca.

En los adultos, a pesar de ser el grupo más propenso a padecer disfunción eréctil, no se obtuvo un nivel de significancia en este primer análisis. Podría deberse a que estas generaciones estaban rodeadas, de tabúes y mitos debido a la desinformación de la sexualidad. Y si hay prejuicios y desinformación, mucho menos iban a aceptar hablar de impotencia sexual.

Mujeres de 18-30 años vs Mujeres de 40-60 años

Hombre-erección

En el análisis de la significancia, se encontró que el grupo de las mujeres jóvenes obtuvo un nivel de significancia de 5 para estas palabras, y las más importantes fueron placer, sexo y amor. Y con las mujeres de 40-60 se encontró un nivel de significancia de 5 y sexo, pareja y amor fueron las más representativas.

En el grupo joven, la erección del pene es sinónimo de placer, solo que para tener sexo, deben sentir amor. Esto coincide con el pensar de la mujer mexicana, ya que la mayoría practica la sexualidad cuando siente “amor” por la persona con quien va a tener sexo.

Las mujeres adultas, por la edad a la que pertenecen, la mayoría de ellas ya son amas de casa, madres de familia, mujeres que viven o han vivido con una pareja, y el sexo solo se practica con esa persona con la que decidieron pasar su vida. De igual manera que las mujeres jóvenes, solo por amor tienen relaciones sexuales.

Algo interesante de esta parte, es que las mujeres de 18-30 años hablan del placer, mientras que las mujeres adultas no lo mencionan. Esto puede estar influido por la liberación sexual de las mujeres actualmente. El sexo ya no es un mito o un tabú para ellas, por lo tanto, tienen derecho a disfrutar de la sexualidad. Cosa que no se permitían las generaciones de las mujeres de 40-60 años.

Impotencia sexual

En el análisis de la significancia el grupo de las mujeres de 18-30 años obtuvo un resultado de 8 y las asociaciones más importantes fueron enfermedad y frustración.

Las mujeres de 40-60 años obtuvieron una significancia de 9 y la palabra más significativa fue enfermedad.

Ambos grupos saben de manera muy general que es una enfermedad, y solamente el grupo de las mujeres jóvenes incluyó la esfera psicológica en esta enfermedad al relacionarla con la frustración, tal vez por la edad, esté incluyendo el factor hombría y machismo en la sociedad mexicana, por esa razón le afecta mucho al hombre que la padece.

Gráfico 2. Tablas del primer nivel significancia de las palabras estímulo HOMBRE-ERECCIÓN de la Población Total, Hombres General y Mujeres General

POBLACIÓN TOTAL

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Sexo	86	21%
Placer	48	12%
Amor	32	8%
Mujer	31	8%
Excitación	28	7%
Pene	20	5%
Deseo	16	4%
Eyacuación	16	4%
Pareja	15	4%
Sexualidad	15	4%
Satisfacción	13	3%
Relación	12	3%
Orgasmo	10	2%
Masturbación	9	2%
Erotismo	8	2%
Hombre	8	2%
Gusto	7	2%
Pasión	7	2%
Penetración	7	2%
Relaciones	7	2%
Relaciones sexuales	7	2%
Salud	6	1%
Total	408	100%

HOMBRES GENERAL

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Sexo	45	30%
Mujer	20	14%
Placer	20	14%
Excitación	15	10%
Amor	10	7%
Deseo	10	7%
Pene	9	6%
Sexualidad	8	5%
Relación	6	4%
Satisfacción	5	3%
Total	148	100%

MUJERES GENERAL

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Sexo	41	21%
Placer	28	14%
Amor	22	11%
Excitación	13	7%
Eyacuación	12	6%
Mujer	11	6%
Pareja	11	6%
Pene	11	6%
Satisfacción	8	4%
Sexualidad	7	4%
Deseo	6	3%
Erotismo	6	3%
Orgasmo	6	3%
Pasión	6	3%
Relación	6	3%
Total	194	100%

Gráfico 3. Tablas del primer nivel significancia de las palabras estímulo HOMBRE-ERECCIÓN de hombres de 18-30 y 40-60 años y mujeres de 18-30 y 40-60 años

HOMBRES DE 18-30 AÑOS

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Sexo	21	39%
Placer	10	19%
Mujer	9	17%
Excitación	8	15%
Pene	6	11%
Total	54	100%

MUJERES DE 18-30 AÑOS

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Placer	20	20%
Sexo	20	20%
Amor	13	13%
Excitación	7	7%
Eyacuación	7	7%
Pene	7	7%
Sexualidad	7	7%
Satisfacción	6	6%
Erotismo	5	5%
Gusto	5	5%
Pasión	5	5%
Total	102	100%

HOMBRES DE 40-60 AÑOS

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Sexo	24	32%
Mujer	11	14%
Placer	10	13%
Amor	8	11%
Excitación	7	9%
Deseo	6	8%
Relación	5	7%
Sexualidad	5	7%
Total	76	100%

MUJERES DE 40-60 AÑOS

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Sexo	21	29%
Pareja	10	14%
Amor	9	13%
Mujer	8	11%
Placer	8	11%
Excitación	6	8%
Eyacuación	5	7%
Relación	5	7%
Total	72	100%

Gráfico 4. Tablas del primer nivel significancia de las palabras estímulo IMPOTENCIA SEXUAL de la Población Total, Hombres General y Mujeres General

POBLACIÓN TOTAL

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Enfermedad	40	23%
Frustración	32	19%
Hombre	18	10%
Tristeza	16	9%
Disfunción	15	8%
Insatisfacción	15	8%
Problemas	15	8%
Problema	14	8%
Edad	12	7%
Total	177	100%

HOMBRES GENERAL

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Enfermedad	18	56%
Frustración	14	44%
Total	32	100%

MUJERES GENERAL

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Enfermedad	22	35%
Frustración	18	29%
Hombre	12	19%
Tristeza	10	16%
Total	62	100%

Gráfico 5. Tablas del primer nivel significancia de las palabras estímulo IMPOTENCIA SEXUAL de Hombres de 18-30 y 40-60 años y Mujeres de 18-30 y 40-60 años

HOMBRES 18-30 AÑOS

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Enfermedad	10	100%
Total	10	100%

MUJERES 18-30 AÑOS

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Enfermedad	12	52
Frustración	11	48

MUJERES 40-60 AÑOS

PALABRA	Nivel de Significancia	%
Enfermedad	10	100

3.7.3. Etapa 2: Técnica de dominio. Categorización de los elementos del núcleo central

Esta segunda etapa de análisis del primer nivel, se llevó a cabo la categorización, subcategorización e integración de las funciones de las representaciones sociales. Para la formación de las categorías y subcategorías se basó en la técnica de dominio descrita por Ito y Vargas (2005), los nombres de las mismas se asignaron de manera cualitativa al identificar y analizar las relaciones entre sí de los términos mencionados por los participantes. Y las funciones de las representaciones se asignaron palabra por palabra; dependiendo de la definición de cada función, se integraba la asociación de manera cualitativa, dando como resultado un porcentaje en cada subcategoría (Véase Cuadro 1).

Cuadro 1: Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de las representaciones sociales del primer nivel para cada abras estímulo.

PALABRAS ESTÍMULO	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	FUNCIÓN
HOMBRE- ERECCIÓN	Consecuencias positivas	Manifestaciones sexuales	De saber Orientadora Justificadora Identitaria
		Vínculos afectivos	
		Estímulos	
		Sentimientos	
		Positivo	
	Definiciones	Definición	
		Otras	
	Consecuencias negativas	Creencias sociales	
		Negativo	
		Expresión coloquial	
IMPOTENCIA SEXUAL	Consecuencias	Psicológicas	De saber Orientadora Justificadora Identitaria
		Eréctiles	
		Positivas	
		Sociales	
		Orgánicas	
		Pareja	
		Creencias negativas	
		Pueden padecer	
		Alternativas	
	Causas	Orgánicas	
		Psicológicas	
		Otras causas	
	Términos	Sexuales	
		Psicológicas	

Población Total

Hombre-erección

Los resultados de la categorización para la población total quedó de la siguiente manera, enlistadas de mayor a menor importancia: Abarcando más de la mitad las Consecuencias positivas (57%), seguida de las Definiciones (25%) y Consecuencias negativas (18%).

En la categoría de Consecuencias positivas, se encontró que las subcategorías de Manifestaciones sexuales, Vínculos afectivos y Estímulos fueron las más significativas para los participantes. Dentro de las Definiciones la subcategoría Definición fue la que tuvo mayor porcentaje, además de haber sido la más alta de todas las subcategorías.

Al agregar las funciones que cumplen las representaciones sociales, se encontró que la función orientadora es la más importante de todas. (Ver Tablas 5y 6).

Tabla 5. Categorización por Funciones de las Representaciones Sociales de HOMBRE-ERECCIÓN, según Población Total

FUNCIÓN	TOTAL	%
Orientadora	413	52%
De saber	188	24%
Justificadora	152	19%
Identitaria	46	6%
	799	100%

Tabla 6. Etapa 2. Categoría, Subcategoría y Funciones de las Representaciones Sociales de HOMBRE-ERECCIÓN, según Población Total

CATEGORÍA	%	SUBCATEGORÍA	%	FUNCIÓN	TOTAL	%
CONSECUENCIAS	57%	Manifestaciones sexuales	19%	Orientadora	112	14%
				Justificadora	33	4%
				De saber	4	1%
		Subtotal	19%	Subtotal	149	19%
		Vínculos afectivos	13%	Orientadora	51	6%
				Justificadora	33	4%
				De saber	21	3%
		Subtotal	13%	Subtotal	105	13%
		Estímulos	13%	Orientadora	36	5%
				De saber	35	4%
				Justificadora	33	4%
		Subtotal	13%	Subtotal	104	13%
		Sentimientos	8%	Orientadora	55	7%
				De saber	9	1%
				Justificadora	9	1%
Subtotal	8%	Subtotal	64	8%		
Positivo	5%	Orientadora	14	2%		
		De saber	14	2%		
		Justificadora	9	1%		
Subtotal	5%	Subtotal	37	5%		
DEFINICIONES	25%	Definición	22%	De saber	47	6%
				Orientadora	131	16%
				Subtotal	178	22%
		Otras	3%	Orientadora	8	1%
				De saber	7	1%
Subtotal	3%	Subtotal	22	3%		
CONSECUENCIAS	18%	Creencias sociales	8%	Identitaria	46	6%
				De saber	11	1%
				Orientadora	6	1%
		Subtotal	8%	Subtotal	63	8%
		Negativo	5%	Justificadora	26	3%
				De saber	15	2%
		Subtotal	5%	Subtotal	41	5%
		Expresión coloquial	4%	De saber	25	3%
				Justificadora	11	1%
Subtotal	4%	Subtotal	36	4%		
TOTAL	100%	TOTAL	100%	TOTAL	799	100%

Impotencia sexual

La categorización de estas palabras estímulo, arrojó un contundente 72% para la categoría Consecuencias.

Dentro de las Consecuencias la subcategoría de Psicológicas fue la más significativa al obtener el 31% del total. Seguida de la subcategoría Orgánicas que se encuentra en las Causas con el 11%.

Al agregar las funciones de las representaciones sociales a esta palabras estímulo, se encontró que la función de saber fue la más significativa con el 47%. No todas las subcategorías abarcaron las cuatro funciones (Ver Tabla 7 y 8):

Tabla 7. Categorización por funciones de la representación social de IMPOTENCIA SEXUAL, según población total

FUNCIÓN	TOTAL	%
De saber	374	47
Justificadoras	201	25
Orientadoras	159	20
Identitarias	65	8
	799	100

Tabla 8. Etapa 2. Categoría, Subcategoría y Funciones de las Representaciones Sociales de IMPOTENCIA SEXUAL, según Población Total.

CATEGORÍA	%	Subcategoría	%	FUNCIÓN	PALABRAS	%	
CONSECUENCIAS	72%	Psicológicas	31%	JUSTIFICADORAS	90	11.26%	
				ORIENTADORA	85	10.64%	
				DE SABER	61	7.63%	
				IDENTITARIAS	10	1.25%	
		Subtotal	31%	Subtotal	246	30.79%	
		Eréctiles	8%	8%	DE SABER	64	8.01%
					Subtotal	64	8.01%
		Positivas	7%	7%	ORIENTADORA	31	3.88%
					DE SABER	19	2.38%
					Subtotal	50	6.26%
		Sociales	6%	6%	IDENTITARIAS	27	3.38%
					JUSTIFICADORAS	10	1.25%
					DE SABER	6	0.75%
					ORIENTADORA	2	0.25%
		Subtotal	6%	Subtotal	45	5.63%	
		Orgánicas	5%	5%	DE SABER	38	4.76%
JUSTIFICADORAS	5				0.63%		
Subtotal	43				5.38%		
Pareja	5%	5%	DE SABER	20	2.50%		
			JUSTIFICADORAS	20	2.50%		
			Subtotal	40	5.01%		
Creencias negativas	4%	4%	DE SABER	25	3.13%		
			JUSTIFICADORAS	5	0.63%		
			Subtotal	30	3.75%		
Pueden padecer	3%	3%	IDENTITARIAS	27	3.38%		
			Subtotal	27	3.38%		
Alternativas	3%	3%	DE SABER	31	3.88%		
			Subtotal	31	3.88%		
CAUSAS	23%	Orgánicas	11%	DE SABER	50	6.26%	
				ORIENTADORA	37	4.63%	
				JUSTIFICADORAS	4	0.50%	
				Subtotal	91	11.39%	
		Psicológicas	10%	10%	DE SABER	58	7.26%
					JUSTIFICADORAS	18	2.25%
					Subtotal	76	9.51%
Otras causas	2%	2%	DEL SABER	11	1.38%		
			JUSTIFICADORA	3	0.38%		
Subtotal	2%	Subtotal	14	1.75%			
TERMINOS	5%	Sexuales	3%	DE SABER	24	3.00%	
				Subtotal	24	3.00%	
		Psicológicas	2%	2%	DE SABER	13	1.63%
					IDENTITARIA	1	0.13%
					ORIENTADORA	4	0.50%
Subtotal	2%	Subtotal	18	2.25%			
TOTAL	100%	Total	100%	TOTAL	799	100%	

Hombres General vs Mujeres General

Hombre-erección

Para los hombres y las mujeres, la categoría de Consecuencias positivas fue la más representativa con el 52% y 59% respectivamente.

En las subcategorías, se encontró que en el grupo de hombres la de Definición fue la más importante al obtener el 23%, seguida de Manifestaciones sexuales con el 16% (Ver Tabla 9 y 11).

Para las mujeres, en las subcategorías se encontró que las Manifestaciones sexuales, fueron las más significativas con el 22% del total, seguida de la subcategoría Definición con el 21% (Ver Tabla 10 y 12).

La función orientadora fue la más significativa en ambos grupos, 50% para hombres y 56.1% para las mujeres.

En ambos grupos hay más similitudes que diferencias, tanto los hombres como las mujeres utilizan a la función orientadora para la búsqueda de la sexualidad plena. Además de ser una práctica muy importante en la vida de todos los individuos, se cuenta con información, se le da una connotación más positiva actualmente. Ejemplo de ello hay asociaciones como: sexo, relaciones, acto sexual, placer, excitación, amor, pareja, vínculo, salud, etcétera.

Tabla 9. Categorización por funciones de HOMBRE-ERECCIÓN según población hombres

FUNCIÓN	TOTAL	%
Orientadora	200	50%
De saber	93	23.3%
Justificadora	77	19.2%
Identitaria	30	7.5%
Total	400	100%

Tabla 10. Categorización por funciones de HOMBRE-ERECCIÓN según población de mujeres

FUNCIÓN	TOTAL	%
Orientadora	224	56.1%
De saber	97	24.4%
Justificadora	62	15.5%
Identitaria	16	4.0%
Total	399	100%

Tabla 11. Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de la representación social de HOMBRE-ERECCIÓN, según población de hombres general.

FUNCIÓN	PALABRAS	%	CATEGORÍA	PALABRAS	%	SUBCATEGORÍA	PALABRAS	%
Orientadora	200	50	Consecuencias positivas	209	52%	Manifestaciones	63	16%
			Definiciones	104	26%	Estímulos	52	13%
			Consecuencias negativas	87	22%	Definición	94	24%

Tabla 12. Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de la representación social de HOMBRE-ERECCIÓN, según población de mujeres general.

FUNCIÓN	PALABRAS	%	CATEGORÍA	PALABRAS	%	SUBCATEGORÍA	PALABRAS	%
Orientadora	224	56.1%	Consecuencias positivas	248	62.2%	Manifestaciones	86	21.6%
			Definiciones	96	24.1%	Vínculos	55	13.8%
			Consecuencias negativas	55	13.8%	Definición	84	21.1%

Impotencia sexual

En estas palabras estímulo, se encontró que la categoría de consecuencias fue la más representativa en ambos grupos: 75% para los hombres y 73% para las mujeres.

En las subcategorías, también hubo coincidencia en ambos grupos, se encontró que las psicológicas fueron las más significativas: 29% para los hombres y 32% para las mujeres. Seguida de la subcategoría orgánicas que se encuentra en Causas, con el 12% para hombres y 11% mujeres, por último, las orgánicas que se encuentran en la categoría de Consecuencias, con el 10% para hombres y las eréctiles en el grupo de mujeres con el 9%.

Respecto a las funciones de las representaciones sociales, la de saber fue la más importante con el 48% para hombres y 60% para las mujeres.

La información que están recibiendo tanto los hombres como las mujeres en su vida cotidiana, han considerado como útil para su comunicación social, el saber que la disfunción eréctil es una enfermedad que tiene causas orgánicas y que va a producir consecuencias psicológicas (Ver Tablas 13, 14, 15 y 16).

Tabla 13. Categorización por funciones de IMPOTENCIA SEXUAL según población de Hombres general

FUNCIÓN	TOTAL	%
De saber	191	48%
Orientadora	90	23%
Justificadora	65	16%
Identitaria	54	13%
Total	400	100%

Tabla 14. Categorización por funciones de IMPOTENCIA SEXUAL según población de mujeres general

FUNCIÓN	TOTAL	%
De saber	240	60%
Orientadora	76	19%
Justificadora	62	16%
Identitaria	21	5%
Total	399	100%

Tabla 15. Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de la representación social de IMPOTENCIA SEXUAL, según población de hombres general.

FUNCIÓN	PALABRAS	%	CATEGORÍA	PALABRAS	%	SUBCATEGORÍA	PALABRAS	%
De saber	191	48%	Consecuencias	298	75%	Psicológicas	116	29%
						Orgánicas	41	10%
			Causas	92	23%	Orgánicas	50	13%

Tabla 16. Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de la representación social de IMPOTENCIA SEXUAL, según población de mujeres general.

FUNCIÓN	PALABRAS	%	CATEGORÍA	PALABRAS	%	SUBCATEGORÍA	PALABRAS	%
De saber	240	60%	Consecuencias	293	73%	Psicológicas	127	32%
						Eréctiles	36	9%
			Causas	90	23%	Orgánicas	43	11%
						Psicológicas	38	9%

Hombres de 18-30 años vs Hombres de 40-60 años

Hombre-erección

Para ambos grupos la categoría de Consecuencias positivas fue la más representativa con el 50% para el grupo joven y 54% para el grupo de adultos.

En las subcategorías, se encontró que la de Definición fue la más importante con el 23% para los jóvenes y 25% para los adultos.

En el segundo lugar se obtuvo que en el grupo joven está presente la subcategoría Estímulos sexuales con el 19%, y en los adultos lo ocupó las Manifestaciones sexuales con el 17%.

Posteriormente en el grupo joven se encuentra la subcategoría Manifestaciones sexuales con el 15% y en los adultos se presentaron los Vínculos afectivos con el 16%.

La función orientadora fue la más significativa en ambos grupos, 40.5% para los jóvenes y 56% para los adultos (Ver Tablas 17, 18, 19 y 20).

Esta función de las representaciones sociales, puede estar sirviendo a los hombres para guiar su comportamiento hacia la búsqueda de la satisfacción sexual que produce la erección.

En ambos grupos también hay una actitud positiva sobre la erección, cuando ésta funciona de manera adecuada, aunque para los jóvenes la erección es sinónimo de estímulos sexuales, ya que lo relacionan con masturbación, pornografía,

revistas, fiestas, etcétera, esto puede deberse a que al tener estas actividades ellos tienen una erección penénea y por tanto a sentir placer.

En cambio, para los hombres adultos, el placer y la excitación son más satisfactorios cuando se tiene un vínculo afectivo con una mujer o su pareja.

Tabla 17. Categorización por funciones de HOMBRE-ERECCIÓN según población de Hombres de 18-30 años

FUNCIÓN	TOTAL	%
Orientadora	81	40.5%
De saber	50	25%
Justificadora	48	23%
Identitaria	21	11%
Total	200	100%

Tabla 18. Categorización por funciones de HOMBRE-ERECCIÓN según población de hombres de 40-60 años

FUNCIÓN	TOTAL	%
Orientadora	112	56%
De saber	46	23%
Justificadora	33	16.5%
Identitaria	9	4.5%
Total	200	100%

Tabla 19. Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de la representación social de HOMBRE-ERECCIÓN, según población de hombres de 18-30 años.

FUNCIÓN	PALABRAS	%	CATEGORÍA	PALABRAS	%	SUBCATEGORÍA	PALABRAS	%
Orientadora	81	41%	Consecuencias positivas	100	50%	Estímulos	37	19%
			Definiciones	51	26%	Manifestaciones	30	15%
			Consecuencias negativas	49	24%	Definición	46	23%
						Creencias sociales	27	14%

Tabla 20. Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de la representación social de HOMBRE-ERECCIÓN, según población de hombres de 40-60 años.

FUNCIÓN	PALABRAS	%	CATEGORÍA	PALABRAS	%	SUBCATEGORÍA	PALABRAS	%
Orientadora	112	56%	Consecuencias positivas	108	54%	Manifestaciones	33	17%
			Definiciones	54	27%	Vínculos	32	16%
			Consecuencias negativas	38	19%	Definición	49	25%

Impotencia sexual

En esta palabra estímulo se encontró que la categoría de Consecuencias fue la más representativa en ambos grupos: 67% para los hombres jóvenes y el 75% para los hombres adultos.

En las subcategorías, hubo coincidencias en ambos grupos, se encontró que las psicológicas fueron las más significativas: 23% para los hombres jóvenes y 33%.

Seguida de la subcategoría orgánicas que se encuentra en Causas, con el 13% para hombres jóvenes y el 11% hombres adultos. Por último, las Causas psicológicas con el 10% para ambos grupos.

Respecto a las funciones de las representaciones sociales, la de saber fue la más importante con el 57% para hombres jóvenes y 52% para hombres adultos (Ver Tablas 21, 22, 23 y 24).

La información que estos grupos están integrando en su marco de referencia, se refiere básicamente a las consecuencias psicológicas que puede generar la disfunción eréctil. Así como también, saben que las causas que pueden generar una disfunción eréctil son orgánicas, aunque estos grupos resaltan que también lo psicológico puede ocasionar el problema.

Tabla 21. Categorización por funciones de IMPOTENCIA SEXUAL según población de hombres de 18-30 años.

FUNCIÓN	TOTAL	%
De saber	114	57%
Orientadora	44	22%
Justificadora	29	14%
Identitaria	13	7%
Total	200	100%

Tabla 22. Categorización por funciones de IMPOTENCIA SEXUAL según población de hombres de 40-60 años.

FUNCIÓN	TOTAL	%
De saber	105	52%
Orientadora	47	24%
Justificadora	35	17%
Identitarias	13	7%
Total	200	100%

Tabla 23. Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de la representación social de IMPOTENCIA SEXUAL, según población de hombres de 18-30 años.

FUNCIÓN	PALABRAS	%	CATEGORÍA	PALABRAS	%	SUBCATEGORÍA	PALABRAS	%
De saber	114	57%	Consecuencias	134	67%	Psicológicas	47	24%
			Causas	50	25%	Orgánicas	26	13%
						Psicológicas	20	10%

Tabla 24. Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de la representación social de IMPOTENCIA SEXUAL, según población de hombres de 40-60 años.

FUNCIÓN	PALABRAS	%	CATEGORÍA	PALABRAS	%	SUBCATEGORÍA	PALABRAS	%
De saber	105	53%	Consecuencias	150	75%	Psicológicas	65	33%
						Eréctiles	18	9%
			Causas	42	21%	Orgánicas	22	11%
						Psicológicas	19	9%

Mujeres de 18-30 años vs Mujeres de 40-60 años

Hombre-erección

Las Consecuencias positivas fue la categoría más importante en los dos grupos de mujeres: 63% para el grupo joven y 54% para el grupo adulto.

En la subcategorización, las Manifestaciones sexuales fueron las más significativas en el grupo joven con el: 27%, mientras que para el grupo adulto ocupó el segundo lugar con 17%.El el grupo adulto la Definición obtuvo 25%, quedando como la más representativa y en el grupo joven solamente obtuvo el 23%.

Al igual que los hombres jóvenes, los Estímulos sexuales son importantes en la sexualidad, ya que obtuvo el 16% y para las mujeres adultas los Vínculos afectivos obtuvieron el 16%.

La función más representativa fue la orientadora con el 59% para el grupo joven y 49.2% en el grupo adulto (Ver Tablas 25, 26, 27 y 28).

También este género se preocupa de una sexualidad satisfactoria, ya que el placer es indispensable en el ser humano. La apertura del tema de la sexualidad que se está viviendo en la época actual y la información que estos grupos poseen sobre el tema, las está orientando hacia la búsqueda de estímulos sexuales para la satisfacción sexual.

Una diferencia es que el grupo adulto puede poseer mayor conocimiento del tema, por ser la encargada de la educación en la cultura mexicana. Además de preocuparse por los Vínculos afectivos que puede tener con una pareja.

Tabla 25. Categorización por funciones de HOMBRE-ERECCIÓN según población de mujeres de 18-30 años

FUNCIÓN	TOTAL	%
Orientadora	118	59
De saber	45	22.5
Justificadora	32	16
Identitaria	5	2.5
Total	200	100

Tabla 26. Categorización por funciones de HOMBRE-ERECCIÓN según población de mujeres de 40-60 años

FUNCIÓN	TOTAL	%
Orientadora	98	49.2%
De saber	59	29.6%
Justificadora	30	15.2%
Identitaria	12	6%
Total	199	100%

Tabla 27. Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de la representación social de HOMBRE-ERECCIÓN, según población de mujeres de 18-30 años.

FUNCIÓN	PALABRAS	%	CATEGORÍA	PALABRAS	%	SUBCATEGORÍA	PALABRAS	%
Orientadora	118	59%	Consecuencias positivas	127	64%	Manifestaciones	54	27%
						Estímulos	31	15%
			Definiciones	50	25%	Definición	46	23%
			Consecuencias negativas	23	11%			

Tabla 28. Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de la representación social de HOMBRE-ERECCIÓN, según población de mujeres de 40-60 años.

FUNCIÓN	PALABRAS	%	CATEGORÍA	PALABRAS	%	SUBCATEGORÍA	PALABRAS	%
Orientadora	98	49%	Consecuencias positivas	108	54%	Manifestaciones	33	17%
						Vínculos	32	16%
			Definiciones	54	27%	Definición	49	25%
			Consecuencias negativas	38	19%			

Impotencia sexual

Para estas palabras estímulo, la categoría Consecuencias fue la más importante con el 75% para las mujeres de 18-30 años y 70% para las mujeres adultas.

En cuanto a la subcategorización, las Psicológicas fueron las que obtuvieron un mayor puntaje con el 39% para las jóvenes y 26% para las adultas. En segundo lugar se encontró a las Causas Orgánicas con el 10% en el grupo joven, mientras que para el adulto fueron las Causas Psicológicas con el 13%.

Por último en el grupo joven se encontró a la subcategoría Positivas con el 9% y en el grupo adulto las Eréctiles y Causas orgánicas con el 11% respectivamente.

Para las funciones de las representaciones la del saber fue la significativa con el 49% para el grupo joven y el 53% para el grupo adulto (Ver Tablas 29, 30, 31 y 32).

Al igual que todos los grupos participantes en la investigación, las mujeres saben que la disfunción eréctil tiene consecuencias psicológicas principalmente y el grupo adulto le da importancia a las consecuencias erectivas del pene, ejemplo de ello, dicen que el hombre con este padecimiento no puede, es incapaz y no hay erección.

El grupo joven solamente a rescatado de la información proveniente de los medios de comunicación, que las causas de la enfermedad tienen un origen orgánico, pero las mujeres adultas como el grupo masculino de su edad, le dan importancia a factores psicológicos en el desarrollo de la disfunción eréctil.

Tabla 29. Categorización por funciones de IMPOTENCIA SEXUAL según población de demujeres de 18-30 años

FUNCIÓN	TOTAL	%
De saber	98	49%
Orientadora	53	26%
Justificadora	40	20%
Identitaria	9	5%
Total	200	100%

Tabla 30. Categorización por funciones de IMPOTENCIA SEXUAL según población mujeres de 40-60 años

FUNCIÓN	TOTAL	%
De saber	106	53%
Justificadora	43	21%
Orientadora	37	19%
Identitaria	13	7%
Total	199	100%

Tabla 31. Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de la representación social de IMPOTENCIA SEXUAL, según población de mujeres de 18-30 años.

FUNCIÓN	PALABRAS	%	CATEGORÍA	PALABRAS	%	SUBCATEGORÍA	PALABRAS	%
De saber	98	49%	Consecuencias	152	76%	Psicológicas	77	39%
						Positivas	18	9%
			Causas	41	21%	Orgánicas	20	10%

Tabla 32. Etapa 2. Categoría, subcategoría y funciones de la representación social de IMPOTENCIA SEXUAL, según población de mujeres de 40-60 años.

FUNCIÓN	PALABRAS	%	CATEGORÍA	PALABRAS	%	SUBCATEGORÍA	PALABRAS	%
De saber	106	53%	Consecuencias	118	59%	Psicológicas	51	26%
						Eréctiles	22	11%
			Causas	50	25%	Psicológicas	25	13%
						Orgánicas	22	11%

4. DISCUSIÓN

Con el análisis de los resultados se cumplió el propósito de la investigación: el conocer la representación social de la disfunción eréctil.

Respecto a este padecimiento sexual, aún no hay una representación estructurada, ya que ésta se encuentra en un proceso de conformación.

En este proceso se notó una tendencia de la población hacia lo biológico. Del conocimiento científico que se genera sobre la disfunción eréctil, los individuos están retomando lo orgánico como causa principal del problema. Por lo tanto, si alguien llegara a padecer esta enfermedad, el médico es el único que puede curarla. El psicólogo solamente serviría para aliviar las consecuencias que generaría el problema.

En cuanto a la erección del hombre, se encontró una representación social ya conformada, además de actitudes positivas que hablan de la importancia del buen funcionamiento del pene para el ser humano, como se demuestra a continuación.

Hombre-erección

Esta palabra se utilizó como neutra, con la finalidad de sensibilizar a los participantes en el tema de la disfunción eréctil.

Al realizar el análisis de estas palabras estímulo, se notó un núcleo central muy elaborado. Para la población biológicamente hablando, la erección del pene es propia del hombre. Con el órgano masculino, se dan las relaciones sexuales o la masturbación, que lleva a la eyaculación y ésta puede producir embarazos. En este punto, los participantes reflejaron problemas en la erección, al mencionar a la eyaculación precoz o rápida.

De manera social, el hombre busca relaciones con su sexo opuesto, aunque puede ser una relación de amistad o sexual, si es la segunda se corre el riesgo un embarazo o la llegada de hijos. Este proceso puede llevar a la conformación de una pareja, donde además, habrá amor, comunicación, cariño, ternura, fidelidad, felicidad y confianza.

Respecto a lo psicológico, la población dijo que, para darse el acto sexual, debe existir el gusto, el deseo, la pasión y el erotismo.

Todo esto representa estímulos para sentirse excitado y tener relaciones sexuales. Con el acto sexual y todos los estímulos anteriores, se puede llegar al orgasmo, que produce placer, satisfacción y felicidad.

Con el núcleo central de HOMBRE-ERECCIÓN se asegura que el funcionamiento adecuado del pene, tiene una connotación social positiva, porque todo lo anterior representa salud y bienestar para el ser humano (véase anexo 4).

Debido a lo positivo del acto sexual para la sociedad, los individuos siempre estarán en la búsqueda de una sexualidad satisfactoria. Esto se confirma con la función orientadora, ya que fue la más significativa y puede estar siendo útil para guiar las conductas en esta búsqueda.

Al hablar del análisis de la categorización, se confirma lo dicho en el núcleo central sobre el carácter positivo de la erección cuando funciona adecuadamente, ya que la categoría de consecuencias positivas fue la más representativa.

Estas consecuencias se reflejan en lo psicológico primordialmente, como en el caso de la subcategoría Manifestaciones sexuales que se asocian con el placer, excitación, satisfacción, orgasmo y pasión. Todo esto puede orientar a los individuos a buscar los medios para lograr una sexualidad plena.

Dentro de lo positivo, los Vínculos afectivos, están orientados hacia la conformación de una relación estable. La población dijo que para formar una pareja, se debe estar enamorado, debe existir amistad, estabilidad, fidelidad y comunicación. Esto ayuda a establecer vínculos de unión, que puede llevar a las parejas al matrimonio, a formar una familia o un hogar.

Los estímulos sexuales son importantes en la sexualidad, a excepción del gusto, la atracción y la imaginación, son provenientes del medio exterior, por ejemplo: la vagina, la piel, los besos, la desnudez, y el tacto. Todo esto, los individuos creen encontrarlo en la pornografía, las fiestas, juegos eróticos o revistas, y que ocasionan en los hombres una erección penéana, que puede llevarlo a la práctica de la masturbación, el sexo oral y/o anal.

La subcategoría de Definiciones fue la más representativa de todas con un carácter informativo. En ella se ve la transición de conceptos científico-biológicos a la vida cotidiana. Ejemplo de esto, se ve en la información que la población ha recibido del sistema educativo y le ha servido para entender a la erección peneana, ya que el hombre es el que cuenta con el pene y por lo tanto, con los mecanismos de la erección, el coito o eyaculación, que puede producir embarazos.

Con todo lo positivo encontrado en HOMBRE-ERECCIÓN, ayuda a demostrar que, al haber un buen funcionamiento en los mecanismos de la erección peneana, el ser humano va a disfrutar de la sexualidad, sentir salud y bienestar. Caso contrario si se padece la disfunción eréctil.

A pesar de todas las connotaciones positivas que tienen las palabras estímulo HOMBRE-ERECCIÓN, se encontraron actitudes negativas aunque de manera poco significativa, pero que es importante tomarlo en cuenta para la investigación, ya que la población manifestó problemas sexuales y/o el mal funcionamiento de la erección. Ejemplo de ello, dieron asociaciones como impotencia, enfermedad, disfunción, ocasional o por la edad.

Además se revelan causas exógenas al hombre como ansiedad, miedo, nervios, pena, falta de estímulos, alcohol, drogas, cansancio y desagrado, que pueden influir en un problema erectivo.

También se encontraron rasgos machistas que rodean a la cultura mexicana. La erección en las Creencias sociales es sinónimo de masculinidad, fuerza, fuerte, machismo, hombría, poder, presunción y sociedad.

Estas connotaciones negativas dan pauta para hablar de las palabras estímulo IMPOTENCIA SEXUAL.

Impotencia sexual

El núcleo central encontrado en estas palabras estímulo (véase anexo 5), ayuda a entender que la población tomó como sinónimo de la disfunción eréctil, ya que apareció en dicho núcleo central.

Al dividirlo en causas y consecuencias, se encontró que en las primeras, los individuos la relacionan con una enfermedad propia del hombre, que está vinculada a

la diabetes mellitus o la edad. Saben que este padecimiento tiene curación si se lleva a cabo un tratamiento médico. Y el papel del psicólogo en esta enfermedad, va a servir para aliviar todas las consecuencias que ocasiona la disfunción eréctil.

Dichas consecuencias, van a tener mayor impacto en el psiquismo del hombre, ya que, esta enfermedad le va a ocasionar depresión, irritabilidad, enojo, desesperación, coraje, baja autoestima, y por lo tanto, será un individuo frustrado y triste, que se aislará de los demás.

En la categorización se demuestra este impacto en el ser humano, ya que las consecuencias fueron las más significativas. Los participantes piensan que la esfera psicológica es la más afectada en aquellos hombres que padecen disfunción eréctil. Por culpa de este problema, van a sentir frustración, depresión, insatisfacción, tristeza, inseguridad, enojo, miedo, displacer y/o ansiedad.

También lo demuestra el estudio realizado por Kaplan (1990; en Sánchez, 2007), quien mencionó que la inseguridad, ligado a temores, ligado al fracaso originan un desinterés por la actividad sexual. O las respuestas encontradas en los cuestionarios de las mujeres que refirieron a su pareja con disfunción eréctil, como personas ansiosas, estresadas, tristes, inseguros, con autoestima baja y temen al fracaso.

Además de problemas psicológicos, existirán consecuencias de carácter negativo en la relación de pareja y el ámbito social, probablemente por la soledad.

Las consecuencias que se generan en la pareja, por culpa de la disfunción eréctil, los individuos las relacionaron con el divorcio, la falta de comunicación, rompimiento, problemas, desamor, infidelidad y al fracaso.

Esto queda demostrado con las investigaciones realizadas por Sánchez (2007) en el Programa de Sexualidad Humana del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, que han aislado algunos factores relacionados con los conflictos de pareja y con las disfunciones sexuales (para ambos sexos) en general, estos son:

- Autoconcepto e insatisfacción marital;
- Estilos de comunicación reservado y negativo;
- Disminución de la comunicación marital;
- Tendencia a presentar características de sumisión;

- Problemas de no-asertividad;
- Ansiedad-estado y,
- Trastornos del estado de ánimo, como reacciones depresivas.

También lo demuestra el cuestionario de la mujer que su pareja sufre de disfunción y dice, que su relación es mala, hay falta de comunicación y que él es una persona machista.

En cuanto a las causas, la categorización confirmó lo dicho en el núcleo central. Se notó la tendencia de la población hacia lo orgánico. Relacionaron a la disfunción eréctil con la edad, la vejez, un hombre enfermo, la diabetes o problemas de colesterol.

La teoría de la disfunción eréctil demuestra esta tendencia de la población para considerar el factor orgánico como principal. Acuña (2002) menciona que, anteriormente se consideraba que la mayoría de las causas de la disfunción eréctil eran de origen psicogénico, pero la evidencia actual sugiere que el 80% de los casos tienen una causa orgánica, aunque pueden estar presentes las dos etiologías. En cuanto a atribuirle a factores biológicos, hay un aumento gradual en la prevalencia de enfermedades crónicas que pueden debilitar la función sexual (como la diabetes mellitus, enfermedades del corazón e hipertensión arterial).

Respecto a la relación de la vejez y la disfunción eréctil, el estudio de Ugarte (en Barroso, Ugarte y Pimentel, 2001) quien informa que en hombres mayores de 40 años es del 55% con una tendencia a incrementarse con la edad. Este hallazgo es semejante al informado por Morley, quien documentó una prevalencia de 25, 55 y 65%, para hombres de 65, 75 y 80 años respectivamente.

O como Castelo y Licea (2003), quienes correlacionan la diabetes con la edad, dicen que la frecuencia de padecer disfunción eréctil, es significativamente más elevada en la población diabética, cuando se compara con la población general. La disfunción eréctil se asocia al incremento de la edad, mal control metabólico, al mayor tiempo de la evolución y complicaciones de la diabetes. La prevalencia en personas con diabetes mellitus oscila entre el 20 y el 80% aunque esta varía en dependencia de la edad de los pacientes. En sujetos de 20 a 29 años, es del 9% y aumenta hasta un 90% en aquellos que alcanzan los 70 años.

En su saber de sentido común, la población consideró a la etiología psicológica que puede contribuir al desarrollo de la disfunción eréctil. En la categorización se encontraron asociaciones como algún trauma, algo emocional, por un trastorno o algún daño psicológico.

Nuevamente la teoría de la disfunción eréctil confirma lo dicho por los participantes, ya que por un exceso de autocrítica sobre la capacidad de agrandar al compañero(a) ligado al temor al fracaso puede generar trastorno de la erección. La ansiedad sexual como la llaman Abraham y Porto (1978; en Cabello, 2002); la culpa o la depresión, pues se ha estimado que el 50% de los pacientes con depresión mayor sufren de algún tipo de disfunción sexual (Guevara, Chacón, Hernández y Barradas, 2005). O los traumas en la niñez, estas desempeñan un papel importante en la causas de las disfunciones sexuales, y puede ser por un episodio para el cual el individuo no estaba emocionalmente preparado. O por una experiencia aterradora, frustrante, o humillante que puede desencadenar una disfunción sexual.

Al tomar en cuenta la población los factores orgánicos y psicológicos, la teoría de la disfunción eréctil dice que, es común que coexistan las dos etiologías (orgánica y psicológica), aunque recientemente se le da más importancia al componente biológico.

Se encontraron evidencias de la existencia de ideas de rechazo y discriminación hacia los hombres que padecen este problema. Las asociaciones que están en las subcategorías de Sociales y Creencias negativas confirman esto: algo feo, lo mato, mala suerte, me niego, pobre, pérdida, poco aguante y terminó.

También se encontraron actitudes positivas en este proceso de conformación de la representación social de la disfunción eréctil, ya que en su saber de sentido común, los participantes refirieron que esta enfermedad tiene solución. Un tratamiento médico, pastillas como el viagra, terapia psicológica, son alternativas para solucionar el malestar orgánico y sus consecuencias psicológicas.

En esta forma de pensar, se nota claramente la influencia de los medios de difusión y la información que están proporcionando a la sociedad, sobre las alternativas de solución de los laboratorios que investigan la evolución de la disfunción eréctil.

Todo lo anterior, hace referencia a la integración de la información que le es útil a los individuos para el entendimiento y la explicación del fenómeno. En esta transición del conocimiento científico que se está generando sobre el tema de la disfunción eréctil, la función de saber está jugando un papel muy importante, para que la información se quede integrada en la vida cotidiana de los individuos.

Hombres General vs Mujeres General

Hombre-erección

Al analizar el núcleo central (véase anexos 6 y 8), se nota claramente que el hombre es más propenso al acto sexual y a la promiscuidad. a pesar de encontrar al amor, no es muy importante para ellos, ya que la práctica sexual representa placer, satisfacción y orgasmo. Ya sea que tenga relaciones sexuales con una mujer, con su pareja o varias mujeres, él va a disfrutar simplemente de la actividad sexual.

En cambio, si las mujeres van a tener relaciones sexuales, deben existir sentimientos de por medio, deben sentir amor, acompañado de cariño, ternura, confianza, así como también, deseo, excitación, pasión, en su relación de pareja para sentir placer , satisfacción y orgasmo.

Para ambos grupos, la mujer aparece como sinónimo de fertilidad o como el complemento de la erección, para que se de un embarazo y/o tener hijos.

Si HOMBRE-ERECCIÓN representa bienestar para el ser humano, entonces la función orientadora va a guiar las conductas, tanto de los hombres como de las mujeres, a conseguirlo. Aunque cada grupo a su estilo, como se identificó en el núcleo central.

En la categorización se encontró que en ambos grupos las manifestaciones sexuales son muy importantes para el bienestar, además de tener un impacto positivo en la esfera psicológica. Ejemplo de ello, se encontraron asociaciones como placer, excitación, orgasmo.

En esta etapa del análisis se confirma lo dicho sobre los hombres que son más propensos a los estímulos sexuales, ya que ocupó el segundo lugar la subcategoría con el mismo nombre, y donde se encontraron asociaciones como: vagina, gusto, piel, contacto, belleza y acariciar.

Para este grupo no son muy importantes los sentimientos cuando se trata de tener relaciones sexuales.

Caso contrario a las mujeres, ya que los vínculos afectivos ocuparon el segundo lugar, y se demuestra que para la mayoría de las mujeres debe existir un sentimiento como el amor, hacia su pareja o novio, además de comunicación para disfrutar de la sexualidad cuando la practican.

A pesar que lo negativo encontrado en HOMBRE-ERECCIÓN no son tan significativos, va marcando el camino de la importancia que tiene el bueno y mal funcionamiento del pene para la sociedad. Si para los dos géneros, el pene representa masculinidad, hombría, fuerza, machismo, macho, poder y presunción, la cultura mexicana entonces, no puede aceptar a la disfunción eréctil, por las tendencias machistas y la imagen de poder que le dan al pene. Razón suficiente para encontrar asociaciones como impotencia, precocidad, disfunción, edad.

En las mujeres, hay factores que las pueden ayudar a comprender a los hombres que padecen un problema erectivo y los justifican diciendo que se debe a la ansiedad, el miedo, nervios, pena y cansancio. Mientras que los hombres pueden justificar el mal funcionamiento del pene a factores exógenos como el alcohol, drogas, falta de estímulo o el rechazo.

Impotencia sexual

En el núcleo central de la representación social emergente de la IMPOTENCIA SEXUAL (véase anexos 7 y 9), las mujeres saben que esta enfermedad es propia del hombre, que tiene un origen orgánico y que el hombre que la padece se va a sentir deprimido, desesperado, enojado y se va a reflejar en su vida cotidiana, como frustración y tristeza.

La tendencia de la población en general es que, la enfermedad es producto de un factor orgánico y al analizar a los grupos, se notó que para los hombres, las causas son de origen psicológico, además de la frustración que va a ocasionar esta enfermedad. Tal vez, el grupo masculino se apropió de la información anterior sobre impotencia sexual, donde se consideraba a lo psicológico como causa principal del problema.

Hablando de las funciones de la teoría de la representación social, la de saber fue la más significativa en ambos grupos, y está sirviendo para rescatar la información del saber científico, para poder llevar a cabo la comunicación social que se genere sobre el tema.

En la categorización, las consecuencias psicológicas confirman el impacto en la vida de un hombre, porque al no haber un buen funcionamiento de la erección del pene, no va a gozar del bienestar que produce la sexualidad y va a sentir tristeza, miedo, ansiedad, enojo, pena, disgusto, infelicidad y desesperación.

En este análisis, nuevamente se nota la tendencia de la población para considerar a lo orgánico como causa principal. Ambos grupos atribuyen a la edad y en especial a la vejez como causas principales de la disfunción eréctil, aunque los hombres agregan a tener problemas del colesterol y la diabetes.

De manera positiva, las mujeres saben que son una pieza fundamental en la cura de la disfunción eréctil. Ellas como pareja pueden motivar al hombre a buscar ayuda.

Hombres de 18-30 años vs Hombres de 40-60 años

Hombre-erección

Al analizar el núcleo central de HOMBRE-ERECCIÓN en los grupos de hombres (véase anexos 10 y 11), se encontró que para cada grupo de edad, sí son importantes los sentimientos cuando se habla de sexo y no como se mencionó anteriormente. Por ejemplo, en el grupo de hombres de 40-60 años, existen relaciones con el cariño y la ternura en la pareja. El grupo joven lo relaciona con el amor entre una mujer y un hombre.

En el grupo de 18-30 años se nota la aventura y la necesidad de experimentar el acto sexual, y esto puede estar influyendo hacia la promiscuidad y la práctica de una sexualidad irresponsable.

En cambio, a grandes rasgos, en el núcleo central de los hombres de 40-60 años, denota que la práctica sexual va más enfocada hacia la formación de una pareja o el establecimiento de una familia.

La categorización confirma lo anterior, ya que para los hombres jóvenes los estímulos sexuales fueron los más significativos y se relacionan con la masturbación,

pornografía, revistas, fiestas, hotel, sexo anal y oral. Todo esto es llamativo para practicar el acto sexual y obtener placer en su vida.

Los adultos tomaron más en cuenta las manifestaciones sexuales como el placer, la excitación y satisfacción que va a sentir con la mujer que es su pareja y además, tiene sentimientos hacia ella.

En estos grupos también se identificaron rasgos machistas porque relacionaron a HOMBRE-ERECCIÓN con macho, fuerte, viril, poder, fuerza, presunción. Si todo esto representa la erección del pene, entonces un hombre que padezca una disfunción eréctil va a ser afectado de manera muy especial en su ego.

Impotencia sexual

En cuanto a la IMPOTENCIA SEXUAL, fueron los grupos con menos riqueza verbal en el núcleo central. De hecho, el grupo de hombres de 40-60 años no arrojó datos significativos que hablaran de un núcleo central.

Básicamente, el grupo joven relacionó a la impotencia sexual con una causa psicológica. De toda la información generada sobre el fenómeno, ellos han retomado que al haber un problema en el psiquismo del hombre, lo va a llevar a un problema erectivo (véase anexo 11).

De ahí la utilidad de la función de saber en el contexto social para hablar del tema.

Tal vez por la edad en la que se encuentran, ven muy lejana la posibilidad de padecer alguna enfermedad crónica o algo que afecte el funcionamiento del pene.

Con la categorización, también estos grupos consideran que la disfunción eréctil tiene un impacto en la vida del individuo, ya que va a producir frustración, baja autoestima y depresión. A su vez, el mal funcionamiento del mecanismo de la erección, le hace sentir miedo, enojo, desconfianza y vergüenza.

Los hombres de 40-60 años, pueden estar utilizando a las consecuencias psicológicas para la justificación del padecimiento. Principalmente, por culpa de la disfunción eréctil, un hombre sufre de insatisfacción, displacer, desilusión, sin gozo, irritable, reprimido; atribuyendo a causas exógenas, evaden su responsabilidad hacia el problema.

Para estos hombres, las consecuencias sociales ocupan el segundo lugar de importancia, pues la desinformación, la discriminación, lástima, la risa, prejuicios, pena e ignorancia, lo vean como un factor cultural y clave, para que muchos hombres no se atrevan a confesar que padecen disfunción eréctil.

A pesar de ser el grupo con mayor riesgo de padecerla, como se mencionó en la teoría de la disfunción eréctil, por causa de alguna enfermedad crónica u orgánica, que es más común al incrementarse la edad, no se encontró una representación social de la disfunción eréctil como se esperaba. Probablemente, por la negación de la enfermedad o los prejuicios que puede tener este grupo de edad. Porque no es lo mismo, hablar del tema, sobre alguien que la padece o la puede padecer, que vivir el problema uno mismo.

Mujeres de 18-30 años vs Mujeres de 40-60 años

Hombre-erección

En los núcleos centrales de estos grupos (véase anexos 13 y 15), se notó en las mujeres de 18-30 años, mayor riqueza verbal que en las mujeres adultas. Además que el grupo joven ya muestra sus derechos que tiene a disfrutar de la sexualidad. Este grupo está conformado por generaciones, donde la sexualidad ha dejado de ser un tabú para la cultura mexicana y haber mayor información sobre el tema. Con el sexo, ellas también obtienen placer, satisfacción y pasión en su vida.

Las mujeres adultas, sí hablan del placer sexual que produce satisfacción, pero al igual que el núcleo central de los hombres de 40-60 años, se notó que el sexo es sinónimo de pareja, ya no es la búsqueda de aventuras sexuales, de experimentar con el sexo, sino que ya hay una pareja conformada. Esto puede estar influenciado por el estilo de vida de las mujeres que participaron en la investigación, ya que, son madres de familia, casadas, divorciadas o viudas.

Todo lo anterior son razones para que la función orientadora haya sido la más significativa y guiar las conductas de las mujeres hacia la búsqueda del bienestar que produce la sexualidad, aunque esto último se vea más reflejado en el grupo joven.

En la categorización, ambos grupos tomaron más en cuenta las manifestaciones sexuales. El grupo de 18-30 años tiene relaciones sexuales por el erotismo, el deseo,

porque es algo rico y produce éxtasis. Y la subcategoría de Estímulos sexuales confirma lo dicho anteriormente sobre sus derechos a disfrutar de la sexualidad.

Las mujeres adultas también obtienen placer, excitación, gozo y satisfacción con la sexualidad, pero al estar presente la subcategoría de Vínculos afectivos, la práctica sexual se da con la pareja, donde se disfruta si hay una buena comunicación y que les ha servido para casarse y formar una familia.

Lo negativo encontrado en estas palabras estímulo, se puede decir que, solamente las mujeres de 40-60 años siguen influenciadas por el machismo, ya que también la erección del pene es sinónimo de hombría, fuerte, fuerza, viriles y masculinidad.

También saben ambos grupos que puede existir un mal funcionamiento del pene, como ejemplo, las mujeres jóvenes mencionaron a la disfunción, la impotencia o la eyaculación precoz y las mujeres adultas relacionaron al mal funcionamiento del pene con enfermedades, esterilidad e impotencia.

Impotencia sexual

En los núcleos centrales emergentes de estas palabras estímulo (véase anexos 14 y 16), las mujeres jóvenes hablan de una enfermedad producida por la diabetes (factor orgánico) y como consecuencias se verá reflejada en frustración y desesperación.

Para las mujeres de 40-60 años, básicamente es una enfermedad que tiene curación. En estas mujeres, se nota la influencia de los medios de difusión, ya que la información que se emite sobre la disfunción eréctil, puede ser enfocada hacia estos grupos de edad. Un factor podría ser que son la edad donde se es más propenso de vivir una disfunción erectiva.

La función de saber fue la más significativa en ambos grupos y puede estar sirviendo para hacer comprensible y asimilable el tema en este proceso de conformación de las representaciones sociales.

En la categorización, las consecuencias psicológicas fueron las más significativas, ya que la enfermedad va a producir en el hombre insatisfacción, inseguridad, disgusto, desilusión que lo va a volver amargado, decepcionado y aburrido.

En el grupo joven se encontró a la subcategoría de consecuencias positivas en segundo lugar. Al mencionar que la comprensión, la solución, la comunicación, el rol

femenino, son importantes para el tratamiento y la búsqueda de una solución cuando un hombre padece de disfunción eréctil.

En este punto también se nota la influencia de los medios de difusión, ya que su información resalta mucho a la pareja como símbolo de apoyo en la disfunción eréctil. Esto puede orientar sus conductas de las mujeres de 18-30 años, hacia la búsqueda de una solución.

5. CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta investigación fue conocer la representación social de la disfunción eréctil. Se encontró, que es una representación social emergente, aún se encuentra en vías de conformación.

La teoría de las representaciones sociales menciona que el sentido común se forma a partir de teorías y datos científicos, que se han vuelto cotidianos, sacados de su contexto y vueltos datos de fácil entendimiento al público sin formación científica.

La información científica que se ha generado sobre la disfunción eréctil, dice que el 80% de las causas de la enfermedad son de carácter orgánico, por lo tanto, la información que llega a la población, la ha integrado y asimilado para poder aplicarlo de manera práctica en su interacción social cotidiana.

El componente orgánico fue el más importante tanto en el núcleo central y la categorización como la causa principal de padecer disfunción eréctil, y se manifestó en la población participante, como una enfermedad de la próstata y causada por la diabetes o la edad y por asociaciones como curación, tratamiento, médico y anciano.

El significado orgánico es primordial para la población en cuanto a las causas. Demostrándose la utilidad de las representaciones sociales al hacer familiar lo extraño e integrar lo novedoso al saber cotidiano.

Al ser una entidad biológica y psicológica, el ser humano no puede dejar de lado el componente psicológico, y en esta investigación tuvo un significado relevante en las consecuencias de la disfunción eréctil. En su saber de sentido común, la población mencionó a la frustración, tristeza e insatisfacción principalmente. En esta parte del núcleo central, estuvo presente el carácter subjetivo del individuo.

Respecto a las diferencias encontradas en la representación social entre hombres y mujeres, se puede decir que el género femenino integra más información significativa a su saber de sentido común que el masculino, sobre la disfunción eréctil. Ellas saben que es una enfermedad del hombre y el factor orgánico es la causa principal de padecerla. En cambio los hombres en su saber de sentido común incluyen a lo psicológico como causa principal del problema.

El núcleo central de las mujeres presentó mayor número de palabras significativas que los hombres, por lo tanto, las mujeres han integrado mayor información que llega a través de la dinámica social, en su marco de referencia sobre este tema.

Al analizar a la población en subgrupos de edad, se encontraron pocas diferencias. Todos mencionan que la disfunción eréctil es una enfermedad, aunque para los hombres de 18-30 años el factor psicológico es la causa principal, para las mujeres de 18-30 años es causada por la diabetes (factor orgánico) y para las mujeres de 40-60 años esta enfermedad tiene curación. Solamente en la población femenina de 18-30 años se encontró la frustración en su núcleo central como consecuencia de este padecimiento.

El grupo de hombres de 40-60 años, por ser el más propenso a padecer el problema, se esperaba encontrar mayor información relevante y un núcleo central más elaborado, sin embargo no se encontró dicho núcleo. Esto puede confirmar a la teoría cuando dice que son pocos hombres los que se atreven a confesar que sufren el padecimiento o que alguna vez les ha sucedido y la mayoría vive el problema en silencio.

En esta investigación se esperaba que los hombres contaran con mayor información que las mujeres acerca de la disfunción eréctil, al ser el género que está propenso a padecerla. Además de que los medios de difusión dirigen su publicidad hacia el hombre que sufre la enfermedad.

Las actitudes positivas que se están dando respecto al tema, son producto de los medios de comunicación y de la información actual. La población sabe que es una enfermedad que tiene cura, existe solución gracias a las nuevas alternativas de tratamiento y el apoyo de la pareja es importante para afrontar el problema. Aunque en esta investigación se cree que hay una apertura más positiva del tema, las actitudes negativas encontradas en las asociaciones, pudieron haber sido las causantes de no encontrar una representación social más elaborada, ya que en el piloteo y en la aplicación del instrumento de la carta asociativa, muchas personas se negaron a participar, o por sus prejuicios racionalizaban las respuestas al contestar.

Otro factor que pudo haber contribuido a lo anterior, es el pequeño número de participantes durante el piloteo. La carta asociativa, como instrumento de recolección

de datos, es un método fácil de utilizar, pero en esta investigación, se comprobó que es una herramienta que en poblaciones pequeñas arroja información insuficiente.

Por lo tanto, se sugiere que, al utilizar la carta asociativa como instrumento de recolección de datos, en nuevas investigaciones sobre representaciones sociales de la disfunción eréctil, se complemente con otra técnica para obtener mejores resultados. Además se propongan cantidades mayores de participantes a las utilizadas en la presente investigación.

Por último, se realizó la integración de las funciones de las representaciones sociales, propuestas por Abric, al análisis de la categorización, una forma directa de complementar con la teoría, el paradigma comprensivo-interpretativo. Además de hacer de manera más fácil, la búsqueda de la utilidad práctica de las representaciones sociales ante cualquier fenómeno.

Como la perspectiva comprensivo-interpretativa implica las posturas, sentido común y subjetividad de cada investigador para realizar una interpretación, se requiere de mayor investigación teórica para poder anexar las funciones a los significados de la categorización de las asociaciones libres.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Abric, J. (1993). Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers of social representations*. Vol. 2, No. 2, 75-78. Université de Provence: Francia.
- Abric, J. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán
- Acuña, A. (2002). Disfunción Eréctil: Aspectos Generales, Elementos Clínicos y Clasificación. *MEDICAS UIS*. Núm. 16, 64-73, abril-junio. Universidad Industrial de Santander.
- Aguilar, F. y Ramírez, A. (2003). Fundamentos científicos de la disfunción eréctil. *Plasticidad y Restauración Neurológica*. Vol. 2, Núm, 2, julio-diciembre. México.
- Álvarez-Gayou, J. y Delfín, L. (1986). *Sexoterapia Integral*. México: El Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Madrid: Masson.
- Ardila, J. (2002). Disfunción eréctil. *MEDUNAB*. Vol. 5, Núm. 15, Diciembre. Colombia: Universidad Autónoma de Bucaramanga.
- Arruda, A. (2000). Representaciones sociales y cultura en el pensamiento ambientalista brasileño. En D. Jodelet y A. Guerrero (Coords.) *Develando la cultura, estudio de representaciones sociales*. México: Facultad de Psicología: UNAM.
- Azcárraga, G. (2001). *Sexología básica: Guía para la educación sexual*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Banchs, M. (2000). *Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales*. Recuperado el 20 de julio de 2007 de http://www.psr.jku.at/PSR2000/9_3Banchs.pdf
- Barroso, J., Ugarte, F. y Pimentel, D. (2001). Prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 18 a 40 años en México y factores de riesgo asociados. *Perinatología y Reproducción Humana*, Vol. 15, No. 4; octubre-diciembre. Instituto Nacional de Perinatología: México.

- Cabello, F. (2002). Sildenafil y disfunción eréctil situacional. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*. Vol. VII, Núm. 2. Instituto Mexicano de Sexología.
- Castelo, L. y Licea, M. (2003). Disfunción sexual eréctil y diabetes mellitus. Aspectos epidemiológicos. *Revista Cubana de Endocrinología*. Vol. 14, Núm. 2. Cuba: Instituto Nacional de Endocrinología.
- Castorina, J. (2003). *Representaciones sociales: problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa.
- Euroclinix (2008). <http://www.euroclinix.es/impotencia.html>. Recuperado el 13 de octubre de 2008.
- Farr, R. M. (1986). Las representaciones sociales. En S. Moscovici (Coord.) *Psicología Social Vol. II*. México: Paidós.
- Farre, J y Fora, F. (1999). *Cuando querer no es poder. La disfunción eréctil*. México: Océano.
- Fernández, M., Martínez, L., Martí, M., Vaz, F. y Guisado, J. (2005). Aspectos psicológicos y Doppler-Duplex dinámico en disfunción eréctil. *Actas Urológicas Españolas*. Vol. 29, Núm. 9, octubre. Madrid.
- Flores, F. (1996). Construcción e impacto de aspectos psicosociales en la sexualidad; una propuesta desde la salud mental. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*. Vol. II, Núm. 1. México.
- García, E., Aldana, L., Lima, G., Espinosa, M., Castillo, C. y Feliciano, V. (2005). Disfunción sexual masculina y estrés. *Revista Cubana Medica Militar*. Vol. 34, Núm. 1. Cuba.
- Guerrero, T. (2000). La noción de igualdad en la cultura mexicana. En D. Jodelet y A. Guerrero (Coords.) *Develando la cultura, estudio de representaciones sociales*. México: Facultad de Psicología: UNAM.
- Guevara, M., Chacón, L., Hernández, M. y Barradas, J. (2005). *Aproximaciones al Estudio de la Motivación y Ejecución Sexual*. México: Universidad de Guanajuato.
- Ibáñez, T. (1994). *Psicología social constructivista*. México: Universidad de Guadalajara.

- Ito, M. y Vargas, B. (2005). Investigación cualitativa para psicólogos. De la idea al reporte. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Coord.) *Psicología Social Vol. II*. México: Paidós.
- Lambarri, A. (2001). El pensamiento mágico-religioso en la salud-enfermedad desde la representación social. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. México: Facultad de Psicología: UNAM.
- Marková, I. (1996). En busca de las dimensiones epistemológicas de los fenómenos socioculturales simbólicos. En D. Páez y A. Blanco (Coord.) *La teoría sociocultural y la psicología social actual*. España: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Martí, A., Meijide, F., García, J., Regadera, L. y Manero, M. (2005). Repercusiones psicológicas de la disfunción eréctil sobre la autoestima y la autoconfianza. *Actas Urológicas Españolas*. Vol. 29, Núm. 5, mayo. Madrid.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolondy, R. (1995). *La Sexualidad Humana*. Barcelona: Anagrama.
- Moliner, P. (2007). La teoría del núcleo matriz de las representaciones sociales. En Rodríguez S., T. y García C., M. *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. México: Universidad de Guadalajara.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Núm 2, otoño. *Athenea Digital*. Universidad de Guadalajara. Recuperado el 14 de mayo de 2007 de <http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Teoria%20de%20las%20representaciones%20sociales.pdf>
- Moscovici, S. (1975). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona: Planeta.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Argentina: Huemul.
- Mulligan, T. (1998). Cambios físicos que afectan la sexualidad en la vejez. *Colombia Médica*. Vol. 29, Núm. 4. Colombia: Universidad del Valle.

- Peña y Gonzales (2001). La representación social. Teoría, método y técnica. En M. L. Tarrés (Coord.). *Observar, estudiar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Porrúa.
- Rodríguez, T. (2007). Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales. En Rodríguez S., T. y García C., M. *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. México: Universidad de Guadalajara.
- Rubio, E. y Díaz, J. (1994). Las disfunciones sexuales. En CONAPO (Ed.). *Antología de la Sexualidad Humana*. Tomo I. México: Miguel Angel Porrúa.
- Sánchez, C. (2007). *Perfiles y factores explicativos de las disfunciones sexuales*. Tesis de Doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Sánchez, B. y Carreño, M. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. *Perinatología y Reproducción Humana*, Vol. 21, No. 1, enero-marzo. Instituto Nacional de Perinatología: México.
- Sánchez, C., Carreño, J., Martínez, S. y Gómez, M. (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental*. Vol. 28, Núm. 4, agosto. México.
- Shilbey, J. y DeLamater, J. (2006). *Sexualidad Humana*. 9ª Ed. México: Mc Graw-Hill.
- Ugarte, F. y Barroso, J. (2001). Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. *Revista Mexicana de Urología*, Vol. 61, No. 2, marzo-abril. Sociedad Mexicana de Urología: México.

ANEXOS

Anexo 1. Carta asociativa

A continuación se muestra un ejemplo de la carta asociativa.

INSTRUCCIONES:

Paso 1

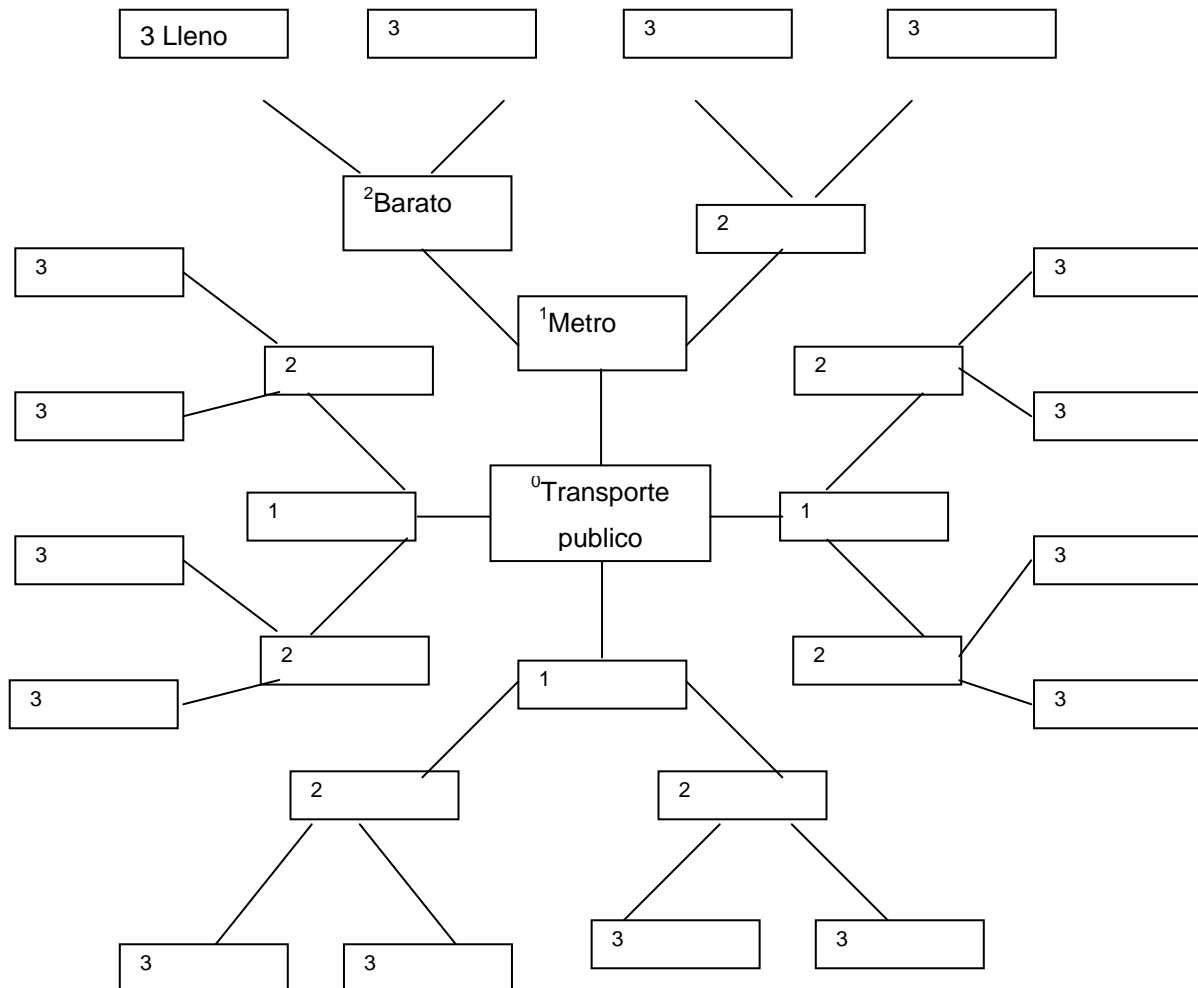
Escribe en los cuadros marcados con el No.1 una palabra o concepto que se asocie con la que está en el centro, por ejemplo "transporte público" → "metro" (ver figura cuadros 0 y 1). Y repite la operación en cada casilla marcada con el No. 1

Paso 2

En el cuadro No. 2 escribe una palabra o concepto que se relacione con los dos anteriores, por ejemplo: "transporte público-metro" (cuadros 0 y 1) → "barato" (Cuadros 2). Y repite la operación en cada casilla marcada con el No. 2

Paso 3

En el cuadro No. 3 escribe una palabra o concepto que se relacione con los tres anteriores, por ejemplo: "transporte público-metro" (cuadros 0 y 1) → "barato" (Cuadros 2) → "Lleno" (Cuadros 3). Y repite la operación en cada casilla marcada con el No. 3



Anexo 2. Ficha de Identificación para Población de Hombres

FICHA DE IDENTIFICACIÓN
EDAD: _____ SEXO: MASCULINO

ESCOLARIDAD:
___ Primaria ___ Bachillerato ___ Mestría
___ Secundaria ___ Licenciatura ___ Otra

1.- ¿Has tenido relaciones sexuales? ___SI ___NO

2.- ¿Qué tan frecuente?
___ 1 Vez a la Semana ___ 2 a 3 Veces a la Semana ___ 4 o más Veces a la Semana
___ 1 a 3 Veces al Mes ___ 1 a 3 Veces al Año

3.- ¿Tienes pareja? ___SI ___NO

4.- ¿Cómo es tu relación con ella?
___ Excelente ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___ Pésima

5.- Marca con una x (puede ser más de una) si la mayor parte del tiempo te sientes:
___ Estresado ___ Inseguro ___ Ansioso
___ Temo al Fracaso ___ Triste ___ Autoestima Baja

6.- Marca con una x si padeces alguna de estas enfermedades:
___ Enfermedad del corazón ___ Fumas
___ Diabetes Mellitus ___ Ingieres Bebidas alcohólicas
___ Hipertensión arterial ___ Enfermedad de la Próstata

7.- Mi familia me enseñó que la sexualidad es:

8.- ¿Qué es para ti la disfunción eréctil?

9.- ¿Conoces a alguien que padezca de disfunción eréctil actualmente?

10.- ¿Te atreverías a confesar si alguna vez la padecieras? ___SI ___NO ¿Por qué?

¡¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!!

Anexo 3. Ficha de Identificación para Población de Mujeres

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

EDAD: _____

SEXO: FEMENINO

ESCOLARIDAD:

___ Primaria

___ Bachillerato

___ Mestría

___ Secundaria

___ Licenciatura

___ Otra

1.- ¿Has tenido relaciones sexuales? ___SI ___NO

2.- ¿Qué tan frecuente?

___ 1 Vez a la Semana

___ 2 a 3 Veces a la Semana ___ 4 o más Veces a la Semana

___ 1 a 3 Veces al Mes

___ 1 a 3 Veces al Año

3.- ¿Tienes pareja? ___SI ___NO

4.- ¿Cómo es tu relación con ella?

___ Excelente

___ Buena

___ Regular

___ Mala

___ Pésima

5.- Marca con una x (puede ser más de una) si la mayor parte del tiempo tu pareja se siente:

___ Estresado

___ Inseguro

___ Ansioso

___ Temo al Fracaso

___ Triste

___ Autoestima Baja

6.- Marca con una x si tu pareja padece alguna de estas enfermedades:

___ Enfermedad del corazón

___ Fumas

___ Diabetes Mellitus

___ Ingieres Bebidas alcohólicas

___ Hipertensión arterial

___ Enfermedad de la Próstata

7.- Mi familia me enseñó que la sexualidad es:

8.- ¿Qué es para ti la disfunción eréctil?

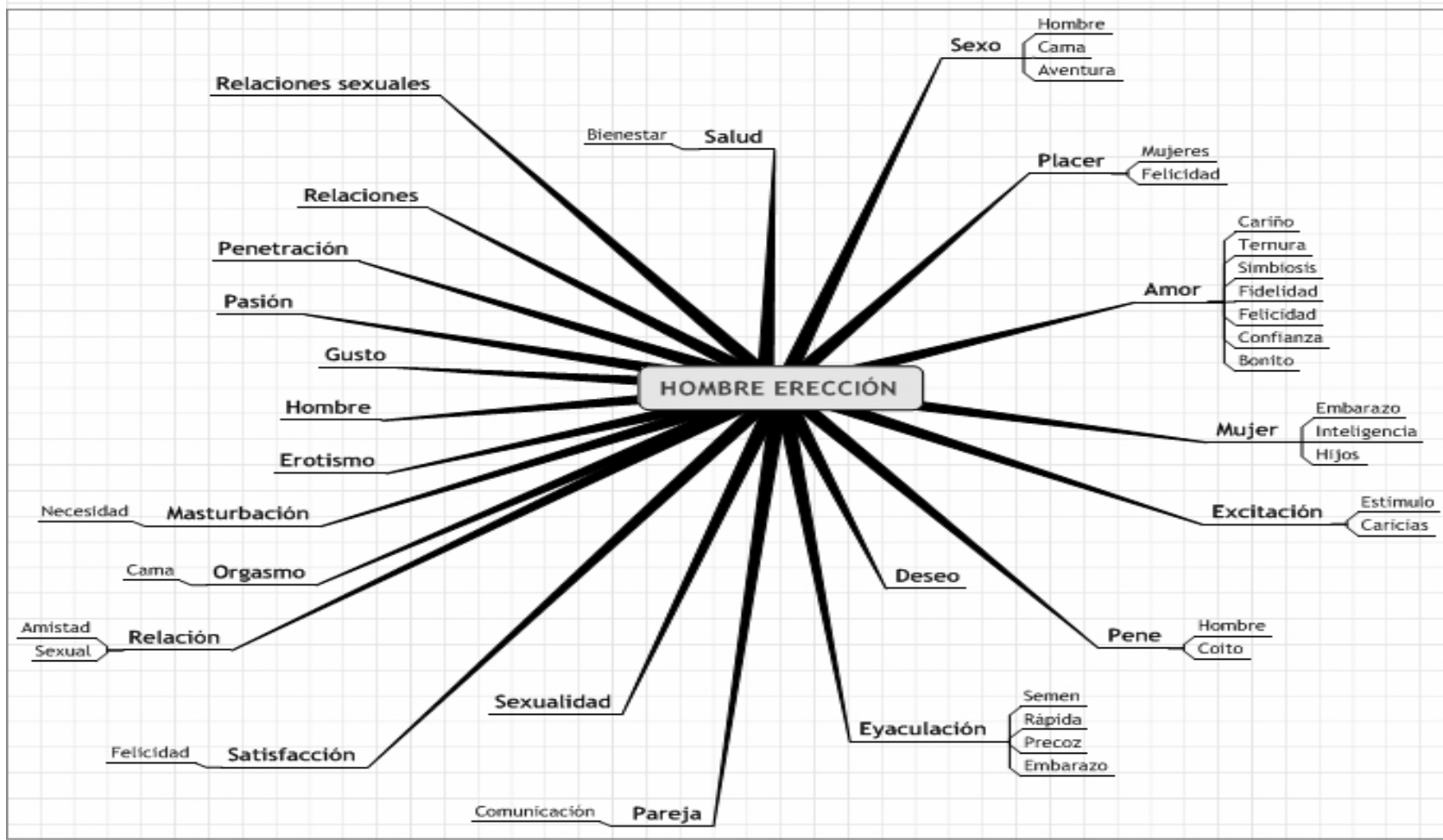
9.- ¿Conoces a alguien que padezca de disfunción eréctil actualmente?

10.- ¿Crees que tu pareja se atrevería a confesar si padeciera de disfunción eréctil?

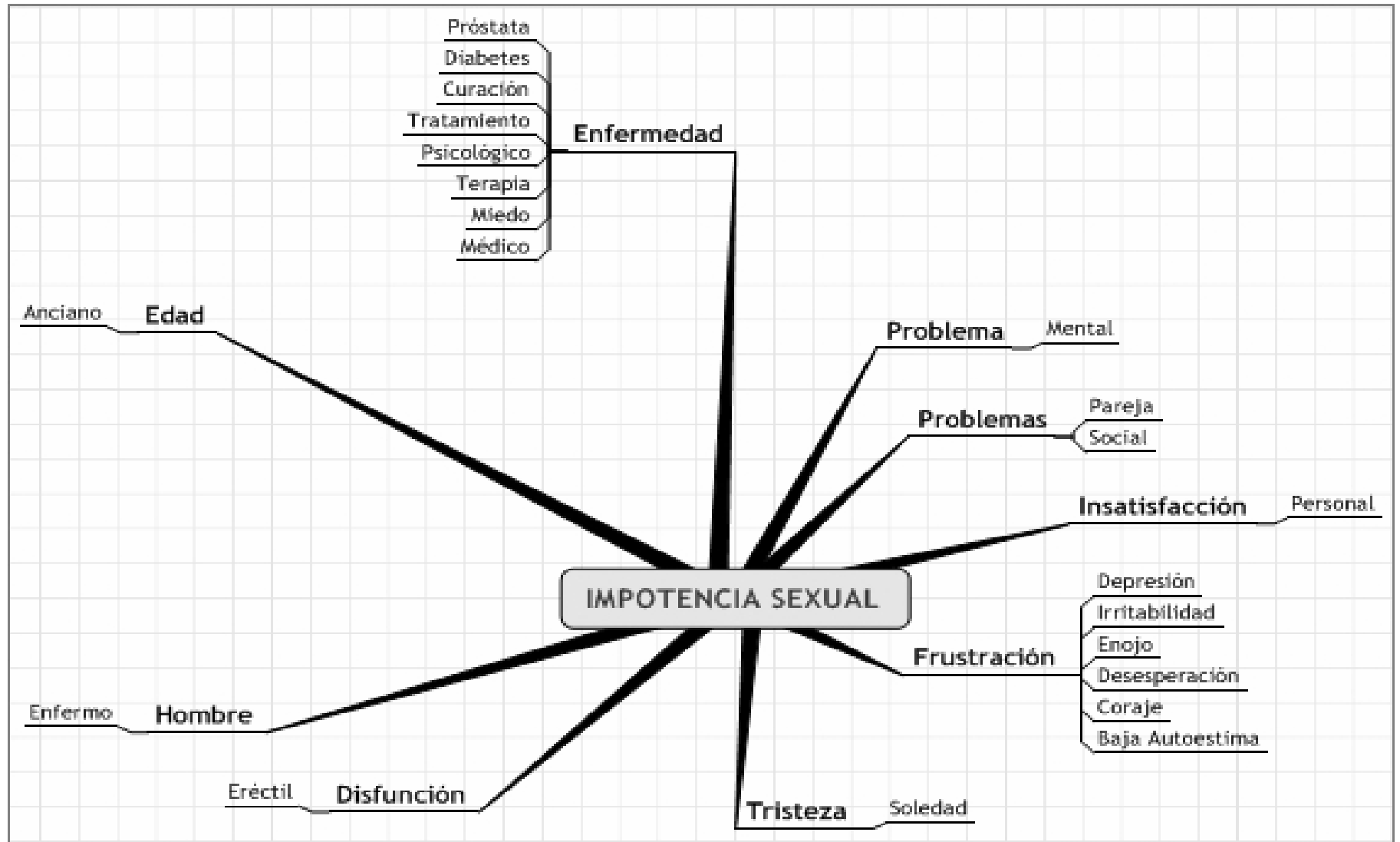
___SI ___NO ¿Por qué?

¡¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!!

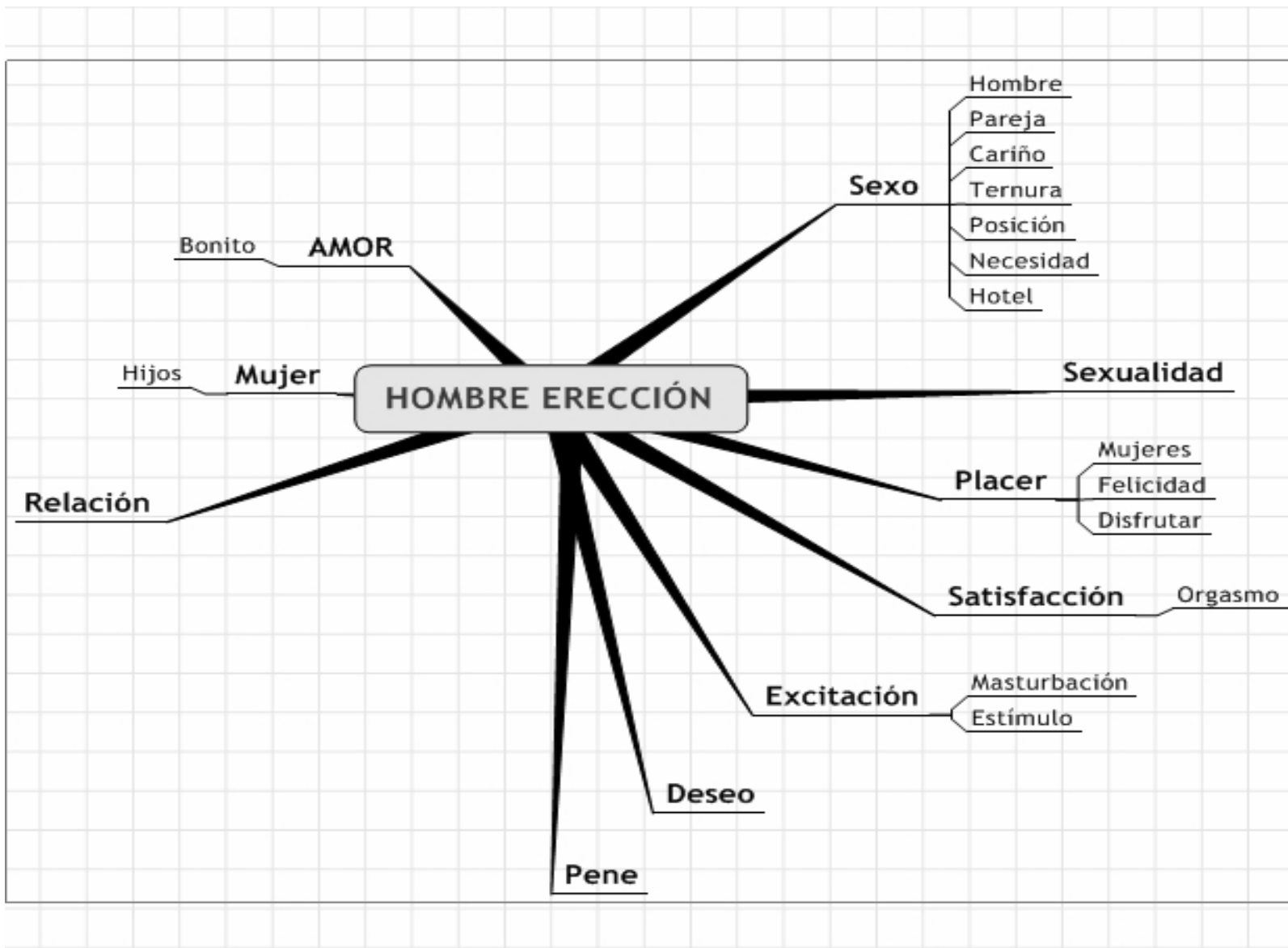
Anexo 4. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN de la Población Total



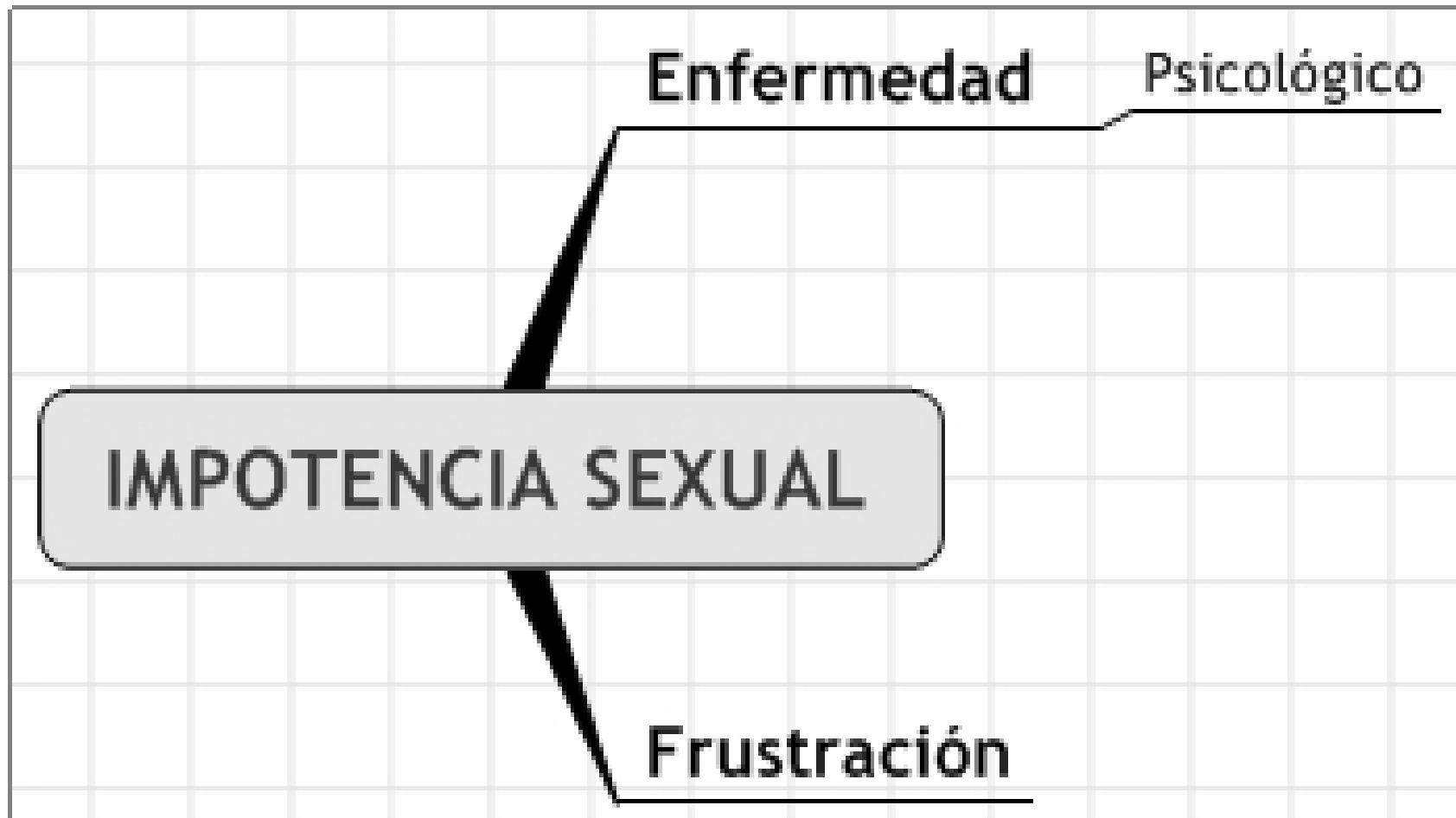
Anexo 5. Núcleo Central de IMPOTENCIA SEXUAL de la Población Total



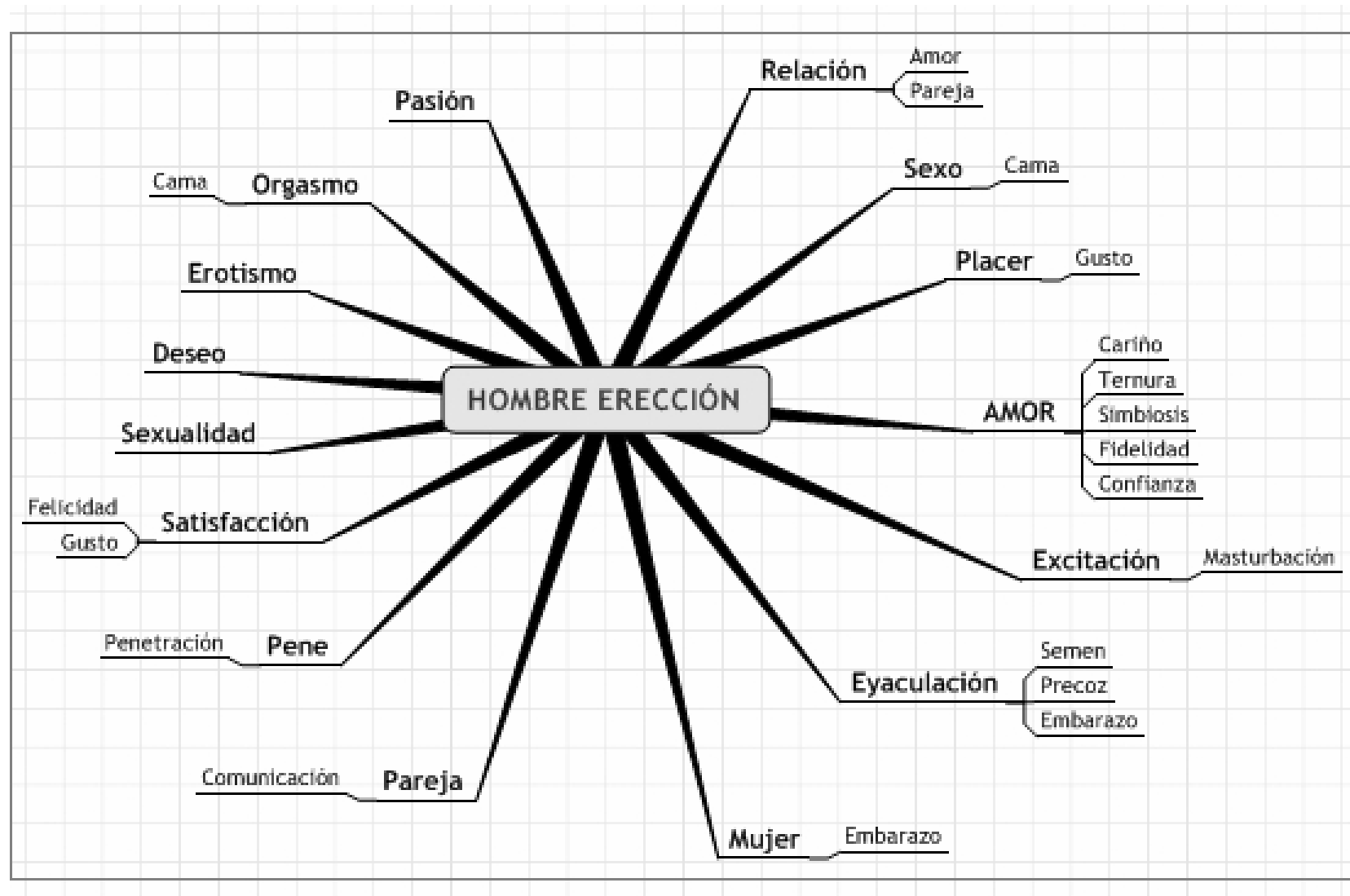
Anexo 6. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN de los Hombres General



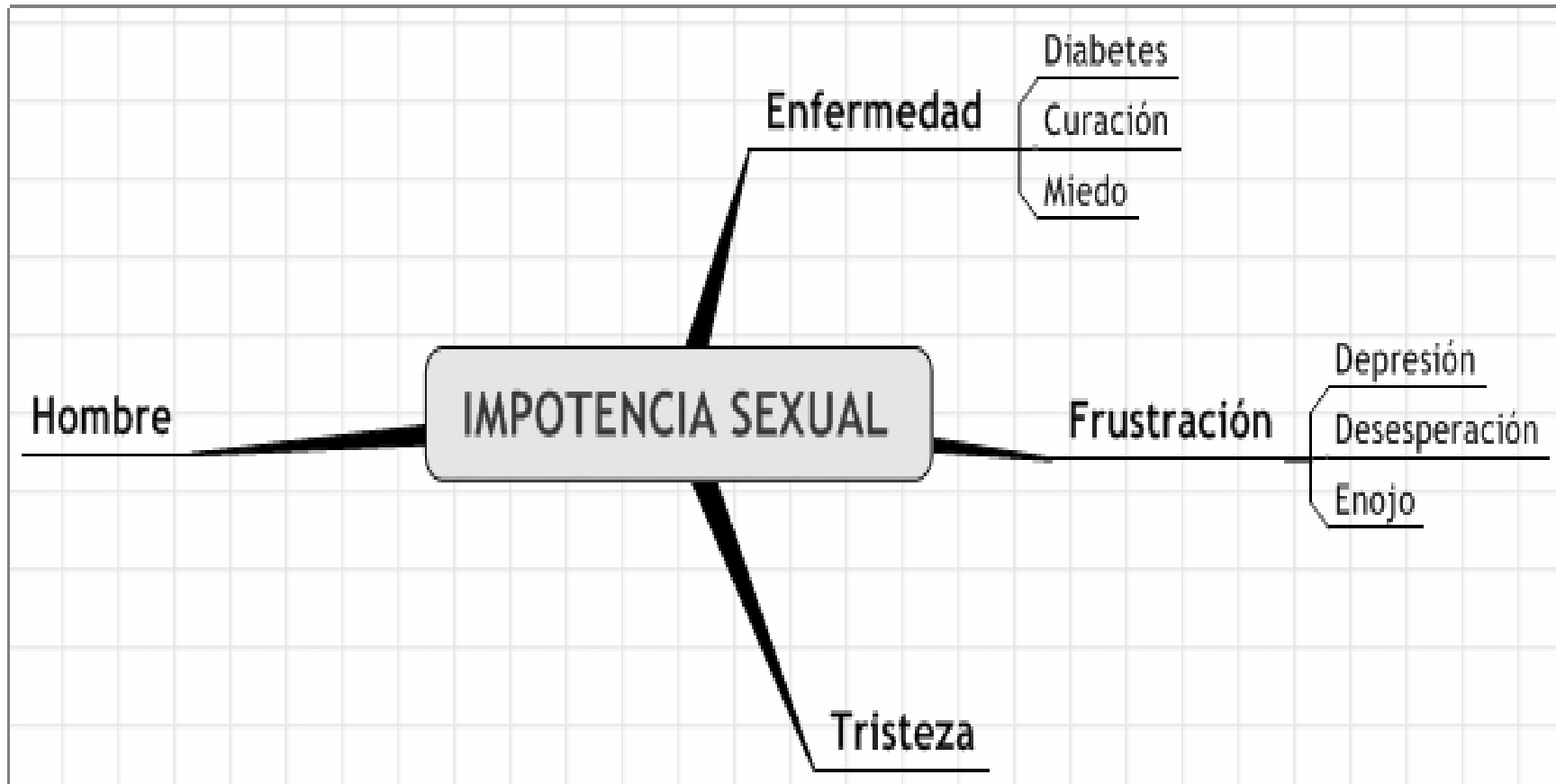
Anexo 7. Núcleo Central de IMPOTENCIA SEXUAL de los Hombres General



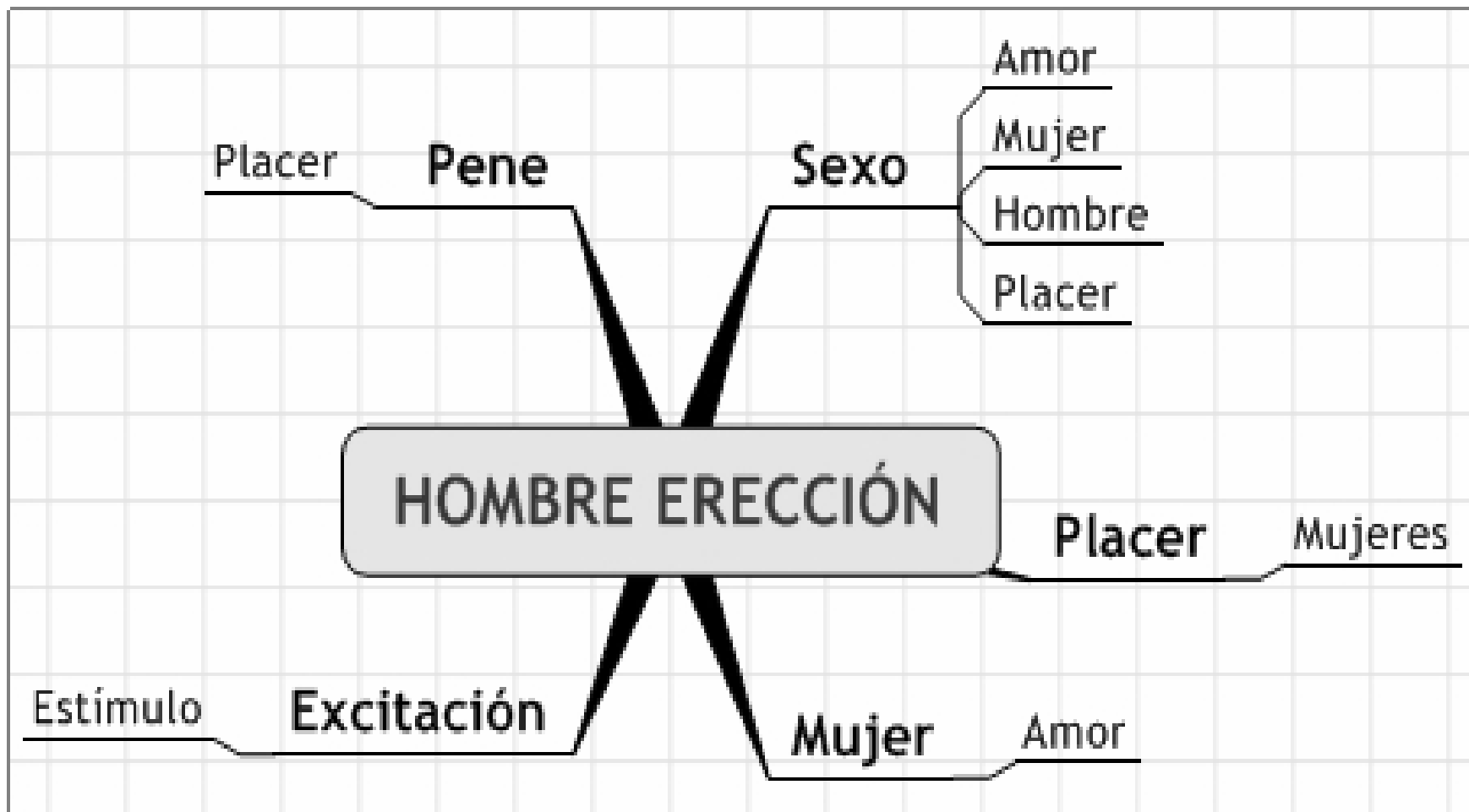
Anexo 8. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN de las Mujeres General



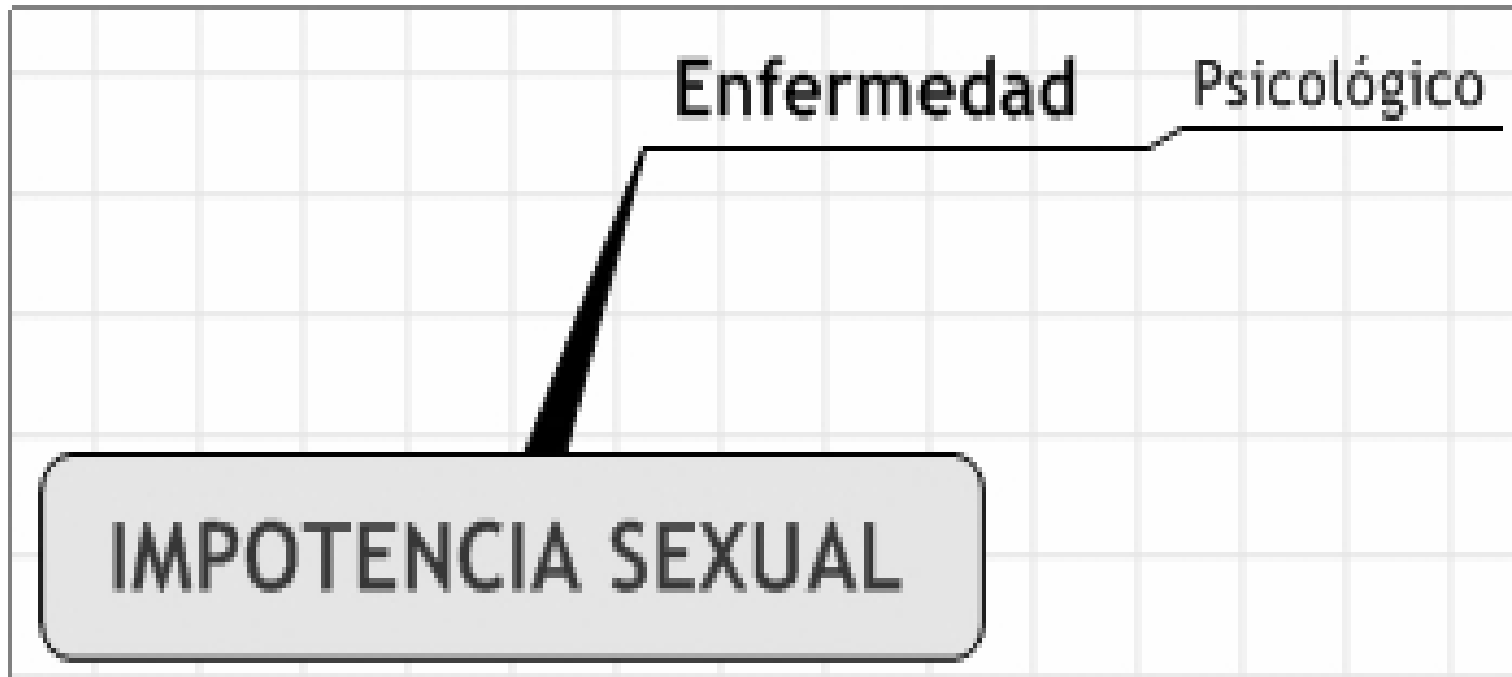
Anexo 9. Núcleo Central de IMPOTENCIA SEXUAL de las Mujeres General



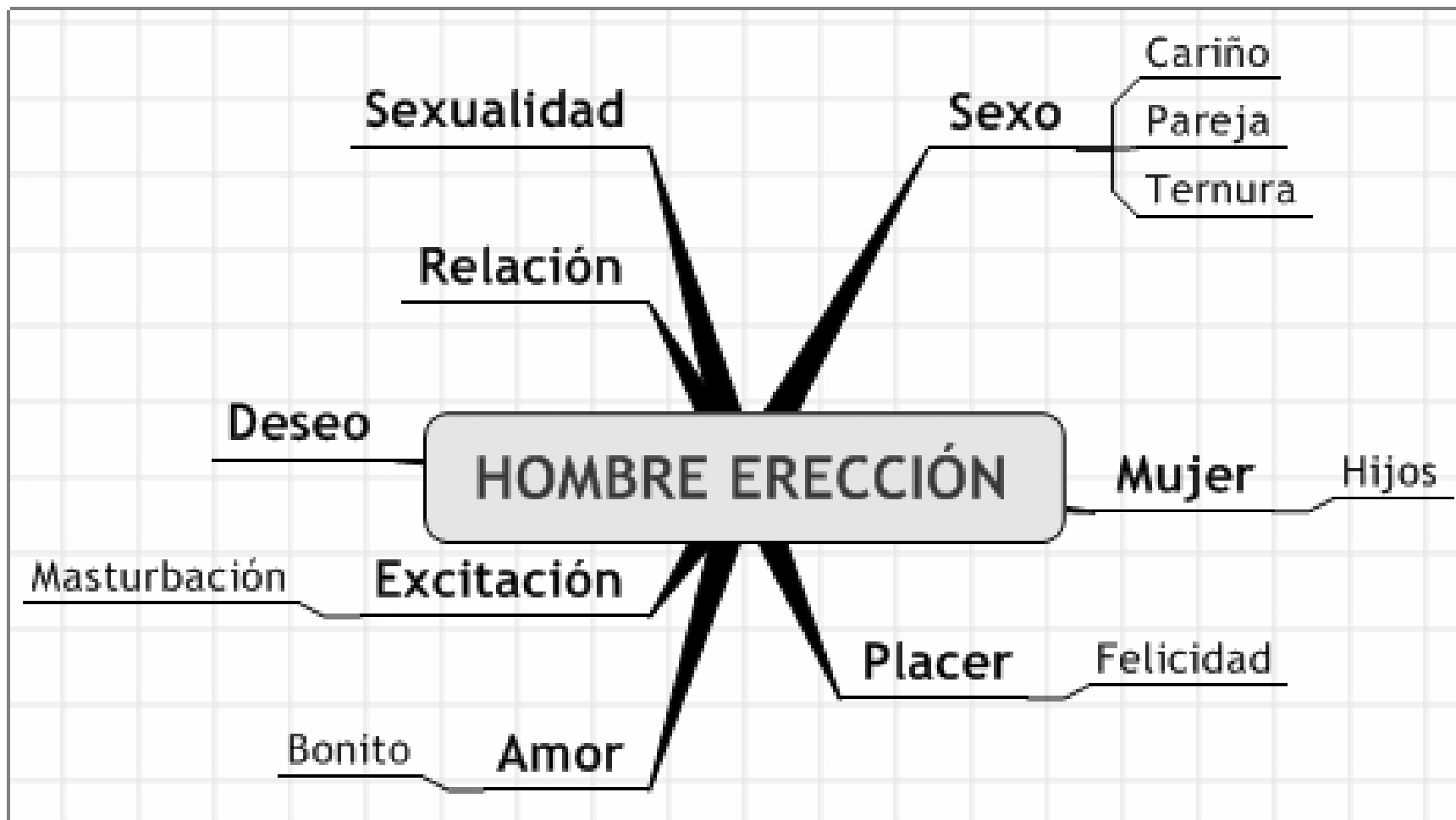
Anexo 10. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN de los Hombres de 18-30 años



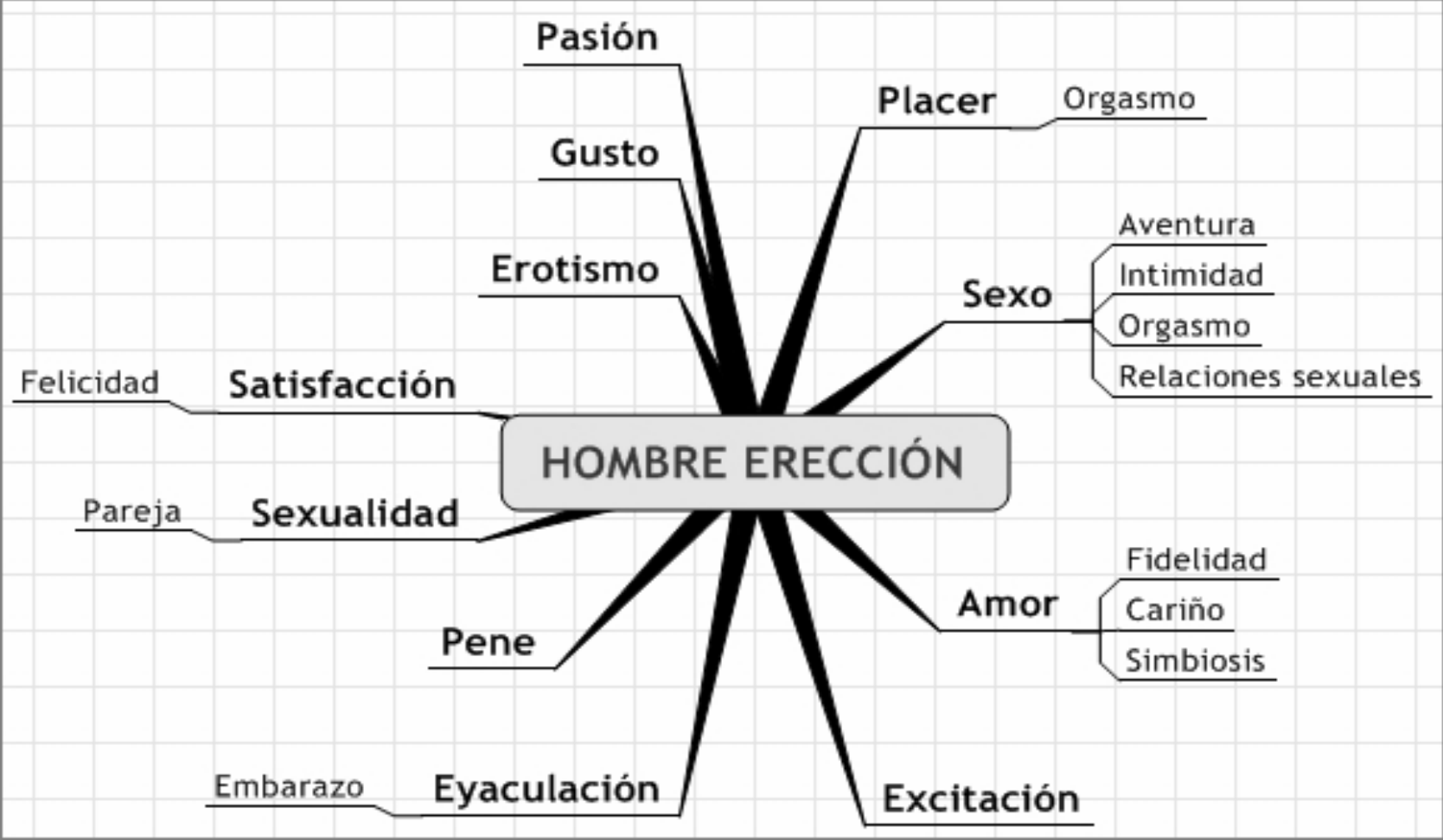
Anexo 11. Núcleo Central de IMPOTENCIA SEXUAL de los Hombres de 18-30 años



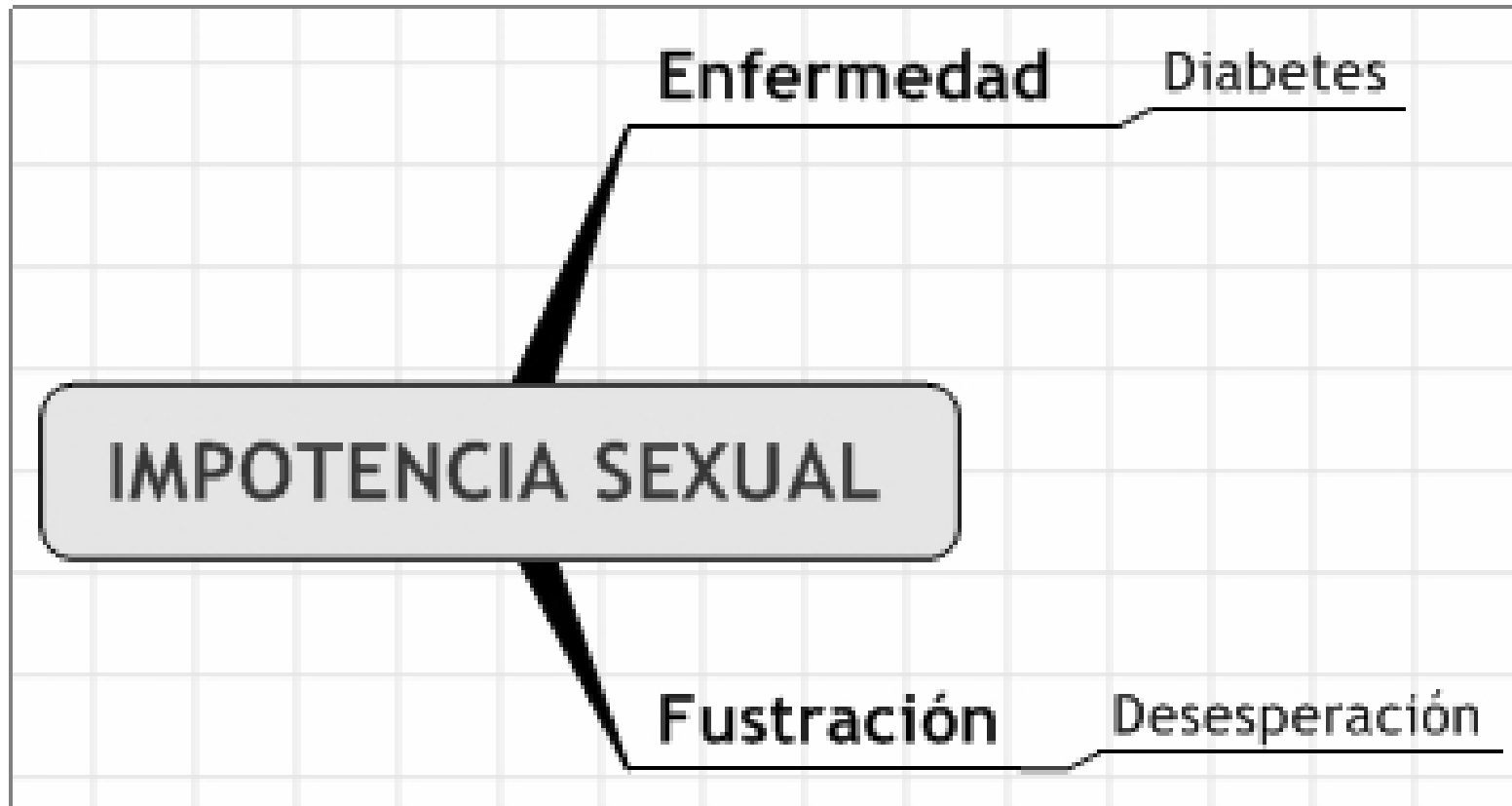
Anexo 12. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN de los Hombres de 40-60 años



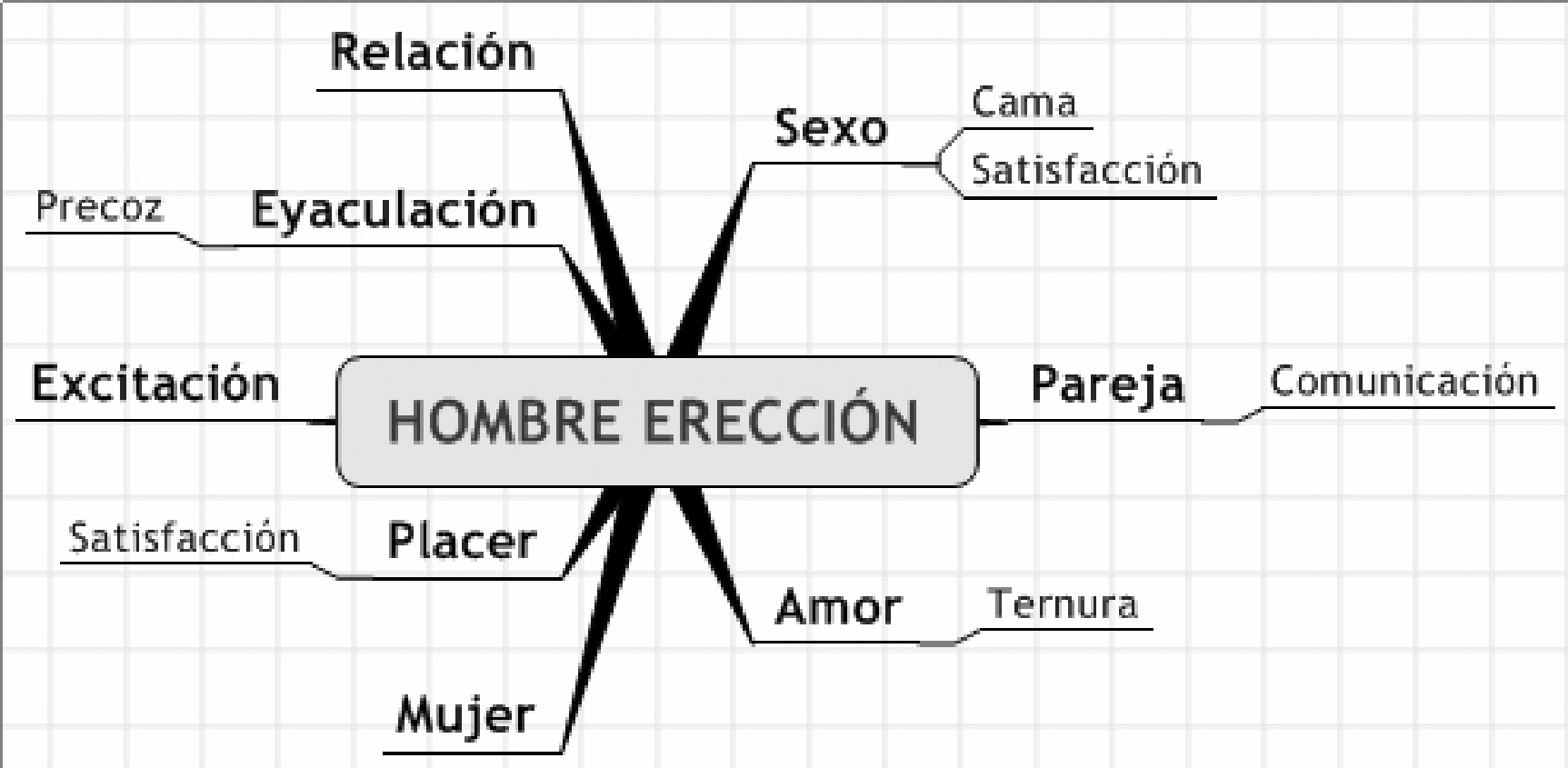
Anexo 13. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN de las Mujeres de 18-30 años



Anexo 14. Núcleo Central de IMPOTENCIA SEXUAL de las Mujeres de 18-30 años



Anexo 15. Núcleo Central de HOMBRE-ERECCIÓN de las Mujeres de 40-60 años



Anexo 16. Núcleo Central de IMPOTENCIA SEXUAL de las Mujeres de 40-60 años

